

Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar

Quality of life related to health, negative emotions, and social support in patients suffering from vulgar psoriasis

Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno,
Ángela María Martínez y Claudia Patricia Arbeláez¹

RESUMEN

El propósito de la siguiente investigación fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la ansiedad-depresión y el apoyo social en 55 pacientes con diagnóstico de psoriasis vulgar leve. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Índice de Calidad de Vida en Dermatología; la ansiedad-depresión fue evaluada mediante el cuestionario HAD, y el cuestionario AS se usó para medir apoyo social. En conclusión, se hallaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión, la calidad de vida global fue buena y se observaron niveles altos de apoyo social.

Palabras clave: Psoriasis vulgar leve; Calidad de vida relacionada con la salud; Emociones negativas; Apoyo social.

ABSTRACT

The purpose of this investigation was to evaluate the quality of life related to health and its relationship with the anxiety-depression and the social support in 55 patients with diagnosis of vulgar slight psoriasis. The quality of life was evaluated through the Dermatology Life Quality Index, the HAD was used to measure anxiety-depression, and the questionnaire AS measured the social support. In conclusion, significant levels of anxiety-depression were demonstrated clinically, the quality of life global was good, and high levels of social support were observed.

Key words: Vulgar slight psoriasis; Quality of life related to health; Negative emotions; Social support.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar y que implica reajustes psicológicos de gran impacto (Vinaccia, Contreras, Palacio, Marín y Tobón, 2005; Vinaccia, Quiceno, Contreras y cols., 2005; Vinaccia, Tobón, Moreno y cols., 2005).

¹ Grupo de investigación Salud Comportamental, Universidad de San Buenaventura, Carrera 56C N° 51-90, Centro Medellín, Medellín, Colombia, telefax: 576-26-00, correo electrónico: vinalpi47@gmail.com. Artículo recibido el 18 de enero y aceptado el 24 de octubre de 2007.

La psoriasis vulgar es una enfermedad genética crónica de la piel, conocida también como “soriasis”, la cual no es contagiosa y produce lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas. Afecta por igual a hombres y mujeres. En la actualidad, se considera a la psoriasis vulgar como una enfermedad de base inmunológica mediada por los linfocitos T, que asocia inflamación dérmica y, secundariamente, hiperplasia epidérmica (van de Kerkhof, 2003).

Los principales síntomas mostrados por las personas que padecen esta enfermedad son los siguientes: área rosada o roja en la piel, cubierta de manchas blancas escamosas, ronchas –especialmente en el cuero cabelludo, codos, rodillas y espalda– y picor y dolor en el área con ronchas; al principio las manchas son pequeñas, pero luego se extienden y cubren áreas mayores de la piel (Gordon, 2005; Shelley, 2006).

Uno de los aspectos más notables de la epidemiología de la psoriasis es la diversidad en su prevalencia entre las distintas regiones y poblaciones. Esta afección invalidante y frecuente afecta de 1 a 3% de la población mundial, lo que representa unos 190 millones de personas. Suele aparecer entre los 15 y 35 años, aunque puede hacerlo a cualquier edad, y su extensión y gravedad es muy variable de una persona a otra. Se han observado tasas de prevalencia que oscilan entre 1 y 2% en Estados Unidos y entre 1 y 3% en España; se aproximan a 5% en los adultos de países escandinavos, y en algunas zonas de Europa superan el 2%. En cambio, en las poblaciones andinas de Sudamérica rara vez aparece. Las causas de tales variaciones van desde raciales hasta geográficas y ambientales (Trujillo, Díaz, Torres-Gemeil y cols., 2002).

Generalmente, la psoriasis vulgar tiene poca sintomatología clínica y suele cursar con escaso prurito, excepto cuando afecta las palmas de las manos, plantas de los pies o pliegues dérmicos, donde suele causar molestias locales y prurito que en ocasiones es muy intenso. Puede acompañarse de una marcada afectación psicológica con reducción de la autoestima y problemas de relación social en casos severos por temor al rechazo, lo que afecta la calidad de vida de las personas debido a la gran importancia que tiene hoy en día la imagen corporal (Williams, 2006).

El concepto “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como la psoriasis. Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta; su origen se halla principalmente en la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operacionalizar, como “felicidad” y “bienestar”.

Si bien el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Rodríguez-Marín, 1995). Inicialmente, este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, pero luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas; se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003).

