

Calidad de vida y factores psicológicos asociados en una cohorte de pacientes latinoamericanos con psoriasis

Quality of Life and Psychological Factors in Latin American Patients with Psoriasis: A Cross-Sectional Study

Melisa Mejía-Jiménez,¹ Sol Beatriz Jiménez-Tamayo,¹ Liliana Alvaran-Florez,² Doris Alejandra Segura-Cardona,² Ángela Londoño-García¹ y Elsa María Vásquez-Trespalcacios³

¹ Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad CES.

² Facultad de Psicología, Universidad CES.

³ División de Posgrados Clínicos, Facultad de Medicina, Universidad CES.

Fecha de aceptación: agosto, 2018

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la psoriasis es una enfermedad crónica con efectos en la calidad de vida y en las esferas psicológicas y sociales de los pacientes.

MÉTODOS: se incluyó a pacientes con diagnóstico de psoriasis, se recolectaron sus datos clínicos y demográficos, severidad de la enfermedad y calidad de vida, utilizando el Índice de Severidad por Área de Psoriasis (PASI), Área de Superficie Corporal Comprometida (BSA), Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI) y el SF-36. El estado de ánimo y la ansiedad se determinaron mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), los auto-esquemas por medio de los Cuestionarios de Esquema (CIE), los rasgos de personalidad a través del Cuestionario de Creencias de Personalidad (PBQ-SF) y las estrategias de afrontamiento mediante la Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada (EEC-M).

RESULTADOS: se incluyó a 96 pacientes, 45.8% de los cuales tenían psoriasis moderada-severa. El puntaje promedio de DLQI fue de 7.35, 78.1% de estos pacientes tenían efectos en la calidad de vida. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el daño en la calidad de vida dermatológica y la gravedad de la enfermedad. Los trastornos de ansiedad predominaron sobre los trastornos depresivos, 59.4% de los pacientes informó algún nivel de disfunción familiar.

Se encontró una asociación significativa entre una menor calidad de vida y la estrategia de reacción agresiva.

CONCLUSIÓN: nuestro estudio muestra el daño que sufren los pacientes con psoriasis en sus esferas física y psicológica, lo que indica la necesidad de abordar esta enfermedad de forma multidisciplinaria.

PALABRAS CLAVE: psoriasis, calidad de vida, factores psicológicos, DLQI, PASI.

ABSTRACT

BACKGROUND: psoriasis is a chronic disease with a significant psychological impact and health care professionals should address its effects in life quality. We used a multidisciplinary approach, including dermatologists and psychologist, to characterize clinically and psychologically patients with psoriasis.

METHODS: clinical and demographic data were collected in patients with psoriasis, also classified severity and quality of life using Psoriasis Area Severity Index (PASI), Body Surface Area (BSA), Dermatology Life Quality Index (DLQI) and the 36-item Short Form Survey (SF-36) questionnaire. Mood and anxiety were assessed by the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), self-schematics by the Scheme Questionnaires (CIE), personality traits by the Personality Belief Questionnaire (PBQ-SF), and coping strategies by the modified Coping Strategies Scale (EEC-M).

RESULTS: ninety-six patients were included, 45.8% had moderated-severe psoriasis. The average DLQI score was 7.35 points, a 78.1% reported impact in quality of life. A statistically significant association was found between dermatologic quality of life and disease severity. Anxiety disorders predominate over depressive disorders, 59.4% of patients reported some level of family dysfunction.

The most common personality disorders were schizoid, obsessive-compulsive, and passive-aggressive. Personality disorders associated with lower dermatologic quality of life index were obsessive-compulsive and passive-aggressive type. A significant association was found between lower quality of life and aggressive acting-out.

CONCLUSION: our study supports the role of a multidisciplinary approach for the treatment of psoriasis, from the physical standpoint, but also from a psychological health.

KEYWORDS: psoriasis, quality of life, psychological factors, DLQI, PASI.

CORRESPONDENCIA

Dra. Melisa Mejía ■ melimejia99@hotmail.com ■ Teléfono: (574) 297 8454
Calle 13, núm. 36a 156, Medellín, Colombia

Introducción

La psoriasis se considera una enfermedad crónica de distribución mundial, con una prevalencia global que varía entre 0.6 y 6.5%¹ y las cohortes locales muestran que esta patología representa cerca de 3% de las consultas en los servicios de dermatología en Colombia.²

Además del daño cutáneo y articular, la psoriasis afecta de forma importante en la esfera psicológica: las lesiones en la piel producen consecuencias emocionales como baja autoestima y dificultad para controlar la ira, generados por el rechazo al que son sometidos los pacientes y la estigmatización por parte del grupo familiar y social.³ Por ello se debe considerar el efecto de la enfermedad en las áreas social, familiar y psicológica.

