

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**CALIDAD DE VIDA Y ALTERACIONES PSICOLOGICAS
ASOCIADAS A PACIENTES CON PSORIASIS**

CLARA MARIBEL LOPEZ CONTRERAS

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2002

INDICE.

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACIÓN.....	3
IV.	OBJETIVOS.....	4.
V.	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.....	5
VI.	HIPÓTESIS.....	27
VII.	MATERIAL Y METODOS.....	28
VIII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	34
IX.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	39
X.	CONCLUSIONES.....	41
XI.	RECOMENDACIONES.....	42
XII.	RESUMEN.....	43
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
XIV.	ANEXOS.....	46

I. INTRODUCCIÓN

La Psoriasis es una enfermedad crónica sistémica que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas hiperqueratósicas eritematodescamativas, que se distribuyen con mayor frecuencia en cuero cabelludo, codos, rodillas y superficies extensoras de las extremidades.

La enfermedad superficial no solamente es un problema cosmético, sino que tiene un tremendo impacto en la calidad de vida del paciente, afectándolo emocional, laboral y familiarmente. (47)

Esta descrito que más o menos 1 a 2 % de la población en general esta predispuesto a padecer de Psoriasis, y de estos el 30 al 50 % de la población con Psoriasis, padece algún trastorno psiquiátrico actual o crónico, como consecuencia de su enfermedad, lo cual retroalimenta a la enfermedad y al empeoramiento del paciente.(22 ,28)

Diferentes estudios realizados en la India, comprobaron que la psoriasis se ve influenciada por factores emocionales que provocan inicios agudos o exacerbaciones de la enfermedad, demostrando que un estado de animo y conductas anormales, van en contra del restablecimiento y control de la enfermedad, así como la no aceptación de tratamientos y como consecuencia, el empeoramiento del estado clínico. (27, 29.)

El presente estudio evaluó la calidad de vida y determinó cual es la alteración psicológica más frecuentemente asociada en los pacientes guatemaltecos con diagnostico de psoriasis.

El 61 % de los pacientes psoriasicos tiene una percepción de calidad de vida buena o muy buena, sin inclinación por genero.

Se observó que el 53 % de los pacientes está alterado psicológicamente, presentando cualquiera de los trastornos descritos en la literatura, incluyendo riesgo leve a moderado de suicidio. La alteración psicológica mas frecuentemente asociada fue Episodio Depresivo Mayor, representando un 24% de la muestra.

Este estudio se realizó en pacientes que asistieron al servicio de consulta externa y encamamiento durante el periodo, 9 de agosto al 6 de septiembre del 2,002, del Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel, (INDERMA).

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Psoriasis es una enfermedad que se aplica a un cuadro común, tipificado por la presencia de pápulas o placas eritematosas, descamativas, de evolución crónica, que predomina en codos, rodillas, cuero cabelludo, pene y superficies extensoras de las extremidades.(45)

El esclarecimiento de la etiopatogenia de la psoriasis, se ha constituido en un reto muy importante en dermatología, asociándose a un componente multifactorial, hereditario, neurogénico e inmunológico. Oscilando su prevalencia entre el 1-2 % de la población general.(46)

El paciente psoriático visita muchos médicos en busca de una nueva alternativa de tratamiento, ya que el hecho de conocer su enfermedad y específicamente su pronóstico, lo mantiene en un estado constante de intranquilidad y desconfianza, que suele dificultar el tratamiento. De ahí que se le ha atribuido un origen psicológico y psiquiátrico, ya que un estado de ánimo controlado y relajado ha demostrado mejorar la evolución clínica de la enfermedad, por el contrario un ambiente de estrés puede ocasionar cuadros agudos o exacerbaciones. (39, 5)

Aparte de la severidad clínica de la enfermedad, los psoriáticos también experimentan un profundo impacto psico-social en su calidad de vida, por lo que la evaluación debe involucrar un examen físico completo y una valoración psicológica individual. (11)

En el 56.6 % de estos pacientes se ha reportado dificultad para dormir y diferentes grados de depresión.(28) Esto nos revela que un alto porcentaje de la población psoriática está predispuesto a padecer o a caer dentro del rango de una depresión crónica como lo revela el Journal of Dermatology de agosto del 2,001 en su artículo Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. En el cual se revela que un 9% de los pacientes psoriáticos, se encuentran dentro del rango de una depresión crónica como consecuencia directa de su enfermedad. Esto obviamente se ve reflejado en la calidad de vida de dichos pacientes, quienes dentro del proceso de su enfermedad caen en el círculo vicioso, enfermedad –rechazo –depresión –exacerbación del cuadro clínico –depresión –exacerbación.....

Por lo tanto se hace necesario estudiar al paciente integralmente, como a cualquier otro, ya que representan un buen porcentaje de la población en general. Y creo que lo fundamental de este estudio es comparar y determinar como la psoriasis afecta psicológicamente o no a los pacientes en nuestro país y en que porcentaje, con respecto a los países en los que el estudio ya se realizó, demostrando que la morbilidad psicológica está presente en aproximadamente un 30-50% de la población psoriática.(2,22,28,31).

Con todo lo anterior, podemos llegar a la siguiente pregunta ***“como se ve afectada la calidad de vida en nuestros pacientes psoriáticos y con que frecuencia se asocian las alteraciones psicológicas?”***

Se evaluó mediante la Encuesta del estado de Salud S-F 36 y la entrevista estructurada M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) a los pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión que asisten a la clínica de la consulta externa del INDERMA, durante el periodo 9 de agosto al 6 de septiembre del 2,002.

III. JUSTIFICACIÓN.

El intentar evaluar la calidad de vida del paciente psoriásico y asociarlo con trastornos psiquiátricos, tiene un objetivo fundamental, ya que como sabemos, la psoriasis es una enfermedad crónica de la epidermis, determinada por factores genéticos, psicológicos e inmunológicos, de evolución impredecible, que una vez se manifiesta, permanece localizada en algunas áreas, pudiendo originar una afección generalizada intermitente y continua. (39)

Las lesiones psoriáticas pueden ser sumamente insignificantes o llamativas y desagradables, tanto para el paciente como para las personas del entorno, y más aun cuando el entorno desconoce la etiopatogenia de la enfermedad. Esta forma de ver la psoriasis, redundando en una mala calidad de vida del paciente ya que se ven afectada, sus relaciones interpersonales, laborales, emocionales y como consecuencia, el desarrollo de patologías psiquiátricas, que a temprano, mediano y largo plazo, complican el cuadro clínico de la enfermedad, provocando cuadros agudos o exacerbaciones de la misma, resistencia a los tratamientos convencionales, convirtiéndolos en el llamado paciente “picaflor”, que va de médico en médico. (40,47).

Un estudio publicado en la revista. *Clinical Experience of Dermatology*, de junio del 2001, de la universidad de Manchester, en su artículo, *Psychological influences in psoriasis*, demostró que el padecer psoriasis está íntimamente relacionado, a padecer como consecuencia de la misma, un trastorno psiquiátrico, manifestado principalmente, como cambios en el estado de ánimo del paciente.(8).

También se ha demostrado que más del 30% y en algunos casos, hasta el 50% de los pacientes psoriáticos, presentan un patología psiquiátrica asociada (depresión mayor, ansiedad, distimia, desordenes de ajuste, baja autoestima) y mas del 50% ha referido dificultad para conciliar el sueño (14, 22,28).

También sabemos que los pacientes que padecen psoriasis y viven una vida plena, en la medida de sus posibilidades y que reciben ayuda profesional, aprendiendo a manejar sus emociones, responden mejor a los tratamientos y alternativas para controlar su enfermedad.(11) . y disminuir el riesgo no solo de padecer trastornos psiquiátricos sino el riesgo de suicidio, que ha sido plenamente identificado entre estos pacientes, como la más pronta salida o liberación, de una intensísima inestética lesional y como refugio a la vergüenza que para muchos pacientes supone el ir siempre recubiertos y obligados a una terapéutica local intensa y con frecuencia sucia.(43)

Conocer e identificar a los pacientes que padecen un trastorno psiquiátrico conductual, dentro de la población psoriática nuestra, nos permitirá encaminar alternativas de tratamiento, no solo en el campo de la medicina somática sino en el campo conductual, para brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias, conduciéndolos a una mejor comprensión y aceptación del problema.

IV. OBJETIVOS:

Generales:

- Evaluar la Calidad de Vida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis.
- Determinar cual es la forma de psoriasis más frecuentemente asociada a alteraciones psicológicas

Específicos.

- Cuantificar en que porcentaje, de los pacientes psoriaticos esta alterada la calidad de vida.
- Establecer el porcentaje de presentación de:
 - a.) Episodio Depresivo Mayor.
 - b.) Episodio Maniaco.
 - c.) Episodio Hipomaniaco.
 - d.) Trastorno Distímico.
 - e.) Riesgo de Suicidio.

En pacientes con psoriasis.

- Identificar cual es el género y grupo de edad con mejor percepción de Calidad de vida.
- Determinar que aspecto de la Calidad de vida , está alterado en los pacientes psoriasisicos.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.

PSORIASIS

Definición:

La psoriasis es una enfermedad de manifestación dérmica, crónica, genéticamente determinada, que se caracteriza clínicamente por lesiones papuláres aplanadas, eritematoescamosas, purpúricas, que varían en diámetro, habitualmente asintomáticas, que pueden ser localizadas en cualquier área del cuerpo. Se trata de una enfermedad crónica que evoluciona en brotes de periodicidad imprevisible, suele darse en un 1.5-2% de la población, sin ninguna preferencia por género. La enfermedad se manifiesta en brotes, donde regularmente las lesiones se intensifican en número y extensión, la duración y gravedad del brote puede ser variable de acuerdo al tratamiento, estado psicológico, infecciones asociadas. La herencia familiar juega un importante papel en el desarrollo de la enfermedad.

La lesión psoriática puede manifestarse en cualquier etapa de la vida, si bien es más frecuente entre niños mayores y adultos jóvenes, observándose esta como una placa bien delimitada de color rosa, cubierta de escamas adherentes de color típicamente plateado, aunque existen variaciones, puede presentarse con lesiones en anillo, lineales, en remolino, salpicadas y profusas (psoriasis guttata), o eritema y descamación generalizada o llamada también eritrodermia.(47)

Epidemiología:

La enfermedad tiene una distribución a nivel mundial, oscila entre el 1-3 % de la población, en México es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes, ubicándose entre las primeras 15 dermatopatías, en E.E.U.U. y Europa se ha observado en el 2% de toda la población, en China la prevalencia fue del 1.6 %. Sin embargo se sabe que existe un sub-registro importante debido a la forma leve de la enfermedad, por lo cual los pacientes aprenden a vivir con ella y no consultan. No se ha relacionado con factores climáticos, ni socioeconómicos, pero el factor herencia juega un importante papel en la génesis de la enfermedad, ya que es más común entre blancos que entre mongoloides o negros, y sumamente rara en indios. Puede aparecer a cualquier edad, pero su apareamiento es más frecuente entre los 15-35 años. Solo supone un 4% de todas las enfermedades de la piel en pacientes menores de 16 años, afecta por igual al sexo masculino y femenino.(39, 40, 47)

Etiología y Patogénesis:

Se han identificado tres elementos principales en la etiopatogenia de la lesión:

1. renovación de las células epidérmicas acelerada, 10 a 15 veces la velocidad normal, en comparación con la epidermis sana.
2. La queratina que se produce es de mala calidad, ya que el queratinocito se modifica en su evolución natural
3. fenómenos inflamatorios.

