

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220, TOLUCA.

“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
PSORIASIS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220, TOLUCA, MÉXICO, 2013”

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
M.C. ADRIANA DORIDEE ORTEGA OJEDA

DIRECTOR DE TESIS
E. EN M.F JUANA BECERRIL ESTEBAN

REVISORES DE TESIS
DRA. EN H. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES
E. EN M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA
E. EN M.F MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ

TOLUCA, MÉXICO

2014

“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
PSORIASIS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220, TOLUCA, MÉXICO, 2013”

ÍNDICE

Página

I.1.1 Definición de familia	1
I.1.2 Clasificación	2
I.1.2.1 En base a su estructura	2
I.1.2.2 En base a su desarrollo	2
I.1.2.3 En base a su integración	2
I.1.2.4 En base a su demografía	2
I.1.2.5 En base a su ocupación	2
I.2 Calidad de Vida	3
1.2.1 Conceptos de calidad de vida	3
1.2.2 Características de la calidad de vida	4
1.2.3 Calidad de Vida y Psoriasis	4
I.3 Psoriasis	5
I.3.1 Concepto	5
I.3.2 Epidemiología y Herencia	6
I.3.3 Etiología	6
I.3.4 Manifestaciones clínicas	6
I.3.4.1 Patrones clínicos de presentación	7
I.3.4.2 Localizaciones especiales de las lesiones	7
I.3.5 Histopatología	8
I.3.5.1 Lesiones histopatológicas	9
I.3.6 Comorbilidades	9
I.3.7 Criterios de severidad de la psoriasis	10
I.3.8 Tratamiento	10
I.3.8.1 Conceptos Generales	10
I.3.8.1 Tipos de Tratamiento	11
I.3.8.1.1 Terapéutica tópica/local	11
I.3.8.1.2 Terapéutica sistémica	11
I.3.8.1.3 Agentes Biológicos	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
II.1 Argumentación	13
II.2 Pregunta de Investigación	13
III. JUSTIFICACIONES	14
III.1 Académica	14
III.2 Psicosocial	14
III.3 Familiar	14
IV. HIPÓTESIS	16
IV.1 Elementos de la hipótesis	16
IV.1.1 Unidades de Observación	16
IV.1.2 Variables	16
IV.1.2.1 Dependiente	16
IV.1.2.2 Independientes	16

IV.1.3 Elementos lógicos de relación	16
V. OBJETIVOS	17
V.1 General	17
V.2 Específicos	17
VI. MÉTODOS	18
VI.1 Tipo de estudio	18
VI.2 Diseño del estudio	18
VI.3 Operacionalización de variables	18
VI.4 Universo de Trabajo	19
VI.4.1 Criterios de inclusión	19
VI.4.2 Criterios de no inclusión	19
VI.4.3 Criterios de eliminación	19
VI.5. Instrumento de Investigación	20
VI.5.1 Descripción	20
VI.5.2 Validación	20
VI.5.3 Aplicación	21
VI.6 Desarrollo del proyecto	22
VI.7 Límite de espacio	22
VI.8 Límite de tiempo	22
VI.9 Diseño de análisis	22
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	22
VIII.RESULTADOS	24
IX. CUADROS Y GRÁFICAS	26
X. DISCUSIÓN	35
XI. CONCLUSIONES	36
XII.SUGERENCIAS	37
XIII. BIBLIOGRAFIA	38
XIV. ANEXOS	40

I. ANTECEDENTES

I.1.1 Definición de familia

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”.

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia.

Según definición de Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentescos.

La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar.

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia.

La familia es una relación original, peculiar en cuanto a que sigue criterios de diferenciación propios. A diferencia de otros grupos primarios, la familia está caracterizada por una forma específica de vivir la diferencia de género (que implica la sexualidad), y las obligaciones entre las generaciones (que implica el parentesco).

La familia es una relación originaria, auto producida, en cuanto que se construye a partir de factores sociológicos autónomos, y no puede entenderse solo como el resultado de factores individuales (motivos psicológicos) o colectivos (motivos económicos, políticos, o incluso religiosos), o de su mezcla. (1)

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia).

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales. (2)

I.1.2. Clasificación

I.1.2.1 En base a su estructura:

- Familia nuclear con hijos: padre, madre e hijos
- Familia nuclear sin hijos: conformada solo por la pareja
- Familia seminuclear: (monoparental o uniparental) (divorcio, abandono o separación acordada) con hijos en edad escolar o preescolar
- Familias reconstituidas: luego de que uno o los dos cónyuges han tenido matrimonios anteriores. Pueden tener consigo a los hijos anteriores, a los hijos que nacen de la nueva relación.
- Familia extensa: Formada por familias nucleares y parientes que viven cerca, familias de tres generaciones
- Familia compuesta: Grupos de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo.

I.1.2.2 En base a su desarrollo:

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

I.1.2.3 En base a su integración:

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

I.1.2.4 En base a su demografía:

- Urbana
- Rural

I.1.2.5 En base a su ocupación:

- Campesina, obrera, empleada, Profesional y comerciante (3)

I.2 Calidad de Vida

1.2 .1 Conceptos de calidad de vida

Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, etc.

La calidad de vida según la OMS es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (4)

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados. (5)

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

Dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (6)

1.2.2 Características de la calidad de vida

Concepto subjetivo: cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

Concepto holístico: la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

Concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

Interdependencia: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. (7)

1.2.3 Calidad de Vida y Psoriasis

Se ha reconocido el profundo impacto que la psoriasis tiene sobre la Calidad de Vida siendo considerada una de las enfermedades cutáneas más discapacitantes tanto en la esfera psicológica como social, comparable con la de los pacientes que padecen otras enfermedades como cáncer, artritis, hipertensión, enfermedad cardíaca y diabetes.

Si bien la psoriasis raramente es mortal, para la mayoría de los pacientes es una enfermedad estigmatizante que los afectará toda la vida.

Las enfermedades cutáneas en general, y la psoriasis en particular, pueden afectar profundamente la imagen propia, la autoestima y la sensación de bienestar de los individuos que las padecen. (8)

Si tomamos en cuenta que una enfermedad que compromete cualquier órgano puede ser vivida como una alteración en la "integridad personal", es lógico suponer que una que afecte la piel, la parte de uno mismo que es el principal contacto con el exterior y se juzga primero en cualquier interacción social, debería tener aún más implicaciones.(9)

El "impacto de padecer psoriasis" involucra un conjunto de alteraciones funcionales, psicosociales y restricciones propias de la terapéutica.

Funcional se refiere a la pérdida de la habilidad física cuando la afectación cutánea se acompaña de artritis en manos o dificulta la movilidad cuando afecta los pies. El impacto psicosocial se evidencia en la baja autoestima y el temor al

rechazo que se traducen en la dificultad para relacionarse. Por último, las restricciones propias de la terapéutica están dadas por los efectos colaterales de la medicación. Todo esto conlleva un mayor grado de preocupación, ansiedad y depresión.

Se estima que uno de cada cuatro pacientes experimenta un importante *impacto* psicológico asociado a la psoriasis. Este dependerá de muchas variables que serán diferentes para cada individuo. Desde una óptica psicoanalítica la variable más importante es la relacionada a las experiencias tempranas entre los pacientes y sus padres (o cuidadores), ya que esta interacción inicial con el medio determina la integridad de la imagen corporal, la autoestima y la capacidad de adaptación. (10)

La aceptación de una enfermedad crónica se define como la capacidad del paciente de reconocerse enfermo y lograr un acuerdo “paciente-enfermedad”. Implica estar preparado para lidiar con las restricciones y los cambios en la vida diaria debidos a la enfermedad. (11)

Cuando la aceptación no sucede, los pacientes cumplen mal o poco con las recomendaciones de sus médicos, encuentran dificultades para una buena adherencia al tratamiento y utilizan en mayor medida tratamientos “alternativos”. Habitualmente los pacientes con enfermedades crónicas moderadas o leves tienen mejor aceptación de su enfermedad con el paso de los años, lo que se traduce en una mejor Calidad de Vida.

Los enfermos con psoriasis tienden a presentar una constante actitud de evasión, particularmente en situaciones donde deben exponer partes del cuerpo afectadas. También adoptan lo que se denomina “vigilancia automática” sobre ellos mismos y su entorno, por lo que experimentan situaciones altamente estresantes. Su autoestima se encuentra disminuida dificultando la vida de relación. Por todo lo expuesto es esencial, entonces, incluir mediciones de morbilidad psicosocial al momento de examinar a los pacientes con psoriasis.

La posibilidad de evaluar cuantitativamente la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas por medio de tests o escalas estandarizadas, es un instrumento importante que se utiliza cada vez con mayor frecuencia tanto en ensayos clínicos, estudios epidemiológicos, auditoría médica, evaluación de costos en salud y determinación de políticas sanitarias. (12)

I.3 Psoriasis

I.3.1 Concepto

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica que afecta primordialmente la piel, las regiones intertriginosas y las uñas que también puede

comprometer las articulaciones. Se acompaña generalmente de otras morbilidades que afectan la calidad y sobrevida de los pacientes.