Puig y colaboradores refieren que la psoriasis determina una reducción significativa de la calidad de vida y tiene repercusiones en el ámbito físico, emocional, laboral, social, sexual y económico de los pacientes,⁴ aspectos de orden psicosocial que generan preguntas acerca del trastorno en las esferas psíquica y psicológica en relación con la enfermedad cutánea. En este sentido, algunas investigaciones han encontrado resultados insatisfactorios en los tratamientos instaurados no sólo por las características propias de la psoriasis, sino también por las particularidades de personalidad de los pacientes.⁵

La afección psicológica y la alteración de la calidad de vida por la psoriasis son muy importantes y deben ser abordadas por los profesionales de la salud. Aproximadamente 60% de estos pacientes presenta algún grado de trastorno depresivo, y 10% de quienes padecen psoriasis severa tiene pensamientos suicidas, que el dermatólogo debe detectar para su prevención, orientación y derivación para asistencia especializada.⁶ En este sentido, el objetivo de este estudio fue caracterizar clínica y psicológicamente a los pacientes con psoriasis.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, con fuente de información primaria de 96 pacientes que acudieron a consulta en el Centro Dermatológico CES Sabana, durante el periodo comprendido entre marzo de 2014 y marzo de 2015, a quienes se indagó por sus características demográficas, clínicas, psicológicas y calidad de vida.

Se hizo un censo de los pacientes que consultaron en la institución en el periodo de estudio. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de psoriasis en cualquiera de sus manifestaciones clínicas que accedieron a participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y de Ética de la Universidad CES

y elaborado bajo los protocolos de Helsinki. Esta investigación se consideró con riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993.

Los pacientes fueron evaluados en el Servicio de Dermatología, en donde se llenó el formulario para recolección de variables (sexo, estado civil, ocupación, estrato socioeconómico, grado de escolaridad, forma clínica de psoriasis, tratamientos recibidos, comorbilidades, consumo de licor, cigarrillo o psicoactivos). Para determinar la severidad de la enfermedad, el dermatólogo clasificó como psoriasis leve (Psoriasis Area Severity Index, PASI) I menor o igual a 10, porcentaje de superficie corporal dañada (PGA) menor o igual a 10, y Dermatology Life Quality Index (DLQI) menor o igual a 10, o psoriasis moderada-severa (PASI) mayor a 10, PGA mayor a 10, y DLQI mayor a 10. Posteriormente el paciente fue evaluado por el grupo de psicología, quienes por medio de una entrevista personal e individual realizaron la evaluación de calidad de vida. Ésta se llevó a cabo mediante dos instrumentos de medición: el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI) que evalúa 11 preguntas en relación con el efecto de la enfermedad cutánea en las esferas social, familiar, sexual y laboral, dando un puntaje entre 0-30, donde 0-1 no afecta, 2-5 afecta un poco, 6-10 afecta moderadamente, 11-22 gran afección, 21-30 afección extrema.

Consideramos daño en la calidad de vida por encima de 5 puntos en el DLQI según las recomendaciones de las Guías Basadas en la Evidencia para el Manejo de la Psoriasis en Colombia.¹ Se administró el cuestionario SF-36 que examina ocho dimensiones cuyo puntaje se expresa en una escala de 0 a 100, donde los mayores puntajes indican una calidad de vida alta. Para el estado de ánimo, la ansiedad se determinó mediante el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI); los autoesquemas se hicieron a través del Cuestionario de Esquemas (CIE); las características de personalidad se evaluaron con el instrumento Personality Belief Questionnaire (PBQ-SF) y el afrontamiento por medio de la escala Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M). Los resultados de las escalas fueron interpretados por profesionales en dermatología y psicología.

El análisis de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS versión 21 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) licencia de la Universidad CES. Se realizó un análisis univariado donde se calcularon medidas de frecuencia absolutas y relativas a las variables cualitativas, así como medidas de resumen para las variables cuantitativas previa prueba de normalidad (Kolmogorow-Smirnov). Se calcularon razones de prevalencias (RP) y pruebas estadísticas como chi cuadrado, y pruebas no paramétricas como prueba U

de Mann-Whitney, prueba H de Kuskal-Wallis, Prueba F de Snedecor para determinar asociaciones estadísticas, con un intervalo de confianza de 95% y un nivel de significancia establecido en 0.05.

Para el control de sesgos se realizó una revisión general de los datos recolectados buscando garantizar la calidad de los mismos, se verificó que todas las variables tuvieran el procedimiento completo y que no faltaran datos.

Resultados

Variables demográficas

Se incluyó a 96 pacientes con diagnóstico de psoriasis. La muestra estuvo compuesta por hombres y mujeres en proporciones iguales, con edades entre los 19 y 80 años, con una edad promedio de 47,5 años. El 50% estaban casados y 30% eran solteros. El nivel de escolaridad mostró 54,2% de pacientes con estudios superiores (técnicos y profesio-

