



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7



T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO ANTONIO HERNÁNDEZ IBÁÑEZ
RESIDENTE DE 3^{ER} AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ASESORES:

DRA. SANDRA VEGA GARCÍA
ASESOR RESPONSABLE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. DIANA CASTILLO MARTÍNEZ
ASESOR CLÍNICO
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.32
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLÓGICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.10
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2021

NÚMERO DE FOLIO: **F-2020-3703-050**
NÚMERO DE REGISTRO: **R-2021-3703-034**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

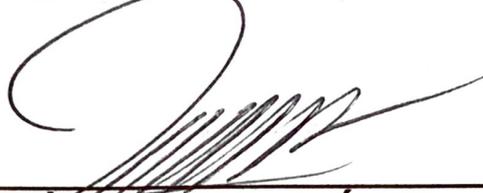
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7**

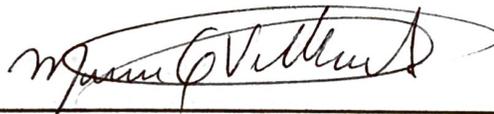
AUTORIZACIONES



DR. IVÁN SANTOS JIMÉNEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DRA. SANDRA VEGA GARCÍA.
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL ÁVALOS
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°.7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO.
JULIO 2021

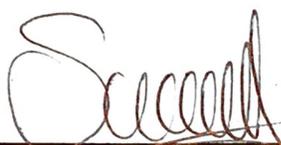
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7**

AUTORIZACIONES



DR. ALEJANDRO ANTONIO HERNÁNDEZ IBÁÑEZ

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7

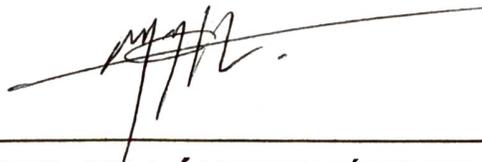


DRA. SANDRA VEGA GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
RESPONSABLE DE TESIS



DRA. DIANA CASTILLO MARTÍNEZ

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°32
ASESOR CLÍNICO



DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN GESTION DIRECTIVA EN SALUD.
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 10
ASESOR METODOLÓGICO

CIUDAD DE MÉXICO,
JULIO 2021

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7**

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

CIUDAD DE MÉXICO.
JULIO 2021



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Miércoles, 02 de junio de 2021

M.E. SANDRA VEGA GARCIA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Calidad de vida en pacientes con Psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-034

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES, JOSÉ ANTONIO Y JOSEFINA, POR SU APOYO INCONDICIONAL PARA MI
CRECIMIENTO PERSONAL Y PROFESIONAL.

A TODOS QUIENES PARTICIPARON EN MI FORMACIÓN DURANTE LA RESIDENCIA EN LA
ESPECIALIDAD QUIENES COMPARTIERON SUS CONOCIMIENTOS, SUS ENSEÑANZAS Y
EXPERIENCIAS QUE ME AYUDARON A CRECER INTELECTUALMENTE.

A MIS AMIGOS Y SORPRESA DE LA RESIDENCIA, PAULINA, JONNATAN, DANIEL,
HOMERO, NORA, ELIDE Y STHEPANIA, DE QUIENES SIEMPRE RECIBÍ SU APOYO,
CARIÑO, CONFIANZA Y AMISTAD.

¡¡ GRACIAS!!

A.A.H.I.

ÍNDICE

RESUMEN	8
MARCO TEÓRICO	9
JUSTIFICACIÓN.....	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
OBJETIVO GENERAL	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
HIPÓTESIS.....	26
MATERIAL Y MÉTODO	27
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	29
MUESTREO.....	29
CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN Y SOCIODEMOGRÁFICAS	32
VARIABLES DE PATOLOGÍA.....	32
VARIABLE DEL INSTRUMENTO.....	32
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
DISEÑO ESTADÍSTICO	34
MÉTODO DE RECOLECCIÓN	34
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
RECURSOS.....	40
FACTIBILIDAD.....	40
TRASCENDENCIA	40
RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIÓN	45
BILBIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	50
TABLAS Y GRÁFICAS.....	55

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7

Hernández Ibáñez Alejandro Antonio¹ Vega García Sandra² Castillo Martínez Diana³ Millán Hernández Manuel⁴

1.Residente de 3^{er} año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No 7. 2.Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No 7. 3.Especialista en Dermatología. Hospital General de Zona No 32. 4.Especialista en Medicina Familiar. Hospital de Psiquiatría / Unidad de Medicina Familiar No 10.

ANTECEDENTES: La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria multisistémica de origen inmunológico que aparte de producir un daño en la piel se ha relacionado con un deterioro físico, psicológico, económico, sexual y en las dinámicas sociales y familiares; así como con la presencia de comorbilidades que impactan de manera negativa la calidad de vida por lo que es de importancia realizar una evaluación integral desde el primer nivel de atención para que se tomen las medidas necesaria de atención interdisciplinaria oportunamente.

OBJETIVO: Evaluar que efecto tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional que se realizará en la población de la Unidad de Medicina Familiar.

RECURSOS: Asesores metodológicos y clínicos con financiamiento a cargo del médico residente.

INFRAESTRUCTURA: Instalaciones de una Unidad médica de primer nivel de atención.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Los investigadores han realizado en conjunto han realizado más de diez investigaciones relacionados al tema clínica en el último año; se cuenta con la experiencia de la asesoría metodológica de más de 5 años en lo que se respecta ha investigado.

TIEMPO A DESARROLLARSE: abril 2020 a junio 2021.

CONCLUSIONES:

En la población de 28 sujetos, la edad media fue de 52.82 años (+- 14.01 años). 50% fueron hombres y 50 % fueron mujeres, el 75% estaba casado/a, el 60.7% era empleado/a, el 53.6% tenía como escolaridad licenciatura; el 53.6% si tenía familiares con antecedente de diagnóstico con psoriasis; 42.9% tenía un tiempo de diagnóstico de entre 1 a 5 años; el 82.1% tenía un tratamiento tópico, el 14.3 % tenía obesidad como comorbilidad y en el 71.4 % existía un efecto moderadamente negativo por la psoriasis en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Psoriasis, Comorbilidades

MARCO TEÓRICO

La piel es un órgano esencial que nos envuelve, nos protege, nos da identidad y es a través de ella que, percibidos al mundo, nos comunicamos y expresamos nuestros sentimientos y emociones. ¹

Para la mayoría de las personas, el estado de salud de la piel influye en los hábitos diarios, la autoestima y la calidad de vida; por lo que se ha documentado que las enfermedades de la piel afectan las actividades de la vida cotidiana, las del hogar, del cuidado personal, la autoimagen, las actividades de esparcimiento, inclusive el sueño, el descanso, el trabajo, la escuela; e incluso provocan alteraciones emocionales y hasta aislamiento social, afectando negativamente la calidad de vida que se ve influida por la sintomatología, la severidad, la duración y la percepción de la enfermedad. ^{2,3}

Aproximadamente del 15% a 20% de la consulta médica mundial se relaciona con problemas dermatológicos. ⁴

El concepto de calidad de vida surge a finales de los años 60's en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial con el propósito de conocer, a través de la investigación científica de la asistencia social benéfica, la percepción que tenían las personas hacia su nueva vida y si estas se sentían económicamente seguras al recolectar información sobre el estado socioeconómico, el nivel de educación y tipo de vivienda, como ejemplo de indicadores objetivos y la relación que existía de indicadores subjetivos, como la satisfacción, la felicidad y la percepción de bienestar de acuerdo a un nivel de vida. Durante los siguientes años, el término se aplicó para nombrar los diferentes aspectos de satisfacción en relación con el estado de salud, el bienestar físico, la salud mental y el estado funcional. ^{5,6}

En el año de 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". Así, se involucraba a la calidad de vida como la suma de

sensaciones percibidas subjetivas y personales del sentirse bien; más que un estado de salud, síntoma o capacidad funcional.^{7,8}

Durante el Foro Mundial de la Salud llevado a cabo en el año de 1966 en Ginebra, la OMS, definió a la calidad de vida como “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 en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”.⁷

A través del grupo WHOQOL Grupo, World Health Organization Quality Of Life, en 1995, la calidad de vida es definida como “La percepción de condiciones objetivas, entre las que se encuentran los recursos materiales y condiciones subjetivas o de satisfacción, ya sean positivas o negativas, que tiene el individuo de la vida de acuerdo a su contexto cultural, sistema de valores, metas, expectativas e intereses”.⁷

La importancia en la percepción de la enfermedad por los pacientes radica en la manera que experimentan los síntomas, la respuesta y la adhesión al tratamiento, así como la relación con el personal de salud.⁹

La definición de la calidad de vida ha sido un desafío, ya que es un concepto multidimensional que incluye la visión subjetiva a través de un juicio cognitivo consciente de la satisfacción en lo físico, lo psicológico, lo social y emocional en el desarrollo personal y de salud del individuo, en donde las creencias, experiencias, percepciones, expectativas e incluso enfermedades crónicas pueden modificar el concepto; por lo que dos personas con el mismo estado de salud pueden tener calidad de vida muy diferente.⁷⁻⁹

La calidad de vida relacionada con la salud se define como la capacidad de un individuo para llevar a cabo actividades predefinidas diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social, de acuerdo a la percepción subjetiva de los síntomas derivados del control de la enfermedad o del tratamiento que determina la calidad y nivel de satisfacción.⁷⁻⁹

El concepto de calidad de vida se utiliza más frecuentemente en las evaluaciones de salud y bienestar subjetivo de satisfacción en salud.^{5,8}

Aunque la mayoría de los pacientes con psoriasis tienen sólo una enfermedad leve, que no afecta la supervivencia, al ser una enfermedad crónica, se ha demostrado que la psoriasis tiene un impacto negativo significativo en la calidad de vida relacionada con la salud; ya que aproximadamente en el 80% de los pacientes experimentan limitación en las actividades diarias, baja productividad escolar y laboral; baja calidad de funcionamiento social y reducción importante en el estado emocional e incluso en el funcionamiento sexual. En las formas leves o moderadas de la enfermedad, el impacto en la calidad de vida ha sido superior incluso encontrado en otras enfermedades dermatológicas como son el acné vulgar, la urticaria, el vitíligo y la alopecia.^{1,4,10-13}

Las manifestaciones clínicas como el prurito, y las condiciones de su piel, como la presencia de dolor, sangrado y descamación, además de los problemas cosméticos afecta la manera en que las personas se ven a sí mismas y la manera en que son percibida por los demás, por lo que se genera un trastorno dismórfico que se traduce en la necesidad de cubrir las lesiones y evitar el contacto. Esto provoca rechazo, culpa, vergüenza y angustia emocional que, con el tiempo, genera baja autoestima, estigmatización, exclusión social e incluso repercusiones psicológicas como la ansiedad, la ira y con frecuencia altas tasas de depresión en el 76% de los casos e ideación suicida hasta en el 10% de los pacientes de entre 18 y 34 años.¹⁰⁻¹⁴

La psoriasis es una enfermedad común proinflamatoria crónica que afecta a la piel y a las articulaciones que se produce por la activación del sistema inmunológico innato y adaptativo que causan daño sistémico a largo plazo.¹⁵

Afecta a 125 millones de personas alrededor del mundo. La prevalencia puede variar según la edad, el género, la etnia y el área geográfica, ya que se ha reportado que es más frecuente en los países que distan del ecuador, oscilando entre 1 al 4% a nivel global. En Europa y los EUA tiene una prevalencia del 1 al 3 % y en el Reino Unido afecta del 2 al 3% su población. En México se estima que afecta

aproximadamente a 2.5 millones de personas; representa el 2% de la consulta dermatológica y es la 8^{va} causa de consulta en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”.¹⁶⁻²³