Se considera que la psoriasis es una enfermedad predispuesta genéticamente, mediada por mecanismos inmunológicos. La influencia de múltiples factores ambientales puede desencadenar o agravar la evolución de la misma. (13)

I.3.2 Epidemiología y Herencia

La psoriasis es una enfermedad de distribución mundial cuya tasa de prevalencia es de 2-3% según el país; es menor hacia el Ecuador y aumenta hacia los polos. En Europa central su prevalencia es de 1,5%, en América del norte, de 2% y en Sudamérica, de 0,97%.

En México es una de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes, representa 2% de la consulta dermatológica. Se observa por igual en hombres y en mujeres, siendo más frecuente en raza caucásica y afecta a todas las edades.

La psoriasis afecta tanto a la población adulta como a la infantil; con dos picos de frecuencia: a los 22 y a los 55 años, sin diferencias por sexo. En la actualidad se reconocen dos tipos de psoriasis, a saber: el I que comienza antes de los 40 años, ocurre en el 75% de los casos, es más grave y tiene una importante predisposición genética; y el II, menos grave, que comienza después de los 40 años. (14)

I.3.3 Etiología

Aunque la etiología es desconocida, existe una clara agregación familiar que apoya la implicación de factores genéticos (PS01 y PS02). Además, factores ambientales conocidos como los traumatismos, diálisis, la hipocalcemia, algunas infecciones como la faringitis estreptocócica o el VIH, fármacos como el litio, beta-bloqueadores, antipalúdicos, interferón, interleucina 2, antidiabéticos orales, la retirada de corticoides sistémicos, algunos antiinflamatorios (indometacina) y, por último, las situaciones de estrés, y el alcohol empeoran la psoriasis.

La psoriasis se produce como consecuencia de la interacción de 3 fenómenos que concurren simultáneamente:

1. Aumento de la velocidad de crecimiento epidérmica
2. Proliferación venular postcapilar en las papilas dérmicas
3. Reacción inmune mediada por linfocitos T. (15)

I.3.4 Manifestaciones clínicas

La psoriasis es muy variable en cuanto a morfología, distribución, extensión y sintomatología. A menudo, coexisten en un mismo paciente y en el transcurso de

la enfermedad diversas formas clínicas de psoriasis que se describen a continuación.

Se caracteriza por la aparición de placas eritematoescamosas, bien delimitadas y con distribución habitualmente simétrica, y puede afectar piel, zonas intertriginosas, la piel cabelluda y las uñas.

Puede generar síntomas subjetivos de prurito, ardor, dolor y sangrado leve, generalmente secundario al rascado.

I.3.4.1 Patrones clínicos de presentación.

Pueden combinarse en un mismo paciente distintas formas de presentación de la psoriasis.

- **Psoriasis en placas.** Es la forma más frecuente. Afecta el 80% de los pacientes. Se caracteriza por la presencia de placas múltiples, simétricas de diámetro variable, preferentemente en zonas extensoras de miembros, tronco, sacro y piel cabelluda.
- **Psoriasis en gotas.** Se presenta como pequeñas pápulas eritematoescamosas que predominan en tronco y extremidades.
- **Psoriasis eritrodérmica.** Enrojecimiento inflamatorio y descamación generalizada de la piel, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general del paciente.
- **Psoriasis pustulosa.** Forma poco común de psoriasis caracterizada por la aparición de pústulas estériles de evolución aguda, subaguda o crónica. Puede tener manifestaciones sistémicas asociadas. Puede ser generalizada o localizada esta última más frecuente de localización palmo plantar.

I.3.4.2 Localizaciones especiales de las lesiones.

- **Psoriasis de cuero cabelludo.**
- **Psoriasis ungueal.**
- **Psoriasis palmo plantar:** pustulosa, formas mixtas o fisurada (diagnóstico diferencial de eccema de mano).
- **Sebopsoriasis o psoriasis de las áreas seboreicas.**
- **Psoriasis invertida,** incluye “psoriasis del pañal”.

Piel. Pueden aparecer lesiones en cualquier parte de la superficie cutánea. Es más frecuente la afectación simétrica de codos, rodillas, tronco, piel cabelluda, palmas, plantas, pliegues.

Uñas. La afectación es más frecuente en las ungas de las manos que en las de los pies. La expresión clínica de la psoriasis de la una depende de los sitios de la unidad ungueal comprometidos. El reconocimiento de esos lugares es de gran valor para orientar el tratamiento. El compromiso de la matriz se expresa por la aparición de hoyuelos, onicorrexis, leuconiquia, eritema en la lunula y engrosamiento de la lámina.

El lecho ungueal: parches de color salmón o en “mancha de aceite” hiperqueratosis subungueal, onicomycosis y hemorragias en astilla.

El hiponiquio: hiperqueratosis subungueal y onicolisis. Los pliegues laterales y proximales: psoriasis cutánea periungueal. Entre el 50 y el 80% de los pacientes con artritis psoriásica tienen lesiones ungueales; por lo tanto, la onicopatía en un paciente con psoriasis es un posible indicador de artropatía psoriásica.

Piel cabelluda. El cuero cabelludo puede ser la primera manifestación y/o única localización de psoriasis. Se compromete hasta en un 80% de los pacientes. Las características clínicas son similares a la de otras localizaciones, eritema y escamas, pero estas suelen ser más gruesas. Pueden ser localizadas o comprometer en forma difusa todo el cuero cabelludo. Suele ser más fija y persistir aun cuando mejoren las lesiones en el resto del cuerpo. Presenta prurito como síntoma principal y el fenómeno de Koebner y el rascado pueden ser el desencadenante más frecuente y principal protagonista en la persistencia de las lesiones.

Zonas intertriginosas. Afecta preferentemente el área genital, interglútea y raramente labios (considerar deterioro de calidad de vida en estas circunstancias y tener en cuenta al indicar tratamiento).

Mucosas .En general afecta la lengua en las formas clínicas más severas y extendidas, como glositis geográfica o fisurada; no es patognomónica. (16)

I.3.5 Histopatología

El diagnóstico de psoriasis no requiere habitualmente realizar un procedimiento de biopsia. Ocasionalmente, sin embargo, se presentan situaciones clínicas que proporcionan suficiente margen de duda como para justificar la biopsia. Ejemplos de ellas son: pitiriasis liquenoide crónica vs. psoriasis *guttata*, eccema vs. psoriasis palmoplantar, pitiriasis *rubra pilaris* vs. psoriasis en placa y. psoriasis pustulosa generalizada.

Los hallazgos histopatológicos varían según el tipo y tiempo evolutivo de la lesión biopsiada y no son patognomónicos. Las muestras deben obtenerse de lesiones completamente desarrolladas y libres de tratamiento en lo posible. (17)

I.3.5.1 Lesiones histopatológicas

- Acantosis regular con ensanchamiento basal de crestas interpapilares epidérmicas.
- Adelgazamiento suprapapilar de la epidermis.
- Capa granulosa disminuida o ausente.
- Paraqueratosis confluyente.
- Elongación y edema de la papila dérmica.
- Vasos capilares dérmicos dilatados y tortuosos.
- Infiltrados de polimorfonucleares (18)

I.3.6 Comorbilidades

Hasta hace pocos años se consideraba a la psoriasis como una enfermedad relativamente benigna limitada a la piel y articulaciones.

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

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

Podemos clasificar a las enfermedades relacionadas con la psoriasis en diferentes grupos:

Inmunológicas:

Artritis psoriasica

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Esclerosis múltiple
- Compromiso ocular se ha descrito en psoriasis: uveítis, episcleritis, sobre todo en pacientes con artritis

Inflamatorias:

- Obesidad y sobrepeso
- Síndrome metabólico.

Eventos vasculares

- Aterosclerosis.
- Infarto agudo de miocardio, sobre todo en pacientes jóvenes con psoriasis severa, que a la vez se ve favorecido por los factores de riesgo citados y el hábito de fumar.

- Accidente cerebrovascular, también relacionado con los factores de riesgo previamente citados. (19)

I.3.7 Criterios de severidad de la psoriasis

Se consideran, entre otras cosas, la extensión de la psoriasis, síntomas localizados, alteración de la calidad de vida, comorbilidades y enfermedades asociadas, respuestas terapéuticas previas, etc.

Psoriasis leve:

- No altera la calidad de vida del paciente.
- El paciente puede minimizar el impacto de la enfermedad y no requerir tratamiento.
- Los tratamientos no representan riesgos importantes (p. ej., esteroides tópicos de baja potencia).
- Responde a los tratamientos tópicos.
- Habitualmente compromete menos del 3% de la superficie corporal.

Psoriasis moderada:

- Altera la calidad de vida del paciente.
- El paciente espera que la terapéutica mejore su calidad de vida.
- Las terapéuticas empleadas pueden ser engorrosas, caras, insumen tiempo y pueden no ser totalmente efectivas.
- Compromete del 3 hasta el 10% de la superficie corporal.