Estos tres elementos se aunan a una serie de factores bastante complejos, dando como resultado un queratinocito que se expresa, de modo anormal en los genes. El modo de transmisión hereditaria no se conoce. Se ha propuesto un tipo de herencia multifactorial. Existe una asociación con los antígenos de histocompatibilidad clase I (HLA)-BW 17, -B13, B16 Y BW37, de iniciación en la infancia, pero la asociación más significativa es la existencia con el antígeno -CW 6. Estos tipos de HLA no se asocian a la forma pustulosa de la enfermedad. En los HLA clase II, DR7, de inicio tardío. (47)

Parece existir en el paciente psoriático una predisposición heredada, un terreno ya predeterminado sobre el que actuarían factores desencadenantes, como los traumatismos, (fenómeno de Koebner o respuesta isomórfica, en la que aparecen nuevas lesiones, en las zonas que han sufrido un traumatismo, es una característica útil para el diagnóstico), cambios hormonales (menstruación, embarazo, menopausia), ciertos fármacos como: sales de litio, aines. Cloroquina, interferon alfa, betabloqueadores, antagonistas del calcio, hidroxicloroquina y gemfibrozilo. La psoriasis guttata se ha observado después de infecciones estreptocócicas, infecciones virales, quemaduras solares, suspensión de tratamiento con corticoides sistémicos. Existen datos recientes que sugieren que las lesiones cutáneas psoriásicas pueden ser inducidas en un huésped genéticamente vulnerable, por células T CD4+ que han sido activadas inicialmente por exotoxinas pirógenas estreptocócicas que actúan como superantígenos. El origen de los antígenos estreptocócicos puede ser la faringe o la piel. Algunas de las células T activadas por superantígenos identifican a la proteína M estreptocócica en la piel y parecen presentar también una reacción cruzada con una queratina anormal que presenta una homología con la proteína M estreptocócica. Las células T activadas autorreactivas pueden ser responsables de la formación y mantenimiento de lesiones cutáneas psoriásicas. (47)

Estudios publicados en el Journal Dermatology de diciembre de 1,999 y agosto del 2,001, concluyen, en que los factores psicossomáticos y el estrés, se correlacionan directamente con los brotes psoriáticos. Es un trastorno con base genética, con un factor hereditario y actuante y parece ser que los pacientes heredan rasgos o factores predisponentes, más que la enfermedad en si misma; el factor hereditario se ha detectado en cifras que van de 13 al 41% según diferentes autores. Si ambos padres padecen la enfermedad las posibilidades de herencia son del 60 %, en tanto que si un solo progenitor, las posibilidades bajan al 20- 30 %. El hermano de un gemelo no idéntico tiene un 70% de posibilidades, pero si su gemelo es idéntico el riesgo sube a un 90 %.(20,22)

Estudios apoyan la teoría de que la psoriasis, puede tratarse de una reacción mediada por el complemento localizado en la capa córnea de la epidermis. Según esta hipótesis, la lesión de la capa córnea en determinados individuos, pondría al descubierto "antígenos" propios que provocarían una respuesta autoinmune, al estimular la formación de autoanticuerpos específicos, que se ligarían al estrato córneo, fijando y activando al sistema del complemento, esta activación a su vez supone la activación y acumulo de neutrófilos, que liberarían enzimas destructoras y ponen al descubierto más antígenos propios y perpetuarían el proceso, y como consecuencia se liberan factores estimulantes de la proliferación de las células epiteliales subyacentes, lo que se traduce en aumento del recambio epidérmico y la formación de escamas características de la psoriasis. De hecho cada vez existen más evidencias a favor de que la psoriasis no es una enfermedad de la piel sino un proceso autoinmune.(46,48)

Trabajos recientes han demostrado que el empleo de toxinas que se unen a los receptores de interleukina 2 consigue eliminar las lesiones en un alto número de pacientes. El objetivo se centra en eliminar la amplificación de la respuesta inmunitaria que se ejerce a nivel local por la acción de la interleukina 2, a base de destruir las células presentes en la placa, que contiene receptores para aquella, (linfocitos T Helper y Citotóxicos). Existe evidencia que implica a los linfocitos T, en la activación de la lesión psoriática, específicamente CD 4 ayudadores, los cuales inducen a la producción de IL-2, IFN- γ y TNF- α . También se ha observado que en los pacientes con psoriasis los linfocitos T, siempre están elevados, anteriormente se discutía sobre ¿qué ocurría primero? Se altera primero el queratinocito, provocando una respuesta inmunológica del paciente, o el linfocito alterado, crea una anomalía epidérmica, cada día los investigadores están más convencidos de que es una alteración a nivel del linfocito, lo que provoca la lesión del queratinocito.(36,39)

Básicamente en las placas de psoriasis, la piel es más gruesa por la acumulación de células externas de piel, estas se renuevan en cuatro días, en lugar de los 25-30 días habituales, razón por la que se acumulan las capas de piel muerta, desprendiéndose en forma de escamas, la hiperproliferación es debida quizás a un desequilibrio en el metabolismo de los nucleótidos cíclicos y de las prostaglandinas, con una alteración del AMP cíclico. Las células de la piel no maduran y no protegen adecuadamente, perdiéndose humedad a través de las lesiones. Los capilares son más largos y gruesos que en la piel normal, están enredados sobre sí mismos, y la sangre fluye en mayor cantidad, por lo que las placas aparecen rojizas, la piel está inflamada y aumentada en células inmunitarias.(39,46)

En la transformación hiperplásica que sucede al pasar la piel de su estado no comprometido clínicamente, a la lesión, puede suceder lo siguiente: el ácido araquidónico se libera de los fosfolípidos de las membranas y se transforma en el ácido 12-hidroxicosatotétrano (HETE) mediante la acción de la 12 lipooxigenasa. Como paso anterior se forman leucotrienos y prostaglandinas E₂ y F₂ alfa, todas sustancias proinflamatorias que pueden atraer a los leucocitos polimorfonucleares de la sangre a la epidermis, además de tener una acción sobre el AMP cíclico. El polimorfonuclear descarga su leucotrieno B₅ y los macrófagos y mastocitos dérmicos, pueden ser una fuente más de leucotrienos C₄ y D₄. Aparte de estos fenómenos metabólicos de los leucotrienos, se habla de desequilibrios y cambios de las proteasas, sustancias importantes en la proliferación y división celular. El desequilibrio lleva a la activación del plasminógeno y activa reacciones inflamatorias. Las poliaminas moléculas importantes en la proliferación celular, son diversas; de ellas la putresina y la espermidina se encuentran en la piel sana y enferma de los psoriásicos.(39,40,45)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La lesión primaria consiste en una lesión maculopapular, cubierta por una escama nacarada adherida hacia el centro de la lesión, con límites netos, de elementos simétricos, aunque hay excepciones. Las lesiones son placas eritematosas de crecimiento progresivo. La remoción de las escamas muestra la aparición de pequeños puntos sangrantes en la superficie de la piel (signo de Auspitz). El crecimiento y coalescencia de las lesiones pueden llevar a formas caprichosas, originando términos como: circinada, arcuata, serpinginosa, anular, girata, guttata o rupioide.

Habitualmente las lesiones son poco pruriginosas y pueden estar situadas en cualquier parte de la piel, sin embargo, existe una predilección por ciertas zonas: codos, rodillas. Si las lesiones se encuentran en otro lugar el diagnóstico se facilita, pero si solo se encuentran afectados los miembros inferiores en su región inferior, debe considerarse el liquen plano, liquen simple, tiña, eccema varicoso. Área lumbosacra, cuero cabelludo (pudiendo ser el único afectado) raramente hay pérdida del cabello, es un lugar difícil de tratar, confundiendo con dermatitis seborreica, pitiriasis amiantacea, tiña capitis, lupus eritematoso. Las orejas se encuentran regularmente involucradas. Otra área afectada son los genitales, esta ocurre en ausencia de psoriasis en otras regiones. Las superficies extensoras de los miembros son muy frecuentemente afectadas, aunque a veces son las áreas flexoras, las más afectadas, conocida como psoriasis invertida.(39,40,41)

La afectación articular es excepcional en la infancia, mientras que en el adulto aparece en un 10 % de casos. Probablemente los pliegues, el cuero cabelludo y el tronco, representan las áreas más involucradas en los niños.(39)

La curación de las lesiones conduce a una piel con hipo o hiperpigmentación en lo que rodea la piel eritematosa de la lesión psoriásica, que ha sido denominado anillo de Woronoff, y se cree que es producto de la incapacidad local, de producir prostaglandina E2. Las uñas son un asiento frecuente de cambios con gravedad variable, en los enfermos con psoriasis y puede ocurrir con o sin compromiso de la piel, es común la presencia de foveas en la placa ungueal, la cual toma aspecto de dedal, y la onicolisis, causada por la separación de la lamina ungueal del lecho ungueal por compromiso sub-ungueal, en casos más severos hay surcos transversales y cambios de color en la placa ungueal, la cual se torna amarilla, quebradiza y con hiperqueratosis en su borde libre y lecho. En su forma eritrodérmica y pustulosa, la psoriasis de la piel subyacente al pliegue ungueal posterior puede determinar cambios destructivos. Las alteraciones más severas pueden asociarse con artritis en las falanges distales, denominada artropatía psoriásica.(39,40,45)

Las lesiones psoriaticas en manos producen un verdadero problema social, es más, puede interferir en la destreza manual, las lesiones en pies puede provocar dificultad en la marcha, terapéuticamente constituyen un serio problema, ya que el espesor del estrato córneo en estas regiones impide la penetración de medicamentos por vía local. Las áreas afectadas son simétricas, rojas y escamosas, frecuentemente fisuradas y confundidas con lesiones eccematosas, particularmente si no hay evidencia de psoriasis en otras regiones, además pueden existir, lesiones de diversos tipos: clavos psoriásicos, consistentes en pápulas hiperqueratósicas de 1 a 4 mm. Muy cornificadas y duras con halo eritematoso angosto; las lesiones descamativas circunscritas de diversos tamaños, a veces fisuradas, descamación difusa de las palmas y finalmente erupciones de tipo pustuloso crónico.(39,40,41,43)

Existen otras manifestaciones más severas, como son la eritrodermia psoriasisica, la psoriasis pustulosa de Von Zumbush, raro cuadro clínico consistente en una erupción pustulosa, generalizada precedida por lesiones de psoriasis clásica. La forma aguda guttata puede ofrecer dificultad diagnóstica, debe diferenciarse de la parasoriasis en gotas, pitiriasis rosada y liquen plano. Las lesiones aisladas se confunden con el liquen simple crónico o eccema crónico, y solo un buen seguimiento y la biopsia, pueden confirmar el diagnóstico. Debe tenerse en cuenta sífilis y descartarlo.

Una enfermedad que imita a la psoriasis es la micosis fungoide, linfoma cutáneo, que puede requerir varias biopsias para el dx. Otras zonas de dificultad son palmas y plantas, en donde las queratodermias y el eccema crónico pueden despistar el verdadero diagnóstico, lo mismo que aquellas tiñas crónicas hiperqueratósicas. Las lesiones de las uñas se diferencian de las producidas por los dermatofitos en que estos comprometen pocas uñas , en tanto que la psoriasis las afecta a todas. (39, 41)

VARIANTES CLINICAS DE PSORIASIS.

Psoriasis aguda: La forma aguda puede aparecer bruscamente, de manera explosiva y espontáneamente o consecutivamente a una exposición prolongada al sol , por el uso de drogas como la quinacrina, penicilina, aplicación de ditrano (antralina), en un sitio sensible como lo son los pliegues de flexión, o aplicaciones en alta concentración, aunque frecuentemente no se identifica el insulto que dio origen al cuadro.