El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica por la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias, el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, el daño a su autoconcepto y sentido de la vida y la aparición de estados depresivos (Gil-Roales, 2004). Por último, Schwartzmann (2003) sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Respecto a este tema, la gran mayoría de los investigadores ha trabajado desde la dermatología, utilizando para sus estudios instrumentos generales y específicos muy variados para medir la calidad de vida en general, la implicada en las enfermedades dermatológicas y la asociada específicamente a la psoriasis (Al-Mazeedi, El-Shazly y Al-Ajmi, 2006; Badía, Salamero y Alonso, 2002; Sampogna, Tabolli, Soderfeldt y cols., 2006). En la Tabla 1 se muestran algunos de estos instrumentos.

Tabla 1. Instrumentos generales, específicos en dermatología y en psoriasis para evaluar la calidad de vida.

Calidad de vida generales	Calidad de vida específicos para enfermedades dermatológicas	Calidad de vida específicos para psoriasis
Medical Outcomes Study Short-form-36 (SF-36)	Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI)	Psoriasis Disability Index (PDI)
EuroQoL-5	Cuestionario Dermatológico de Calidad de Vida (SKINDEX-29)	Impact of Psoriasis Questionnaire (IPSO)
Perfil de Salud de Nottingham (PSN)	Dermatology Quality of Life Scale (DQOLS)	

Sampogna y cols. (2006) llevaron a cabo una investigación en Italia con 380 pacientes diagnosticados con psoriasis cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la calidad de vida en diferentes tipos de esta enfermedad. Aplicaron como instrumentos para medir calidad de vida general el SF-36, y como específicos en dermatología utilizaron el Cuestionario Dermatológico de Calidad de Vida (SKINDEX-29) y el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI); emplearon también el Índice de Inhabilidad de Psoriasis (PDI) y el Cuestionario de Impacto de la Psoriasis (IPSO) como instrumentos específicos. Encontraron que la calidad de vida asociada a funciones físicas del SF-36 era buena y similar a enfermedades que producen poco impacto en la salud, mientras que la salud mental estaba muy deteriorada, semejante a la de pacientes con enfermedades psiquiátricas. Finalmente, plantearon que la calidad de vida en personas que padecen psoriasis difiere de acuerdo al área afectada por la enfermedad.

Delgado, Quincha y Méndez (2003) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida en 70 pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito con diagnóstico de psoriasis a través del cuestionario SF-36, concluyendo que la extensión de la psoriasis, nivel educativo, sexo, tiempo de enfermedad y tiempo de evolución de la enfermedad impacta la percepción de la calidad de vida en los sujetos que la padecen.

Akay, Pekcanlar, Bozdag, Altintas y Karaman (2002), en Izmir, Turquía, emplearon a 120 sujetos (50 con diagnóstico de psoriasis vulgar, 30 con el planus del liquen y 40 sujetos control sanos), a quienes aplicaron el Inventario de Depresión de Beck y la Evaluación del Índice de Severidad y Área de Psoriasis (PASI) para evaluar la

frecuencia de síntomas depresivos en ambas enfermedades y sus relaciones. Encontraron que los sujetos con psoriasis vulgar, planus del liquen y los controles sufrían depresión (58, 53 y 20%, respectivamente). Los pacientes con psoriasis vulgar mostraron niveles mayores de depresión que los sujetos control. El PASI mostró correlación con el Inventario de Depresión de Beck, pero no la hubo entre la duración de la enfermedad y los síntomas depresivos.

Fortune, Richards, Griffiths y Main (2002) desarrollaron en el Reino Unido una investigación con 225 pacientes con psoriasis. El propósito del estudio era examinar la contribución relativa de variables médicas, de percepción de enfermedad, de afrontamiento y alexitimia a la variación en estrés, angustia e inhabilidad en pacientes con psoriasis. Se les aplicó la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), el COPE, el Illness Perception Questionnaire (IPQ), la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), el PDI, el Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI) y el PASI. Concluyeron que los factores cognoscitivos del estrés, la angustia y la inhabilidad son variables psicológicas significativas en pacientes con psoriasis.

Al-Mazeedi y cols. (2006) buscaron describir el impacto de los diferentes grados de severidad de la psoriasis sobre la calidad de vida en 330 pacientes kuwaitíes utilizando como instrumento el DQOLS, hallando que las actividades físicas eran muy afectadas en relación con la severidad de la enfermedad y que las relaciones sociales se veían interrumpidas, no encontrándose diferencias significativas entre los distintos grados de severidad. Por otro lado, todos los aspectos psicológicos fueron afectados por la psoriasis en grados variables,

hubo diferencias significativas relacionadas con la severidad de la psoriasis y sentimientos de vergüenza, de depresión y desesperanza. Un tercio de la muestra declaró que sus actividades sexuales se vieron perjudicadas por la psoriasis. Dichos autores concluyeron que la psoriasis puede dañar seriamente la calidad de vida de quienes la padecen y que tiene un fuerte impacto sobre sus relaciones sociales, estado psicológico y actividades diarias.