Las mujeres y los hombres se ven igualmente afectados y si bien se puede presentar a cualquier edad, generalmente el inicio es de los 20 a 35 años, sin embargo, se puede presentar entre los 15 y 22 años y luego entre los 50 y 69 años. Se ha documentado que puede aparecer en mujeres a una menor edad. La psoriasis se presenta aproximadamente en el 30% de los pacientes con historia familiar de psoriasis y se relaciona la aparición de la enfermedad a menor edad con más gravedad.¹⁶⁻²⁰

Se ha identificado una susceptibilidad genética iniciadora debido a la presencia de genes como el HLA-Cw6, ERAP1, IL12Bp40, IL23Ap19, IL4, IL13 y TNFAIP3.72; que codifican a diferentes interleucinas que, junto con la interacción entre factores ambientales, hormonales e inmunológicos, traumatismos, infecciones y medicamentos son desencadenantes de la enfermedad. En 1972, Heinrich Koebner identificó que en la piel que sufría microtraumatismos, aparecían lesiones cutáneas psoriásicas secundarias a la respuesta inflamatoria de las epidermis debidas al trauma, a lo que hoy se le conoce como el fenómeno de Koebner. Las infecciones por *Staphylococcus aureus*, o especies de estreptococos y algunas especies de *Malassezia*, *Cándida* y virus, como el Virus del Papiloma Humano y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, se han relacionado con la patogénesis debido a que tienen un efecto inductor o de exacerbación a través de toxinas activadoras de linfocitos T y la expresión del antígeno linfocitario cutáneo presente en la psoriasis.¹⁵⁻¹⁸

La psoriasis es aproximadamente dos veces más común en personas de raza blanca que en personas de raza negra, y el consumo de cerveza se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar psoriasis entre las mujeres en comparación con las mujeres que beben, vino y licores, y las mujeres que no beben; así como ser 1.7 a 1.9 veces más probable en quienes fuman o han fumado que en aquellos que nunca han fumado.²⁴

La psoriasis se caracteriza por la aparición de pápulas, máculas y placas eritemato-escamosas, definidas y generalmente de distribución bilateral y simétrica en piel cabelluda, el tórax, región umbilical, en las extremidades superiores, principalmente en regiones extensoras de los codos; las uñas y en la parte inferior de las piernas, las rodillas, la región glútea y los genitales.^{10,15,19,21,25,26}

Entre las manifestaciones clínicas más frecuente que presentan los pacientes se encuentran el prurito en el 63.8 % de los casos, la irritación en el 59.7%, el ardor en el 46.1%, en el 39% existe hipersensibilidad, así como dolor en el 26% y en el 25.4% de los casos, debido a pequeños vasos dilatados que provocan placas descamativas de piel eritematosa, presentan pequeñas hemorragias conocidas como signo de Auspitz.¹⁸

La psoriasis se considera una enfermedad inflamatoria en la que existe una proliferación epidérmica y capilar causado por un sistema inmune innato y adaptativo alterados.^{16,18,21}

La cascada de inflamación comienza con la activación de células dendríticas y neutrófilos presentes en la piel que secretan mediadores inflamatorios que actúan como retroalimentadores positivos al regular la diferenciación de linfocitos T inmaduros a maduros, entre las que se encuentran las citocinas: IL-12, IL-23 y TNF- α .^{15,18,20}

La IL-12 actúa sobre los linfocitos T para diferenciarlos a la clase Th1 y proliferar; la IL-23 altera la expresión de TNF- α estimulando a los macrófagos y al unirse a su receptor en linfocitos T, promueve la diferenciación, maduración y supervivencia de un tipo de linfocitos T de clase Th17; un nuevo subtipo de linfocito no categorizado en Th1 o Th2. Estos linfocitos Th17 activados, son el eje principal en la inmunopatogénesis de la psoriasis al promover un ambiente inflamatorio multisistémico.^{15,18,20}

Estos linfocitos Th17 producen citocinas inflamatorias como IL-17 e IL-22, que se relacionan con el mecanismo de disqueratosis y angiogénesis. Estimulan a los queratinocitos induciendo su proliferación debido a que afectan al ciclo celular al hacerlo pasar de 311 horas a 36 horas, así como su migración al estrato espinoso que de 13 días a pasa a sólo 48 horas.^{15,18,20}

La IL-23 se asocia con hiperplasia epidérmica, al aumentar la expresión del gen de queratina 16 (K16) en queratinocitos y la IL-6 se relaciona con la maduración de los linfocitos Th17 estableciendo un ciclo de retroalimentación positiva.^{15,18,20}

Las IL-17 a IL-22, exclusivas de linfocitos Th17, y la IL-23, se encuentran elevadas en el suero e incluso en las lágrimas de pacientes con psoriasis a diferencia de los que no presentan la enfermedad.^{15,18,20}

El TNF- α estimula a los queratinocitos para producir IL-8, quienes ayudan en el reclutamiento de los neutrófilos y se relaciona, debido a su efecto antiapoptótico, con la supervivencia y proliferación de linfocitos y queratinocitos. Así las citocinas producidas actúan de nuevo sobre las células dendríticas al final de este proceso para continuar una y otra vez con la inflamación.^{15,18}

El diagnóstico de la psoriasis se realiza a través de los antecedentes familiares, la morfología de las placas, su evolución, distribución, las manifestaciones clínicas y los hallazgos en el examen físico de toda la superficie corporal buscando datos sugestivos de afectación. Principalmente se presenta en piel cabelluda, zona retroauricular, las regiones intertriginosas, anogenitales y ungueales. El estudio histopatológico es una herramienta de apoyo en los casos en que la clínica no sea característica, existan manifestaciones en lugares poco frecuentes o para descartar alguna otra enfermedad papuloescamosa.^{10,15,18,20,27}

En los hallazgos histológicos se observan queratinocitos retenidos con núcleos anormales en el estrato córneo conocido como paraqueratosis, debido a la mitosis aumentada de queratinocitos basales que migran hasta la capa córnea en promedio de 3 a 5 días. Al continuar con la gravedad de la enfermedad, se presenta la hiperqueratosis y acantosis, debido a la hiperplasia epidérmica y angiogénesis, con la presencia de vasos sanguíneos subepidérmicos tortuosos y dilatados en la papila dérmica. Existe un infiltrado inflamatorio perivascular compuesto de linfocitos, mastocitos, hematíes y células dendríticas en la dermis; así como acumulaciones de neutrófilos en la epidermis conocidos como microabscesos de Munro en el 75 % de los casos.^{18,27}

De acuerdo con las características clínicas e histopatológicas, el Consejo Internacional de Psoriasis la clasifica en diferentes fenotipos: psoriasis en placas o vulgar, guttata, inversa, pustulosa generalizada, pustulosa palmoplantar, eritrodérmica, ungueal y artritis psoriásica.^{16,19,20}

La psoriasis en placas o vulgar, se presenta en el 80 a 90 % de los pacientes y se caracteriza por placas únicas o múltiples de diámetro variable bien definidas con elevación de aproximadamente 1 cm con base eritematosa y leve área gris con signo de Auspitz positivo que se encuentran principalmente en áreas de extensión, como lo son los codos, las rodillas, piel cabelluda, el área sacra e interglútea.^{16,18,20,25}

La psoriasis Guttata es más frecuente en niños y adolescentes. Se caracteriza por pápulas pequeñas de entre 2 a 10 mm, “gotitas”, eritematoescamosas que predominan en tronco y extremidades precedidas por infecciones de las vías respiratorias superiores virales o por estreptococos.^{18,20,25}

La psoriasis invertida o flexora se caracteriza por el predominio del eritema sobre la escama de color rojo brillante localizada principalmente en pliegues de la axila y/o inguinales.^{18,25}

La psoriasis pustulosa se caracteriza por numerosas pústulas estériles no foliculares de evolución aguda, subaguda o crónica con presentación generalizada, o localizada en palmas y plantas. Causa impactos significativos en la calidad de vida de los pacientes debido a la ubicación y ser difícil de tratar.^{18,25}

La psoriasis eritrodérmica afecta al 1-2% de la población y se caracteriza por la fusión gradual de las placas eritematosas con descamación en más del 90% de superficie corporal causadas por infecciones, medicamentos, enfermedad sistémica o abstinencia de corticosteroides con la presencia de alteraciones hidroelectrolíticas y en la termorregulación.^{18,25}

Entre el 50 y 80% de todos los afectados por la psoriasis, se desarrollará una afectación ungueal caracterizada por la presencia de pequeñas depresiones en la superficie de la uña, como picaduras llamadas onicólisis; hiperqueratosis subungueal y manchas de color amarillo-anaranjado debajo de la placa de la uña conocidas como manchas de aceite. La presencia de psoriasis ungueal es un factor importante para sospechar artritis psoriásica.^{18,20}

La artritis psoriásica se puede desarrollar en promedio entre el 30 y 50 % de los pacientes con psoriasis después de 12 años de evolución, con la presencia de oligoartritis distal progresiva asimétrica que cursa con rigidez, dolor y deformidad permanente que involucra cuatro o menos articulaciones; poliartritis negativa al factor reumatoide, artritis mutilante debido a la reabsorción y acortamiento de los huesos de los dedos haciéndolos parecer salchichas, conocida como dactilitis; sacroileítis y espondilitis anquilosante.²⁰

Entre los diagnósticos diferenciales de enfermedades papuloescamosas que se tienen que contemplar, se encuentran principalmente la dermatitis atópica o de contacto, la dermatitis seborreica, numular, dermatofitosis, la pitiriasis rosada y rubre; el liquen plano o la sífilis secundaria.^{18,27}

En general el uso de corticoesteroides tópicos de baja a moderada potencia, por su actividad antiinflamatoria, antiproliferativa, antiangiogénica y facilidad de uso,

están indicados como tratamiento para la psoriasis leve a moderada con BSA<10% y localizada en cara, cuello, áreas de flexión y genitales. Entre los que encontramos a la Hidrocortisona del 0.5-1%, Desonide 0.5%, Clobetasona y Betametasona que ayudan en el adelgazamiento de las placas y con la disminución de los síntomas en las primeras 2 semanas. Como efectos adversos locales puede presentarse atrofia, estrías, telangiectasias, despigmentación y efectos sistémicos por uso excesivo y prolongado.^{16,18,21,25,27}

Para psoriasis en cara o en párpados, semimucosas y conducto auditivo externo, se puede utilizar como alternativa a esteroide Tacrolimús al 0.1%. Para áreas de piel más gruesa, como las palmas, las plantas, los codos y las rodillas se usan corticosteroides más potentes.^{16,21,25}

Los análogos de vitamina D, como el calcipotriol o tacalcitol se caracterizan por presentar una actividad inmunorreguladora al disminuir la actividad local de los linfocitos T y proliferación de los queratinocitos. Sin embargo pueden causar, irritación y en personas de alto riesgo hipercalcemia si la dosis es mayor de 100 g a la semana.^{21,20,25}

En áreas más extensas, se utiliza terapia tópica junto con fototerapia o sistémica de segunda línea.²¹

La administración de fármacos por vía oral o parenteral se reserva para formas moderadas a severas de la enfermedad. Entre los tratamientos encontramos a clásicos o convencionales y biológicos como anticuerpos monoclonales.^{24,27}

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico, que actúa a través de la inhibición de la enzima dihidrofolato reductasa en las células, presentando un efecto supresor de las células inmunes funcionando como antiproliferativo y antiinflamatorio. Está contraindicado en embarazadas, personas con insuficiencia renal, personas que abusan del alcohol, hepatitis o cirrosis; y con leucemia o trombocitopenia por su efecto hepatotóxico y nefrotóxico.^{24,27}