Psoriasis en gotas (guttata): sucede luego de una infección estreptocócica de la faringe en una persona predispuesta a la psoriasis, rápidamente aparecen pequeñas lesiones que cubren toda la superficie de la piel, especialmente en tronco y extremidades. El diminuto tamaño de las lesiones distingue a esta, de la psoriasis vulgar. Se presenta en gente joven y por lo general remite espontáneamente en 3 meses.(39,45,48)

Psoriasis Pustulosa:

- a. Localizada: es una variante de difícil manejo confinada a palmas y plantas. Se observan pústulas amarillas, que cuando envejecen se tornan color marrón, aparecen sobre una base eritematosa, se ubican fundamentalmente en eminencia tenar e hipotenar y en las regiones medial y central de las plantas.
- b. Generalizada: es una variante rara y a veces letal de la enfermedad, extensas ondas de pequeñas pústulas estériles cubren la piel, y durante cada siembra el paciente corre peligro, hay toxemia, hipertermia severa y leucocitosis. La piel se haya roja, encendida y dolorida, causando angustia y postración. El peligro incluye infección bacteriana de piel, pulmones, tracto urinario, septicemia, desbalance electrolítico , deshidratación, hipocalcemia e hipoalbuminemia. El cambio hacia la pustulización puede ocurrir sin causa obvia en pacientes con psoriasis vulgar previa; ocasionalmente la psoriasis pustulosa localizada en palmas y plantas puede hacerse generalizada. De cualquier forma, la psoriasis pustulosa es el resultado de un mal manejo. Los esteroides por vía sistémica y ocasionalmente ciertas formas tópicas potentes, pueden precipitar la enfermedad.

Psoriasis crónica o vulgar: al contrario de las otras formas, esta no siempre sigue ni es consecutiva a la aguda, esta aparece de forma lenta y progresiva, sin síntomas generales asociados o podrómicos. La lesión inicial puede ser una o varias pápulas de color rojo, pequeñas, que crecen a la periferia y aisladas o coalescentes forman placas de tamaño variable, superficiales y no infiltradas, de bordes precisos y con escasa reacción inflamatoria periférica; la superficie pronto se recubre de escamas nacaradas o plateadas, secas friables y poco adheridas. Es la forma más estable de la psoriasis . es la que responde más rápido a tratamiento tópico.

Psoriasis en pacientes con VIH: la psoriasis puede presentarse como el primer signo en VIH, o aparecer después del diagnóstico. Se presenta de forma severa, como enfermedad eritrodérmica, incluyendo artritis psoriasica.

De las diferentes formas clínicas de la psoriasis, la más habitual en la infancia es la forma en placas o vulgar (91 %), guttata (4%), con menor frecuencia, psoriasis ungueal (3%), pustulosa (2%), eritrodermia generalizada (menos del 1%). (39,41,42,47)

COMPLICACIONES:

Se puede mencionar la eritrodermia generalizada, en donde se observan, cambios en uñas y articulaciones, escamas sobre toda la superficie del cuerpo, inclusive en cara, acompañada de mal estado general, intenso prurito y frío, febrícula, adenopatías y muchas veces infección de las lesiones. La artropatía psoriasica, se presenta en una minoría de los pacientes donde patognomómicamente se encuentran involucradas las articulaciones interfalángicas distales, respetándose las proximales, puede presentarse una artritis monoarticular, a menudo asimétrica, como en una rodilla o codo.

La psoriasis pustulosa se ha considerado también una complicación. La dermatitis de contacto consecutiva al uso de medicamentos, la infección piógena secundaria al rascado; la dificultad de movimientos de flexión y extensión de miembros, por hemorragia o dolor. Todo esto a su vez afecta la personalidad del sujeto, debido a su cronicidad, falta de alivio y lesiones antiestéticas.(40, 41)

HISTOPATOLOGIA:

El aumento del recambio de células epidérmicas causa un llamativo engrosamiento de la epidermis (acantosis), con un alargamiento regular hacia debajo de las papilas epidérmicas. Se identifican fácilmente figuras de mitosis muy por encima del estrato basal, al cual se limita la actividad mitótica en la piel normal. El estrato granuloso está adelgazado o falta, y se observa por encima una amplia escama hiperqueratósica. Es típico de la psoriasis el adelgazamiento de la porción de células epidérmicas situada encima de las puntas de las papilas dérmicas (placas suprapapilares), y la existencia de vasos dilatados y totuosos..Esta constelación de hallazgos hace que halla una proximidad anormal entre los vasos de la dermis situados en las papilas dérmicas y la escama parqueratósica que los cubre, lo cual explica el fenómeno clínico de la aparición de múltiples puntos sangrantes diminutos, cuando se separa la escama de la placa.(signo de Auspitz). Los neutrófilos forman pequeños agregados en el seno de la epidermis superficial ligeramente espongióticos (pústulas espongiiformes) y en el interior del estrato córneo paraqueratósico (microabscesos de Munro). En la psoriasis pústulosa existen cúmulos mayores de neutrófilos análogos a abscesos inmediatos por debajo del estrato córneo. (46)

PRONOSTICO:

Es una enfermedad crónica, con grandes variaciones en su gravedad, preocupa al paciente por su aspecto antiestético y las recidivas frecuentes. Aunque algunos pacientes presentan pocas lesiones por su localización pueden estar social o emocionalmente incapacitados. En ocasiones, inclusive con tratamientos agresivos, se convierte en un padecimiento invalidante, difícil de tratar y hasta grave (forma eritrodérmica y artrópica).

Por otro lado es impredecible su evolución y su resistencia o no al tratamiento ya que puede ser desesperadamente recidivante. Aunque la situación de estos pacientes puede ser mejorada con uno de los diversos esquemas de tratamiento existente, pero ello requiere un adecuado juicio clínico.(39, 40)

TRATAMIENTO

Terapia local

Todo fármaco que se utilice en psoriasis debe actuar sobre las características patogénicas, sobre la hiperproliferación de los queratinocitos y evidentemente sobre el infiltrado de la piel por componentes inflamatorios.(39,45)

En psoriasis localizada con pocas lesiones , se utilizan corticoides tópicos, aplicados sobre la placa de psoriasis, estos actúan sobre el proceso inflamatorio, reduciendo también la hiperqueratosis. Puede iniciarse con queratolíticos como: urea, ácido salicílico, etc. Para eliminar la capa escamosa y hacer que el corticoide tópico trabaje fácilmente sobre la parte inflamatoria de la psoriasis. Si la lesión es realmente muy pequeña , se usan agentes reductores como el alquitran, existen alquitranes con brea de hulla y ácido salicílico combinado, gel de alquitran, y antralinas que reducen la lesión rápidamente. Los alquitranes son muy útiles pero tienen un defecto grave, irritan y manchan la piel y la ropa.

Otros tópicos que tienen una función similar, específicamente sobre la parte queratósica o queratinica, pero tienen una cierta capacidad anti-inflamatoria, son los derivados de la vitamina D, como la D3, el Calcipotriol, tcalcitol, y los retinoides modernos. Pero todos estos productos solos, la mayoría de las veces, no son capaces de resolver el proceso y necesitan combinarse con otros tratamientos.(39,40,45,48)

La vitamina D actúa sobre varios factores importantes, tiene un efecto inmuno supresor pues actúa sobre factores inmunitarios. Es capaz de modular la inflamación por su acción sobre los polimorfonucleares y también puede regular los genes por los queratinocitos, aumentar la diferenciación y disminuir la proliferación de las células queratinocitarias. Diversos estudios se han hecho con respecto a la utilización de la vitamina D por vía oral y local en psoriasis, pero se ven limitados por el efecto fotocálcico. Actualmente se intenta obtener productos que no intervengan en dicho efecto. El calcipotriol que se obtiene por las modificaciones de la cadena terminal de la vitamina D3 , consiguiendo una retención sobre el mecanismo fotocálcico de 100 a 200 veces que la propia vitamina D. Las células de la piel humana poseen receptores para la vitamina D. El calcipotriol, y la vitamina D3 tienen la misma afinidad por los receptores cutáneos de la vitamina D y similares efectos sobre las células de la epidermis. En cuanto a la tolerancia, muy claramente el calcipotriol es más irritante que los dermatocorticoides, (20 % de irritación), pero este no somete al paciente al mismo riesgo, de la corticoterapia, riesgo de atrofia dérmica en particular o pustulización. Sobre todo si las lesiones psoriasicas son extensas. El calcipotriol se aplica en forma de pomada, loción y crema, dos veces al día. La mejoría se detecta hacia la 1ª. Y 2ª. Semana de y un máximo de mejoría hacia la semana 6ª. Y 8ª. Un 70 % de los pacientes notan la mejoría durante la 4ª. Semana. Tras su aplicación sobre la placa psoriasica menos de un 5% se absorbe de forma sistémica.

No se deben aplicar más de 100 gr./ semana, para no tener efectos indeseados sobre el calcio. En niños entre 6 y 12 años 50 gr./ semana, mientras que para pacientes mayores de 12 años la dosis es de 75 gr./ semana. Dentro de las ventajas del calcipotriol esta, que no presenta efecto rebote, y la loción es especialmente interesante en las lesiones del cuero cabelludo u otras áreas pilosas. Para evitar la irritación se combina con un corticoide tópico suave como la mometasona o el prednicarato. Además no existe ninguna complicación general, pues no se absorbe significativamente, por lo que no altera el metabolismo fósfo- cálcico y la respuesta de reducción del índice PASI (psoriasis area and severity index) es excelente.(39,40, 45, 48)

Se ha intentado la combinación del calcipotriol + UVB de corto espectro, calcipotriol + ciclosporina a bajas dosis, con muy buenos resultados pero también se ha observado fenómenos irritantes, o tóxicos.

Otro análogo de la vitamina D es el tcalcicol (Bonalfa), que tiene ventajas, una sola aplicación al día, menos irritante, efecto más rápido, bien tolerado en los pliegues y puede utilizarse en psoriasis invertida, cuando otros medicamentos no lo permiten.

Los retinoides tópicos, derivados sintéticos de la vitamina A, el Tazaroteno (zorac) retinoide acetilénico que funciona específicamente sobre receptores en los queratinocitos, de ácido retinoico, actuando sobre la hiperproliferación queratinocítica, también se le atribuye un efecto anti-inflamatorio.(39,48)

Terapia sistémica.

PUVA (psoraleno+ rayos ultravioleta largos de tipo A, 320-400 nm), es una terapia inmunomoduladora, donde al paciente le va muy bien ya que el queratinocito capta el psoraleno y cambia el ritmo de la hiperproliferación. Es altamente efectiva en el control de formas severas y diseminadas, sola o combinada con otra forma de tratamiento. No está libre de complicaciones, como el carcinoma cutáneo y lentigo. Al escoger al paciente para este tratamiento se debe, descartar paciente cardiópata, paciente que esté tomando medicamentos fotosensibles, riesgo de cataratas.

Si el paciente no tolera los psoralenos p.o. se puede utilizar supositorios, o baños en una solución de este, al paciente antes de introducirlo a la cámara.(11,39)

PUVA+ retinoides sistémicos o re-PUVA funciona muy bien ya que el retinoide sistémico descama toda la piel fácilmente, por lo que puede utilizarse en la forma pustulosa generalizada. Entre los más utilizados están el etretinato y acitretin, poseen efecto antiqueratinizante y estimulan la macroagregación de la queratohialina, inhiben la liberación del ácido araquidónico, aparentemente por la inhibición de la fosfolipasa C, y modulan la acción de la proteína C, con lo cual se disminuye la producción de PGE2, inducida por la IL-1, poseen un efecto anti-inflamatorio inhibiendo la reacción de hipersensibilidad retardada.(11)

El metotrexate se ha utilizado en el tratamiento sistémico de psoriasis en su forma moderada y severa, también en artritis psoriasica, obviamente bajo supervisión médica.

La ciclosporina tiene un efecto sobre los linfocitos T en psoriasis, inhibiendo la producción de IL-2, que lleva a una disminución de linfocitos CD-4 activados, disminuyendo con ello la actividad inflamatoria, por otro lado bloquea la quimiotaxis de los neutrófilos.

Y sus efectos son muy rápidos pero, es muy nefrotóxico, y puede causar el “ataque de ciclosporina” en pacientes con psoriasis grave. La respuesta se da entre la 5ª. Y 6ª. Semana de tratamiento.(39,48)

Otras perspectivas se centran en los monoclonales, citoquinas anti-inflamatorias, anti-interleukina –1. En Australia se encontró una sustancia llamada DT-1064, que puede ser un oligonucleotido, que actúa sobre el ADN intentando frenar la capacidad de respuesta del queratinocito ante información linfocitaria, evitando el factor de crecimiento. También se ha utilizado terapia fotodinámica láser.(48)

Terapia de áreas específicas.