Tabla 1. Distribución de aspectos demográficos, sociales y clínicos

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado civil			Formas clínicas de psoriasis		
Soltero	29	30.2	Placas	79	82.3
Unión libre	10	10.4	Pustulosa	4	4.2
Casado	48	50.0	Ungular	8	8.3
Divorciado	7	7.3	Cuero cabelludo	23	24.0
Viudo	2	2.1	Palmoplantar	10	10.4
Escolaridad			Otras formas*	13	13.4
Analfabeta	1	1.0	Comorbilidades		
Básica primaria	20	20.8	Diabetes	11	11.5
Básica secundaria	23	24.0	Síndromes metabólicos	3	3.1
Técnica	26	27.1	Hipertensión	18	18.8
Profesional	26	27.1	Obesidad	15	15.6
Ocupación			Trastorno de los lípidos**	8	8.3
Estudiante	5	5.2	Otras***	16	16.7
Empleado	46	47.9	Tratamiento		
Independiente	16	16.7	Tópico	69	71.9
Ama de casa	18	18.8	Sistémico	18	18.8
Jubilado	10	10.4	Fototerapia	68	70.8
Desempleado	1	1.0	Terapia biológica	5	5.2
Estrato socioeconómico			No recibe en ese momento	2	2.1
Bajo	29	30.2	Ha recibido, pero en ese momento no	4	4.2
Medio	50	52.1	Factores agravantes		
Alto	17	17.7	Alcohol	17	17.7
Tiempo de evolución de la enfermedad			Cigarrillo	10	10.4
Menos de un año	6	6.3	Severidad de la enfermedad (PASI)		
Entre 1 y 3 años	16	16.7	Leve	52	54.2
Entre 4 y 6 años	15	15.6	Moderada-grave	44	45.8
Entre 7 y 9 años	15	15.6	Superficie corporal comprometida		
Más de 10 años	44	45.8	Entre 0-5%	52	54.2
Superficie corporal comprometida			Entre 6-9%	14	14.6
Entre 0-5%	52	54.2	Mayor de 10%	30	31.3
Entre 6-9%	14	14.6	* Inversa, artritis psoriásica, eritrodérmica, atropatía psoriásica, genitales, guttata.		
Mayor de 10%	30	31.3	** Dislipidemia, hipertrigliceridemia.		
			*** Hipotiroidismo, EPOC, miastenia gravis, osteoporosis, asma, antecedente de infarto agudo del miocardio (IAM).		

nales). El 47.9% eran empleados y 52.1% pertenecían al estrato medio.

Variables clínicas

El 45.8% de los pacientes encuestados tenían una duración de la enfermedad mayor de 10 años. Las formas más prevalentes de la enfermedad fueron psoriasis en placas (82.3%), cuero cabelludo (24%) y palmoplantar (10.4%). La mayoría de ellos recibían tratamiento tópico (71.9%), fototerapia (70.8%) y tratamiento sistémico (18.8%). El 50% de los pacientes presentaba enfermedades asociadas, entre las que destacan hipertensión arterial (18.8%), obesidad (15.6%), diabetes mellitus (11.5%) y otras enfermedades (16.75%). El 17.7% refirió consumo de alcohol y 10.4% consumo de cigarrillo, ningún paciente informó uso de sustancias psicoactivas.

El PASI promedio reportado fue de 5.9 (DE 4.9 puntos), donde se encontraron valores entre 0 y 26.4 puntos. En cuanto a la superficie corporal comprometida (PGA), 54.2% presentó porcentajes entre 0 y 5, y 31.3% de ellos tuvo un porcentaje mayor de 10. Se encontró que 54.2% de los pacientes presentaba una psoriasis de severidad leve y 45.8% una severidad de moderada a grave, 56.8% de los pacientes con severidad moderada a grave eran hombres y 54.9% de severidad leve eran mujeres (tabla 1).

No se encontraron asociaciones significativas entre la severidad de la enfermedad y las variables demográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y estrato socioeconómico; $p > 0.05$). Se mostró asociación estadística

significativa entre la severidad de la enfermedad y el tratamiento con fototerapia ($X^2 = 6.82$; $p = 0.009$). No se encontraron asociaciones significativas con el resto de variables clínicas.

Calidad de vida

El puntaje promedio de la escala DLQI fue de 7.35 (DE 6.7), las puntuaciones oscilaron entre 0 y 26. El 78.1% de los pacientes reportó algún grado de daño en su calidad de vida: 30.2% dijo tener un efecto leve en su calidad de vida, 26% efecto moderado y 21.9% mencionó un efecto grande y extremo. De los pacientes con psoriasis moderada-severa, 31.8% reportó daño grande en su calidad de vida, y de los pacientes con severidad leve, 35.3% informó un efecto moderado. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida dermatológica y la severidad de la enfermedad (tabla 2).

En la medición del SF-36 la función física fue la dimensión mejor preservada en los pacientes, en cuanto que obtuvo la puntuación media más alta (84.3), mientras que las dimensiones transición de salud (53), salud general (57.1) y vitalidad (63.6) obtuvieron las puntuaciones medias más bajas. Sin embargo no existen diferencias significativas entre las medianas de las dimensiones de la calidad de vida y la severidad de la enfermedad (tabla 3).

Se encontraron relaciones significativas entre el índice de calidad de vida dermatológico (DLQI) y las dimensiones de salud general, función social, rol emocional, salud mental y transición de salud medidas por SF-36 (tabla 4).