La ciclosporina inhibe la capacidad de presentación de antígeno de las células de Langerhans e impide la desgranulación de los mastocitos suprimiendo así a los linfocitos T y las citocinas proinflamatorias. Se usa en ciclos cortos para controlar descompensaciones o brotes de la enfermedad por su efecto rápido sobre las lesiones y eficacia sobre la artropatía asociada. Su uso durante periodos prolongados se asocia a una nefrotoxicidad e hipertensión.^{24,27}

El inicio de fototerapia se considera para la enfermedad moderada a grave, que se caracteriza por más del 10% de BSA, y sin artritis psoriásica. Se realiza a través de rayos ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB; 311–313 nm), ultravioleta B de banda ancha (BB-UVB; 280–320 nm), láser UVB dirigido o excimer (308 nm) y un tratamiento combinado de 8-metoxipsoraleno y UVA (PUVA; 320–400 nm). Induce la apoptosis de las células presentadoras de antígeno y aumenta la producción IL-10, una citocina antiinflamatoria. Se puede utilizar en niños y en el embarazo.^{16,20,21,}

Se han desarrollado múltiples agentes biológicos, principalmente, anticuerpos monoclonales dirigidos a los mediadores de la inflamación involucrados en el desarrollo de psoriasis.²⁸

Los antagonistas o inhibidores del factor de necrosis tisular (anti-TNF), entre los que se encuentran Infliximab, Adalimumab, Etanercept se utilizan en pacientes con psoriasis en placas de moderada a severa que no responden a otros tratamientos, Secukinumab e Ixekizumab, bloquean a la IL-17 y Ustekinumab inhiben a la IL-12 y 23. No se pueden recetar en conjunto a ciclosporina, metotrexato y PUVA y están contraindicados en pacientes con insuficiencia cardíaca grado III, IV.^{21,27}

La eficacia de las distintas terapias, se define como la mejoría clínica con disminución del 75%, 90% y 100% del PASI basal, respectivamente.²⁰

Para poder evaluar objetivamente la gravedad de la enfermedad, se han desarrollado diferentes herramientas de medición clínica que se utilizan para cuantificar diferentes aspectos de la enfermedad.²⁴

Entre las más usadas, tenemos al índice de gravedad y extensión de la psoriasis, conocido como PASI, Área de Psoriasis e Índice de Severidad, el cual se considera el estándar de medición de la severidad de la psoriasis al valorar el grado de presencia del eritema, la escama y grosor, en relación con el área de superficie corporal afectada. Tiene una escala que va de 0 a 72 puntos, donde el resultado mayor a 10 puntos es considerado afectación severa.²⁴

El índice de superficie corporal afectado, más conocido como BSA o Área de Superficie Corporal, consiste simplemente en la medición de la superficie corporal afectada a través de la palma de la mano del paciente con una equivalencia al 1% de la superficie corporal. Se considerado una afectación severa con el mayor al 10% de área involucrada.²⁴

El impacto negativo de la calidad de vida se asocia al tipo y la gravedad de la enfermedad. Ya que la psoriasis moderada a severa se asocia con puntuaciones más altas en el Índice de Calidad de Vida Dermatológica DLQI. Se ha reportado la relación que entre más área de afectación cutánea exista, mayor es la reducción de la calidad de vida en jóvenes y mujeres principalmente. Así una puntuación PASI superior a 18 tienen una discapacidad física mayor. En EUA, se realizó un estudio en donde se demostró la disminución de la calidad de vida con la asociación del área de superficie afectada con un Spearman $\rho = 0.50$; $p < 0.0001$.^{12,14}

La ubicación también es importante, ya que los pacientes con psoriasis principalmente en manos y pies, presentan dificultad para realizar tareas de la vida cotidiana, como el caminar, recoger cosas, coser, etc. Una encuesta realizada por La Fundación Nacional de Psoriasis “The National Psoriasis Foundation”, reportó que casi el 75 % de los pacientes, creían tener un impacto negativo moderado a severo en la calidad de vida al afectar las actividades diarias.^{12,14}

El impacto de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis se ve influido por la edad y género, ya que se ha encontrado que, entre más edad y género femenino, los síntomas como el prurito y el dolor, interfieren con el autocuidado. Así como el estado civil, el tipo de trabajo, la presencia o ausencia de distrofia ungueal, trastornos del sueño, la presencia de comorbilidades o infecciones y la duración de la enfermedad afectan la calidad de vida.^{11,12,14}

Hasta en un 63%, durante la enfermedad, los pacientes presentaran lesiones psoriásicas en área genital, que, junto con el prurito, se relacionan con un deterioro importante en la salud sexual.²⁹

El ambiente inflamatorio multisistémico presente en la psoriasis, se ha relacionado con comorbilidades metabólicas y cardiovasculares por alteraciones en la secreción de insulina, su resistencia y con la producción de adiponectina que afectan la capacidad del control glucémico y de lípidos del organismo. Por lo que se ha relacionado con el desarrollo de síndrome metabólico, Obesidad, Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, enfermedad cardiovascular, así como Enfermedad Cerebrovascular.^{18,19,26}

Diferentes estudios han mostrado que neuromoduladores, entre los que se encuentran, sustancia P, péptidos relacionados con el gen de la calcitonina, péptido intestinal vasoactivo y factores de crecimiento, así como el alza del cortisol, son potentes reguladores en el proceso inflamatorio relacionando con las exacerbaciones y brotes de la psoriasis.³⁰

Debido al deterioro físico y mental que provoca la psoriasis, el impacto en la calidad de vida es comparado con enfermedades como cáncer, problemas pulmonares, Hipertensión y Diabetes tipo II.³⁰

Además, la psoriasis, influye en la decisión de elección de pareja, carrera e incluso residencia, así como la vida de los familiares o pareja que también puede afectarse.³¹

El costo anual total para el tratamiento de la psoriasis se estima en el rango de \$1.6 mil millones a \$4.3 mil millones de dólares debido a la pérdida de productividad, el absentismo laboral, así como gastos del tratamiento.^{11,12}

Debido a que la calidad de vida no es directamente observable, se puede cuantificar a través de instrumentos genéricos, estandarizados o específicos válidos, reproducibles y confiables para la evaluación integral en los individuos, en el diseño de ensayos clínicos y en la investigación en salud que se someten a análisis estadísticos.^{4,32}

Las herramientas de investigación de la calidad de vida en dermatología entre algunas de sus funciones, nos permiten evaluar la perspectiva del paciente que tiene sobre la atención clínica, los servicios de salud y la toma de decisiones respecto a la asignación de recursos y terapias.³²

Existen 6 lineamientos que debe de cumplir el diseño de un instrumento para evaluar la calidad de vida, entre ellos se encuentran la claridad en la evaluación del objetivo, coherencia y credibilidad en la capacidad de predicción; el uso de preguntas adecuadas, debe de incluir al autocuidado, la actividad física, la comunicación, la interacción social, el descanso, las actividades recreativas y las repercusiones emocionales, por último, deben de ser fáciles de responder y entendibles.⁴

En cuanto a la viabilidad del instrumento para la evaluación dermatológica, debe de tener un contenido gráfico, preguntas e instrucciones que sean fáciles de comprender, que pueda autoexplicarse y ser contestado sin ayuda.³³

Existen dos tipos de evaluaciones, las específicas y las genéricas. Las evaluaciones específicas, evalúa la carga de la enfermedad de los afectados, mientras que las genéricas, comparan a grupos que tienen la enfermedad de los que no la tienen.³²

El Cuestionario sobre la Calidad de Vida Dermatológica “Dermatology Life Quality Index” (DLQI), fue el primer instrumento de medición específico de calidad de vida relacionado con la salud dermatológica publicado en 1994 por Finlay y Khan con el objetivo de evaluar el impacto en las actividades diarias de las enfermedades inflamatorias de la piel como el acné, el eccema, la psoriasis y la urticaria para ser simple y fácil de usar en un entorno clínico.⁴

El Cuestionario sobre la Calidad de Vida Dermatológica (DLQI), ha sido traducido a varios idiomas y se ha utilizado con fines clínicos en la investigación de más 36 afecciones cutáneas diferentes, entre las que se encuentran, ampliamente en psoriasis, dermatitis atópica, acné, vitíligo y urticaria, que lo han convertido en el estándar para evaluar el impacto en la calidad de vida por las enfermedades y terapias dermatológicas. La consistencia interna tiene un puntaje Cronbach que van desde 0,83 a 0,9 que lo ubica entre bueno y excelente, así como altos coeficientes de correlación de Spearman en su evaluación de fiabilidad prueba-reprueba y buena sensibilidad al cambio.^{3,34}

El Cuestionario sobre la Calidad de Vida Dermatológica (DLQI) está compuesto de 10 preguntas, se puede utilizar en pacientes a partir de los 16 años de edad; es unidimensional y lo responde el mismo paciente en una visita en aproximadamente 124 segundos, de entre 1 y 3 minutos. Las 10 preguntas evalúan la percepción del impacto que tiene la enfermedad cutánea en la calidad de vida durante la última semana a través de medir los síntomas y sensaciones en las preguntas 1 y 2, las actividades diarias por las preguntas 3 y 4, las actividades de ocio, las preguntas 5,6; el impacto en el trabajo y vida escolar, en la pregunta 7; las relaciones interpersonales, en las preguntas 8 y 9; y por último los efectos secundarios del tratamiento valorado por la pregunta 10. Cada pregunta tiene cuatro posibilidades de respuesta de acuerdo a la escala de Linker en donde se le asigna un puntaje que va del 0 al 3. 0, para la respuesta sin relación/no relevante o nada, un punto para

un poco, 2 puntos para mucho y 3 puntos para muchísimo. El resultado se calcula sumando los puntos dados de acuerdo a cada respuesta seleccionada, en donde un puntaje obtenido de 0-1, no tiene ningún efecto en la calidad de vida, de 2-5 tiene un pequeño efecto en la vida del paciente, de 6 - 10 tiene un efecto moderado en la vida del paciente, de 11 - 20 el efecto es muy grande en la vida del paciente y por último de entre 21 - 30 tiene un efecto extremadamente grande en la calidad de vida del paciente.^{3,34}

Se pueden atribuir varios factores a la baja calidad de vida de los pacientes con psoriasis, especialmente a los factores como la naturaleza crónica y recurrente de la enfermedad, la falta de control y el miedo a un brote inesperado y la sensación de desesperanza en términos de curación.¹¹

Debido a la fisiopatología de la psoriasis, es considerada una enfermedad crónica que requiere de frecuentes consultas y debido a las comorbilidades que presentan los pacientes y la compleja negativa en la calidad de vida, es considerada como un problema de salud que necesita una estrategia, un abordaje y un manejo de atención integral e interdisciplinario de esta enfermedad.^{4,23}

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, el personal de salud debe de realizar estrategias de intervenciones tanto farmacológicas, de asesoramiento y educación para el control personal; fomentar estrategias de afrontamiento activas, reestructurar los pensamientos negativos sobre la enfermedad y animar a los pacientes a expresar emociones, buscar apoyo social y en que distraerse.¹²

El que se realice un abordaje multidisciplinarios, a través de la atención primaria y otros especialistas como el dermatólogo y psicólogo principalmente, por ser las áreas más afectadas, nos permite tener una visión holística de la enfermedad y el desarrollo de herramientas para intervenir en todos los niveles en los que afecta a la enfermedad. Nos permite también desarrollar habilidades técnicas y clínicas para identificar las diferentes formas en que se presenta la enfermedad; los elementos

involucrados en la etiopatogenia y los resultados del tratamiento, así como fortalecer la relación médico paciente.^{35,36}

JUSTIFICACIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatorio crónica que no sólo afecta a la piel. Es una patología de afectación sistémica con repercusiones significativas en el ámbito de la vida diaria, lo físico, emocional, psicológico, laboral, social, sexual y económico y no sólo en la dimensión personal del paciente, sino que muchas veces se asocian a alteraciones en las dinámicas sociales y familiares que conducen a mayor estrés psicológico y exacerbación de la enfermedad y se ha demostrado la asociación con enfermedades cronicodegenerativas produciendo un significativo deterioro de la calidad de vida.