El tratamiento de la psoriasis guttata en el que hay un desencadenante estreptocócico, antibióticos sistémicos y PUVA, es el mejor tratamiento. En cuero cabelludo, corticoides tópicos con agentes reductores queratolíticos, alquitranes, derivados de vitamina D3, en loción, mas un champú antifúngico es lo ideal.

Para tratar la psoriasis palmar, los queratolíticos, ácido salicílico, vaselinas selectivas, ureas, queratinoides tópicos, dan muy buenos resultados en pacientes que no responden a otras terapéuticas; con corticoides de alta potencia. Los retinoides orales, metroxate, PUVA y re-PUVA.(11,39,40)

En la psoriasis invertida: compresas húmedas con permanganato potásico, eliminando muchos de los estimulantes que hay en los pliegues. También son útiles corticoides suaves, soluciones secantes (dermomicos), derivados de vitamina D3 en loción o gel.

En la psoriasis ungueal los corticoides intra-lesionales son muy dolorosos y difíciles de manejar. El calcipotriol en loción y combinado con un corticosteroide suave es muy útil y efectivo en estas lesiones. El PUVA también ejerce buen efecto aquí.(11,48)

Terapias alternativas.

Hidroterapia:

La aplicación de aguas sulfuradas o cloruradas, pueden ser eficaces en alteraciones de la queratinización. Las aguas sulfuradocalcicas y sulfuradocloruradas son eficaces en las dermatosis escamosas ya que tienen efecto sedante. Las aguas silicatadas tienen acción emoliente, sedante y anti-inflamatoria. La aplicación local varía con la temperatura, presión y mineralización, los baños a 34° - 35° son sedantes a diferencia de los más fríos o los más calientes, que son excitantes. La ducha fría tras el baño no se aconseja a los enfermos de la piel porque afecta la respuesta vasodilatadora. El secado debe ser suave, sin fricción. La ducha a presión destruye las placas acumuladas.(39,40,45)

Climatoterapia:

Esta es una modalidad de tratamiento en donde se utilizan los elementos climáticos, de una determinada zona geográfica, con fines terapéuticos. A principios de los años cincuenta se empezó a utilizar en Israel y más concretamente en la región del Mar Muerto, se aconsejaba la estancia de 2-4 semanas en esta zona combinando los baños termales de Ein Bokek con los baños en el Mar Muerto y la exposición al sol.

Ante los buenos resultados en la década de los setenta se inicia la construcción de hoteles con las instalaciones necesarias para acoger un mayor número de pacientes, del territorio nacional y del norte y centro de Europa. El Mar Muerto es en realidad el lago que contiene las aguas más salinizadas del mundo, con una concentración de sales superior a la del océano. El agua procede del río Jordán. El Mar Muerto se encuentra en una situación geográfica de transición entre el Mediterráneo y el desierto, tiene un clima seco con valores de humedad relativa, lo que le proporciona presiones de oxígeno elevadas. Bajo estas condiciones, a los pacientes que acuden al Dead Sea Psoriasis Clinic, se les recomienda realizar exposiciones diarias al sol en solarios próximos al lago, perfectamente vallados con lonas opacadas, lo que impide la visualización desde el exterior. El tiempo de exposición inicial es de 10-20 minutos, en función del tipo de piel, las sesiones se realizan por la mañana y por la tarde, el tiempo se incrementa 10 minutos cada día, hasta alcanzar un máximo de 6 horas diarias, luego de un baño en el Mar Muerto, se recomienda baños diarios, al inicio por la mañana y por la tarde, y el tiempo se incrementa 5 minutos c/ 3 días, hasta alcanzar media hora por la mañana y media por la tarde. A todo ello se añade la aplicación de preparados tópicos, vaselinas, aceites, cremas que contienen ácido salicílico y azufre como queratolíticos, y en algunos pacientes cremas con alquitrán, para potenciar los efectos del sol. (17,36.)

Cuando el tratamiento se ha llevado perfectamente, estudios revelan resultados excelentes con una respuesta global del 75-100% de los casos, cualquiera que fuese la extensión de la enfermedad, aunque la respuesta ha sido menor en pacientes con psoriasis eritrodermica o pustulosa. No existen estudios sobre recurrencia o tiempo de reaparición de un nuevo brote, tras la climatoterapia.

Un aspecto importante, además del climático, es el psicológico y se cree que el estar lejos del estrés complementa la climatoterapia.

Se cree que el papel curativo del agua del Mar Muerto reside en el barro y agua procedentes del fondo, la concentración de sales minerales (10 veces superior a la de cualquier océano), es rica en sales de sodio, potasio, bromo, y especialmente magnesio y calcio. Esta agua ha demostrado en el laboratorio, que reduce la velocidad de división de las células de la piel, pero el efecto real está muy lejos de ser demostrado. (17,11,36)

Obviamente es una excelente alternativa de tratamiento pero, que está muy lejos del alcance económico de nuestros pacientes, afortunadamente no es la única.

Dietoterapia:

Dentro de la patogenia de la psoriasis está descrito cierto tipo de hiperuricemia secundaria, que podría ser la causa desencadenante, por alguna vía metabólica de una gran degradación de ATP. Por ejemplo, el alcohol no favorece la eliminación por la orina, del exceso de este ácido, también ocurre mayor intercambio de ácidos nucleicos, estas consideraciones dan la base científica para estudiar el tema de la dieta en psoriasis. Aunque hay otras posibilidades, por ejemplo, el exceso en el consumo de polímeros, por lo que es aconsejable una dieta baja en proteínas, para disminuir las purinas.

Se describe a la psoriasis como un proceso de acidificación del cuerpo, pero con una vía de eliminación diferente a la orina, la piel. Antes de que aparezca la placa, cualquier persona con psoriasis tiene una sensación de quemazón, también es frecuente ver un brote de psoriasis alrededor de un área de trauma, siendo esta origen de estrés orgánico y el estrés como sabemos es una fuente a acidificación, también lo es el ejercicio, y la ingestión de alimentos ricos en proteínas, tales como:

- ✓ *Cereales y sus derivados*
- ✓ *Carnes y embutidos.*
- ✓ *Mariscos.*
- ✓ *Huevos.*
- ✓ *Cacahuates.*

Y no se trata de que nunca los coma sino, cuando se está delante de un brote, es mejor eliminarlos, ya que realmente es el exceso de estos lo que afecta al paciente psoriático.

A continuación se nombrarán alimentos que son adecuados:

- ✓ *Legumbres.*
- ✓ *Aceitunas*
- ✓ *Papas.*
- ✓ *Almendras y nueces.*
- ✓ *Verduras.*
- ✓ *Miel.*
- ✓ *Frutas.*
- ✓ *Frutos secos dulces.*
- ✓ *Productos lácteos.*
- ✓ *Alimentos ricos en yodo.*

Al escoger las grasas es aconsejable, cocinar con aceite de oliva virgen, pues este tiene ciertas propiedades anti-inflamatorias.(39,47)

CALIDAD DE VIDA.

Definición

Durante toda la historia de la humanidad, los diferentes grupos sociales, se han mantenido en una lucha constante por mejorar las condiciones de vida y por lo tanto mejorar su calidad de vida, a través de diferentes corrientes, sociales culturales y económicas.

El término calidad de vida se empezó a utilizar en los años setenta con un enfoque meramente economista.

La calidad de vida está relacionada con condiciones de vida, con aspectos como: educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida aspectos económicos.(26)

No existe un concepto único sobre Calidad de vida, ya que este ha sido modificado según la experiencia que de su propia vida tiene el sujeto que la define. Lo que mejor designa la “Calidad de Vida”, es: “*calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos*” (Coehlo y Coehlo). (26)

Calidad de vida ha sido definida por la Real Academia Española como: “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual o mejor o peor que las restantes de su especie”.

La Organización Mundial de la Salud, a través de su grupo de trabajo en calidad de vida ha establecido la siguiente definición: “Es la percepción que tiene un individuo, de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. (24)

De ahí que podemos opinar que la calidad de vida es un estado actual donde se valora al sujeto por su historia personal y sus expectativas de vida. La definición sobre calidad de vida de la OMS abarca, el estado psicológico, funcional, social, sobre la base del concepto “Vida”. Todas las definiciones hasta ahora vertidas, consideran que la vida tiene múltiples facetas que se deben tomar en cuenta para definir y medir la calidad de vida así:

La noción de calidad de vida comprende todos los aspectos de las condiciones de vida de los individuos es decir, todas sus necesidades y la medida en la que se satisfacen [UNESCO 1,979 a:100]

La calidad de vida es un concepto inclusivo, que cubre todos los aspectos de la vida, tal y como son experimentados por los individuos. Comprende tanto la satisfacción material de las necesidades como los aspectos de la vida, relacionados con el desarrollo personal, la autorrealización y un ecosistema equilibrado. [Solomon y otros, 1980:224]. (25)

El concepto “Vida” comprende diferentes aspectos y dimensiones físicas y emocionales, de tal manera que el individuo debe estar sano de mente, cuerpo y espíritu, para poder gozar de una buena calidad de vida, la clave es tratar todo aquello que nos permita estar bien, a diferencia de todo aquello necesario y complementario, que nos hace sentir bien.(24)

Levy y Anderson (1980) definieron calidad de vida así: “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes incluyendo, aspectos como: salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros.(26)

El grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado, a través de un estudio universal, los diez factores que más influyen en el nivel global de la calidad de vida de un individuo. Estos diez factores son:

- ✓ Sentimientos positivos.
- ✓ Actividades de la vida diaria.
- ✓ Energía y fatiga.
- ✓ Sentimientos negativos.
- ✓ Capacidad de trabajo.
- ✓ Autoestima.
- ✓ Actividades de ocio.
- ✓ Relaciones personales.
- ✓ Dolor y disconfort.
- ✓ Sueño y descanso. (25)

Medición de la Calidad de vida.

Esta es una variable multidimensional y abstracta, que no puede ser medida directamente, sin embargo son los componentes los que poseen a su vez, facetas distintas, sub-áreas o sub-componentes, de los que debe ofrecerse una panorámica cuando se pretende plasmar la calidad de vida. Por lo tanto actualmente se utilizan los Indicadores de Calidad de Vida, que son por supuesto indicadores sociales, que caracterizan el bienestar de los grupos o categorías de la gente.

Szalai, explica que los indicadores de Calidad de vida, son una nueva clase de indicadores sociales, que se basan tanto en hechos objetivamente observables y en las condiciones de vida en sociedad, como en las percepciones y juicios subjetivos de la propia gente respecto de su vida y sus circunstancias concretas. (24)

En sus inicios la medición de “Calidad de Vida” se trató de hacer a través de un cuestionario que contemplaba 40 indicadores de salud física y mental, sin embargo el interés sobre formas cortas para la medición de esta, se hizo necesario cuando durante un estudio, algunos participantes se rehusaron a completar un cuestionario largo. Consecuentemente fueron creadas escalas cortas, con mucho éxito, tal como el S-F 36. Que fue construido para lograr los requerimientos mínimos de precisión necesarios entre grupos de comparación, en ocho áreas conceptuales. También fue construido para producir un perfil de punteos que sería de utilidad para entender las diferencias en los estados de salud física y mental de la población, la percepción de calidad de vida y salud de los pacientes con enfermedades crónicas y otras condiciones médicas y el efecto de los tratamientos en el estado de salud y vida en general. (25)

DESCRIPCIÓN DEL SF-36.

Este instrumento fue creado sobre la base de la necesidad de disminuir el tiempo de respuesta, construyendo escalas con items más eficientes.

El SF-36 es referido como una medición genérica debido a que contempla conceptos de salud que representan valores básicos humanos que son relevantes para el estado funcional y bienestar de todas las personas.