Psoriasis severa:

- Altera la calidad de vida del paciente significativamente.
- No responde satisfactoriamente a los tratamientos que tienen riesgos mínimos.
- Los pacientes aceptan los efectos adversos de la medicación para mejorar su enfermedad.
- Compromete más del 10% de la superficie corporal. (20)

I.3.8 Tratamiento

I.3.8.1 Conceptos generales

El objetivo ideal del tratamiento es suprimir las manifestaciones clínicas (desaparición de las lesiones) e inducir una remisión prolongada, sin causar toxicidad por las medicaciones utilizadas.

El paradigma terapéutico actual se basa en la elección de tratamiento más eficaz y con el mayor perfil de seguridad para cada paciente en particular, a fin de brindarle lo más rápidamente posible, una mejor calidad de vida. (21)

I.3.8.1 .1 Tipos de Tratamiento

I.3.8.1.1 Terapéutica tópica/local

El tratamiento tópico está indicado como terapia única en la psoriasis vulgar leve y como complemento de otros tratamientos en psoriasis más extensas o severas. Los tratamientos tópicos pueden combinarse entre sí y complementar a los sistémicos convencionales y/o biológicos y/o fototerapia. Entre los cuales se encuentra el ácido salicílico, coaltar, calcipotriol, etc.

Es necesario tener en cuenta la relación costo/beneficio, la aceptabilidad y practicidad del tratamiento.

- Primera línea de tratamiento en psoriasis leve
- Mas del 80% de los pacientes reciben terapia tópica como monoterapia o combinada.
- Bajo grado de cumplimiento.
- Alto presencia de desagrado a la evolución del tratamiento
- Variable para definir entre psoriasis leve y moderada (luego de correcto cumplimiento).
- Segura bajo estricta prescripción médica.
- Fácil aplicación.
- Aceptable para el paciente.

I.3.8.1.2 Terapéutica sistémica

Aproximadamente el 25% de los pacientes con psoriasis requiere fototerapia o terapéuticas sistémicas. Como inmunosupresores del tipo del Metrotexate, ciclosporina, etc.

El tratamiento sistémico se considera en las formas graves, psoriasis eritrodermica, pustulosa, artropatía, o aquellas formas moderadas que no responden a la terapéutica local y comprometen la calidad de vida del paciente, siempre con controles adecuados y evaluando la relación riesgo/beneficio.

Indicaciones:

1. Psoriasis en placas moderada o severa.
2. Formas clínicas:

- Artropatía psoriasica.
- Psoriasis pustulosa localizada/generalizada.
- Eritrodermiapsoriasica.

3. Localizaciones discapacitantes (manos, pies, cara y genitales).
4. Falta de respuesta a la terapéutica tópica.

5. Intolerancia y/o falta de adherencia a la medicación tópica.
6. Actividad laboral, factores psicoemocionales, discapacidad.

6.2.3 Agentes Biológicos

Como son agentes anti factores de necrosis tumoral, a este grupo pertenecen el adalimumab, etanercept, infliximab, etc.

Indicaciones

1. Pacientes con psoriasis moderada a severa candidatos a medicación sistémica y/o fototerapia.
2. Artritis psoriasica moderada a severa con falla de tratamiento
3. Fracaso, intolerancia o contraindicación a medicaciones sistémicas.
4. Pacientes con contraindicaciones absolutas a otras terapéuticas.
5. Alteración moderada a severa en la calidad de vida.
6. Imposibilidad de cumplimiento de tratamientos propuestos
7. Limitaciones físicas, psíquicas o socioeconómicas, que requieran tratamientos supervisados. (22)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

Estudios recientes, han demostrado que la psoriasis en adultos causa un mayor impacto en la calidad de vida que la mayoría de las otras enfermedades de la piel. La calidad de vida es un concepto que se debe relacionar con bienestar físico-psicológico, social, sexual y ocupacional de cada persona.

El impacto de la psoriasis tiene dos dimensiones: la afectación física específica de la enfermedad y la psico-social que deterioran la calidad de vida del paciente pues causa inhabilidad en estas áreas, quizás en mayor proporción que la ocasionada por enfermedades que ponen en riesgo la vida.

Se entiende por inhabilidad psicosocial la limitación y los cambios de conducta en la vida cotidiana manifestados por depresión, sentimientos de vergüenza, ansiedad interpersonal, inhibición sexual, limitación marcada en el área laboral y recreacional y disconformidad social importante, que podrían afectar directamente la dinámica familiar.

La práctica médica familiar, tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido las personas con este tipo de enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o el deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida.

Por lo cual es necesario involucrarnos en el problema, debemos ayudar a cada paciente, principalmente a aquellos con un índice de mala calidad de vida, y que conllevan una baja autoestima, a conocer el porqué de su problema psicosocial, descubriendo sus conflictos, necesidades o temores, es decir entendiendo la vida emocional de su piel, de esta manera se habrá dado el primer paso para controlar los factores psicológicos, familiares y sociales que pueden agravar o desencadenar la enfermedad, aunque esta tenga causas orgánicas.

II.2 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características familiares y la calidad de vida en los pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de Dermatología, del Hospital General Regional 220, Toluca, México, de Enero a Julio del 2013?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica

Como médico de familia es importante aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación profesional al identificar la existencia de crisis familiares, las características familiares, y los problemas que puedan influir en el proceso salud enfermedad en nuestros pacientes, debido a la relevancia que tiene el médico de familia en el desempeño de la investigación como una de sus funciones.

Asimismo se realiza este estudio con el objetivo académico de obtener el grado de especialista en Medicina Familiar.

III.2 Psicosocial

Las enfermedades cutáneas en general, y la psoriasis en particular, pueden afectar profundamente la imagen propia, la autoestima y la sensación de bienestar de los individuos que las padecen. Si tomamos en cuenta que una enfermedad que compromete cualquier órgano puede ser vivida como una alteración en la "integridad personal", es lógico suponer que una que afecte la piel, que es el principal contacto con el exterior y se juzga primero en cualquier interacción social, debería tener aún más implicaciones.

El impacto psicosocial se evidencia en la baja autoestima y el temor al rechazo que se traducen en la dificultad para relacionarse. Por otro lado están, las restricciones propias de la terapéutica dadas por los efectos colaterales de la medicación. Todo esto conlleva un mayor grado de preocupación, ansiedad y depresión.

La aceptación de una enfermedad, Implica estar preparado para lidiar con las restricciones y los cambios en la vida diaria debidos a la enfermedad. Cuando la aceptación no sucede, los pacientes cumplen mal o poco con las recomendaciones de sus médicos, encuentran dificultades para una buena adherencia al tratamiento.

Habitualmente los pacientes que tienen mejor aceptación de su enfermedad con el paso de los años, tienen una mejor Calidad de Vida.

III.3 Familiar

Dado que el estrés puede provocar un brote o impedir que se presente una recidiva de psoriasis, es importante que las familias entiendan la enfermedad y que hagan frente a los problemas. Todas las personas que tienen psoriasis necesitan un gran apoyo por parte de la familia. El miedo al rechazo puede estar detrás de su tristeza, y es importante que la familia entienda este sentimiento. Es por esto que el médico familiar debe tomar parte importante en ayudar a aceptar la psoriasis tanto al paciente como a sus familiares, con la finalidad de tener menores recidivas, más apego al tratamiento y por lo tanto elevar la calidad de vida del paciente.

En lo que respecta a las características familiares de cada uno de los pacientes, es importante, conocer, si hay en algunas de; mayor prevalencia de la una mala calidad de vida, y si hay características que pudieran ser protectoras, es decir que se presenten en pacientes con buena calidad de vida, ya que no existe estudios previos en los cuales se relacionen estos datos, con la calidad de vida en un paciente con psoriasis. Y conocer esto nos ayudaría al manejo del paciente con psoriasis.

IV. HIPÓTESIS

En los pacientes con psoriasis las características familiares más frecuentes son familias nucleares, tradicionales, obreras y hay un moderado efecto en la calidad de vida del paciente.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Pacientes con psoriasis mayores de 18 años de edad, que acudieron a la consulta externa de dermatología del HGR 220, Toluca, México, de Enero a Julio del 2013.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Calidad de vida

IV.1.2.2 Independientes.

Características familiares

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En los, con, las, y, la, de.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Conocer las características familiares, y la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, que acuden a la consulta externa de Dermatología de Hospital General Regional 220, Toluca, México de Enero a Julio del 2013.

V.2 Específicos.

1. Identificar a los pacientes con psoriasis de acuerdo a grupo etario.
2. Definir a los pacientes con psoriasis de acuerdo a género.
3. Conocer las características familiares de los pacientes con psoriasis de acuerdo a su estructura.
4. Identificar las características familiares de los pacientes con psoriasis de acuerdo a su desarrollo.
5. Definir las características familiares de los pacientes con psoriasis de acuerdo a su ocupación.
6. Conocer la calidad de vida de los pacientes con psoriasis.
7. Determinar el tipo clínico más frecuente de psoriasis
8. Conocer el tiempo de evolución de los pacientes con psoriasis.
9. Identificar la calidad de vida de acuerdo al tiempo de evolución en los pacientes con psoriasis

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

El presente estudio es de tipo transversal, observacional, descriptivo.