Por lo tanto, es de interés el fomentar la investigación del impacto en la calidad de vida que genera la psoriasis por la escasa evidencia de estudio sobre dicha patología en el país a través de un cuestionario fácil de responder por el mismo paciente que se puede realizar en el consultorio de medicina familiar en un periodo corto de tiempo, que nos permita identificar de manera oportuna que efecto tiene la enfermedad para llevar a cabo las correctas intervenciones terapéuticas y de atención médica integral e interdisciplinaria a través del médico familiar, especialista en dermatología, trabajo social y psicología, para un mejor control y seguimiento del paciente.

Este estudio se evaluará el efecto que tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes a través de un simple cuestionario de tal manera que los pacientes reciban el beneficio al desarrollar estrategias que ayuden adquirir el conocimiento necesario de atención integral y multidisciplinaria anticipada en los ajustes del tratamiento, respuesta al mismo y apoyo psicosocial para disminuir el impacto negativo que puede provocar la enfermedad en su calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se estima que la psoriasis afecta aproximadamente a 2.5 millones de personas, sin embargo, al parecer existe un subregistro de la enfermedad y poca evidencia sobre su investigación a pesar de que representa el 2% de la consulta dermatológica y la 8va. causa de consulta en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”. La psoriasis afecta la calidad de vida de quienes la padecen no sólo por las características clínicas e histopatológicas, la extensión y el grado de discapacidad física de las lesiones en la piel,, sino que se ha demostrado que al ser una enfermedad crónica; tiene un impacto negativo importante al limitar actividades de la vida cotidiana reduciendo el funcionamiento tanto de los roles sociales de las personas, no sólo en el sistema familiar, sino también afectando el subsistema laboral, escolar emocional e incluso sexual. Este impacto en la calidad de vida ha sido superior incluso encontrado en otras enfermedades dermatológicas como son el acné vulgar, la urticaria, el vitíligo y la alopecia. así como también se ha documentado la asociación entre psoriasis y otras enfermedades crónicas inflamatorias entre las que se encuentran el síndrome metabólico, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, la artritis reumatoide, incluso depresión y ansiedad. Por lo que es de importancia el identificar de manera oportuna cual es el efecto que tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes de la unidad de medicina familiar para tomar medidas anticipatorias que beneficien a los pacientes de manera interdisciplinaria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué efecto tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar que efecto tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar los datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad) de los pacientes con psoriasis.
- Investigar sobre la presencia de antecedentes heredofamiliares de psoriasis.
- Conocer el tiempo de diagnóstico con psoriasis.
- Identificar que tratamiento médico tiene cada paciente al momento del estudio.
- Reconocer la presencia de comorbilidades.

HIPÓTESIS

Se realizaron hipótesis con fines de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H0)

La psoriasis no tiene un efecto considerablemente negativo en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

Hipótesis alterna (H1)

La psoriasis tiene un efecto considerablemente negativo en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

MATERIAL Y MÉTODO

Unidad de análisis.

Pacientes con diagnóstico de Psoriasis mayores de 18 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

Tipo de Estudio

- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:
 - PROSPECTIVO.
- Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:
 - TRANSVERSAL.
- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:
 - DESCRIPTIVO.
- Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:
 - OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Calidad de vida en pacientes con Psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7

Objetivo: Evaluar que efecto tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

Hipótesis nula (H0)

La psoriasis no tiene un efecto considerablemente negativo en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

Hipótesis alterna (H1)

La psoriasis tiene un efecto considerablemente negativo en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7.

MUESTRA 85

Material y método: Estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo que se llevará a cabo mediante la aplicación de cuestionarios a derechohabientes mayores de edad con diagnóstico de Psoriasis en la Unidad de Medicina Familiar No.7.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Población de estudio

Pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7 “Tlalpan” mayores de 18 años con diagnóstico de Psoriasis.

Periodo y sitio de estudio

En la Unidad de Medicina Familiar No.7 “Tlalpan” junio 2021.

MUESTREO

De acuerdo a los datos obtenidos en el servicio de ARIMAC en el año 2020 existen 110 pacientes en el turno matutino y vespertino mayores de 18 años de edad con diagnóstico de Psoriasis. Por lo tanto, la siguiente muestra se obtendrá de todos los pacientes mayores de edad con diagnóstico de Psoriasis.

Cálculo de tamaño de muestra

$$\text{Muestra: } \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot p \cdot q]}$$

Sustituyendo la fórmula

Población: 110

Valor de Z con un Intervalo de confianza al 95%: es de 1.96

p: 0.5

q: 0.5

e: 0.05

Muestra =

$$\frac{110 (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (110-1) + [1.96^2 \times 0.5 \times 0.5]}$$

$$110 \times 0.96$$

$$.0025 (109) + [3.84 \times 0.5 \times 0.5]$$

$$105.6 / .272 + 0.96$$

$$105.6 / 1.23 = 85$$

Tamaño de la muestra: 85

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Psoriasis Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que asistan a consulta externa de la U.M.F. No.7.
- Sexo indistinto.
- Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes que decidan no participar en el estudio de investigación.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Aquellos pacientes que no contesten el cuestionario en el 100%

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN Y SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad.

Sexo.

Estado civil.

Ocupación.

Escolaridad.

Antecedentes heredofamiliares de psoriasis.

Tiempo de diagnóstico de psoriasis.

Tratamiento actual específico para psoriasis.

Comorbilidades.

VARIABLES DE PATOLOGÍA

Variable dependiente: Calidad de Vida.

Variable independiente: Psoriasis.

VARIABLE DEL INSTRUMENTO

Cuestionario sobre la Calidad de Vida Dermatológica (DLQI).

Calidad de vida.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Edad	Tiempo que ha pasado una persona con vida desde su nacimiento	En años cumplidos al momento del estudio (Números enteros)	Independiente Cualitativa discreta	Politómica
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Género referido por el paciente.	Cualitativo nominal	Dicotómica 1=Hombre 2= Mujer
Estado civil	Condición jurídica de cada individuo de acuerdo a la pertenencia del estado, la familia o nación	Lo referido por el paciente al momento del estudio	Independiente Cualitativa Nominal Politómica	Politómica 1=Soltero 2=Casado 3=Unión Libre 4=Viudo/a 5=Divorciado
Ocupación	Tarea o función que se desempeña relacionada o no con la profesión Actividad diferenciada, condicionada al tipo de estrato social y al grado de división del trabajo alcanzado por una determinada sociedad	Lo referido por el paciente	Independiente Cualitativa Nominal	Politómica 1.Empleado 2.Desempleado 3.Hogar 4.Pensionado
Escolaridad	Años de estudio cursados y aprobados de acuerdo al Sistema Educativo Nacional	Grado máximo de estudio actual referido por el paciente en el estudio	Independiente Cualitativa Nominal	Politómica 0=Ninguno 1=Primaria 2=Secundaria 3=Bachillerato 4=Licenciatura 5=Posgrado
Antecedentes heredofamiliares	Distribución de ciertas enfermedades actuales o pasadas en una familia	La presencia de miembros en la familia biológica con diagnóstico de psoriasis en por lo menos tres generaciones al momento del estudio referido por el paciente	Independiente Cualitativa Nominal	Dicotómica 1=Si 0=No
Tiempo diagnóstico de psoriasis	Tiempo que ha transcurrido desde la identificación de sus signos y síntomas característicos de una enfermedad	Tiempo en años de diagnóstico referido por el paciente al momento del estudio	Independiente Cualitativa Continua	Politómica 1=menos de un año 2=de 1 a 5 años 3=de 6 a 10 años 4=más de 10 años
Tratamiento	Procedimiento empleado a través de cualquier sustancia para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad.	Tratamiento médico específico referido por el paciente al momento del estudio	Independiente Cualitativa Nominal	Politómica 0-() Ninguno 1-() Tópico (Retinoides, Ácido salicílico, Alquitrán de hulla, Urea, Hidrocortisona, Clobetasona Betametasona, etc.) 2-() Sistémico tradicional oral (Ciclosporina, Metotrexato, Sulfazalazina, Leflunomida, Tracolimus) 3-() Sistémico biológico intramuscular o intravenoso (Atarcept, Infiximab, Adalimumab)
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario	Lo anotado en la hoja de recolección referido por el paciente	Independiente Cualitativa Nominal	Politómica 0-()No 1-() Diabetes tipo II 2-()Obesidad 3-() Hipertensión arterial 4-() Artritis reumatoide 5-() Ansiedad/Depresión 6-() Otra
Calidad de vida	O.M.S. la define como la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida de acuerdo a su contexto, su cultura y de su sistema de valores en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.	Se utilizará el Cuestionario sobre la Calidad de Vida Dermatológica (DLQI)	Dependiente Cualitativa Nominal	Politómica 1.-0 - 1 ningún efecto en la vida del paciente 2.-2 - 5 pequeño efecto en la vida del paciente 3.-6 - 10 efecto moderado en la vida del paciente 4.-11 - 20 efecto muy grande en la vida del paciente 5.-21-30 efecto extremadamente grande en la vida del paciente

DISEÑO ESTADÍSTICO

Se realizará la medición de la intensidad de variables cualitativas y de la magnitud de variables cuantitativas. El análisis estadístico se llevará a cabo en el programa S.P.S.S. de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizarán las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza del 95%. Además de distribución de frecuencias y porcentajes y se elaborarán las tablas y gráficas necesarias que permitan la inspección de los datos.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

- 1.-Se seleccionará a los pacientes que cumplan los criterios de selección derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.7 del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de ARIMAC.
- 2.- Se tomará el teléfono de los datos personales del expediente electrónico de los pacientes diagnosticados con la enfermedad.
3. Se les realizará una llamada telefónica para citar a los pacientes respetando las medias sanitarias debido a la pandemia.
- 4.-Durante su cita de manera personal se le explicará de manera detallada en que consiste el protocolo de investigación respondiendo sus dudas de manera concreta y se le invitará a participar.
- 5.-Si acepta, se le entregará un consentimiento informado que cuenta con la información de manera breve y concisa explicada previamente, así como los beneficios de participar el cual deberá firmar aceptando así su participación.
- 6.-Se recabará el consentimiento informado y se realizará el cuestionario.
- 7.-Se evaluará la calidad de vida a través de la aplicación del cuestionario de calidad de vida en dermatología (QLDI) en un promedio de respuesta de 5 a 10 minutos.
- 8.-El estudio se llevará a cabo en el periodo del mes de junio 2021

9.-Toda la información será vaciada en una base de datos para poder realizar los análisis estadísticos correspondientes.

10.-Se expondrán los resultados y conclusiones.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Control de sesgos de información:

- Se realizó una búsqueda exhaustiva intencionada en información de artículos científicos con la mayor evidencia científica disponible mediante buscadores electrónicos.
- Los pacientes nunca conocerán las hipótesis del estudio.

Control de sesgos de selección:

- Se evaluaron cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los participantes para el estudio.
- Se eligió una muestra representativa de 85 pacientes para un estudio descriptivo de población finita de variable dicotómica, con un intervalo de confianza del 95%.

Control de sesgos de medición:

- Se utilizaron las escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados.