Dichas mediciones son llamadas genéricas no solo porque son valoradas universalmente, sino también porque no son específicas para, edad, enfermedad o tratamiento. Las medidas de salud genéricas contemplan los resultados de la relación salud-calidad de vida, es decir, aquellos que son afectados más directamente por la enfermedad y tratamiento.

El SF-36, medición de salud representa ocho de los conceptos mas importantes de salud incluidos en el ERM (Estudio de Resultados Médicos) y otros instrumentos de medición de salud ampliamente usados.

Episodio depresivo mayor

Se caracteriza a este por un periodo de al menos dos semanas, donde el individuo está deprimido ó hay una perdida de interés y placer en todas o casi todas las actividades. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas, de estos: cambios de apetito y peso, cambios en el sueño y la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación, o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el episodio depresivo mayor.

La presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- ✓ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo que indica el sujeto (p. Ej. Se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. Ej. Llanto). Nota: en los niños adolescente el estado de animo puede ser irritable.
- ✓ Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, cada día (según refiere el sujeto o quienes lo rodean.)
- ✓ Pérdida importante del peso sin hacer régimen, o aumento del mismo (cambio de mas del 5% del peso corporal en 1 mes) por perdida o aumento del apetito casi cada día. En los niños no se logra el aumento de peso esperado.
- ✓ Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- ✓ Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observables por los demás, no mera sensación de inquietud o de enlentecimiento).
- ✓ Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- ✓ Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva (puede ser delirante) casi cada día.
- ✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, día a día.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, tentativa o plan específico de suicidio.

Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto, que se caracterizan por presentar, síntomas de un episodio maniaco más síntomas de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos una semana.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o medicamento) o una enfermedad (hipotiroidismo).

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido) los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (43)

Trastorno Depresivo Mayor.

Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único.

- ✓ Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- ✓ El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno no esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- ✓ Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios similares a la manía, o los episodios mixtos o la hipomanía son inducidos por sustancias o tratamientos o por efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0 leve
- 1 moderado
- 2 grave sin síntomas psicóticos
- 3 grave con síntomas psicóticos.
- 4 En remisión parcial./ en remisión total.
- 9 no especificado.

Especificar (es episodio actual o el más reciente)

- ✓ Crónico.
- ✓ Con síntomas catatónicos.
- ✓ Con síntomas melancólicos.
- ✓ Con síntomas atípicos.
- ✓ De inicio en el posparto.

Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante.

- ✓ Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- ✓ Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno no esquizofreniforme, un trastorno delirante, o psicótico no especificado.
- ✓ Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios similares a la manía, o a los episodios mixtos o la hipomanía son inducidos por sustancias o medicamentos, o efectos fisiológicos de la enfermedad médica.

Codificar es estado del episodio actual o más reciente:

- 0 leve.
- 1 Moderado.
- 2 Grave sin síntomas psicóticos.
- 3 Grave con síntomas psicóticos.
- 4 En remisión parcial o total.
- 9 no especificado.

Especificar (para episodio actual o el más reciente):

- ✓ Crónico.
- ✓ Con síntomas catatónicos.
- ✓ Con síntomas melancólicos.
- ✓ Con síntomas atípicos.
- ✓ De inicio en el posparto.

Especificar.

- ✓ Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica)
- ✓ Con patrón estacional. (43).

EPISODIO MANIACO.

Es un periodo durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo e irritable, que debe durar al menos 1 semana.

La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada de tres o más de los siguientes síntomas: aumento de la autoestima, sentimientos de grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora, implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

La alteración debe ser grave como para producir deterioro social o laboral, necesitar hospitalización o caracterizarse por la presencia de síntomas, psicóticos y no se debe relacionar con efectos de droga o enfermedad orgánica.

El estado de animo de un episodio maniaco puede ser eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. La cualidad expansiva del estado de animo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales. El estado de animo puede ser irritable, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto. Es característico que se de una exageración en la autoestima. Suelen dar consejos sobre temas que no conocen son frecuentes las ideas de grandeza.

Hay un descenso en la necesidad de dormir, se despierta varias horas antes de lo habitual y se siente con mucha energía, puede llegar a varios días sin dormir y no sentirse cansado.

El lenguaje es verborreico, fuerte rápido y difícil de interrumpir, pueden hablar sin parar, inclusive durante horas. El sujeto puede mostrarse teatral con dramatismos y cantos. Si el estado de animo es irritable, el lenguaje puede estar lleno de quejas, comentarios hostiles y furiosos.

Los pensamientos pueden ser rápidos e imposibles de verbalizar, el lenguaje puede volverse desorganizado e incoherente.

Es frecuente que la actividad intencionada implique una excesiva planificación o participación en múltiples actividades.

Se suele presentar un aumento de los impulsos, las fantasías y los comportamientos sexuales. Hay un aumento de la sociabilidad, sin tener en cuenta la naturaleza entrometida, dominante y demandante de esas interacciones. Estos pacientes demuestran agitación o inquietud psicomotora, paseando o manteniendo varias conversaciones al mismo tiempo.

El sujeto se puede proveer de muchas cosas innecesarias sin tener el dinero con que pagarlas. Puede presentar un comportamiento sexual inusual que puede incluir infidelidad o encuentros sexuales con personas desconocidas.

Es frecuente que estos pacientes no reconozcan que están enfermos y que se resistan a los tratamientos. Pueden viajar perdiendo el contacto con los familiares, cambiar su vestimenta y su apariencia hacia un estilo sugerentemente sexual.

El episodio maniaco puede acompañarse de juegos patológicos y comportamientos antisociales. Puede presentarse hostil y amenazar físicamente a los demás. Cuando ya han superado el episodio maniaco la mayoría de los pacientes se siente avergonzado por su comportamiento durante el episodio maniaco.

El estado de animo puede cambiar muy rápido de la ira a la depresión, los síntomas depresivos suelen durar unos momentos horas y más raramente días. A medida que se desarrolla el episodio maniaco, suele haber un aumento del consumo de bebidas alcohólicas o estimulantes que pueden exacerbar o prolongar el episodio.

Los episodios maniacos en adolescentes son más proclives a incluir síntomas psicóticos y puede asociarse a mal comportamiento escolar, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias.

La edad media de inicio de un primer episodio maniaco, se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida, pero se han reportado casos en la adolescencia y después de los 50 años. El episodio maniaco es de inicio brusco, aparece después de un estado de estrés psicosocial, suele durar de algunas semanas a varios meses. En el 50-60 % de los casos un episodio depresivo mayor precede o sigue de forma inmediata a un episodio maniaco.

Criterios para el episodio maniaco.

- ✓ Un periodo diferenciado, de un estado de animo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos una semana.
- ✓ Durante el periodo de alteración del estado de animo tres o más de los siguientes síntomas:
 1. autoestima exagerada o grandiosidad.
 2. disminución de la necesidad de dormir (se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 3. más hablador de lo habitual o verborreico.
 4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

5. distraibilidad (la atención se desvía fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
 6. aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
 7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial, para producir consecuencias graves.
- ✓ Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto.
 - ✓ La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a el mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
 - ✓ Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

EPISODIO HIPOMANIACO.

Se caracteriza a este, por un periodo en el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado y expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Este periodo debe ir acompañado por lo menos de otros tres síntomas: aumento de la autoestima o de la grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, palabra verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras, con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable deben haber por lo menos 4 de los síntomas mencionados.

El estado de ánimo durante el episodio hipomaniaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro en su actividad normal que debe también ser observado por otras personas.

El episodio hipomaniaco no es suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para necesitar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de eficiencia, logros y creatividad.

El estado de ánimo de un episodio hipomaniaco puede ser eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto inicialmente puede tener una cualidad contagiosa para el observador, los que conocen bien a la persona lo consideran como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales.

Es característico que exista una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en si mismo carente de autocrítica, más que en el de una evidente grandiosidad.

El aumento de la actividad intencionada puede implicar, la planificación o participación en múltiples actividades, siendo estas frecuentemente creativas y productivas.

Pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria e inversión económica poco razonable. No obstante estas actividades están bien organizadas, no son extrañas y no dan lugar al deterioro característico de un episodio maniaco.

Los episodios hipomaniacos comienzan en forma brusca, con un incremento rápido de los síntomas en 1 o 2 días. Los episodios suelen durar unas semanas a varios meses. Estudios sugieren que un 5-15% de los sujetos con hipomanías acabarían presentando episodios maniacos.

Criterios para el diagnóstico hipomaniaco:

- ✓ Un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 4 días y es claramente diferente del estado de ánimo normal.
- ✓ Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, 3 o más de los siguientes síntomas:
 1. autoestima exagerada o grandiosidad.
 2. disminución de la necesidad de dormir (se siente descansado con solo 3 horas de sueño).
 3. verborreico.
 4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 5. distraibilidad.
 6. aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
 7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.
- ✓ El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- ✓ La alteración del estado de ánimo y el cambio de actividad son observables por los demás.
- ✓ La alteración del estado de ánimo no es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o social importante, para necesitar hospitalización, no hay síntomas psicóticos.
- ✓ Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica.(43)

Distimia.

Es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. En los niños el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es de un año.

El cuadro depresivo se acompaña al menos de otros dos síntomas, entre los que se pueden mencionar: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Los pacientes pueden presentar falta de interés y aumento de la autocrítica, viéndose a si mismos como inútiles y poco interesantes.

Los intervalos libres de síntomas no son superiores a dos meses. Solo se puede realizar el diagnóstico de distimia, si no ha habido episodios depresivos antes de aparecer los síntomas distímicos.

Después de los dos primeros años del trastorno distímico , pueden sobre añadirse, episodios depresivos mayores.

No se puede establecer el trastorno distímico si el paciente ha presentado alguna vez episodio maniaco, hipomaniaco o mixto.

No se establece diagnóstico de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Si la alteración es debida a los efectos de alguna sustancia (alcohol, drogas, etc.) o alguna enfermedad, trastorno distímico.

Los síntomas deben provocar un malestar significativo o deterioro social, laboral, escolar o de otra área importante de la actividad del individuo.

Los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia, la pérdida generalizada del interés o placer; el aislamiento social, los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos de irritabilidad o de ira, descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad.

En los niños la distimia se presenta igual en ambos sexos, deteriorando el rendimiento escolar y la interacción social, son irritables, inestables o tristes, son pesimistas y con baja autoestima. En los adultos las mujeres son 2-3 veces más propensas a presentar distimia que los varones.

La prevalencia-vida del trastorno distímico es de aproximadamente el 6%, la prevalencia puntual es de aproximadamente 3%.

El trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso, así como un curso crónico. Habitualmente los pacientes con distimia presentan un trastorno depresivo mayor. Si el trastorno distímico precede al depresivo, es menos probable la recuperación completa.

La distimia se presenta con mayor frecuencia entre los familiares de primer grado con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico:

- ✓ Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día la mayoría de los días, manifestado por el sujeto o por los que le rodean, durante al menos 2 años (en los niños irritabilidad de al menos un año).

Presencia mientras se está deprimido de dos o más de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento del apetito.
2. insomnio o hipersomnia.
3. falta de energía o fatiga.
4. baja autoestima.
5. dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
6. sentimientos de desesperanza.

- ✓ Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios primeros y segundos, durante mas de dos meses seguidos.
- ✓ No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años.
- ✓ Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto, o hipomaniaco.
- ✓ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- ✓ Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos de una sustancia E
- ✓ Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.(43).

SUICIDIO

En los Estados Unidos el suicidio es la cuarta causa de muerte en la adolescencia precoz. (10-14 años) y la tercera en la adolescencia tardía y adultos jóvenes. El suicidio es raro antes de la pubertad y aumenta a partir de los 16 años ocurriendo la mayoría entre los 18 y 24, en adolescentes y adultos jóvenes, blancos y nativos americanos. Por cada suicidio consumado, puede haber 20-50 intentos, con predominio en mujeres. Los métodos, arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío, pero intoxicación por fármacos es el método más frecuente.

El factor suicidio más común, es un antecedente familiar de suicidio, abuso de alcohol y drogas, trastornos de conducta, depresión, ansiedad, conocer a alguien que lo ha intentado o consumó el hecho. Los factores desencadenantes: estrés agudo, problemas con la ley, problemas académicos, consumo de drogas, embarazo no deseado, hipocondría, aislamiento social, problemas amorosos.