Tabla 2. Pruebas de hipótesis de la asociación entre la severidad de la psoriasis y la calidad de vida dermatológica (DLQI)

VARIABLES CLÍNICAS		SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD				PRUEBA X^2	Valor de p	rp
		MODERADO-GRAVE		LEVE				
		n	%	n	%			
DLQI	No afecta	5	11.4	16	30.8	32.853	0.000*	1.000
	Leve	11	25	18	34.6			2.071
	Moderado	7	15.9	18	34.6			1.244
	Efecto grande	14	31.8	0	0			nc
	Efecto extremo	7	15.9	0	0			nc
Tiempo de la enfermedad	Menos de 1 año	3	6.8	3	5.9	0.824	0.935	1.000
	1-3 años	8	18.2	8	15.4			1.143
	4-6 años	8	18.2	7	13.5			1.143
	7-9 años	6	13.6	9	17.3			0.667
	Más de 10 años	19	43.2	25	48.1			0.760

* Asociación estadísticamente significativa con $p < 0.05$.

Tabla 3. Puntajes de las dimensiones de calidad de vida medidos con la escala SF-36

	MEDIA	DE	VALOR DE P
Función física	84.54	18.27	0.392
Rol físico	76.05	38.75	0.075
Dolor	72.05	30.03	0.055
Salud general	57.26	20.30	0.000*
Vitalidad	63.64	20.62	0.062
Función social	72.76	24.80	0.000*
Rol emocional	76.21	39.38	0.002*
Salud mental	75.87	19.32	0.002
Transición de salud	53.95	25.35	0.048

* Asociación estadísticamente significativa con $p < 0.05$.

Variables psicológicas

En estos pacientes predominan los síntomas de ansiedad sobre los depresivos, tanto en la medición de estado como en rasgo (STAI-E: $X = 43.21$; DE 32.2; STAI-R: $X = 30.6$; DE 31.46). Se realizó análisis comparativo de la ansiedad, sin embargo los resultados no revelaron relaciones significativas (STAI-E: U-MW = 0.002; $p = 0.99$; STAI-R: U-MW = -1.512; $p = 0.134$). En general en los pacientes se observan autoesquemas favorables para el funcionamiento óptimo en la vida con unos puntajes medios-altos en las subdivisiones de autoconcepto (58.2) y autoestima (57.6), lo que demuestra que la división más afectada en los pacientes del estudio con puntuaciones menores fue la autoimagen (37.6).

En cuanto a lo social, se evidencia que el apoyo emocional/informacional definido como el soporte emocional, orientación y consejos fue el más empleado por los pacientes con psoriasis ($X = 30.55$; DE 7.46); por su parte, el apoyo afectivo caracterizado por las expresiones de amor y afecto fue el menos utilizado por los pacientes del estudio ($X = 12.5$; DE 2.7). Con respecto al soporte familiar y social, 70.8% de los pacientes provenían de familias nucleares. El 40.6% refirió buen funcionamiento familiar, sin embargo 59.4% mencionó algún grado de disfunción al interior de su dinámica familiar (leve 25%; moderado 17.7%; severo 16.7%). El 65% de los pacientes reportó percepción de apoyo adecuado y soporte por parte de sus amigos. Es importante resaltar que 92.7% de los pacientes consideró que la relación que se estableció con su médico dermatólogo favoreció la resolución de su enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Las creencias de personalidad que más se presentaron en los pacientes con psoriasis fueron esquizoide

Tabla 4. Asociación entre las dimensiones de calidad de vida según la escala SF-36 y DLQI

SF-36	DLQI
	PRUEBA H-KW
Función física	1.038
Rol físico	2.203
Dolor	2.413
Salud general	6.111
Vitalidad	2.325
Función social	6.601
Rol emocional	4.745
Salud mental	4.701
Transición de salud	2.469

Nota: prueba U de Mann-Whitney; prueba H de Kuskal-Wallis.
* Asociación estadísticamente significativa con $p < 0.05$.

($X = 13.04$; DE 5.3), obsesivo-compulsivo ($X = 11.29$; DE 5.72) y pasivo-agresivo ($X = 7.8$; DE 4.89), mientras que las menos frecuentes fueron histriónico ($X = 4.85$; DE 4.35) y narcisista ($X = 5.63$; DE 4.57). No se encontró relación significativa entre la personalidad y la severidad de la psoriasis. Por otro lado, las creencias de personalidad que más se asocian con la calidad de vida dermatológica son de tipo obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo.

Con respecto a su capacidad de afrontamiento, las estrategias más utilizadas por los pacientes de la muestra fueron la solución de problemas ($X = 38.4$; DE 7.6), evitación emocional ($X = 27.1$; DE 8.9) y búsqueda de apoyo social ($X = 23.1$; DE 9.4), mientras que las estrategias menos empleadas fueron la autonomía ($X = 5.0$; DE 2.6) y la negación ($X = 8.5$; DE 3.4). No se encontró relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de evolución de la enfermedad; pero se encontraron asociaciones significativas entre la severidad de la psoriasis y las estrategias de búsqueda de apoyo profesional y expresión de la dificultad de afrontamiento; también entre la calidad de vida dermatológica y la estrategia de reacción agresiva (tabla 5).