Antuña, García, González y cols. (2000) indagaron las características de personalidad y calidad de vida de los enfermos dermatológicos en una muestra de 202 pacientes, quienes fueron diagnosticados con dermatitis, alopecia, urticaria, acné, psoriasis, verrugas, planus del liquen, rosácea y herpes, a quienes se les aplicó el EPQ-A, el STAI, el SKINDEX-29 y el Inventario de Depresión de Zung. Los resultados mostraron que no existe un perfil psicológico homogéneo ni diferenciado de estos pacientes con respecto a la población normal, pero se observaron síntomas de depresión muy elevados en la mayoría de las personas con enfermedades dermatológicas, quienes asimismo tuvieron una percepción negativa de su calidad de vida.

Weiss, Kimball, Liewehr y cols. (2002) evaluaron los efectos de la dermatitis y compararon la psoriasis con otros trastornos médicos primarios usando tres escalas diferente de calidad de vida relacionada con la salud. A 35 pacientes con diagnóstico de psoriasis aplicaron el PASI para medir el área y severidad de la psoriasis, el EQ-5D para evaluar la funcionalidad del estado de salud y el SF-36 para establecer el estado de salud en general. Hallaron que los individuos con psoriasis estaban considerablemente afectados en la funcionalidad de su estado de salud, percepción de salud general y funcionamiento social en comparación con individuos sin la enfermedad crónica o con ciertas condiciones médicas primarias.

En general, las enfermedades crónicas suelen dañar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995) desde la fase inicial aguda, en la que sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida

cambios permanentes en su actividad física, laboral y social, condición que suele durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Se ha encontrado además que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que gozan de un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social manifiestan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fife-col y Rowc, 1988), y que es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el que realmente recibe (Katz y Neugebauer, 2001). De acuerdo con la teoría de la amortiguación, algunos estudios han podido comprobar que la percepción positiva del apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (cfr. Gómez, Pérez y Vila, 2001). Estos datos confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera en que las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida.

Partiendo de las anteriores consideraciones, el objetivo del presente estudio descriptivo exploratorio, hecho mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2002), fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la ansiedad-depresión y el apoyo social en pacientes con diagnóstico de psoriasis vulgar leve de la ciudad de Medellín, Colombia.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 55 pacientes voluntarios de entre 14 y 61 años de edad, de ambos géneros, con diagnóstico médico de psoriasis vulgar con un PASI leve. En la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de la muestra.

Instrumentos

Se utilizó el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) en la versión española de De Tiedra, Mercadal y Badía (1998), con un alfa total de 0.83. Este instrumento consta de diez ítems, cuyo marco temporal se refiere a los últimos siete días. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuestas

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

		Frec. (%)			Frec. (%)
Género	Hombres	30 (54.5%)	Escolaridad	Primaria	3 (3.5%)
	Mujeres	25 (45.5%)		Secundaria	6 (10.9%)
Estrato socioeconómico	1	2 (3.6%)		Técnico	14 (25.4%)
	2	5 (9.1%)	Universitario	32 (58.2%)	
	3	13 (23.6%)	Estado civil	Solteros	27 (49.1%)
	4	21 (38.2%)		Casados	15 (27.3%)
	5	7 (12.7%)		Viudos	4 (7.3%)
	6	7 (12.7%)		Separados	2 (3.6%)
		Unión libre		7 (12.7%)	

(muchísimo, mucho, un poco y en absoluto) y con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente. Las dimensiones de salud incluidas en la prueba son, a saber: síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo-estudio, relaciones interpersonales (incluyendo la sexualidad) y tratamiento. La puntuación final se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida).

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005). El coeficiente alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0.85. La HAD utiliza una escala tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta, que van de 0 hasta 3, para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión con relación al periodo actual. La puntuación total en cada subescala de siete preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes en un rango de 0 a 21; a mayor puntuación, niveles más altos de ansiedad o depresión.

Asimismo, se aplicó la Escala de Apoyo Social (AS) (Matud, 1998; Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003), diseñada para la evaluación funcional y global del apoyo social percibido en mayores de 18 años. Puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 3 minutos. Está conformada por doce ítems que recogen información sobre la percepción de disponibilidad de personas que pueden prestar ayuda práctica o apoyo emocional en las áreas afectiva, económica, laboral y familiar. Muestra las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social, y to-

dos los ítems se agrupan en un factor cuya consistencia interna es de 0.90. Esta escala utiliza un formato tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta, que van desde 0 (nunca) hasta 3 (siempre), con un rango que oscila entre 0 a 36 puntos. A mayor puntuación alcanzada, niveles más altos de apoyo social percibido.