Control de sesgos de recolección de datos:

- Se realizará una entrevista estructurada.
- Se aplicará el cuestionario en la cita programada previo consentimiento informado del paciente.
- Especificar la información requerida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio con el nombre de “Calidad de vida en pacientes con Psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7”, no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas de acuerdo a la **Declaración de Helsinki** (1975), por la 18ª Asamblea Médica Mundial y la modificación en la 52ª en Edimburgo, Escocia en octubre del 2000. Con la finalidad de que la investigación biomédica que implica a personas debe de mejorar con el propósito principal de la investigación en seres humanos que nos permita conocer los efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos) que pueden identificarse al evaluar la calidad de vida que se puede verse afectada por la psoriasis. Así como el apearse al deber del médico en promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes respetando los siguientes principios bioéticos en el estudio:

- **La No Maleficencia:** De acuerdo al tipo de investigación se garantiza por el tipo de intervención, al contestar el cuestionario que no se producirá daño, dolor o sufrimiento.
- **Justicia:** La investigación siempre se apegará a los criterios de selección de manera equitativa y sin discriminación alguna, así como la aplicación del beneficio por igual.
- **Beneficencia:** Identificar de manera oportuna como que efecto tiene la psoriasis la calidad de vida como un beneficio que mejorará el bienestar de los pacientes.
- **Autonomía:** El paciente tiene todo el derecho de deliberar sobre sus finalidades personales, las razones por las que desea participar y elegir continuar o no en el estudio en cualquier momento.

De acuerdo al **Código de Nüremberg** publicado el 20 de agosto de 1947, basado en los resultados de la experimentación y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad, este estudio está diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo con la importancia de solicitar el consentimiento informado que representa el aceptar la participación como la expresión de la autonomía del paciente de acuerdo voluntario, así como de que tiene toda la libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

En base en las normas del reglamento de la **Ley General de Salud** en Materia de Investigación para la Salud en México, que establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, el presente estudio con nombre de “Calidad de vida en pacientes con psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7”, se apega a los artículos:

Artículo 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social de la psoriasis como enfermedad
- II. A la prevención y control de los problemas de salud que pueda generar la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes.

De acuerdo al Título segundo de la **Ley General de Salud** en Materia de Investigación para la Salud en México que corresponde a los aspectos éticos de la investigación en Seres Humanos, este estudio se apega a los siguientes artículos del capítulo I:

Artículo 13.-Deberá respetarse y proteger la dignidad, los derechos y bienestar en todo ser humano que sea sujeto de estudio de investigación en el momento de decidir participar y contestar el cuestionario.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Por lo que esta investigación se clasifica en la siguiente categoría:

II. Investigación con riesgo mínimo: Debido a que se trata de un estudio prospectivo que emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios ya que utiliza un cuestionario que mide la calidad de vida en los pacientes con psoriasis.

Así como el presente estudio se apega a los siguientes artículos en materia de consentimiento informado de acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México:

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La carta de consentimiento informado se encuentra en anexos.

Y por último, de acuerdo al Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (**CIOMS**) establecido conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO) en 1949 con el objetivo de proporcionar principios éticos internacionalmente aprobados en la realización de investigaciones en países de ingresos bajos y medianos; la presente investigación con el nombre de la “Calidad de vida en pacientes con psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7”, se pega a las siguientes pautas sobre la justificación de la participación, los riesgos y beneficios, así como la no existencia de conflicto de intereses.

PAUTA 4:

- Para justificar la imposición de cualquier riesgo a los participantes en una investigación relacionada con la salud y la psoriasis, esta debe tener valor social y científico.
- Antes de invitar a los posibles participantes a sumarse a un estudio, el investigador, el patrocinador y el comité de ética de la investigación deben asegurarse de que los riesgos para los participantes se minimicen y se equilibren apropiadamente en relación con la perspectiva de obtener un posible beneficio individual y el valor social y científico de la investigación.
- Se debe de evaluar los posibles beneficios individuales y riesgos de cada intervención de investigación o procedimiento del estudio.

PAUTA 25:

Conflicto de intereses: No existe un conflicto de intereses en el presente estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7”, por parte de los asesores, del investigador, ni del Instituto, ya que no se recibirá interés secundario, sea éste un beneficio económico financiero, profesional o de prestigio y promoción personal. Así como no se perjudicará a los pacientes que no desearan participar en la investigación.

RECURSOS

Recursos Humanos: investigador médico residente de medicina familiar, asesor metodológico clínico y responsable de tesis.

Materiales: Cuestionario de evaluación QLDI, bolígrafos. computadoras, teléfono

Físicos: Consultorio

Financiamiento: Total por parte del investigador responsable.

FACTIBILIDAD

Este estudio es factible realizarlo ya que los recursos y los datos estadísticos se encuentran en la unidad sede y no implica procedimientos invasivos para los pacientes

TRASCENDENCIA

Este estudio tiene como objetivo identificar si la calidad de vida es afectada en los pacientes con psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7, para tomar las medidas necesarias de atención médica integral.

RESULTADOS

Para la variable de edad en **años cumplidos** se obtuvieron los siguientes resultados: Media 52.82 años (D.E.+/- 14.011 años), mediana 52.50 años, una moda de 45 años; así como un valor mínimo de 31 años y un valor máximo de 86 años.

(Ver tabla 1, gráfica 1)

En cuanto a la variable **género**, se encontró que: 14 personas correspondían a Hombres (el 50%) y 14 personas a Mujeres (el 50%). (Ver tabla 2, gráfica 2)

Dentro de la sección de **estado civil** se encontró: 1 persona soltera (el 3.6%), 21 personas casadas (el 75%), 4 personas en unión libre (el 14.3%), 1 persona viudo/a (el 3.6%) y 1 persona divorciada (el 3.6%). (Ver tabla 3, gráfica 3)

En lo que concierne a la **ocupación**: 17 personas son empleadas (el 60.7%), 2 personas son desempleadas (el 7.1%), 4 personas se dedican al hogar (el 4%) y 5 personas son pensionadas (el 17.9%). (Ver tabla 4, gráfica 4)

De acuerdo a la **escolaridad**: 2 personas cuentan con secundaria (el 7.1%), 7 personas cuentan con bachillerato (el 25%), 15 personas con licenciatura (el 53.6%) y 4 personas con posgrado (el 14.3%). (Ver tabla 5, gráfica 5)

En lo que corresponde a si los pacientes cuentan con **familiares con diagnóstico de psoriasis**: 13 personas no cuentan con familiares con diagnóstico de psoriasis (el 46.4%) y 15 personas si cuentan con familiares con psoriasis (el 53.6%). (Ver tabla 6, gráfica 6)

En base al **tiempo de diagnóstico** de la enfermedad se arrojaron los siguientes datos: 2 personas con menos de 1 año de diagnóstico (el 7.15%), 12 personas de 1 a 5 años de diagnóstico (el 42.9%), 7 personas de 6 a 10 años de diagnóstico (el 25%) y 7 personas con más de 10 años de diagnóstico (el 25%). (Ver tabla 7, gráfica 7)

En lo concerniente al **tratamiento**: 23 personas tienen un tratamiento tópico (el 82.1%) y 5 personas tienen un tratamiento sistémico tradicional (el 17.9%). (Ver tabla 8, gráfica 8)

En lo que respecta a la presencia de **comorbilidades** se encontró: 1 persona no cuenta con alguna otra enfermedad (el 3.6%), 1 persona sólo con Diabetes tipo II (el 3.6%), 4 personas con Obesidad (el 14.3%), 3 personas con Hipertensión arterial (el 10.7%), 3 personas con Ansiedad /Depresión (el 10.7%), 4 personas con Obesidad y Diabetes tipo II (el 14.3%), 3 personas con Obesidad e Hipertensión (el 10.7%), 2 personas con Obesidad, Diabetes tipo II e Hipertensión (el 7.1%), 2 personas con Diabetes e Hipertensión (el 7.1%), 1 persona con Hipertensión y Ansiedad/Depresión (el 3.6%), 2 personas con Obesidad y Ansiedad/Depresión (el 7.1%), así como 2 personas con Obesidad, Diabetes tipo II, Hipertensión y Ansiedad/Depresión (el 7.1%). (Ver tabla 9, gráfica 9)

Finalmente, en lo que compete a **la calidad de vida** en los pacientes con psoriasis se observó: 20 personas con un efecto moderado negativo en la calidad de vida (el 71.4%), y 8 personas con un efecto muy grande (el 28.6%). (Ver tabla 10, gráfica 10)

Respecto a la relación de **género y efecto en la calidad de vida** en pacientes con psoriasis se encontró que: en 9 Hombres existe un efecto moderado en la calidad de vida, en 5 Hombres existe un efecto muy grande; así como en 11 mujeres existe un efecto moderado y en 3 mujeres un efecto muy grande en la calidad de vida.

Se realizó el estudio estadístico Chi cuadrada a 1 grado de libertad con un nivel de confianza del 95% encontrando como resultado el valor de 0.700. (Ver tabla 11, gráfica 11)

En lo referente a si los pacientes cuentan **con familiares con psoriasis y efecto en la calidad de vida** se encontró que: en 11 personas que no tienen familiares con psoriasis, existe un efecto moderado en la calidad de vida, en 2 personas sin familiares existe un efecto muy grande; en 9 personas que si cuentan con familiares con psoriasis tiene un efecto moderado y en 6 personas que si tienen familiares existe un efecto muy grande.

Se realizó el estudio estadístico Chi cuadrada a 1 grado de libertad con un nivel de confianza del 95% encontrando como resultado el valor de 2.06. (Ver tabla 12, gráfica 12)

Y por último en lo que respecta a la asociación entre **el tratamiento actual y calidad de vida** se encontró: en 17 personas con tratamiento tópico existe un efecto moderado en la calidad de vida, en 6 personas con tratamiento tópico existe un efecto muy grande; en 3 personas con tratamiento sistémica tradicional oral existe un efecto moderado y en 2 personas con un tratamiento sistémico tradicional existe un efecto muy grande.

Se realizó el estudio estadístico Chi cuadrada a 1 grado de libertad con un nivel de confianza del 95% encontrando como resultado el valor de 0.39. (Ver tabla 13, grafica 13)

DISCUSIÓN

En el estudio de García L. y colaboradores (2017) se encontró una edad media de 51.22 +- 14.05 años, en nuestra investigación la edad media encontrada fue de 52.82 años (+- 14.01 años) concordando aproximadamente en la edad de predominio de la enfermedad debido a que la psoriasis tiene un amplio rango de la edad de presentación.

En el estudio realizado por Quiroz JC y colaboradores (2018) el 55% de los pacientes que participaron fueron mujeres y el 45% fueron hombres mientras que en nuestro estudio fue del 50% para hombres y 50% para mujeres, lo cual hace referencia en que la psoriasis puede afectar a cualquier género por igual, por lo que sería de gran interés el determinar qué factores podrían interferir en las diferencias.

De acuerdo al estudio realizado por Tsai T. y colaboradores (2018), el 71,48% de los pacientes estaban empleados; en nuestro estudio el 60.7% también era empleado, debido a que principalmente la seguridad social se centra en personas con edades económicamente activas que buscan tratamientos que les permita seguir laborando debido al impacto de la enfermedad en su vida diaria.

En el estudio realizado por García L y colaboradores (2017) reportaron que el 23.6% tenía una licenciatura, mientras que en nuestro estudio 53.6% contaba también con licenciatura. Esto de acuerdo a los factores sociales y psicológicos relacionados en la presentación, fisiopatología, desarrollo y control de la enfermedad.

En lo reportado por el estudio de Quiroz JC y colaboradores (2018) sobre los antecedentes familiares, el 23% refirió contar con parientes con psoriasis mientras que en nuestro estudio el 56.3% confirmó que contaban también con familiares con diagnóstico de psoriasis. Con lo que se puede establecer que existe un componente de predisposición genética como lo hacen referencia los estudios realizados sobre los genes que se involucran en la fisiopatología de la enfermedad.

En lo que respecta al tiempo de diagnóstico reportado por Kwan Z y colaboradores (2018), reportaron una media de 8 años de diagnóstico, mientras que en este estudio se encontró un tiempo de diagnóstico de entre 1 a 5 años. Esto debido al seguimiento que le dan los pacientes con seguridad social y buscan ser constantes en la atención médica y que cuentan con un control y seguimiento por el especialista en dermatología.