Discusión

La psoriasis se considera una enfermedad crónica de distribución mundial, con una prevalencia global que varía entre 0.6 y 6.5%, con un promedio de 2 a 3%, y es mayor en los países nórdicos y menor en los ecuatoriales.¹ La prevalencia de la psoriasis varía en las diferentes etnias y se ha descrito que es menor en los afroamericanos y en algunos nativos de Sudamérica. No tiene predilec-

Tabla 5. Pruebas de hipótesis de la asociación entre las estrategias de afrontamiento, el índice de calidad de vida dermatológica, la severidad de la psoriasis y el tiempo de evolución de la enfermedad

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	MEDIA	DE	PASI	DLQI
Solución de problemas	38.49	7.58	0.945	0.202
Búsqueda de apoyo social	23.03	9.43	0.856	0.471
Espera	22.46	9.63	0.115	0.728
Religión	22.52	10.05	0.744	0.930
Evitación emocional	27	8.91	0.774	0.564
Búsqueda de apoyo profesional	14.39	6.5	0.049*	0.088
Reacción agresiva	8.88	4.67	0.923	0.045*
Evitación cognitiva	15.25	5.45	0.878	0.597
Revaluación positiva	20.55	5.4	0.380	0.415
Expresión de la dificultad de afrontamiento	10.66	4.22	0.035*	0.471
Negación	8.52	3.43	0.260	0.925
Autonomía	5.04	2.61	0.921	0.155

* Asociación estadísticamente significativa con $p < 0.05$.

ción por sexo y es más común en la quinta década de la vida.^{6,7}

En Colombia los datos epidemiológicos del comportamiento de la enfermedad son escasos, aunque se tienen reportes de las tres principales ciudades del país: Bogotá, Medellín y Cali. Los datos del Hospital Simón Bolívar y del Hospital Militar Central de Bogotá durante el año 2004 demostraron que 3% de las consultas de dermatología correspondieron a psoriasis.²

La población del presente estudio mostró una proporción similar de hombres y mujeres afectados, con una edad promedio de 47 años, lo que concuerda con lo reportado en cohortes locales donde la edad promedio encontrada está en la cuarta y la sexta década de la vida, y prevalencias similares entre hombres y mujeres.^{2,3}

La comorbilidad más comúnmente encontrada en nuestro estudio fue la hipertensión en 18.8%, seguida de la obesidad en 15.6%. El 11.5% tenía diabetes, y 8.3% padecía dislipidemia. Las comorbilidades cardiovasculares en los pacientes con psoriasis son frecuentes⁸ y los metaanálisis muestran que el riesgo de presentar obesidad es 1.6 veces mayor en los pacientes con psoriasis, y ese riesgo se aumenta a 2.23 si ésta es severa,⁹ similar para la hipertensión arterial, donde el riesgo de desarrollarla es 1.58 veces mayor que la población general.¹⁰ La dislipidemia también

es frecuente, presenta niveles elevados de triglicéridos y bajos niveles de HDL.¹¹ Todas las patologías mencionadas son factores de riesgo cardiovascular conocidos, y éstos aumentan la posibilidad de eventos cardiovasculares en los pacientes con psoriasis.¹² Adicionalmente, un estudio en población española mostró que la coexistencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad se correlacionaba con menores puntajes de calidad de vida medida por SF-36,¹³ hallazgos similares a los reportados por Grozdev y colaboradores, quienes encontraron que las comorbilidades tienen efecto en las escalas físicas y mentales.¹⁴ Todo esto enfatiza en la importancia de diagnosticar las enfermedades asociadas y llevar a cabo tratamiento para éstas concomitantemente con la patología cutánea.

En Colombia 65% de las personas entre los 18 y los 35 años consume licor, de los cuales un tercio presenta un consumo que se considera de riesgo o perjudicial,¹⁵ y en el departamento de Antioquia la prevalencia de consumo es incluso mayor que la del promedio nacional.¹⁶ En los pacientes con psoriasis en particular, hay evidencia sustancial de que una proporción significativa de ellos consume alcohol de forma excesiva comparativamente con controles sanos, y que hasta 20% puede tener un consumo clasificado como perjudicial,¹⁷ además esto puede ser una causa de exacerbación de los síntomas y de un aumento en la mortalidad.¹⁸⁻²⁰ Hay controversia acerca del papel que desempeña el licor como disparador de la enfermedad, o sobre si su consumo es un signo de estrés psicológico.²¹ El 17.7% de los pacientes incluidos en nuestro estudio refirió consumo de licor, lo que representa un valor menor al del promedio nacional, y menor al reportado en la literatura en cohortes de pacientes con psoriasis, donde se mencionan frecuencias de hasta 35%.¹³ El 10.4% de los enfermos en esta muestra refirió tabaquismo, una prevalencia menor que el promedio nacional que es de 12.9% y departamental que asciende a 19.5%.²² En el presente estudio el consumo de alcohol, cigarrillo y demás sustancias no fue relevante para el proceso de enfermedad, hallazgo que contrasta con la literatura mundial.