VI.2. Diseño del estudio.

Se aplicó un cuestionario de evaluación, para determinar las características familiares de los pacientes con psoriasis, así como se evaluó su calidad de vida, en derechohabientes que acuden a consulta externa de dermatología del HGR 220, Toluca, México, Enero a Julio del 2013, así mismo antes de realizar los cuestionarios se les solicito su aprobación para participar en este estudio mediante su previa autorización atreves del consentimiento informado.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ÍTEM
Grupo Etario	Conjunto indefinido de individuos que nacen en un periodo similar de años y que comparten elementos culturales morales o de creencias.	Grupo de personas que nacen en un periodo similar.	Cuantitativa Intervalo	A. 18 a 27 años. B. 28 a 37 años. C. 38 a 47 años. D. 48 a 57 años. E. 58 a 67 años.	1
Género	Rol socialmente constituido. Es el comportamiento, actividades y atributos de una sociedad dada que considera apropiados para hombres y mujeres.	Roles atribuidos por la sociedad de acuerdo al sexo hombre o mujer.	Cualitativa nominal	1) Masculino 2) Femenino	2
Tiempo de evolución de la psoriasis	Tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad	Tiempo en el cual el paciente ha vivido con la psoriasis, hasta el momento actual.	Cuantitativa De intervalo	A. 0-5 años B. 6 -10 años C. Mayor de 10 años.	3
Tipo de Psoriasis	Variedades de psoriasis, y suelen distinguirse partiendo de la localización y apariencia de las lesiones	Es la Variedad de Psoriasis, dependiendo de las características de las lesiones y su distribución geográfica.	Cualitativa Intervalo	A. Psoriasis en Placas B. Psoriasis en gotas C. Psoriasis Eritrodérmica D. Psoriasis Pustulosa E. Psoriasis Invertida	4

Calidad de Vida	Sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos de la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad y la salud percibida	Estado de satisfacción general derivado de las potencialidades de la persona.	Cualitativa ordinal	Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) 0-1 No afecta la calidad de vida 2-5 Mínima afectación en la calidad de vida 6-10 Moderada afectación en calidad de vida 11-30 Severa afectación en la calidad de vida.	1-10
Características Familiares	Composición que permite identificar y clasificar a una familia	Es grupo específico de familia se pertenece en base sus miembros que la integran, nivel económico, lugar de residencia y ocupación.	Cualitativa Nominal	Estructura Desarrollo Ocupación	1-5

VI.4 Universo de Trabajo.

El universo de trabajo comprendió el total de pacientes con Psoriasis que acudieron a control en la consulta externa de Dermatología en el Hospital General Regional 220, del IMSS de la ciudad de Toluca, pertenecientes al turno matutino y vespertino, que cumplieron los criterios de inclusión y se utilizó una muestra no probabilística.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

Pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Todo paciente portador de psoriasis sin importar el tiempo de evolución y la severidad de la enfermedad.
- Género masculino y femenino, mayores de 18 años, del turno matutino y vespertino que acudan a la consulta externa de dermatología.
- Aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de no inclusión.

- Pacientes que vivan solos.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Pacientes que no respondieron totalmente el cuestionario.

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

Para la identificación de las características familiares se realizó a partir de un cuestionario formulado en el Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar, el cual consta de preguntas abiertas las cuales se aplican de forma rápida y simplificada nos permiten evaluar y agrupar al paciente en un tipo específico de familia de acuerdo a la clasificación establecida.

El siguiente instrumento aplicado fue el Índice de Calidad de Vida en Dermatología, diseñado para su uso en adultos, es decir, pacientes mayores de 18 años. Este consta de preguntas sobre síntomas y sentimientos, actividades diarias, el ocio, el trabajo y la escuela, las relaciones personales y el tratamiento.

Es un instrumento que consta de 10 ítems. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con 4 posibles respuestas: «muchísimo», «mucho», «un poco», «en absoluto». Con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, y una quinta opción de respuesta «no procedente». Las dimensiones de salud incluidas son «síntomas y percepciones» (ítems 1-2), actividades diarias (ítems 3-4), ocio (ítems 5-6), trabajo/estudio (ítem 7), relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad (ítems 8-9) y tratamiento (ítem 10).

La puntuación final se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada ítem y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). La autoadministración del cuestionario ocupó menos de 10 minutos.

Significado de las puntuaciones:

0-1 No afecta la calidad de vida = Buena calidad de vida

2-5 Mínima afectación sobre la calidad de vida = Calidad de vida Satisfactoria

6-10 Moderada afectación sobre la calidad de vida= Calidad de vida insatisfactoria

11-30 Severa afectación sobre la calidad de vida= Mala calidad de vida

VI.5.2 Validación.

Validación del Índice de Calidad de vida en dermatología (DLQI): Esta escala fue desarrollado en Gran Bretaña por Finlay et al para disponer de un instrumento de calidad de vida específico para pacientes de Dermatología.

Validación de la las características familiares: El cuestionario está basado y enfocado en la clasificación familiar según su estructura, desarrollo, demografía integración, ocupación.

VI.5.3 Aplicación.

La aplicación de los cuestionarios y clasificación de las características familiares se han utilizado ampliamente en nuestro país para realizar estudios de familia.

Aplicación del cuestionario sobre el Índice de calidad de vida en dermatología: En la actualidad existe una experiencia de 10 años con más de 85 artículos de investigación revisados por pares y 52 resúmenes publicados que describen su uso; también hay muchos estudios en curso en todo el mundo utilizando el índice de calidad de vida de vida en dermatología, (DLQI) como una medida de resultado. El índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) fue diseñado para ser simple y fácil de usar en un entorno clínico ocupado: amplia experiencia de su uso se ha confirmado la pertinencia de este concepto.

El Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) se ha utilizado en más de 36 enfermedades de la piel diferentes. Ha sido el más ampliamente utilizado en la psoriasis (30 estudios), eczema atópico (21 estudios), acné (10 estudios), vitíligo (cinco estudios) y la urticaria crónica.

Un gran número de países de América latina han utilizado esta Escala entre estos se encuentra Argentina donde utilizo esta escala en el Hospital Churruca de Buenos Aires, durante el período comprendido entre el 2 de enero y 31 de marzo de 2008, otro país en utilizar este instrumento es Cuba donde utilizo como sede el Policlínico Universitario "Luis Li Trejent" en Güines, La Habana, Cuba, en el periodo comprendido de enero a Julio del 2008. Venezuela, durante el 2011 aplico este instrumento en la Ciudad Hospitalaria "Enrique Tejera". Valencia. Y recientemente en Columbia fue aplicado en un estudio publicado Diciembre del 2013, donde se realizó una revisión de Revisión sistemática de estudios sobre calidad de vida relacionada en pacientes con psoriasis y en que se haya utilizado el DLQI (Índice de Calidad de vida en Dermatología). En México fue utilizado en el servicio de dermatología del Hospital "Dr. Carlos Mc Gregor Sánchez" del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2008.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

El presente estudio se realizó posterior a ser aprobado por el Comité Local de investigación del Hospital General Regional 220, Toluca, México, se seleccionara a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, adultos de 18 años, que acudan a la consulta externa de Dermatología, se explicó a los pacientes en que consiste el estudio y se les invitó a participar en el estudio en forma voluntaria, entregándose consentimiento informado el cual fue firmado por el paciente.

Los instrumentos de investigación, que incluyen los cuestionarios que indagan sobre las características familiares, Índice de calidad de vida en dermatología, una vez concluido el proceso, se procedió al análisis de los mismos utilizando programa de cómputo y se realizó el estudio estadístico utilizando medidas de tendencia central y porcentajes.

VI.7 Límite de espacio.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en el aula 3 de la unidad de Medicina Familiar, donde se aplicaron las escalas ya mencionadas en pacientes que acudieron a la consulta externa de dermatología de ambos turnos.

VI.8 Límite de tiempo.

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo de enero a julio del 2013.

VI.9 Diseño de análisis.

Una vez que se obtuvo la información se tabuló para su análisis estadístico mediante el programa SPC y Minitab 15 español para su análisis mediante medidas de tendencia central (Moda) y se realizaron tablas y gráficas.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se encuentra basado en los principios éticos conforma al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud vigente en nuestro país.

La investigación biomédica es fundamental para mejorar el bienestar y la salud del entorno social y de cada individuo. Por lo cual deben respetarse ciertas condiciones que garanticen el respeto a la vida, a la dignidad del paciente y a considerar la investigación como un medio que se ajuste a los principios subalternos de procurar la salud. A lo largo de este estudio se constata la adecuación del documento de la Declaración de Helsinki basándose en su última modificación realizada el 2008, para alcanzar el más alto nivel posible de desarrollo de los valores y principios bioéticos, que demanda la investigación médica en seres humanos.

Los principios éticos básicos basados en el Informe Belmont, los cuales abarcan el respeto a las personas donde a cada individuo se le dio autonomía y se protegieron los su confiabilidad de los datos recabados. El segundo principio es el

principio de beneficencia donde se protege a los pacientes y con los resultados obtenidos en el estudio será usado para el beneficio de los pacientes. Y por último el tercer principio de justicia, donde todos los pacientes sin distinción alguna podrán beneficiarse de los resultados obtenidos.