El reconocimiento del suicida puede ser difícil, aunque el factor subyacente más frecuente es la depresión, que se manifiesta, por sentimientos de desesperanza, baja autoestima, desesperación y síntomas somáticos. En el adolescente joven, los equivalentes depresivos de problemas escolares y las conductas de representación, puede incluir problemas legales, tiene problemas para expresar sus sentimientos. En el adolescente mayor, es frecuente el consumo de drogas. Un adolescente deprimido que ha considerado el suicidio, suele recibir bien la oportunidad de manifestar sus sentimientos.

En caso de urgencia, los médicos deben decidir si es adecuado el ingreso hospitalario, si es necesario tratamiento inmediato, deberá consultarse a un psiquiatra siempre que el paciente permanezca estable, desde el punto de vista médico, se recomienda ingreso en caso de:

- Paciente que aún esta decidido a suicidarse.
- Paciente con intentos previos de suicidio.

VI. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

- Hay diferencia entre la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis, de acuerdo a la presentación clínica de esta.

- La alteración psicológica más frecuentemente asociada a pacientes con psoriasis, es un estado depresivo.

- El riesgo de suicidio se asocia más frecuentemente a las formas pustulosa y generalizada de psoriasis.

VII. MATERIAL Y METODOS:

A. METODOLOGÍA

1.) Tipo de Estudio:

- a.) Por el grado de profundidad:.....**descriptivo.**
- b.) Por el enfoque metodológico:.....**descriptivo.**
- c.) Por la duración:.....**transversal.**
- d.) Por el diseño de estudio:.....**no experimental.**

2.) Sujeto de estudio.

Pacientes con diagnóstico de psoriasis que asisten a la consulta externa y Encamamiento del Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel.

3.) Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra fue de 38 pacientes que asistieron a la consulta externa y encamamiento de INDERMA, con diagnóstico de psoriasis, durante los meses de agosto y septiembre Se tomó como muestra pacientes con psoriasis en cualquiera de sus presentaciones clínicas, que cuentan con todos los criterios de inclusión.

4.) Criterios

4.1) Criterios de inclusión:

- Paciente masculino o femenino con diagnóstico de psoriasis.
- Paciente que acepte y autorice entrar en el estudio.
- Paciente con más de 6 meses de diagnóstico.

4.2) Criterios de exclusión:

- Paciente con diagnóstico de alteración psicológica, anterior al diagnóstico de psoriasis.

5.) Variables de estudio.

Definición teórica	Definición operativa.	Indicadores *	Escala	Instrumentos.
Psoriasis: cuadro clínico caracterizado por la presencia de pápulas o placas eritroescamativas, de evolución crónica, que predomina en codos, Rodillas, cuero cabelludo, pene y superficies extensoras de extre-mi-dádes.	Enfermedad de la piel asociada a un componente genético inmunológico y neurogénico, caracterizado por la presencia de placas eritematosas descamativas en diversas regiones del cuerpo.	Diagnóstico de psoriasis.	nominal	Diagnóstico realizado en el servicio de consulta externa en INDERMA.
Calidad de vida: “calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos” (Coehlo y Coehlo). Expectativa de la vida frente a las experiencias, de cada individuo.	Evaluado a través de la función física, rol físico, salud general, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor físico y función social.		Nominal	Encuesta del estado de salud. SF - 36.
Función física: medida en que el paciente puede realizar sus actividades físicas.	Se evaluó como su estado de salud le limita realizar sus actividades físicas.		Nominal	Encuesta del estado de salud. SF - 36.
Rol físico: medida en que el paciente puede realizar actividades cotidianas o en el trabajo debido a su salud física.	Se evaluó como la salud física interfiere en sus actividades.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF - 36.
Dolor físico: medida en que el dolor se presenta en el individuo e interfiere con sus actividades.	Se evaluó la presencia de dolor en el último mes y si este dificultó sus actividades.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF- 36.
Salud general: medición de la salud como mala o excelente.	Evaluó la forma de percibir la salud, comparado con los demás.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF -36.
Vitalidad. Sensación de entusiasmo y energía	Evaluó entusiasmo y energía, agotamiento y cansancio.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF - 36.
Función social: relación del individuo con la sociedad familia y amigos.	Evaluó cuanto se ha dificultado sus actividades sociales normales debido a su salud física o problemas emocionales.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF -36.
Rol emocional: sentimientos positivos o negativos del individuo.	Evaluó como sus problemas emocionales afectaron su trabajo u otras actividades.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF-36.
Salud mental: situación actual de la salud mental, sentimientos positivos o negativos.	Evaluó el ánimo y la tranquilidad del paciente con psoriasis.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF -36.
Transición de salud: comparación de la salud actual, respecto a hace un año	Evaluó la percepción de salud respecto comparada al año anterior.		Nominal	Encuesta del estado de salud SF -36
Episodio depresivo mayor: un periodo de al menos dos semanas, durante el cual hay un estado de ánimo deprimido	Periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o	Si responde, si a preguntas A1 o A2, contestar preguntas de A3	Nominal.	Entrevista diagnóstica estructurada. M.I.N.I.

o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.	una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.	y si 5 o más son afirmativas = Episodio depresivo mayor.		
Trastorno distímico. estado de ánimo crónicamente depresivo, que está presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días, durante al menos 2 años, que presenta pérdida de peso insomnio, falta de energía, baja autoestima y sentimientos de desesperanza.	Estado de ánimo crónicamente depresivo que dura al menos 2 años.	Si la resp. En B1 es Si, pasar a B2; si la resp. es No en B2 responder B3; si en B3 la respuesta es Si en dos o más pasar a B4; si B4 es si = trastorno distímico.	Nominal	Entrevista diagnóstica estructurada. M.I.N.I..
Episodio Maníaco: anormalmente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana, asociado a: autoestima elevada, disminución de la necesidad de dormir Verborreico, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas y placenteras que provocan un deterioro laboral y/o social.	Estado de ánimo permanentemente elevado o irritable con las características de la definición teórica.	Si en D1a o en D2 a pasar a D3. Si en D1b = episodio actual. No en D1b y D2b = episodio pasado. SI, en 3 o más respuestas de D3, pasar a D4. SI, en D4 = episodio maniaco. NO, en D4= episodio hipomaniaco.	nominal	Entrevista diagnóstica estructurada (M.N.I.)
Episodio hipomaniaco: estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días, diferente del estado de ánimo habitual, asociado a autoestima elevada, disminución de la necesidad de dormir, verborreico, distraible, aumento en las actividades placenteras e intencionadas, que no son suficientemente graves como para provocar deterioro laboral y/o social.	Estado de ánimo permanentemente elevado o irritable con las características de la definición teórica.	SI, en D1a o en D2a, pasar a D3. SI en D1b= episodio actual. NO, D1b y D2b= episodio pasado. SI en 3 o más respuestas de D3, pasar a D4. SI, en D4= episodio maniaco. NO, en D4= episodio hipomaniaco.		Entrevista diagnóstica estructurada (M.N.I.)
Intento suicidio: atentado contra la propia vida, debido principalmente a depresión y ansiedad.	Atentado contra la propia vida, debido a depresión y ansiedad	Si se responde si a una sola pregunta de C1 a C6= riesgo de suicidio		Entrevista diagnóstica estructurada (M.N.I.)

6.) Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Para recolectar la información se utilizó el ambiente físico del Instituto Nacional de Dermatología y Cirugía de la Piel, (INDERMA).

Ubicando a los pacientes con diagnóstico de psoriasis, en las clínicas del servicio de consulta externa y encamamiento donde se les entrevistó, utilizando para ello, dos tipos de entrevista estructurada y una hoja de autorización.

Una de ellas explora las alteraciones psicológicas (M.I.N.I.) y la otra evalúa la Calidad de Vida. (SF-36).

La M.I.N.I. Es un documento que evalúa a través de 5 módulos (A.B.C.D) divididos en 48 preguntas dirigidas, las alteraciones psicológicas.

SF-36, mide la Calidad de Vida, a través evaluar ocho conceptos de salud, que se incluyen en las áreas de salud física, salud mental e interacción social, los conceptos de salud son los siguientes:

	* PM .	pm.
Salud general: 5 preguntas	25	05
Función física: 10 preguntas	30	10
Rol físico: 4 preguntas	08	04
Dolor corporal: 2 preguntas	12	02
Vitalidad : 4 preguntas	24	04
Salud mental: 5 preguntas	30	05
Rol emocional: 3 preguntas	06	03
Función social: 2 preguntas	10	02

Transición: 1 ítem

Se le asignó al cuestionario, una calificación máxima de 145 puntos y una mínima de 35 puntos.

*PM = puntuación mayor

*pm = puntuación menor.

La calificación obtenida fue interpretada de la siguiente manera :

33-55	pésima calidad de vida.
56-70	muy mala calidad de vida.
71-85	mala calidad de vida.
86-100	regular calidad de vida.
101-115	buena calidad de vida.
116-130	muy buena calidad de vida.
131-145	excelente calidad de vida.

Se utilizó la regla de Sturges , para considerar los intervalos de clase, dando como resultado 7 intervalos, para clasificar la calidad de vida. La amplitud de los intervalos se decidió dividiendo el recorrido (la diferencia entre la observación más pequeña y más grande en el conjunto de datos) entre el número de intervalos, y modificándose a conveniencia.

Se consideran calidad de vida satisfactorias las tres últimas, y como insatisfactorias, las cuatro primeras.

7. Presentación de resultados.

Se utilizó estadística descriptiva, presentando resultados en cuadros y gráficas.

8. Aspectos éticos.

Se informó a los pacientes sobre el proyecto de investigación, los propósitos de este, Pidiendo su colaboración para participar, la cual quedó constatada en la hoja de Consentimiento escrito.

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

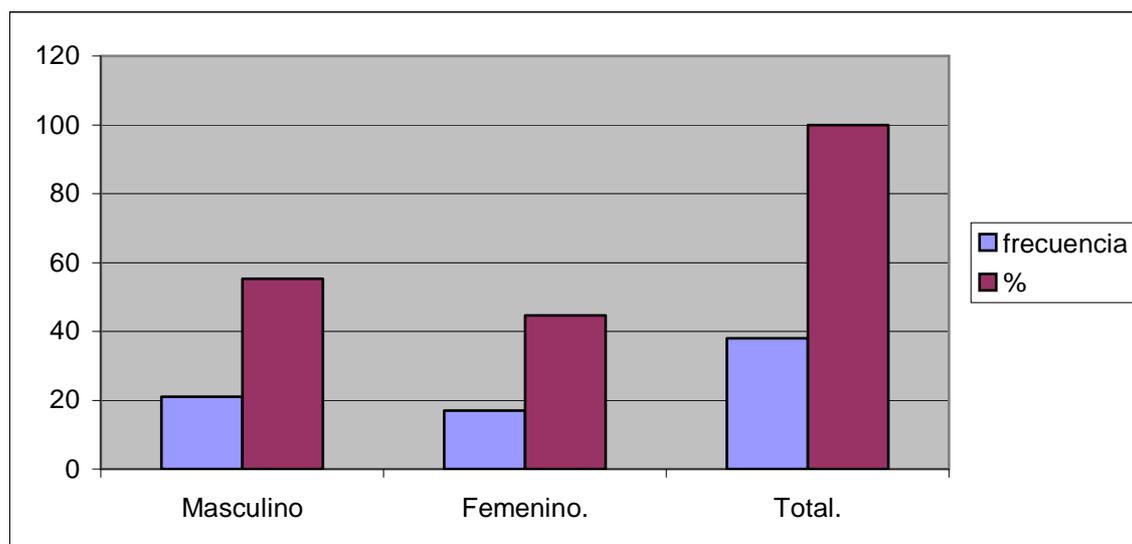
Cuadro 1.

Distribución según sexo de pacientes psoriasicos, atendidos en la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel, durante agosto y septiembre del 2,002.