El deterioro de la calidad de vida en los pacientes con psoriasis ha sido ampliamente estudiado, y el efecto de las intervenciones médicas sobre ésta es un campo de interés académico. La calidad de vida asociada a la salud es un concepto multidimensional que refleja la percepción del paciente acerca del efecto de la enfermedad y los tratamientos en su bienestar físico, emocional y social, de manera que su medición es relevante para evaluar la eficacia y el costo-efectividad de las intervenciones en salud.²³ El efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes con

psoriasis es mayor entre los 18 y 45 años, cuando éstos son más activos económica, social y ocupacionalmente, y disminuye de forma progresiva con la edad, asociado a la estabilización económica y familiar que viene con la adultez tardía.^{24,25} Este efecto es múltiple y bidireccional, con alteraciones psicológicas y psiquiátricas, como la baja autoestima, la ansiedad o las disfunciones sexuales. Adicionalmente se encuentra relacionado con ciertos trastornos afectivos como la sensación de vergüenza, además de la depresión en la que 10% de los pacientes tiene ideación suicida, como se evidenció en un estudio realizado en el año 2010 con una muestra de 130 pacientes.²⁶

Nuestro estudio determinó, además, que la severidad de la enfermedad se correlaciona con un aumento de la tendencia depresiva y cuadros de ansiedad. En un estudio realizado entre pacientes con algunas dermatosis, incluyendo psoriasis, la Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis (FEPSO) reportó malestar psíquico general en 38% de los enfermos, trastornos psicósomáticos en 17%, depresión en 11%, ansiedad en 43% e inadecuación social en 24%.²⁷ En nuestra cohorte, 78% de los pacientes mencionó algún grado de daño en su calidad de vida, y este daño se correlacionaba con mayores puntajes en la severidad de la enfermedad. Esto contrasta con múltiples estudios donde no se ha encontrado una asociación clara entre la gravedad clínica y las medidas de calidad de vida,^{28,29} lo que apoya la necesidad de incluir el uso de instrumentos de medición de calidad de vida en la evaluación de la gravedad de los pacientes con psoriasis.³⁰

Existen múltiples instrumentos para medir la calidad de vida de pacientes con psoriasis, de ellos, el SF-36 y el DLQI se encuentran entre los más utilizados. El instrumento SF-36 permite una medición más general de la calidad de vida, ya que se pueden realizar comparaciones con otras entidades no dermatológicas y con la población general, mientras que el DLQI permite evaluar aspectos relacionados con la patología cutánea en particular. La literatura recomienda la combinación de un instrumento para medir la calidad de vida general y un instrumento dermatológico, de esta manera se obtienen los beneficios de ambos cuestionarios,³¹ y en especial se sugiere la combinación SF-36 y DLQI.³²

Los estudios de medición de la calidad de vida en pacientes con psoriasis con SF-36 han mostrado resultados variables.³³ Las cifras de SF-36 en la población general son cercanos a los 50 puntos, valores mayores a los encontrados en las cohortes donde la psoriasis se asocia con puntajes en la esfera física similares a padecimientos como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad coronaria, con valores promedio de 41.17 puntos

(DS 12.21),³⁴ similar a dos cohortes, una de 435 pacientes y otra de 317, donde los enfermos con psoriasis presentaron menores puntajes en las ocho escalas en comparación con la población general.³¹ El efecto en las escalas mentales se correlaciona con mayores niveles de estrés, independiente de la severidad de la psoriasis medida por PASI.³⁵ En una cohorte de psoriasis moderada a severa la media de valores físicos y mentales fue de 49.7 y 46.2, respectivamente, y los valores eran mucho menores en pacientes femeninas con ansiedad y depresión o comorbilidades como obesidad, artritis psoriática, hipertensión o trastornos del sueño.¹³ Los pacientes con psoriasis severa tienen puntajes aun menores que sus controles con psoriasis leve en áreas de salud física (rol físico y dolor).³⁶ A diferencia de estudios anteriores, nuestra cohorte mostró altos puntajes en la medición de SF-36, similares a la población general, donde la función física fue la dimensión mejor preservada en los pacientes, con una puntuación media de 84.3, mientras que las dimensiones transición de salud (53), salud general (57.1) y vitalidad (63.6) obtuvieron las puntuaciones medias más bajas, lo que representa las aéreas de mayor efecto por la enfermedad. Esto es similar a la cohorte de Nichol y colaboradores, donde no se encontró diferencia estadística entre los puntajes en las ocho dimensiones entre los 644 pacientes con psoriasis y la población general.³⁷

En la validación del DLQI como instrumento para medir la calidad de vida, Finlay y Khan incluyeron a 52 pacientes con psoriasis con un puntaje promedio de 8.9 vs. 0.5 en controles,³⁸ discretamente mayores que los puntajes obtenidos en nuestra cohorte, donde el promedio fue de 7.35 (DE 6.7). Nuestros hallazgos concuerdan con una cohorte de 900 pacientes, donde el puntaje promedio fue de 8.8 ± 6.1 (rango 0-30).³⁹

Es importante resaltar que en nuestra muestra los hallazgos en DLQI se correlacionan con los puntajes de SF-36, hallazgo que ha sido reproducido en otras investigaciones,^{40,41} resaltando la importancia de que en los estudios se utilicen dos instrumentos que midan la calidad de vida, como se recomienda en la literatura.³¹

En nuestra investigación, la presencia de síntomas de ansiedad fue independiente de la severidad de la psoriasis, éstos predominaron sobre los síntomas depresivos tanto en la medición del ánimo actual (estado) como a largo plazo (rasgo). Estos síntomas se asociaron de igual forma con el deterioro en la autoimagen. Los menores niveles de síntomas depresivos se podrían explicar mediante puntajes medios-altos en las subdivisiones de autoconcepto y autoestima, además de las estrategias adecuadas de afrontamiento (solución de problemas), la buena

relación con su dermatólogo, la percepción general de los pacientes acerca de un apoyo familiar adecuado y la posibilidad para manifestar sus sentimientos a su círculo familiar pero también en grupos de apoyo.