En lo que refiere a lo reportado sobre comorbilidades en el estudio de Chanussot C. y colaboradores (2015), se encontró que el 76.31% de la población de estudio tenía sobrepeso u obesidad, en nuestro estudio la comorbilidad más predominante fue la obesidad con el 14.3%, por si sola, y también con asociación con otras enfermedad crónico degenerativas; concordando a lo que reporta la literatura debido a la existencia de un estado inflamatorio crónico que estimula diferentes mediadores que juegan un papel en la patogénesis de la psoriasis y como el estado proinflamatorio de la enfermedad, también favorece la obesidad.

En cuanto a lo encontrado sobre la calidad de vida, en el estudio de García L. y colaboradores (2017), se encontró que el 33.3% existía un deterioro moderado en la calidad de vida, en nuestro estudio se encontró que también existía un efecto moderado sobre la calidad de vida en el 71.4%. Esto confirma, y concuerda con la literatura que debido a los diferentes factores biopsicosociales que involucra la enfermedad, provoca un deterioro en la percepción que tiene el paciente sobre su calidad de vida.

CONCLUSIÓN

En la población de 28 sujetos, la edad media fue de 52.82 años (+- 14.01 años). 50% fueron hombres y 50 % fueron mujeres, el 75% estaba casado/a, el 60.7% era empleado/a, el 53.6% tenía como escolaridad licenciatura; el 53.6% si tenía familiares con antecedente de diagnóstico con psoriasis; 42.9% tenía un tiempo de diagnóstico de entre 1 a 5 años; el 82.1% tenía un tratamiento tópico, el 14.3 % tenía Obesidad como comorbilidad.

De acuerdo a El Cuestionario sobre la Calidad de Vida Dermatológica, "Dermatology Life Quality Index (**DLQI**) utilizado para evaluar el efecto de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes, en el 71.4 % existía un efecto moderadamente negativo por la psoriasis en la calidad de vida.

Con base en nuestra pregunta de investigación y este resultado aceptamos que, si bien la psoriasis no tiene un efecto considerablemente negativo en la calidad de vida, si tiene un efecto moderado en la calidad de vida de los pacientes en esta investigación.

Por lo que es importante que el médico familiar identifique de manera oportuna que efecto tiene la psoriasis en la calidad de vida de sus pacientes para llevar a cabo las correctas intervenciones terapéuticas, de monitoreo y de atención médica integral e interdisciplinaria para un mejor control y seguimiento.

BILBIOGRAFÍA

1. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermosifiliogr.* [Internet] 2019 [Citado 05 de junio de 2020];110(1):12-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578219018304384>
2. Hernández-Fernaud E, Hernández B, Ruiz C. Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel mediador del afrontamiento. *Univ Psychol.* [Internet] 2015 [Citado 05 de junio 2020];14(2):523-534. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n2/v14n2a10.pdf>
3. Antuña-Bernardo S, García-Vega E, González A, et al. Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema.* [Internet] 2000 [Citado 05 junio de 2020];12(2):30-34. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/509.pdf>
4. Restrepo C, Escobar C, Mejía AM, et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *Iatreia.* [Internet] 2013 [Citado 05 de junio de 2020];26(4):467-475. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180529163008>
5. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter. Psicol.* [Internet] 2012 [Citado 05 de junio de 2020];30(1):61-71. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
6. Fernández-López J, et al. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet] 2010 [Citado 08 de junio de 2020];84(2):169-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
7. Robles A, Rubio B, De la Rosa E, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente.* [Internet] 2016 [Citado 08 de junio de 2020];11(3):120-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
8. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics* [Internet] 2016 [Citado 08 de junio de 2020];34(7):645-649. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892973/>

9. Kaushik S., Lebwohl M. Psoriasis: Which therapy for which patient. Psoriasis comorbidities and preferred systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. [Internet] 2019 [Citado 08 de junio de 2020];80(1):27-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017705/>
10. Tsai T, Ho J, Chen Y, et al. Health-related quality of life among patients with moderate-to-severe plaque psoriasis in Taiwan. *Dermatol Sinica* [Internet] 2018 [Citado 12 de junio de 2020];36(4):190-195. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1027811718300843>
11. Sarkar R, Chugh S, Bansal S. General measures and quality of life issues in psoriasis. *Indian Dermatol Online J*. [Internet] 2016 [Citado 12 de junio de 2020];7(6):481-488. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5134161/>
12. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, et al. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual. Life Outcomes* [Internet] 2006 [Citado 12 de junio de 2020];4(35):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1501000/>
13. Ordoñez J, Palacios A, Lodoño A, et al. Medición de la calidad de vida por medio del Dermatology Life Quality Index en pacientes con psoriasis: una revisión sistemática. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. [Internet] 2013 [Citado 12 de junio de 2020];21(4):305-313. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/250>
14. Kwan Z, Bonn YB, Tan LL, et al. Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis. *Arch Dermatol Res*. [Internet] 2018 [Citado 15 de junio de 2020];310:443-451. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00403-018-1832-x?shared-article-renderer>
15. Ogawa E, Sato Y, Minagawa A, et al. Pathogenesis of psoriasis and development of treatment. *J Dermatol*. [Internet] 2018 [Citado 15 de junio de 2020];45(3):264-272. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.14139>
16. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, et al. Psoriasis. *Nat Rev Dis Primers* [Internet] 2016 [Citado 16 de junio de 2020];2:1-17. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201682>
17. Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, et al. Características epidemiológicas de la psoriasis. Un estudio poblacional. *Actas Dermosifiliogr*. [Internet] 2019 [Citado 16 de junio de 2020];110(5):385-392. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-caracteristicas-epidemiologicas-psoriasis-un-estudio-articulo-S0001731018305350>
18. Schadler ED, Ortel B, Mehlis SL. Biologics for the primary care physician: Review and treatment of psoriasis *Dis Mon*. Elsevier. [Internet] 2019 [Citado 16 de junio de 2020];65:51–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037762/>

19. Ortega-Hernández A, Restrepo-López N, Rosero YS, et al. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatol Rev Mex.* [Internet] 2018 [Citado 18 de junio de 2020];62(3):193-205. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81147>
20. Brandon A, Mutfi A, Sibbald G. Diagnosis and Management of Cutaneous Psoriasis: A Review. *Adv Skin Wound Care.* [Internet] 2019 [Citado 18 de junio de 2020];32(2):58-69. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330668882_Diagnosis_and_Management_of_Cutaneous_Psoriasis_A_Review
21. Higgins E. Psoriasis. *Medicine.* [Internet] 2017 [Citado 18 de junio de 2020];45(6):368-378. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1357303917300750>
22. Chanussot C, Arenas R. Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes. *Dermatología Cosmet Medica y Quir.* [Internet] 2015 [Citado 20 de junio de 2020];13(1):20-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57442>
23. Quiroz JC, Morales MA, Castillo G, et al. Diagnóstico tardío de psoriasis: motivos y consecuencias. *Gac Med Mex* [Internet] 2017 [Citado 20 de junio de 2020];153:335-343. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n3/GMM_153_2017_3_335-343.pdf
24. Chiricozzi A. Psoriasis BMJ Best Practice. [Internet] 2019 [Citado 20 de junio de 2020]:1-55. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/74>
25. Grupo Argentino de Psoriasis. Consenso Nacional de Psoriasis: Guía de Tratamiento 2018., Sociedad Argentina de Dermatología [Internet] 2018 [Citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/09/Consenso-Psoriasis-2018-FINAL-14122018.pdf>
26. García L, Montiel AJ, Vázquez E, et al. Quality of life in patients with psoriasis. *Gac Med Mex.* [Internet] 2017 [Citado 22 de junio 2020];153:171-174. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n2_english/3942AX171_153_2017_UK2_171-174.pdf
27. Conde-Taboada A, López-Bran E. Enfermedades eritematoescamosas: psoriasis. *Medicine* [Internet] 2018 [Citado 22 de junio de 2020].;12(48):2831-2837. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-enfermedades-eritematoescamosas-psoriasis-articulo-S030454121830009X?referer=seccion>.
28. Von Csiky-Sessoms S, Lebwohl M. What's New in Psoriasis. *Dermatol Clin.* [Internet] 2019 [Citado 05 de julio de 2020];37(2):129-136. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30850034/>
29. Gottlieb AB, Kirby B, Ryan C, et al. The Development of the Genital Psoriasis Sexual Frequency Questionnaire (GenPs-SFQ) to Assess the Impact of

- Genital Psoriasis on Sexual Health. *Dermatol Ther* [Internet] 2018 [Citado 06 de julio de 2020];8(1):33-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29204894/>
30. Know CW, Fried RG, Nousari Y, et al. Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both?. *Clin Dermatol*. [Internet] 2018 [Citado 07 de julio de 2020];36(6):698–703. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30446190/>
31. Moon HS, Mizara A, McBride SR. Psoriasis and Psycho-Dermatology. *Dermatol Ther*. [Internet] 2013 2018 [Citado 08 de julio de 2020];3(2):117-130. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889305/>
32. Rencz F, Gulácsi L, Pétek M, et al. Dermatology Life Quality Index: does improving the instrument make it better? *Br J Dermatol*. [Internet] 2019 2018 [Citado 10 de julio de 2020];182:1167-1175. Disponible en: <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjd.18598>
33. Augustin M, Langenbruch AK, Gutknecht M, et al. Quality of Life Measures for Dermatology: Definition, Evaluation, and Interpretation. *Curr Derm Rep* [Internet] 2012 [Citado 10 de julio de 2020];1:148-159. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13671-012-0020-z>
34. Lewis V. Y. Finlay A. 10 Years Experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig. Dermatol. Symp. Proc*. [Internet] 2004 [Citado 11 de julio de 2020];9(2):169-180. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15083785/>
35. Costa F, Lira D, Moscoso F, et al. Psicodermatología en la atención primaria. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. [Internet] 2016 [Citado 11 de julio de 2020];27(1):27-34. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908178>
36. Serón T, Calderón P. Actualización en psicodermatología. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. [Internet] 2015 [Citado 12 de julio de 2020];26:42-50. Disponible en: <https://aprenderly.com/doc/3455099/actualizaci%C3%B3n-en-psicodermatolog%C3%ADa>

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ANEXO 1

**CRONOGRAMA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.7.**

Hernández Ibáñez Alejandro Antonio¹ Vega García Sandra² Castillo Martínez Diana³ Millán Hernández Manuel⁴
 1.Residente de 3^{er} año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No 7. 2.Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No 7. 3.Especialista en Dermatología. Hospital General de Zona No 32. 4.Especialista en Medicina Familiar. Hospital de Psiquiatría / Unidad de Medicina Familiar No 10.