Sexo	frecuencia	%
Masculino	21	55.3
Femenino.	17	44.7
Total.	38	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Grafica 1



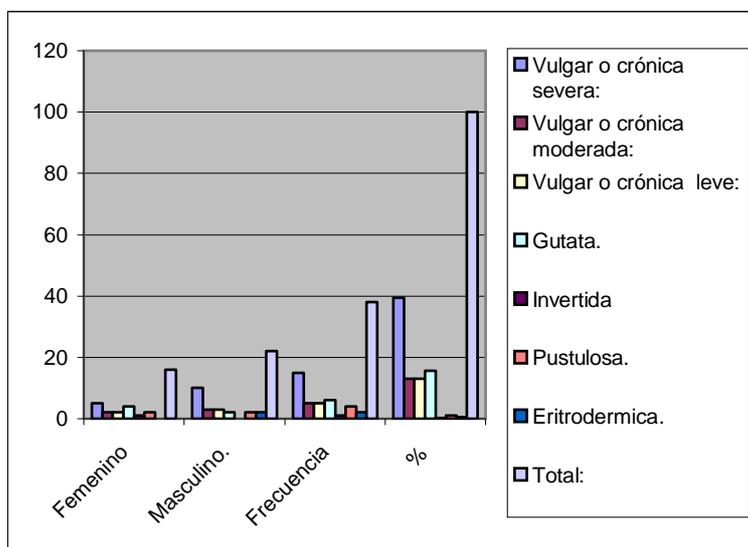
Cuadro 2

Distribución según sexo y variante clínica de psoriasis, en pacientes psoriasicos que asistieron a consulta externa y encamamiento de INDERMA, durante agosto y septiembre, del 2,002.

Variante clínica:	Femenino	Masculino.	Frecuencia	%
Vulgar o crónica severa:	5	10	15	39.4
Vulgar o crónica moderada:	2	3	5	13.1
Vulgar o crónica leve:	2	3	5	13.1
Gutata.	4	2	6	15.7
Invertida	1	0	1	0.25
Pustulosa.	2	2	4	1.05
Eritrodermica.	0	2	2	0.52
Total:	16	22	38	100.

Fuente: boleta de recolección de datos (M.N.I)

Grafica 2



Cuadro 3

Distribución según variante clínica de psoriasis mas frecuentemente asociada a alteraciones psicológicas, atendidos en la consulta externa y encamamiento de INDERMA durante agosto y septiembre del 2,002.

Variante clínica de psoriasis	Presencia de alt. psico.	Ausencia de alt. Psico.	Total.
Pustulosa crónica severa.	9	10	19
Pustulosa Crónica moderada.	3	3	6
Pustulosa crónica leve.	3	3	6
Gutata	3	3	6
Invertida.	1	-----	1
Total.	19	19	38

Fuente: boleta de recolección de datos.

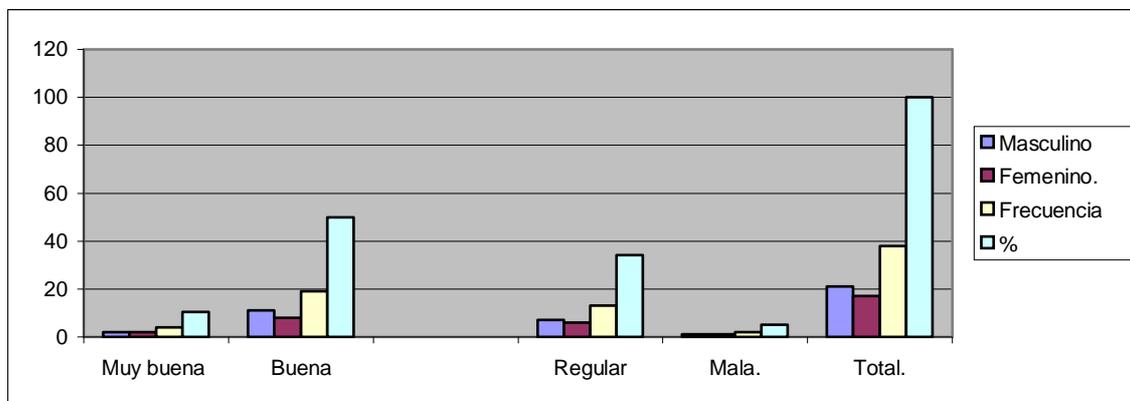
Cuadro 4

Distribución por sexo y calidad de vida de pacientes psoriasicos, que asisten a la consulta externa y encamamiento de INDERMA, durante agosto y septiembre de 2,002.

Calidad de vida.	Masculino	Femenino.	Frecuencia	%
Muy buena	2	2	4	10.4
Buena	11	8	19	50.0
Regular	7	6	13	34.20
Mala.	1	1	2	5.20
Total.	21	17	38	100.0

Fuente: boleta recolección de datos. (S-F 36)

Grafica 4



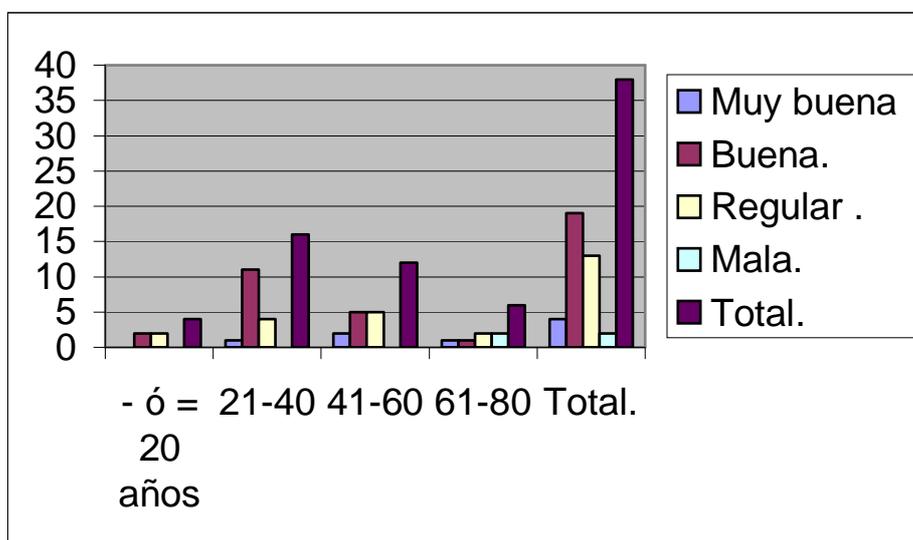
Cuadro 5

Distribución por grupo etáreo y Calidad de vida en pacientes psoriasisicos, que asisten a la consulta externa y encamamiento de INDERMA.

Calidad de vida *	- ó = 20 años	21-40	41-60	61-80	Total.
Muy buena	0	1	2	1	4
Buena.	2	11	5	1	19
Regular	2	4	5	2	13
Mala.	0	0	0	2	2
Total.	4	16	12	6	38

Fuente : boleta de recolección de datos SF-36.

Grafica 5



IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se evaluaron un total de 38 pacientes con diagnóstico de psoriasis con más de seis meses de evolución inclinándose la distribución hacia el sexo masculino con veintinueve pacientes que representa el 55.2% comprendidos entre las edades de 19-72 años. De estos, 4 pacientes se encuentran en la edad de adulto mayor, pero en tres de ellos la enfermedad se presentó en la edad de adulto joven, como lo refiere la literatura (), solo uno de ellos refiere que la enfermedad se presentó a la edad de 65 años. Como dato interesante también se documentó que 5 de los 21 pacientes que representan el 23 % de la población masculina psoriasica que asiste a INDERMA, tienen como oficio, chofer de transporte pesado.

El 45 % de la muestra tomada está representada por el sexo femenino con 17 pacientes, de ellas el 78 % son adultas jóvenes y en quienes por el tiempo de evolución y la edad actual de la paciente se deduce que la enfermedad se desarrolló en una etapa de importantes cambios psicosexuales. Por el contrario de las cuatro pacientes que actualmente se encuentran en la edad de adulto mayor el 100% tienen un tiempo corto, que va más o menos de 10 meses a 3 años de haber desarrollado la enfermedad y este tiempo curiosamente coincide con la etapa perimenopausica.

De los 38 pacientes evaluados se observa que el 50% codificaron positivo para una o más alteraciones psicológicas incluyendo riesgo de suicidio, esto pone de manifiesto que nuestros pacientes psoriasicos al igual, que los pacientes psoriasicos de otros países (India, México) presentan más o menos del 30-50% una alteración psicológica asociada, como consecuencia de su enfermedad ().

También se observó que la forma de psoriasis más frecuentemente asociada a alteraciones psicológicas es la pustulosa generalizada, aunque esta directamente relacionado al área de piel afectada

Pero al contrario de lo que la literatura consultada refiere que es el sexo femenino en el que con mayor frecuencia se observan alteraciones de tipo depresivo, este estudio reveló que de 38 pacientes psoriasicos evaluados:

1. Nueve pacientes que representan el 23.6% de la muestra codificaron positivo para Episodio Depresivo Mayor mas Episodio Mayor Recidivante, y de estos cinco de ellos son de sexo masculino quienes representan el 56%. Los cuatro pacientes restantes son de sexo femenino representando el 44% restante.
2. Para episodio maniaco fueron 5 los pacientes que codificaron positivo, representando un 13.13 % de la muestra, de ellos 3 son de sexo masculino y 2 de sexo femenino representando un 40 y 60 % respectivamente.
3. Para episodio Hipomaniaco, codificaron positivo solamente 2 pacientes, que representan 0.52 % de la muestra encontrándose 1 paciente femenino y 1 masculino.
4. Del total de pacientes evaluados 4 codificaron positivo para Distimia representando un 1.05 % del total de la muestra, siendo dos pacientes del género femenino y dos del genero masculino.

5. Nueve de los pacientes codificaron positivo para riesgo de suicidio, ocho de los pacientes riesgo leve y uno riesgo moderado representando 23.6 % de la muestra y de ellos 5 son del género femenino y 4 del género masculino, representando el 56% y 44 % respectivamente.
6. De los 38 pacientes el 47.3 % demostró no estar alterado psicológicamente.

La evaluación de la *calidad de vida* de los pacientes revela que.

- 1.) 4 pacientes refieren tener una **muy buena calidad de vida**, representando un 11 % del total de la muestra.
- 2.) 19 de ellos codificaron para una **buena calidad de vida**, representando un 50 % del total de la muestra.
- 3.) 13 revelaron una **regular calidad de vida**, representando el 34 % de total de la muestra.
- 4.) Solo dos pacientes se encuentran en la categoría de **mala calidad de vida**, representando solo el 5. % de la muestra.

De acuerdo a los datos obtenidos podemos demostrar que el 60.52% de los pacientes con diagnóstico de psoriasis, perciben la vida de manera muy optimista, entrando estos en el rango de buena y muy buena calidad de vida. En este grupo se observó predominio de género masculino, elevándose en un 10% sobre el género femenino, esto nos indica que existe predominio de género en cuanto a la percepción de Calidad de vida, porque de acuerdo a lo observado durante la encuesta, al hombre le es más difícil adaptarse y aprender a vivir con la enfermedad, razón por la que con mayor frecuencia busca ayuda, médica y psicológica.

Con lo que podemos concluir que de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad que es predominantemente largo en los pacientes de la muestra, mas o menos de 3 a 30 años, las personas aprenden a sobre llevarla y se adaptan mas fácilmente cuando conocen el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

El 34.21 % de los pacientes entra en la categoría de regular calidad de vida aquí tampoco se observó una diferencia significativa de género.

El grupo que percibe una mala Calidad de vida, son pacientes adultos mayores, con una larga evolución de la enfermedad y descuido en el tratamiento. Representando estos solo el 5.20 %.