Cada participante recibió información clara y congruente sobre el padecimiento a estudiar, objetivo del estudio y beneficios que se obtendrán; posteriormente se entregara un consentimiento informado a cada participante del estudio, así como los cuestionarios los cuales se aplicaran los acuerdos éticos ya antes mencionados

VIII. RESULTADOS

Participaron del estudio un total de 124 pacientes con psoriasis atendidos en el servicio de dermatología en los meses de enero a julio del 2013. De estos tres pacientes fueron eliminados, al no responder de manera completa los cuestionarios. Dejando una muestra total de 121 pacientes. De los cuales por grupo etario se encontró como mas afectado de 28 a 37 años en un 37% (42 pacientes) y el grupo de edad menos afectado son los mayores de 67 años con un 4% (5 pacientes) (Tabla 1, gráfica 1).

El Género de pacientes con psoriasis mas encontrado, correspondió al masculino con 51% (62 pacientes) y 49% del sexo femenino (59 pacientes). (Tabla 2, gráfica 2).

Las características Familiares de los pacientes con Psoriasis que acuden a la consulta en base a su Estructura son 50% familias nucleares (67), 21% familias extensas (25), 15% familias monoparentales (18) y 14% compuestas (17) (Tabla 3, gráfica 3).

La distribución de las familias de los pacientes con psoriasis en cuanto a su desarrollo con 75 familias modernas (62%), 46 familias tradicionales (38%), y ninguna familia primitiva (0%) (Tabla 4, gráfica 4).

Las características familiares de los pacientes con psoriasis basadas en su ocupación son 53% familias obreras (64), 20% empleadas (25), 16% comerciantes (19), 11% profesional (13), y ninguna familia campesina (Tabla 5, gráfica 5).

En cuanto a la calidad de vida en fue de moderado 42% (57 pacientes), seguido del leve 33% (37 pacientes), severo 20% (22 pacientes) y ninguna afectación en la calidad de vida con 5% (4 pacientes) (Tabla 6, gráfica 6).

El tipo clínico más frecuente fue en Gotas con 46% (56 pacientes), seguido de placas con 35% (42 pacientes), las menos frecuentes son la invertida con 12% (15 pacientes), la pustulosa con 6% (7 pacientes), y en la eritrodermica con 1% (1 paciente) (Tabla 7, gráfica 7).

En cuanto a las características clínicas, el tiempo de evolución del padecimiento fue de 0 a 5 años en un 37% (38 pacientes), de 6 a 10 años 41% (42 pacientes) y de mas de 10 años con 22% (23 pacientes) (Tabla 8, gráfica 8).

En lo concerniente a la calidad de vida de acuerdo al tiempo de evolución se observa que un 83% de los pacientes presenta un efecto leve en la calidad de vida a mas de 10 años de evolución y ningún efecto en la calidad de vida en el mismo tiempo de evolución, asimismo un 65% presenta un efecto moderado a 6-10 años de padecimiento seguido de 0 a 5 años de evolución y en afectación severa en la calidad de vida se tiene que es mas frecuente encontrarla en un tiempo de

evolución de 0 a 5 años encontrando como resultado este tipo de afectación en un 33% de los pacientes. (Tabla 9, Gráfica 9).

IX. CUADROS Y GRÁFICAS

Tabla 1.

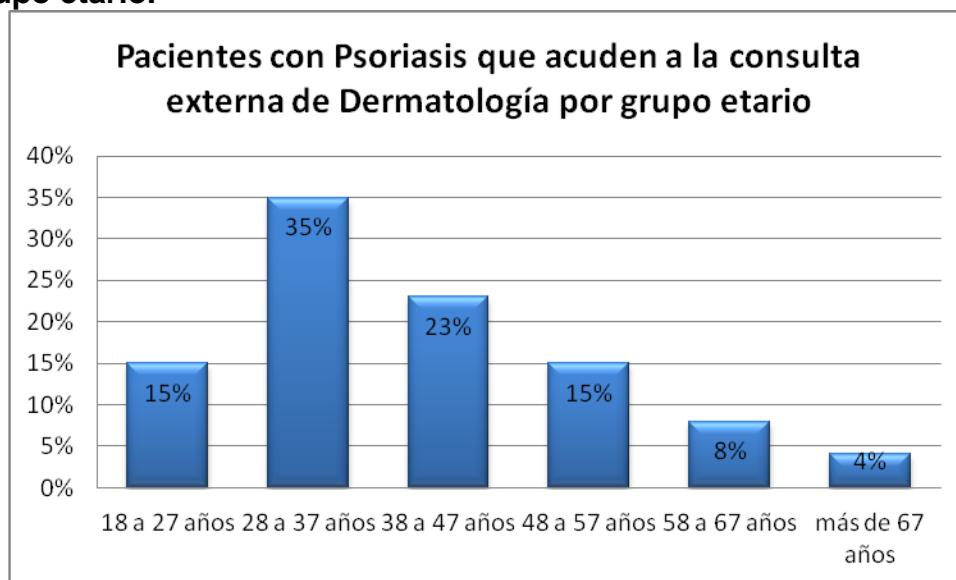
Pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de Dermatología por grupo etario.

GRUPO ETARIO		Número	Porcentaje
	18 a 27 años	18	15%
28 a 37 años	42	35%	
38 a 47 años	28	23%	
48 a 57 años	18	15%	
58 a 67 años	10	8%	
más de 67 años	5	4%	
	TOTAL	121	100%

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 1.

Pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de Dermatología por grupo etario.



Fuente: Tabla 1

Tabla 2.

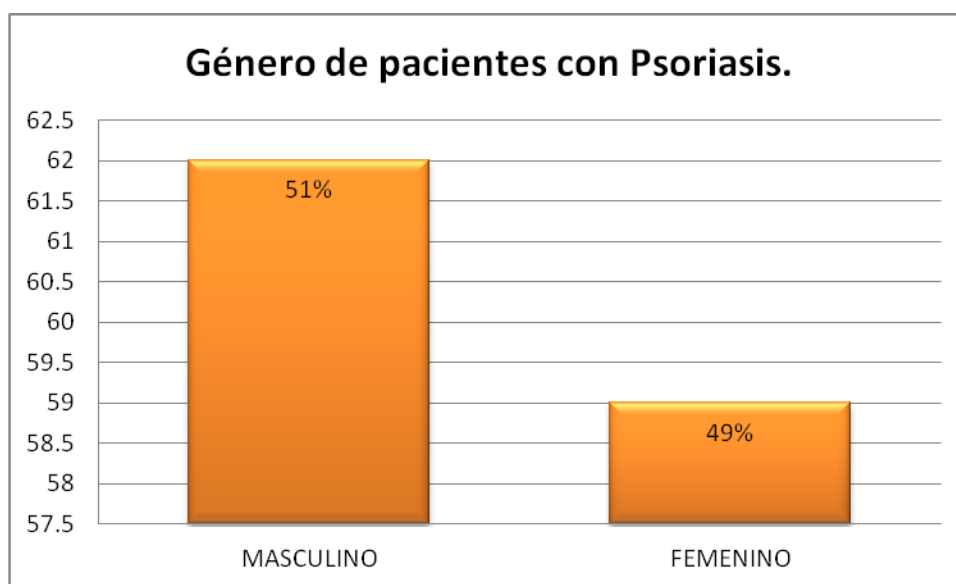
Pacientes con Psoriasis de acuerdo al Género.

GÉNERO		Número	Porcentaje
	MASCULINO		62
FEMENINO		59	49%
TOTAL		121	100%

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 2.

Pacientes con Psoriasis de acuerdo al Género.



Fuente: Tabla 2

Tabla 3.

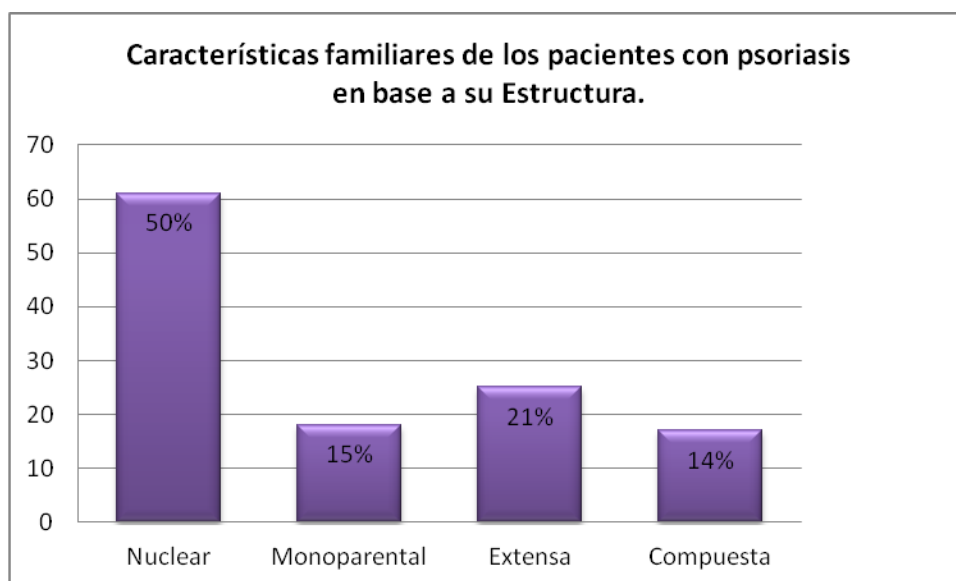
Características familiares de los pacientes con psoriasis en base a su Estructura.