Actividades	ABRIL MAYO	JUNIO JULIO	AGOSTO SEPTIEMBRE	OCTUBRE NOVIEMBRE	DICIEMBRE ENERO	FEBRERO MARZO	ABRIL MAYO	JUNIO
	2020	2020	2020	2020	2020/2021	2021	2021	2021
Planteamiento del problema	Realizado							
Título	Realizado							
Marco teórico		Realizado						
Hipótesis y variables		Realizado						
Objetivos		Realizado						
Cálculo de muestra		Realizado						
Presentación ante el comité			Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	
Recolección de datos								Realizado
Análisis de resultados								Realizado
Elaboración de conclusiones								Realizado
Presentación de tesis								Realizado

	Programado
	Realizado

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad de vida en pacientes con Psoriasis de la Unidad de Medicina Familiar No.7						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.7 ubicada en Calzada de Tlalpan 4220 colonia San Lorenzo Huipulco. Junio 2021						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha explicado que es de importancia el realizar este estudio porque se puede identificar que tanto la psoriasis afecta las actividades de la vida diaria al responder un simple cuestionario, lo que permitirá tomar decisiones de manera oportuna y adecuada a través del apoyo de otras áreas de la salud.						
Procedimientos:	Se me ha informado que se me aplicará un cuestionario que mide las molestias y/o efectos que genera la psoriasis en mi cuerpo, en mis actividades cotidianas y la convivencia con mi familia durante la última semana que me tomará entre 1 y 5 minutos en promedio contestarlo.						
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del estudio me ha informado que al realizarme el cuestionario no tendré invasión alguna a mi persona durante su realización, sin embargo, podría presentar un mínimo de incomodidad, molestia, tristeza, etc., al estar respondiendo las preguntas.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que al conocer de qué manera afecta o no mi enfermedad en mi calidad de vida, en caso necesario se enviará a los servicios de atención correspondientes de la unidad para mejorar la atención, el seguimiento y evolución de mi padecimiento, así como recibir el tratamiento oportuno en caso de ser necesario.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado que el resultado es para fines de investigación del estudio y entre las alternativas de tratamiento se encuentran las opciones de realizar ajuste al tratamiento previamente establecido por dermatología, así como recibir apoyo psicológico, nutricional y en consulta externa de medicina familiar para un mejor control de la enfermedad y efectos negativos						
Participación o retiro:	Entiendo que mi participación es voluntaria, por lo que soy libre de suspender y retirar mi participación en cualquier momento en el estudio, sin que esto afecte mi situación de atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.						
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total confidencialidad de mi nombre y cualquier otro dato personal sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Obtener información sobre la efectación que tiene la psoriasis en mi calidad de vida actualmente						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Sandra Vega García. Matrícula: 98380884. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No 7, Teléfono: 55732211 Ext: 21478 Fax: sin fax Correo electrónico: dra_svega@hotmail.com						
Colaboradores:	Alejandro Antonio Hernández Ibáñez. Matrícula: 97382367. Residente de 3 ^{er} año de la especialidad de Medicina Familiar No 7. Teléfono oficina: 55732211 Ext: 21478 Fax: sin fax. Correo electrónico: alexeihi@hotmail.com . Diana Castillo Martínez. Matrícula: 99388174. Lugar de trabajo: Hospital General de Zona No 32. Teléfono oficina: 55732211 Ext: 21478 Fax: sin fax. Correo electrónico: dermadanac@gmail.com . Manuel Millán Hernández. Matrícula: 98374576. Lugar de trabajo: Hospital de Psiquiatría / Unidad de Medicina Familiar No10, Teléfono: 56232300 Extensión: 75172 Fax: sin fax. Correo electrónico: drmanuelmillan@gmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p style="text-align: center;">Testigo 1</p> <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección y firma</p>	<p>Alejandro Antonio Hernández Ibáñez</p> <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p style="text-align: center;">Testigo 2</p> <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección y firma</p>						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio							
Clave: 2810-009-013							



ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.7.

Hernández Ibáñez Alejandro Antonio¹ Vega García Sandra² Castillo Martínez Diana³ Millán Hernández Manuel⁴

1.Residente de 3^{er} año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No 7. 2.Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No 7. 3.Especialista en Dermatología. Hospital General de Zona No 32. 4.Especialista en Medicina Familiar. Hospital de Psiquiatría / Unidad de Medicina Familiar No 10.

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA (QLDI)

Nombre: _____ NSS: _____ Folio _____

Edad (años cumplidos): _____

Género: 1-() Hombre 2-() Mujer

Estado civil: 1-() Soltero 2-() Casado 3-() Unión libre
4-() Viudo/a 5-() Divorciado/a

¿A qué se dedica actualmente?

Escolaridad: 0-() Ninguna 1-() Primaria 2-() Secundaria
3-() Bachillerato 4-() Licenciatura 5-() Posgrado

1-() Empleado 2-() Desempleado 3-() Estudiante 4-() Hogar
5-() Pensionado

¿Tiene familiares con diagnóstico de psoriasis? 0-() No 1-() Sí

¿Cuánto tiempo tiene usted con el diagnóstico de psoriasis?

1-() menos de un 1 año 3-() de 6 a 10 años
2-() de 1 a 5 años 4-() más de 10 años

¿Cuál es el tratamiento específico que tiene para la psoriasis actualmente?

0-() Ninguno
1-() Tópico (Retinoides, Ácido salicílico, Alquitrán de hulla, Urea, Hidrocortisona, Clobetasona Betametasona, etc.)
2-() Sistémico tradicional oral (Ciclosporina, Metotrexato, Sulfazalazina, Leflunomida, Tracolimus)
3-() Sistémico biológico intramuscular o intravenoso (Atarcept, Infliximab, Adalimumab)

¿Cuánta con el diagnóstico de alguna otra enfermedad como por ejemplo diabetes, hipertensión, artritis, obesidad, etc?

0-() No 1-() Diabetes tipo II 2-() Obesidad 3-() Hipertensión arterial 4-() Artritis reumatoide
5-() Ansiedad/Depresión 6-() Otra

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 comezón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida ? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | |
|-----|--|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| 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 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar ? | Sí
No | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| | 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 ? | Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja , amigos cercanos o familiares ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |

SIGNIFICADO DE LAS PUNTUACIONES

- ✓ 1.-0 - 1 ningún efecto en la vida del paciente
- ✓ 2.- 2 - 5 pequeño efecto en la vida del paciente
- ✓ 3.- 6 - 10 efecto moderado en la vida del paciente
- ✓ 4.- 11 - 20 efecto muy grande en la vida del paciente
- ✓ 5.- 21 - 30 efecto extremadamente grande en la vida del paciente.

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1

Estadísticos
Edad años cumplidos

N	Válidos	28
	Perdidos	0
Media		52.82
Mediana		52.50
Moda		45
Desv. típ.		14.011
Mínimo		31
Máximo		86

Gráfica 1

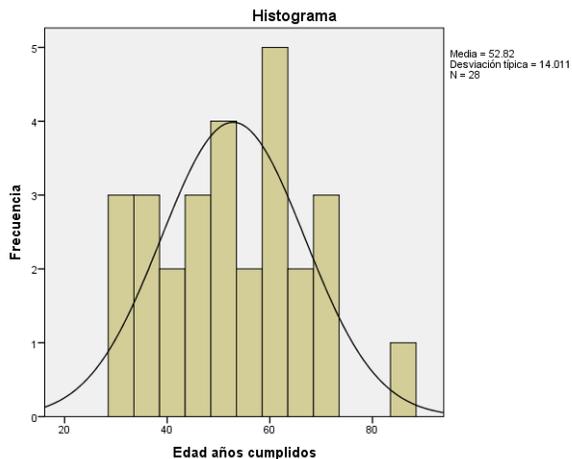


Tabla 2

Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	14	50.0	50.0	50.0
Válidos Mujer	14	50.0	50.0	100.0
Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 2

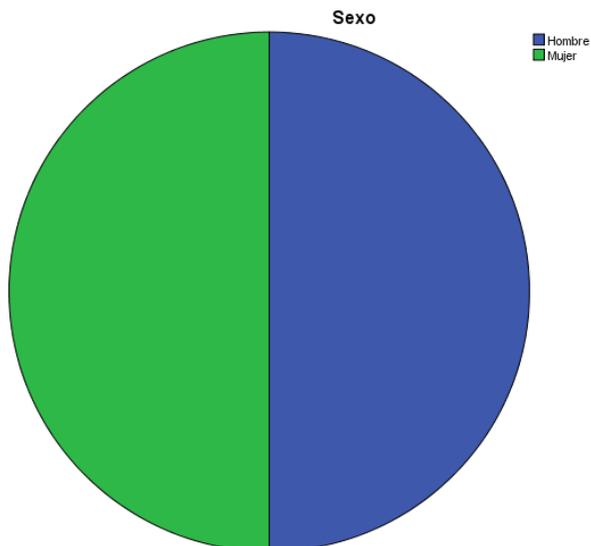


Tabla 3

Estado civil		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	1	3.6	3.6	3.6
	Casado/a	21	75.0	75.0	78.6
	Unión libre	4	14.3	14.3	92.9
	Viudo/a	1	3.6	3.6	96.4
	Divorciado/a	1	3.6	3.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 3

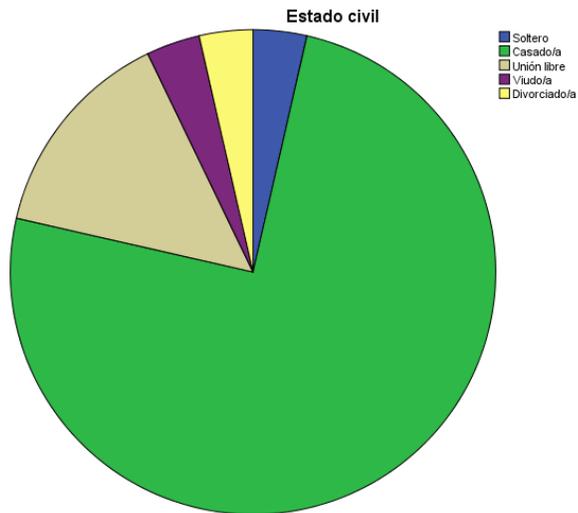


Tabla 4

Ocupación		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Empleado	17	60.7	60.7	60.7
	Desempleado	2	7.1	7.1	67.9
	Hogar	4	14.3	14.3	82.1
	Pensionado	5	17.9	17.9	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 4

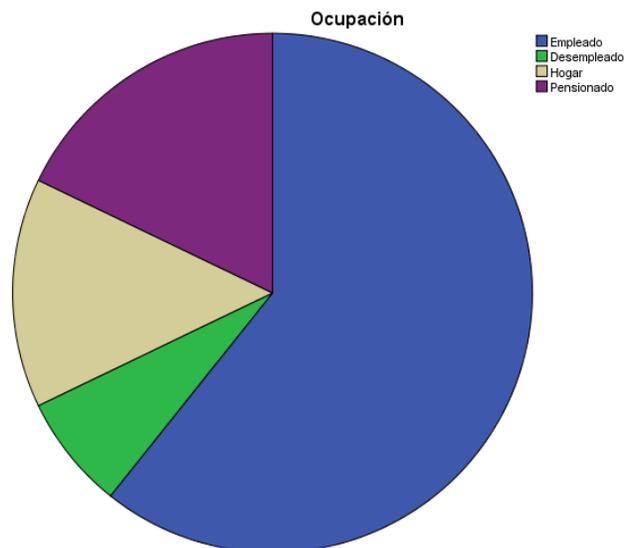


Tabla 5

Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Secundaria	2	7.1	7.1	7.1
	Bachillerato	7	25.0	25.0	32.1
	Licenciatura	15	53.6	53.6	85.7
	Posgrado	4	14.3	14.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 5

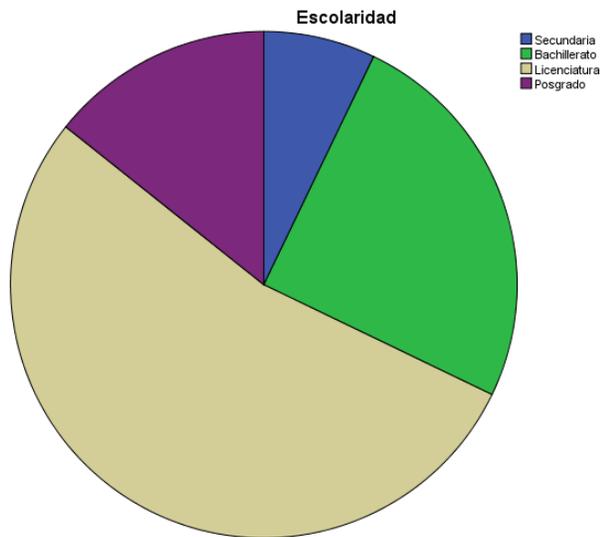


Tabla 6

Familiares con Psoriasis		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	13	46.4	46.4	46.4
	Si	15	53.6	53.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 6