X. CONCLUSIONES.

1. El 60.40% de la muestra perciben una buena o muy buena calidad de vida
2. La variante clínica de psoriasis más frecuentemente asociada a alteraciones psicológicas es la **pustulosa**, directamente relacionada con el área de piel afectada.
3. El 50% de los pacientes con diagnóstico de psoriasis presentan una o más alteraciones psicológicas incluyendo riesgo leve y moderado de suicidio.
 - a. El porcentaje de presentación de Episodio Depresivo Mayor, fue de 23.68%
 - b. El porcentaje de presentación de Episodio Maníaco, fue de 13.16 %.
 - c. El porcentaje de presentación de Episodio Hipomaniaco, fue de 5.26 %
 - d. El porcentaje de presentación de Distimia fue de 10.40 %
 - e. El porcentaje de presentación de riesgo de suicidio fue de 26.25%.
4. El grupo de edad que mejor calificó para Calidad de vida fue el de 21-60 años y no se observó diferencia significativa en cuanto a Calidad de vida entre sexo masculino y femenino.

XI. RECOMENDACIONES

1. Evaluación, tratamiento y seguimiento integral de los pacientes psoriasisicos.
2. Informar al paciente sobre la enfermedad, para que el pueda hablar de ella libremente y mejorar sus relaciones interpersonales.
3. Tratar de ayudarlos a manejar su psicología, con miras a reducir la reactivación de la enfermedad y por lo tanto el costo que conlleva.
4. Estimular a los pacientes para que sean parte del programa de psicodermatología.
5. Tratar de no hacer del momento del diagnostico un acontecimiento trágico por lo obvio de las consecuencias.

XIII. RESUMEN

La percepción de Calidad de vida, varía de una persona a otra, de un momento a otro y de la expectativa que el sujeto tiene de la vida.

En los pacientes psoriasisicos se hace necesario evaluar la calidad de vida y las alteraciones psicológicas por la etiología de esta y el círculo vicioso en el que entra el paciente, cuando no está bien informado sobre la enfermedad. Esto con el afán de liberarse de la tensión a la que lleva la desinformación y por lo tanto ayudarlos a mejorar su calidad de vida.

Fueron evaluados 38 pacientes psoriasisicos, que asistieron a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel durante agosto y septiembre del 2002, predominando el diagnóstico en el género masculino en un 10 % sobre el género femenino (21 hombres y 17 mujeres), pero según lo observado existe un sub-registro en pacientes del género femenino y una de las causas puede ser, el lugar que ocupan aún en la sociedad, en la que es el hombre el que tienen la obligación de trabajar y por lo tanto, interrelacionarse más con el medio externo, esto fuerza al hombre a buscar ayuda profesional, más que a la mujer.

De acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad el 86.5% de los pacientes desarrollaron la enfermedad entre la etapa de la pubertad y la etapa de adulto joven.

A todos los pacientes se les realizó dos encuestas con el fin de evaluar las alteraciones psicológicas y la calidad de vida, utilizando para ello dos entrevistas estructuradas (M.I.N.I. y SF-36), previo consentimiento, para lo que se utilizó una hoja de consentimiento escrito. También se recolectaron datos complementarios como: sexo, edad, diagnóstico específico y tiempo de evolución de la enfermedad.

El estudio demostró que el 50% de los pacientes psoriasisicos presenta una o más alteraciones psicológicas, incluyendo riesgo de suicidio. También se observó que no existe preferencia de sexo en cuanto a la presentación de las alteraciones psicológicas.

Los resultados demostraron que la variante clínica de psoriasis más frecuentemente relacionada a mala calidad de vida y presencia de alteraciones psicológicas fue la pustulosa, directamente relacionada con el área y extensión de piel afectada. (cuero cabelludo, extremidades).

El 60.40 % de los pacientes evaluados, entran en la categoría de calidad de vida satisfactoria. (buena y muy buena), el grupo restante 39.60 % se sitúan en la categoría de calidad de vida insatisfactoria, (regular y mala).

También se demostró que el grupo etáreo con mejor percepción de calidad de vida, fueron los pacientes que se encuentran en la edad de adulto joven, por el contrario los pacientes adultos mayores tienen con mayor frecuencia, una mala percepción de calidad de vida, aunque no está relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ascroft, D.M. et al. Quality of life measures in psoriasis: a critical appraisal of their quality. J. Clin. Pharm Ther. 1998 Oct. 23; (5):391-398.
2. Augustin, M. et al. Quality of life in skin diseases. Universitäts-Hautklinik Freiburg. 1999 Oct. 50 (10): 715-722.
3. Badia, X. et al. Measuring health related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis. Catalan Institute of Public Health. Barcelona, British J. Derma. 1999 Oct;141 (4):698-702.
4. Caporee, H. S. et al. Does psychological intervention help chronic skin conditions? Med. J 1998 Nov;74 (877):662-664.
5. de Arruda LH. et al. The impact of psoriasis on quality of life. Sao Paulo British J.Derma. 2001 Apr.144 suppl 58:33-36.
6. Feldman, S. Advances in psoriasis treatment. Derma. Online. J. 2000 Sep;6 (1):4
7. Fleisher, AB. Jr. et al. The magnitude of skin disease in the United States. Wake Forest University. Dermatology Clinic. 2000 Sep;18 (2):xvxxi.
8. Gupta MA. et al. Depresión and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. British J. Derma. 1998 Nov; 139 (5): 846-50. Department of Psiquiatri, University of Western Ontario, London, Ontario Canada.
9. Gupta G. et al. The efficacy of narrowband ultra violet B phototherapy in psoriasis using objective and subjective outcome measures. B. J. Derma 1999 Mayo;140 (5)887-90. Department of dermatology. Western, infirmary, Glasgow G11.
10. Lundberg L. et al. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. J. Derma. 1999.dec;141(6):1067-75.
11. Matoo SK. et al. Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. J. of Dermatolgy 2001 Aug;28(8):424-32. Department of psychiatry, postgraduate institute of Medical Education Research, Chandigarh, India.
12. Richard HL. et al. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. J. Psychosom Res. 2001 Jan;50 (1):11-5. Department of Behavioural Medicine, Hope Hospital, Salford Royal Hospitals NHS Trust, Manchester, UK.

13. Sharma N. et al. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study J. of Derma. 2001 Aug;28 (8):419-23. Departament of Dermatology and Venerology, Lady Hardinge Medical College and Associated Hospitals, New Delhi, India.
14. Scharloo M. et al. Patients' illness perceptions and coping as predictors of fuctional status in psoriasis: a 1 year follow-up. British J. Derma. 2000 may;142(5):889-907. Departament of Psychiatry, Leiden University Medical Centre, Leiden.
15. Wahl A. et al. The relationship between demographic and clinical variables, and quality of life aspects in patients with psoriasis. Qual Life Res 1999 Jun;8(4):319-26. Departament of Public Healt and Primary Health Care, University of Bergen, Norway.
16. Falabella F. Rafael. et al. Dermatología. 5ed. Medellín. Corporaciones para investigaciones biológicas.1997. 2t.
17. Sul Amado y Peniche Jorge. Psoriasis En: Lecciones de Dermatología.13ed. México D.F. Editorial Méndez. 1998. 56p.
18. Du Vivier, Anthony. Psoriasis. En: Atlas de Dermatología clínica. Numero 3. México D.F. editorial Gower Medical Publishin.1989. 34p.
19. Cordero C, Fernando A. Psoriasis. En: Dermatología Médico quirúrgica. 4ed. Guatemala. 1976. 2t..
20. López, Juan J. et al. DSM-IV. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México. Masson S.A. 1996.
21. Valverde Sanlley, G. Impacto psicológico de las enfermedades dermatológicas Republica Dominicana. Revista Dominicana de Dermatología. 1993. 11-13p.
22. Harrison. Psoriasis En: Principios de Medicina Interna.14ed. España. Interamericana McGranw-Hill. 1998. 2t.
23. Robins. Psoriasis. En: Patología estructural y funcional. 5ed. España. Interamericana McGranw-Hill. 1995. 656 p.
24. Organización Panamericana de la Salud. Bioética, Temas y Perspectivas. México. Panamericana. 1990.
25. Organización Panamericana de la Salud. García J.S. Calidad de Vida. Artículo Internacional de Medicina. 1999, nov 6.(2) 1-2p.
26. Ware, J. SF-36 health survey manual and interpretation guide. Quality Metric, Inc. Lincoln, Rhode Island, The Health Assessment Lab- Boston, Massachusetts.2000.

XIV. ANEXOS.

HOJA DE CONSENTIMIENTO ESCRITO

Calidad de vida de los pacientes con dx de psoriasis.
Responsable: Maribel L. Contreras.

Yo ----- de ----- años, he sido informado del proyecto de investigación “Calidad de vida de los pacientes con dx de psoriasis” , que se realiza en el Hospital de Dermatología y Cirugía de la piel, y estoy de acuerdo en participar en dicho proyecto, contestando las encuestas que se me realizan.

Fecha

firma.

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD S-F 36

INSTRUCCIONES: esta encuesta pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber como se siente y que bien puede hacer usted sus actividades normales. Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder una pregunta, por favor de la mejor respuesta posible.

1. En general . ¿diría que su salud es? (marque un solo numero)

- Excelente?.....1
- Muy buena?..... 2
- Buena?.....3
- Regular?.....4
- Mala?.....5

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora:

- Mucho mejor ahora que hace un año?.....1
- Algo mejor ahora que hace una año?.....2
- Mas o menos igual ahora que hace un año?.....3
- Peor ahora que hace un año?.....4
- Mucho peor ahora que hace un año?.....5

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría realizar en un día normal, ¿ su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así cuanto?

ACTIVIDADES	Si me limita mucho	Si me limita un poco	No me limita en absoluto
a. Actividades vigorosas. tales como: correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como: mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o béisbol	1	2	3
c. Levantar o llevar las compras del mercado	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Doblarse, arrodillarse o agacharse.	1	2	3
g. Caminar más de diez cuadras	1	2	3
h. Caminar varias cuadras	1	2	3
i. Caminar una cuadra	1	2	3

j. Bañarse o vestirse	1	2	3
-----------------------	---	---	---

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales, a causa de su salud física?

(marque un solo número)

	SI	NO
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.	1	2
d. Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo le ha costado más esfuerzo)	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ ha tenido usted alguno de los siguientes problemas, con el trabajo u otras actividades diarias normales, a causa de algún problema emocional. (como sentirse deprimido o ansioso)?

(marque un número en cada línea)

	SI	NO
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2
c. Ha dejado de hacer su trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en que medida su salud física o sus problemas emocionales, han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos vecinos o grupos?

(marque un solo número)

Nada.....	1
Un poco.....	2
Más o menos.....	3
Mucho.....	4
Demasiado.....	5

7. ¿Cuánto dolor físico a tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

(marque un solo número)

Ningún dolor.....	1
Muy poco.....	2
Poco.....	3
Moderado.....	4
Severo.....	5
Muy severo.....	6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal, (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

(marque un solo número)

- Nada.....1
- Un poco.....2
- Mas o menos.....3
- Mucho.....4
- Demasiado.....5

9. Estas preguntas se refieren a como se ha sentido usted, durante las últimas cuatro semanas. Por cada pregunta por favor de la respuesta, que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿cuánto tiempo durante las cuatro semanas...

(marque un número en cada línea)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se ha sentido lleno de vida.?	1	2	3	4	5	6
b. se ha sentido muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlo?	1	2	3	4	5	6
d. se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
e. ha tenido mucha energía	1	2	3	4	5	6
f. se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuanto tiempo su salud física o sus problemas emocionales, han dificultado sus actividades sociales. (como visitar amigos, parientes, etc.)?

(marque un solo número)

- Siempre.....1
 Casi siempre.....2
 Algunas veces.....3
 Casi nunca.....4
 Nunca.....5

11. ¿Qué tan cierta o tan falsa, es cada una de las siguientes frases para usted?

(marque un número en cada línea)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. parece que yo me enfermo más fácilmente que otra gente.	1	2	3	4	5
b. tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.	1	2	3	4	5
c. creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. mi salud es excelente	1	2	3	4	5