Procedimiento

Los pacientes, quienes acudían a consulta externa en las unidades de dermatología pertenecientes al Centro Dermatológico Laureles, Clínica Soma y Clínica Las Américas de la ciudad de Medellín, Colombia, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación. Una vez brindada la información, se les solicitó el consentimiento para participar en el estudio; se les informó que la información que proporcionarían era secreta, que no obtendrían remuneración económica por su participación y que podrían retirarse de la investigación cuando así lo decidieran. Una vez hecho lo anterior, se les aplicó la ficha de datos sociodemográficos y se les entregaron los tres instrumentos (DLQI, HAD y AS), los cuales fueron llenados por los pacientes con la supervisión del entrevistador en un tiempo aproximado de 20 minutos.

RESULTADOS

En la Tabla 3 se aprecian las diferentes medidas de tendencia central (media, mediana, moda, desviación típica), así como los puntajes mínimos y máximos de cada uno de los instrumentos psicométricos y sus diversas dimensiones.

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de las variables del estudio (calidad de vida, ansiedad-depresión y apoyo social).

INSTRUMENTO	Media	Mediana	Moda	D.T.	Mínimo	Máximo
DLQI						
Síntomas y percepciones	2.7	3.0	4.0	1.6	0	6
Actividades diarias	1.9	2.0	0.0	1.9	0	6
Ocio	2.3	2.0	4.0	1.5	0	6
Trabajo-estudio	0.9	1.0	1.0	0.8	0	3
Relaciones interpersonales	2.0	2.0	2.0	1.4	0	6
Tratamiento	1.1	1.0	1.0	1.1	0	3
Puntuación total	11.3	11.0	20.0	6.5	0	30
HAD						
Ansiedad	14.2	13.0	9.0	6.1	0	21
Depresión	15.1	15.0	15.0	3.6	0	21
AS	25.0	25.0	22.0	6.4	0	36

Específicamente, se encontraron puntajes bajos con respecto a la puntuación total del DLQI, indicando una buena calidad de vida de los pacientes con psoriasis.

En relación con las dimensiones que conforman el cuestionario, se halló en la dimensión de síntomas y percepciones una puntuación media, siendo la más alta de todas las otras dimensiones del DLQI, lo que indica que los pacientes en este estudio sintieron con frecuencia picor o escozor en su piel y vergüenza por sus problemas dermatológicos. Por otro lado, los pacientes con psoriasis manifestaron tener poca interferencia para realizar sus actividades diarias, como hacer compras o elegir prendas de vestir, mas se observó cierta interferencia de sus problemas dermatológicos en sus actividades sociales, deportivas o de ocio. En cuanto a la dimensión de trabajo-estudio, se evidenció interferencia muy baja de la enfermedad para llevar a cabo los roles y actividades que comprenden sus labores diarias relacionadas con el trabajo o el estudio. Con respecto a la dimensión de relaciones interpersonales, hubo poca implicación de la enfermedad en los problemas de pareja y

vida sexual. Por último, el tratamiento médico no había sido un problema relevante en la vida de estos pacientes.

En cuanto a los puntajes en la HAD, se puede apreciar que los síntomas depresivos fueron altos con respecto a los puntos de corte de validación de esta escala en Colombia, que es de ocho puntos para diagnosticar dichos síntomas, y en lo concerniente a la variable ansiedad se observan niveles muy elevados de acuerdo a los niveles de corte de nueve puntos planteados por Rico y cols. (2005) para indicar la presencia de síntomas de ansiedad.

Con relación a la AS, se encontró que los pacientes tenían muy buenos niveles de apoyo social, cercanos a los hallados por Matud (1998) con población normal española ($x = 27$).

Los resultados de la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson a todas las variables del estudio indican que hubo correlaciones altas positivas ($p > 0.5$) con respecto a algunas de las dimensiones del DLQI entre sí, como se describe en la Tabla 4.

Tabla 4. Correlación de las diferentes dimensiones de calidad de vida.

Dimensiones	Síntomas y percepciones	Actividades diarias	Puntuación total del DLQI
Síntomas y percepciones			0.85
Actividades diarias	0.72		0.88
Ocio	0.72	0.68	0.78
Relaciones interpersonales			0.64
Tratamiento		0.65	0.67

$p > 0.5$.