Características familiares de acuerdo a su Estructura		Número	Porcentaje
	Nuclear	61	50%
	Monoparental	18	15%
	Extensa	25	21%
	Compuesta	17	14%
	TOTAL	121	100%

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 3.

Características familiares de los pacientes con psoriasis en base a su estructura.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4.

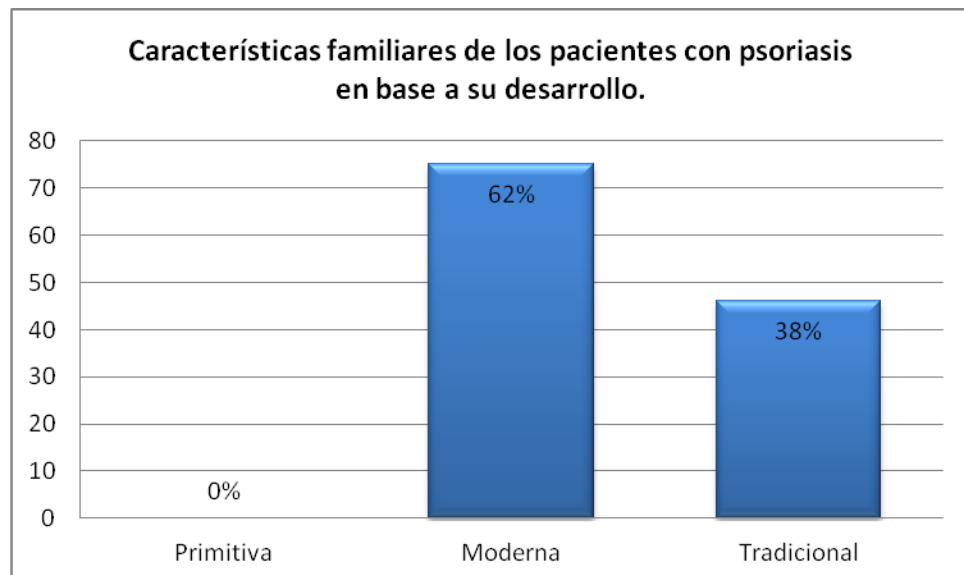
Características familiares de los pacientes con psoriasis en base a su desarrollo.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU DESARROLLO		Número	Porcentaje
	Primitiva	0	0%
	Moderna	75	62%
	Tradicional	46	38%
Total	121	100%	

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 4.

Características familiares de los pacientes con psoriasis en base a su desarrollo.



Fuente: Tabla 4

Tabla 5.

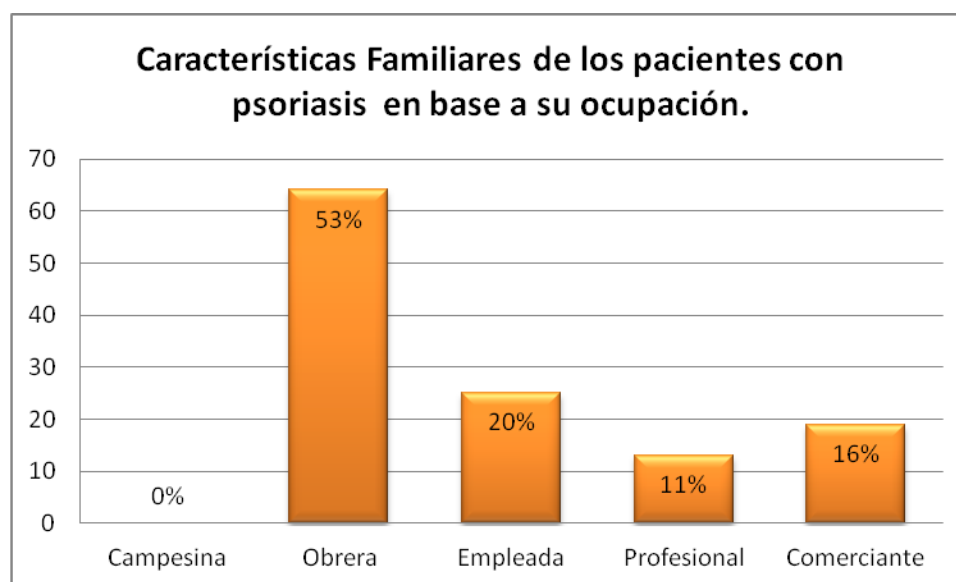
Características familiares de los pacientes con psoriasis base a su ocupación.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN BASE A SU OCUPACIÓN	Número		Porcentaje	
	Campesina	0	0%	
	Obrera	64	53%	
	Empleada	25	20%	
	Profesional	13	11%	
	Comerciante	19	16%	
	Total	121	100%	

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 5.

Características Familiares de los pacientes con psoriasis en base a su ocupación.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6.

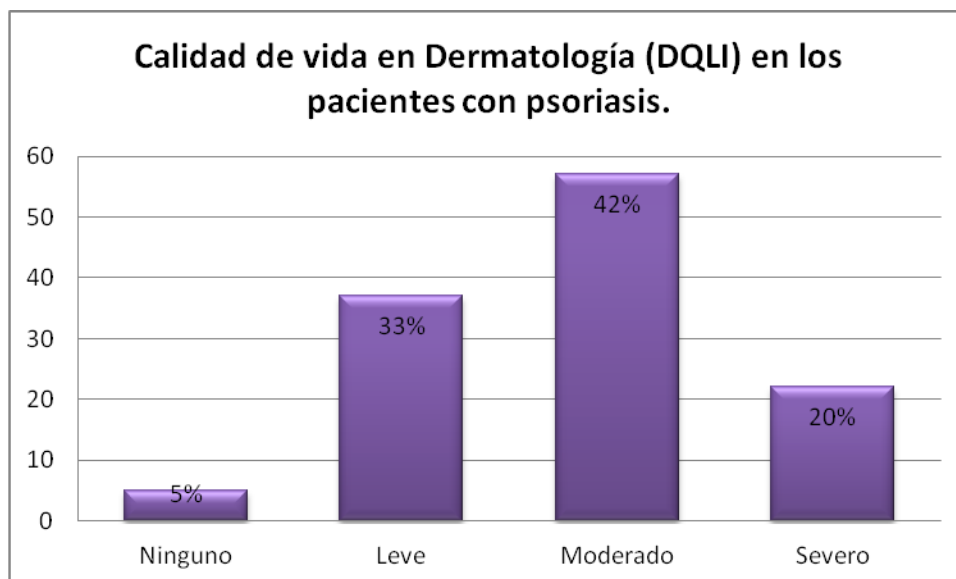
Calidad de vida en Dermatología (DQLI) en los pacientes con psoriasis.

Calidad de vida en dermatología (DQLI) en pacientes con psoriasis		Numero	Porcentaje
	Ninguno	5	5%
	Leve	37	33%
	Moderado	57	42%
	Severo	22	20%
Total	121	100%	

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 6.

Calidad de vida en Dermatología (DQLI) en los pacientes con psoriasis.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7.

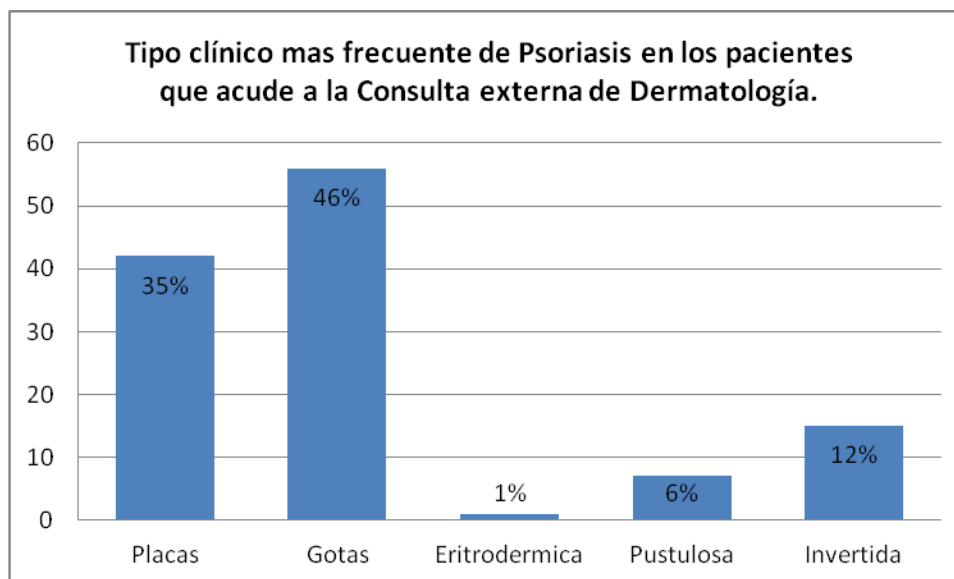
Tipo clínico más frecuente de Psoriasis en los pacientes que acude a la Consulta externa de Dermatología.