En un estudio realizado en 2007⁴² se tenía la hipótesis de que existe una relación entre la psoriasis y el estado de ánimo, donde de acuerdo con el paradigma de la indefensión aprendida, las personas se muestran impotentes cuando se enfrentan a una situación en la que no son capaces de evitar un resultado negativo, y esta sensación de no ser capaz de manejar la situación conduce a sentimientos de impotencia, lo cual igualmente se ve reflejado en la presente investigación donde la esfera de la transición de salud (pasar de sano a enfermo) fue la más afectada en la muestra de pacientes.

En cuanto a las características de personalidad, diversos autores afirman que en general hasta ahora no se ha encontrado un perfil de personalidad distintivo en pacientes con psoriasis,⁴³ sin embargo, al igual que en la presente investigación, sí se obtuvieron puntuaciones menores en la medición de su calidad de vida, lo cual podría afectar la medición de las características de personalidad de los pacientes y evidenciar síntomas puntuales como el neuroticismo (específicamente en pacientes ansiosos) por encima de la media. De acuerdo con Brufau y colaboradores,⁴⁴ los pacientes con psoriasis reportan bajas puntuaciones de estrés subjetivo en su vida diaria, insatisfacción general e intensidades bajas en los estilos de personalidad que están relacionados con el afecto positivo (es decir, histriónico y narcisista), lo cual igualmente se vio reflejado en nuestro estudio.

Entre las limitaciones de nuestra investigación podríamos incluir el tamaño de la muestra, la cual fue limitada por la duración del estudio. Adicionalmente, los bajos niveles de consumo de licor y sustancias psicoactivas podría deberse a un subregistro influenciado por la presencia del médico tratante en el momento del interrogatorio.

El presente estudio demuestra la importancia del enfoque multidisciplinario de los pacientes con psoriasis, debido al efecto negativo que tiene la enfermedad no sólo en la esfera física, sino también en la psicológica. La buena relación del paciente con su dermatólogo tratante permite disminuir los niveles de ansiedad, comprender mejor su enfermedad y aclarar dudas e inquietudes acerca de su condición. Asimismo logra mejorar la adherencia a las terapias con un progreso clínico temprano.

En Colombia no existen programas de apoyo integral para pacientes con esta patología, y es importante recalcar el alcance de nuestro estudio para tener conocimiento de las características de la población y la necesidad de enfo-

car el paciente no sólo desde su esfera física, sino también en la psicológica y la social.

BIBLIOGRAFÍA

- Gaviria C, Seidel A y Velásquez M, Epidemiología de la psoriasis. En González C, Londoño A y Castro L (eds.), *Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia*, 2012, pp. 23-4.
- González C y Castro LA, Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central, *Rev Asoc Col Dermatol* 2009; 17(1):11-7.
- Velez N, Bohórquez L y Corrales MF, Caracterización de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fototerapia, *Rev Asoc Col Dermatol* 2011; 19:100-6.
- Puig L, Carrascosa JM, Carretero G, De la Cueva P, Lafuente-Urrez RF, Belinchón I et al, Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, *Actas Dermo-Sifiligráficas* 2013; 104(8):694-709.
- Sociedad Latinoamericana de Psoriasis, Consenso Latinoamericano de Psoriasis: Guías de Tratamiento, *Dermatología Argentina* 2010; 16(1):1-29.
- Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM y Ashcroft DM, Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence, *J Invest Dermatol* 2013; 133(2):377-85.
- Rachakonda TD, Schupp CW y Armstrong AW, Psoriasis prevalence among adults in the United States, *J Am Acad Dermatol* 2014; 70(3):512-6.
- Prey S, Paul C, Bronsard V, Puzenat E, Gourraud P-A, Aractingi S et al, Cardiovascular risk factors in patients with plaque psoriasis: a systematic review of epidemiological studies, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24 Suppl 2:23-30.
- Armstrong AW, Harskamp CT y Armstrong EJ, The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies, *Nutr Diabetes* 2012; 2:e54.
- Armstrong AW, Harskamp CT y Armstrong EJ, The association between psoriasis and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies, *J Hypertens* 2013; 31(3):433-43.
- Ma C, Harskamp CT, Armstrong EJ y Armstrong AW, The association between psoriasis and dyslipidaemia: a systematic review, *Br J Dermatol* 2013; 168(3):486-95.
- Horreau C, Pouplard C, Brenaut E, Barnette T, Misery L, Cribier B et al, Cardiovascular morbidity and mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic literature review, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27 Suppl 3:12-29.
- Sánchez-Carazo JL, López-Esteban JL y Guisado C, Comorbidities and health-related quality of life in Spanish patients with moderate to severe psoriasis: a cross-sectional study (Arizona study), *J Dermatol* 2014; 41(8):673-8.
- Grozdev I, Kast D, Cao L, Carlson D, Pujari P, Schmotzer B et al, Physical and mental impact of psoriasis severity as measured by the compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) quality of life tool, *J Invest Dermatol* 2012; 132(4):1111-6.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Estrategia nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia, 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/.../estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf>.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Situación del consumo de drogas en Antioquia: sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 2014. Disponible en: www.odc.gov.co/.../CO03951213-suispa-consumo-drogas-antioquia-preliminar.pdf.
- Hayes J y Koo J, Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits, *Dermatol Ther* 2010; 23(2):174-80.
- Poikolainen K, Karvonen J y Pukkala E, Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis, *Arch Dermatol* 1999; 135(12):1490-3.