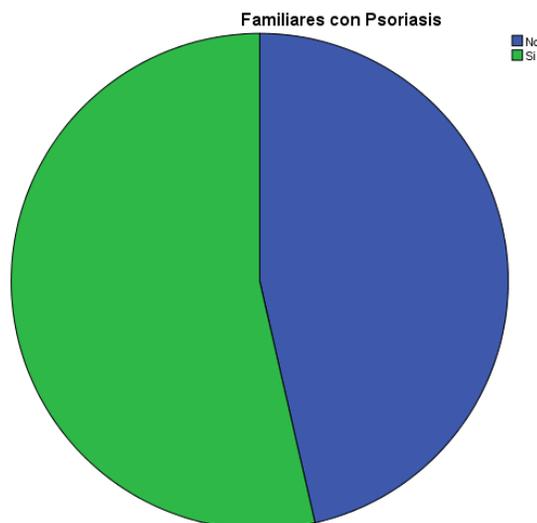


Tabla 7

Tiempo de diagnóstico con Psoriasis

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 1 año	2	7.1	7.1	7.1
De 1 a 5 años	12	42.9	42.9	50.0
Válidos De 6 a 10 años	7	25.0	25.0	75.0
Más de 10 años	7	25.0	25.0	100.0
Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 7

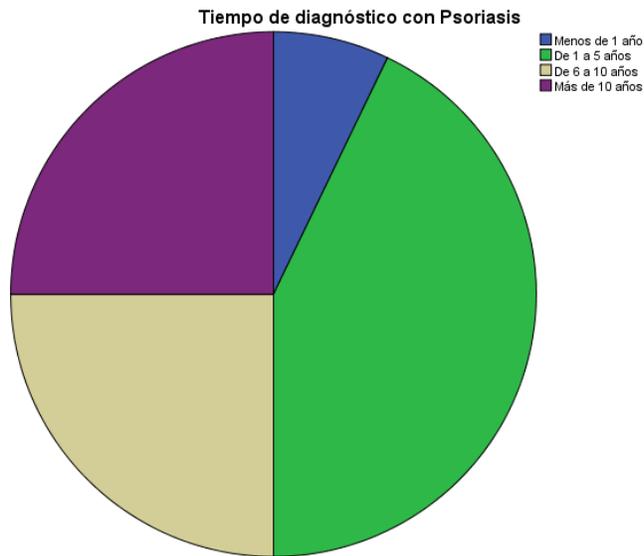


Tabla 8

Tratamiento actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tópico	23	82.1	82.1	82.1
Válidos Sistémico tradicional oral	5	17.9	17.9	100.0
Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 8

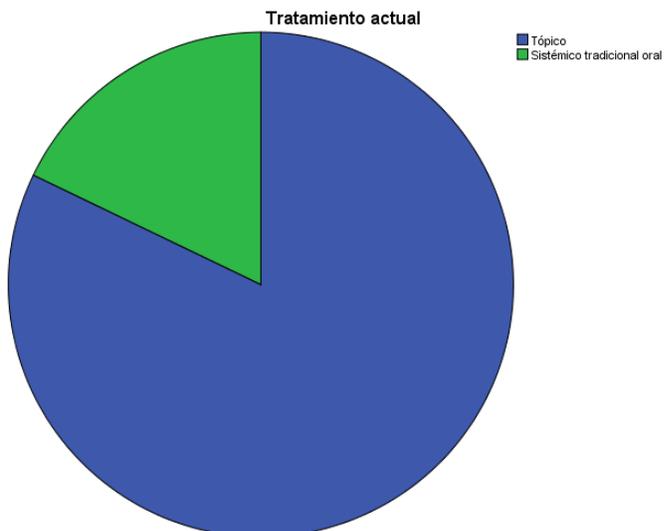


Tabla 9

Comorbilidades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1	3.6	3.6	3.6
	Diabetes tipo II	1	3.6	3.6	7.1
	Obesidad	4	14.3	14.3	21.4
	Hipertensión arterial	3	10.7	10.7	32.1
	Ansiedad/Depresión	3	10.7	10.7	42.9
	Obesidad+Diabetes tipo II	4	14.3	14.3	57.1
	Obesidad+Hipertensión	3	10.7	10.7	67.9
	Obesidad+Diabetes tipo II+Hipertensión	2	7.1	7.1	75.0
	Diabetes tipo II+Hipertensión	2	7.1	7.1	82.1
	Hipertensión+Ansiedad/Depresión	1	3.6	3.6	85.7
	Obesidad+Ansiedad/Depresión	2	7.1	7.1	92.9
	Obesidad+Diabetes tipo II+Hipertensión+Ansiedad/Depresión	2	7.1	7.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 9

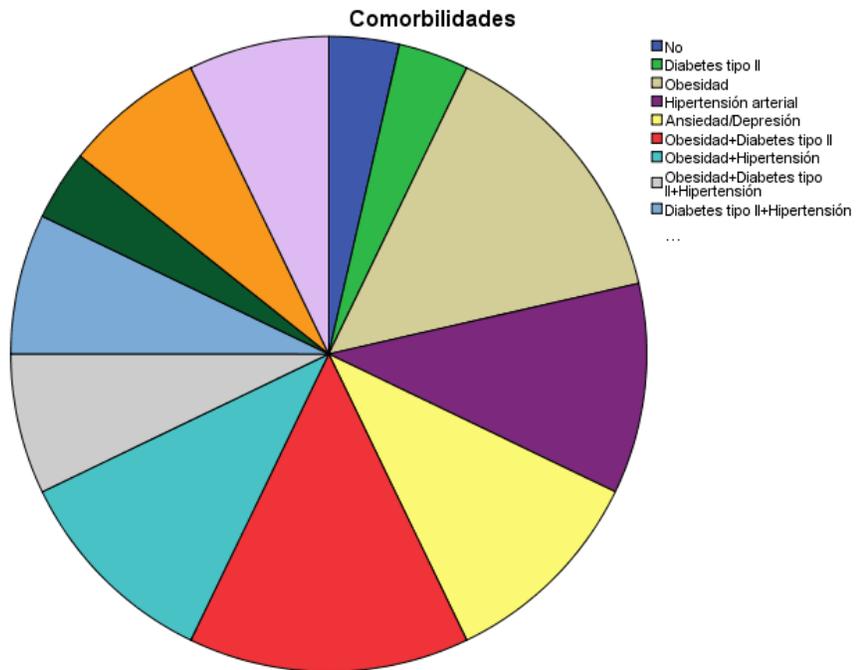


Tabla 10

Efecto en la Calidad de Vida		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Efecto moderado	20	71.4	71.4	71.4
	Efecto muy grande	8	28.6	28.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 10

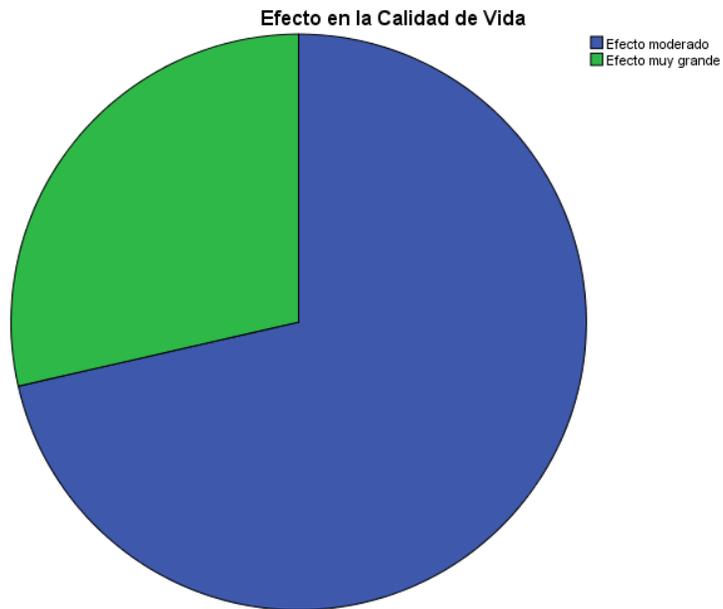


Tabla 11

Tabla de contingencia Sexo * Efecto en la Calidad de Vida

	Efecto en la Calidad de Vida		Total
	Efecto moderado	Efecto muy grande	
Sexo Hombre	9	5	14
Sexo Mujer	11	3	14
Total	20	8	28

Gráfica 11

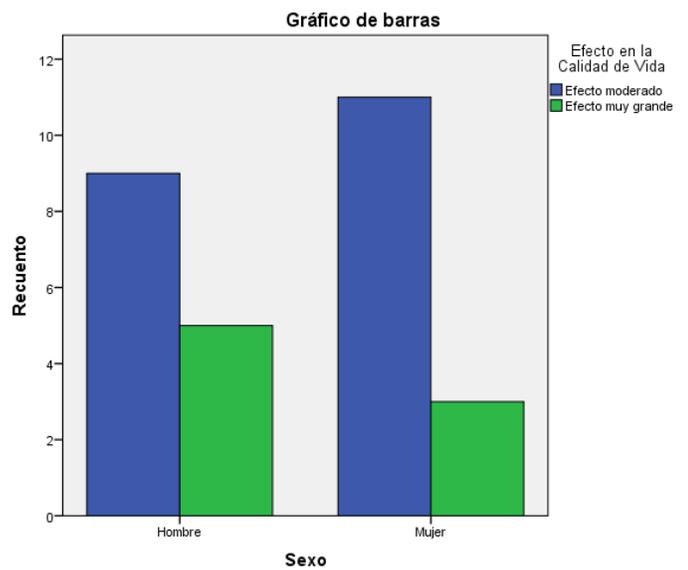


Tabla 12

Tabla de contingencia Familiares con Psoriasis * Efecto en la Calidad de Vida

		Efecto en la Calidad de Vida		Total
		Efecto moderado	Efecto muy grande	
Familiares con Psoriasis	No	11	2	13
	Si	9	6	15
Total		20	8	28

Gráfica 12

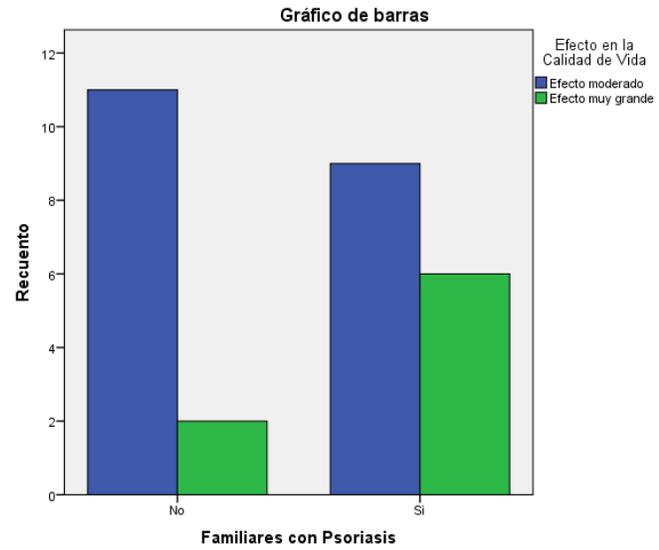


Tabla 13

Tabla de contingencia Tratamiento actual * Efecto en la Calidad de Vida

		Efecto en la Calidad de Vida		Total
		Efecto moderado	Efecto muy grande	
Tratamiento actual	Tópico	17	6	23
	Sistémico tradicional oral	3	2	5
Total		20	8	28

Gráfica 13