TIPO CLÍNICO MAS FRECUENTE DE PSORIASIS		Número	Porcentaje
	Placas	42	35%
	Gotas	56	46%
	Eritrodermica	1	1%
	Pustulosa	7	6%
	Invertida	15	12%
	Total	121	100%

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 7.

Tipo clínico más frecuente de Psoriasis en los pacientes que acude a la Consulta externa de Dermatología.



Fuente: Tabla 7

Tabla 8.

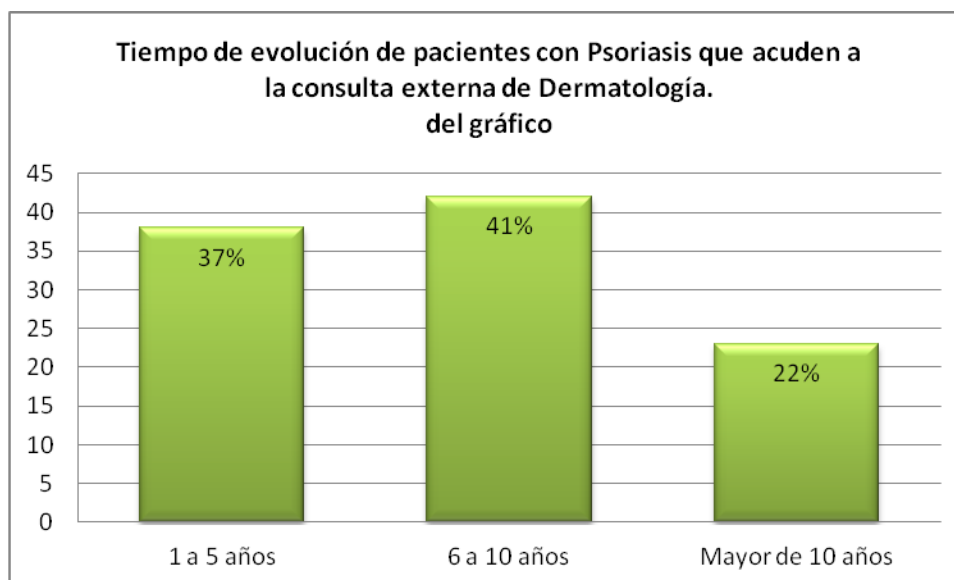
Tiempo de evolución de pacientes con Psoriasis que acuden a la consulta externa de Dermatología.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Número	Porcentaje
0 a 5 años	38	37%
6 a 10 años	42	41%
Mayor de 10 años	23	22%
Total	121	100%

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica 8.

Tiempo de evolución de pacientes con Psoriasis que acuden a la consulta externa de Dermatología.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9.

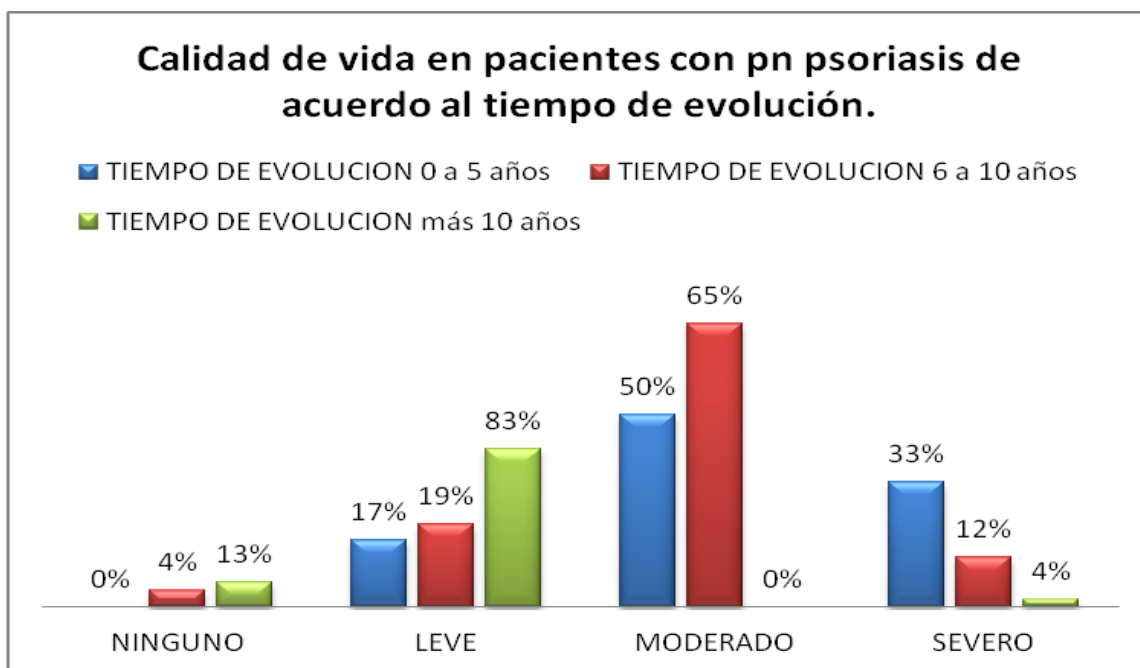
Calidad de vida de acuerdo al tiempo de evolución en los pacientes con psoriasis.

CALIDAD DE VIDA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN					
	0 a 5 años		6 a 10 años		más 10 años	
NINGUNO	0	0%	2	4%	3	13%
LEVE	8	17%	10	19%	19	83%
MODERADO	23	50%	34	65%	0	0%
SEVERO	15	33%	6	12%	1	4%
TOTAL	46	100%	52	100%	23	100%

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 9.

Calidad de vida de acuerdo al tiempo de evolución en los pacientes con psoriasis



Fuente: Tabla 9

X. DISCUSIÓN

En la revisión de Basra, et al. se observó que los pacientes con psoriasis tenían afectada su calidad de vida de forma moderada, lo cual coincide con el resultado obtenido en el presente estudio de investigación

Meyer evaluó pacientes con psoriasis leve y moderada, y encontró en ambos tipos de pacientes deterioro moderado de su calidad de vida; la mayor proporción eran hombres (51,3 %), de la misma forma en los resultados obtenidos en el presente, ya que se encontró como género más afectado el masculino en un 51%.

Los estudios de Schmitt, Agustín y Meeuwis) se hicieron en pacientes ambulatorios, y reportaron deterioro moderado.

Solo en el estudio de Lundberg se encontraron pacientes con una alteración leve en su calidad de vida.

Los estudios que se han realizado en México en un estudio realizado por Cortes, dividió a los pacientes en tres grupos, según el tiempo de evolución de la enfermedad de 0 a 4 años, de 5 a 9 años y más de 10 años. El primer grupo en su mayoría predominó una afectación leve en su calidad de vida, el 2do grupo en índice en su mayoría una afectación severa, y el tercer grupo en su mayoría indicó que su calidad de vida se encontró severamente afectada.

En el presente estudio realizado se encontró que la calidad de vida de acuerdo al tiempo de evolución se observa que los pacientes presentan un efecto leve en la calidad de vida a más de 10 años de evolución y ningún efecto en la calidad de vida en el mismo tiempo de evolución predominantemente, asimismo presentan un efecto moderado a 6-10 años de padecimiento seguido de 0 a 5 años de evolución y afectación severa en la calidad de vida se tiene que es más frecuente encontrarla en un tiempo de evolución de 0 a 5 años encontrando como resultado este tipo de afectación en contraste con el estudio mencionado anteriormente.

XI. CONCLUSIONES

En base a los resultados encontrados se concluye que la psoriasis tiene un importante impacto moderado en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen términos de bienestar psicológico, social, actividades cotidianas y económicas, afectando negativamente la calidad de la vida de los pacientes.

Dada la importancia de este padecimiento en la calidad de vida de las personas que la padecen se deben implementar estrategias de diagnóstico oportuno para el manejo integral del mismo, la formación de grupos de autoayuda puede beneficiar a la superación de este problema ya que la mayoría de las ocasiones la afectación emocional es alta.

Así mismo en lo que respecta a las características familiares se encontró que la mayor parte de los pacientes con psoriasis que formaron parte de este estudio que las familias nucleares correspondieron al 50% (61) de los casos, el 62% (75) son familias modernas, la ocupación predominante fue obrera con 64% (53).

De la misma forma se encontró mediante la realización de presente estudio que la calidad de vida en estos pacientes tendrá un efecto mas severo en los primeros años de afectación y disminuirá siendo moderado efecto hacia un leve efecto con el paso del tiempo, posiblemente por la aceptación de los pacientes hacia el padecimiento, así como a la evolución de los mismos ante el tratamiento establecido.