19. Tobin AM, Higgins EM, Norris S y Kirby B, Prevalence of psoriasis in patients with alcoholic liver disease, *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(6):698-701.
20. Kirby B, Richards HL, Mason DL, Fortune DG, Main CJ y Griffiths CEM, Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis, *Br J Dermatol* 2008; 158(1):138-40.
21. Gudjonsson JE y Elder JT, Psoriasis. En Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS y Leffell DJ (eds.), *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 7ª ed., Nueva York, McGraw-Hill Medical, 2012, pp. 169-93.
22. Ministerio de Salud y Protección Social, Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013 Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf.
23. Ali FM, Cueva AC, Vyas J, Atwan AA, Salek MS, Finlay AY *et al*, A systematic review of the use of quality of life instruments in randomised controlled trials of psoriasis, *Br J Dermatol* 2017; 176(3): 577-93.
24. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG y Wu Y, The psychosocial burden of psoriasis, *Am J Clin Dermatol* 2005; 6(6):383-92.
25. Mease PJ y Menter MA, Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective, *J Am Acad Dermatol* 2006; 54(4):685-704.
26. Zaragoza V, Pérez A, Sánchez JL, Oliver V, Martínez L y Alegre V, Long-term safety and efficacy of etanercept in the treatment of psoriasis, *Actas Dermo-Sifiligráficas* 2010; 101(1):47-53.
27. Canarte C, Cabrera F, Palacios S, Valencia N y Narváez S, La psoriasis y la incidencia de patologías comórbidas en los pacientes de la Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis (FEPESO) y del hospital Carlos Andrade Marín (IESS) durante el periodo 1993-2007, Congreso Nacional de Dermatología, Cuenca 2006; 2006 (documento oficial).
28. Krueger GG, Feldman SR, Camisa C, Duvic M, Elder JT, Gottlieb AB *et al*, Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: what defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis?, *J Am Acad Dermatol* 2000; 43(2 Pt 1):281-5.
29. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C *et al*, Quality of life in 6 497 Nordic patients with psoriasis, *Br J Dermatol* 2002; 146(6):1006-16.
30. Trujillo AI, García D, Sagaró Delgado B y Díaz MA, Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales, *Rev Cuba Med* 2001; 40(2):122-34.
31. De Korte J, Mommers FMC, Sprangers MAG y Bos JD, The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review, *Arch Dermatol* 2002; 138(9):1221-27.
32. Bronsard V, Paul C, Prey S, Puzenat E, Gourraud P-A, Aractingi S *et al*, What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24 Suppl 2:17-22.
33. De Korte J, Sprangers MA, Mommers FM y Bos JD, Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review, *J Invest Dermatol Symp Proc* 2004; 9(2):140-7.
34. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB y Reboussin DM, Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases, *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(3 Pt 1):401-7.
35. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM y Griffiths CE, Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress, *Br J Dermatol* 1997; 137(5):755-60.
36. Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, Axtelius B, Aparo U, Abeni D *et al*, Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36, *Br J Dermatol* 2006; 154(5):844-9.
37. Nichol MB, Margolies JE, Lippa E, Rowe M y Quell J, The application of multiple quality-of-life instruments in individuals with mild-to-moderate psoriasis, *PharmacoEconomics* 1996; 10(6):644-53.
38. Finlay AY y Khan GK, Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use, *Clin Exp Dermatol* 1994; 19(3):210-6.
39. Mazzotti E, Barbaranelli C, Picardi A, Abeni D y Pasquini P, Psychometric properties of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 900 Italian patients with psoriasis, *Acta Derm Venereol* 2005; 85(5):409-13.
40. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C y Lindberg M, Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity, *Acta Derm Venereol* 2000; 80(6):430-4.
41. Mazzotti E, Picardi A, Sampogna F, Sera F, Pasquini P, Abeni D *et al*, Sensitivity of the Dermatology Life Quality Index to clinical change in patients with psoriasis, *Br J Dermatol* 2003; 149(2):318-22.
42. Bahmer JA, Kuhl J y Bahmer FA, How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria?, *Acta Derm Venereol* 2007; 87(4):317-24.
43. Verhoeven EW, De Klerk S, Kraaijaat FW, Van de Kerkhof PC, De Jong EM y Evers AW, Biopsychosocial mechanisms of chronic itch in patients with skin diseases: a review, *Acta Derm Venereol* 2008; 88(3):211-18.
44. Brufau RM, Corbalán J, Brufau C, Ramírez A y Limiñana RM, Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis, *Anales de Psicología* 2010; 26(2):335-40.