Igualmente es de mencionarse que los pacientes con padecimientos dermatológicos pueden presentarse en cualquier ámbito social y demográfico, y por consiguiente habrá un impacto en un aspecto integral en la esfera emocional, afectiva, laboral, social y familiar, de ahí la importancia en el estudio de la calidad de vida en estos pacientes y el papel del médico familiar en la intervención del proceso salud enfermedad. Por lo cual se concluye que la hipótesis se cumple parcialmente ya que se plantea inicialmente que en su mayoría las familias serían tradicionales y se obtuvieron más frecuentemente familias modernas.

XII. SUGERENCIAS

Realizar una capacitación y actualización de la enfermedad de psoriasis enfocada a los médicos de medicina familiar.

Es muy importante en los pacientes con psoriasis tratar de incluir a la familia un poco más adentro de la vida del paciente a través de actividades terapéuticas, evitando presionar, o generar una sensación de obligatoriedad a la familia, ya que podría ser contraproducente en el proceso de estabilización del paciente.

Aplicación del Índice de calidad de vida en cada uno de los pacientes con psoriasis que acudan a la unidad de medicina familiar.

Es recomendable que todos los pacientes que presenten psoriasis, sean también tratados por el área de psicología ya que la percepción de su enfermedad y el enterarse que no es curable influye mucho en la evolución de la enfermedad, en la vida diaria y en la relación que mantienen con las personas en el ámbito social.

Para que en los pacientes con psoriasis se cumpla con las expectativas del tratamiento clínico, es necesario, proveer de apoyo terapia a la familia para un manejo integral de las conductas de aislamiento, tristeza, ira, ansiedad, que llegue a presentarse.

Formación de grupos de ayuda mutua en los cuales les permitan compartir experiencias de vida, conflictos, ideales, metas, entre otras cosas, lo que también permitiría el desarrollo de nuevas redes sociales, que le proveerían de identificación, apoyo emocional, social, lo que obviamente es un recurso terapéutico ante el malestar que puedan sentir.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Huerta, J. L., Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 2005.
2. Osorio, R. Introducción a la Salud Familiar. 2004.
3. Valdivia, S. C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. 2008:1:15-22.
4. Panzarelli, A. Calidad de vida y enfermedades Cutáneas. Dermatología Venezolana. 2008: 46 (4): 1-4.
5. Valverde-Jurado, E., Evaluación de la Calidad de vida. Salud Pública de México. 2002: 44 (4): 349-361.
6. Antuña B. G. Perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas, Universidad de Oviedo Psicothema, 2005; 12 (30): 30-34.
7. Jones- Caballero, M. Calidad de vida (I). Generalidades. Actas Dermatológicas. 2002:93 (7): 421-431.
8. Jones-Caballero, M. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. Actas Dermatológicas. 2002:93 (8):481-489.
9. Carrasco, J.M. Calidad de vida en Dermatología. Piel. 2001: 16 (4):169-171.
10. Haliova B. Beaumont. Quality of life in Dermatology. 2000:39: 801-806.
11. Cortes, C. Calidad de vida en pacientes con psoriasis en un hospital de 3er nivel. Dermatología. Revista Mex. 2010: 54 (3): 125-132.
12. Rivera, P. Impacto de la psoriasis en la Calidad de Vida del paciente español. Piel. 2004: 19 (5): 242-249.
13. Arenas, R. Psoriasis, Atlas de Dermatología. III: 116
14. Giraldo, Carolina. Psoriasis. Revisión del Tema con Énfasis en Inmunohistopatogenesis. 2009: 22(3):272-283.
15. Páez, Moreno E. Psoriasis; Revisión actualizada. Dermatología venezolana. 1993: 31(1):3-10.
16. Jano, M. J. Psoriasis, Actualización. 2009: 1(48): 15-22.
17. Liburuka. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. 2011: 19(3). 19

18. Bautista, M. Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis. *Medison*. 2009;13(3), 1-8.
19. Chalek, J. Guía de manejo de psoriasis. Congreso colombiano. Asociación Colombiana de dermatología. Asocol Derma. 2008: 1-126.
20. Lozano, J. A. Tratamiento de la Psoriasis, Nuevas perspectivas. *Farmacoterapia*. 2002;21 (10):100-110.
21. Chovelar, E. Psoriasis y nuevas terapias. *Rev. Med, Clínica. Condes*. 2011: 22(6). 767-772.
22. Psoriasis y Artritis Psoriasica. Guía de Bolsillo. AEPSON.2005.
23. Juan Y. M. Calidad de las ediciones de la vida en Psoriasis. San Francisco 2000.
24. Rapp SR, et al. The physical, psychological and social impact of psoriasis. 2008.
25. Basra MKA, et al. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007.
26. Meyer N et al. Psoriasis: An epidemiological evaluation of disease burden in 590 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010; 24:1075-1082.
27. Schmitt JM, et al. Work limitations and productivity loss are associated with health-related quality of life but not with clinical severity in patients with psoriasis. *Dermatology (Basel)*. 2006:102-110.
28. Augustin M, et. Al Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: A multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology (Basel)*. 2008; 366-372.
29. Meeuwis et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*.2011;:1247-1255.
30. Lundberg et. al Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. *Acta Derm Venereol*. 2000; 80:430-434.
31. Serrano, Delgado, Calidad de vida en pacientes con psoriasis por medio del DQLI en el servicio de dermatología, consulta externa, hospital "Dr. Carlos Mc Gregor Sánchez" del IMSS. *Aten Fam* 2008. 15:8

XIV. ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario para identificar los datos generales, tiempo de evolución y el tipo de psoriasis que presentan los pacientes con Psoriasis que acuden a la Consulta Externa de Dermatología del Hospital General Regional 220, Toluca, México 2013.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NUMERO DE FOLIO _____

Cuestionario el cual tiene como objetivo conocer información demográfica y las características generales de la psoriasis, el cual se responde de manera rápida y sencilla.

A. DATOS GENERALES

NOMBRE (iniciales): _____

1. EDAD: _____ años.
2. SEXO: Masculino _____ Femenino _____

DOMICILIO: (opcional) _____

TELÉFONO: (opcional) _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR _____

FECHA DE CAPTACIÓN _____

B) CARACTERÍSTICAS GENERALES DE PSORIASIS.

3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Menor a 1 año _____ 1-5 años _____ 5-10 años _____ Mayor a 10 años _____

4. Tipo de psoriasis: Placas _____ Gotas _____ Eritrodermica _____
Pustulosa _____ Invertida _____

ANEXO 2 Cuestionario para identificar las la Calidad de Vida en pacientes con Psoriasis que acuden a la Consulta Externa de Dermatología del Hospital General Regional 220, Toluca, México 2013.

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

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

ANEXO 3

Cuestionario para identificar las características familiares en pacientes con Psoriasis que acuden a la Consulta Externa de Dermatología del Hospital General Regional 220, Toluca, México 2013.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Este cuestionario tiene como objetivo conocer las características familiares en base a su estructura, integración, desarrollo, demografía y ocupación. El cual se responde de manera rápida y sencilla.

1. Menciona los integrantes de su familia y el parentesco tienen con usted.

2. ¿Quién vive con usted en su domicilio?

3. ¿Quién aporta para la manutención de su familia y hogar?

5. ¿A qué se dedica la persona que mantiene su casa?

5. Tipo de Familia

Nuclear _____

Extensa _____

Compuesta _____

Monoparental _____

Primitiva _____

Tradicional _____

Moderna _____



**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:	CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N. 220, TOLUCA ESTADO DE MÉXICO. 2013
Patrocinador externo (si aplica):	N.A.
Lugar y fecha:	UMF N° 220, TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	DETERMINAR CUALES SON LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES, Y LA CALIDAD DE VIDA TIENEN LOS PACIENTES CON PSORIASIS. LA PSORIASIS PUEDE AFECTAR LA IMAGEN PROPIA, AUTOESTIMA Y SENSACIÓN DE BIENESTAR, ESTO INFLUYE DIRECTAMENTE, EN LOS PERIODOS DE EXACERBACIÓN, LA EVOLUCIÓN Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO.
Procedimientos:	APLICACIÓN EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA Y REGISTRO DE LAS CARACTERISTICAS DE CADA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	CONOCER SU CALIDAD DE VIDA CON PSORIASIS, Y SI ESTA SE ENCUENTRA ALTERADA, SE PODRÁN REALIZAR LAS MEDIDAS MEDICO PREVENTIVAS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y POR LO TANTO DISMINUIR LOS PERIODOS DE EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD, TENER MEJOR RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A TRAVÉS DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN
Participación o retiro:	NO EXISTE CONDICIONANTE
Privacidad y confidencialidad:	LOS DATOS PERSONALES Y RESULTADOS INDIVIDUALES PERTENECEN A LA INSTITUCIÓN A LA QUE ES DERECHOHABIENTE

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. JUANA BECERRIL ESTEBAN

Colaboradores:

DRA. ADRIANA DORIDEE ORTEGA OJEDA RESIENTE DE MEDICINA FAMILIAR

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la Clínica 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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, información relevante del estudio