Actividades diarias correlaciona con síntomas y percepciones, indicando que los síntomas de psoriasis (picor, dolor o escozor en la piel y sentimientos de vergüenza originados por las lesiones de la enfermedad, que por lo general son visibles) tienen una fuerte relación con las actividades diarias, como salir de compras y escoger las prendas de vestir en los pacientes de este estudio.

Ocio correlaciona con síntomas y percepciones y con actividades diarias. Se observa que las manifestaciones clínicas de la enfermedad tienen un fuerte impacto en las actividades sociales y de tiempo libre, la práctica de algún deporte, el ir de compras o elegir prendas de vestir.

Tratamiento correlaciona con actividades diarias. Se evidencia que los cuidados médicos asociados con el tratamiento demandan tiempo y cuidado en los pacientes con psoriasis (uso de lociones y cremas) y tienen una estrecha relación con las actividades diarias, como salir a sitios públicos y elegir vestidos que no se ensucien fácilmente y oculten los eritemas y escamas blancas de la enfermedad.

De otro lado, se observa en general que la puntuación total del DLQI correlaciona con síntomas y percepciones, relaciones interpersonales, actividades diarias, ocio y tratamiento, indicando que la calidad de vida global de los pacientes con psoriasis tiene una fuerte relación con las percepciones asociadas al tratamiento médico y los factores emocionales, sexuales y sociales.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 55 pacientes, con una edad media de 33.6 años, la mayoría de los cuales fueron hombres diagnosticados con psoriasis vulgar leve de la ciudad de Medellín, Colombia. Se administraron los cuestionarios DLQI, HAD y el AS.

De acuerdo con los resultados, la calidad de vida de los pacientes con psoriasis fue buena, al igual que la del estudio de Sampogna y cols. (2006); por otro lado, difieren de investigaciones desarrolladas en el área en las que se plantea que la calidad de vida de los pacientes que padece esta enfermedad es significativamente desfavorable (Akay

y cols., 2002; Al-Mazeedi y cols., 2006; Antuña y cols., 2000; Delgado y cols., 2003; Fortune y cols., 2002; Weiss y cols., 2002). Tal vez estas diferencias se deben en parte a que todos los pacientes de la presente muestra sufrían de psoriasis vulgar leve, a diferencia de los de algunas de las investigaciones de los autores antes mencionados, cuyos índices de severidad eran de leves a graves. Otro aspecto a considerar es la edad de los sujetos del estudio, edad altamente productiva, de proyección de metas y propósitos en la vida y de responsabilidades personales y familiares. Es sabido que la percepción negativa de la calidad de vida está fuertemente asociada a las etapas de la vida más cercanas a la vejez. Según Rebollo, Fernández y Ortega (2001), la edad y el género tienen una gran influencia sobre la calidad de vida, pues a mayor edad hay una peor calidad de vida.

En cuanto a la HAD, los participantes de este estudio exhibieron considerables síntomas de bajo afecto positivo y desesperanza, así como de hiperventilación fisiológica e incertidumbre relacionados con la ansiedad. Los resultados concuerdan con los de Antuña y cols. (2000), Akay y cols. (2002), Fortune y cols. (2002) y Al-Mazeedi y cols. (2006). Los anteriores datos son corroborados por Russo, Ilchef y Cooper (2004), quienes analizaron todas las investigaciones reseñadas en las bases de datos de Medline (1966-2002) y PsycInfo (1984-2002) relacionadas con el tema, encontrando altos índices de psicopatología en personas con diagnóstico de psoriasis. Además, hallaron que la enfermedad estaba asociada con una variedad de problemas psicológicos, incluyendo baja autoestima, disfunción sexual, ansiedad, depresión e ideas suicidas. Por otro lado, plantearon que la severidad clínica de la psoriasis no estaba relacionada con el grado de impacto emocional de la enfermedad.

El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente sus autoesquemas y el curso de sus proyectos personales. Ciertamente, algunas enfermedades son mucho más amenazantes que otras por cuanto implican discapacidad, desfiguración y dolor, como la psoriasis vulgar. En general, hay mayores dificultades

para adaptarse a las enfermedades que afectan la autoimagen de las personas.

Además, la psoriasis vulgar, por su naturaleza, puede generar fácilmente sentimientos de inseguridad ante el futuro en las personas que la padecen. El paciente, al no percibir mejora de su enfermedad y sufrir retrocesos, puede llegar a tener una percepción distorsionada de falta de control y resignación exagerada, concluyendo que nada ni nadie será capaz de aliviar su situación aunque se le muestren alternativas viables en el tiempo, como por ejemplo nuevos medicamentos; por consiguiente, es posible que sufra una fase de incertidumbre que podría explicar los niveles altos de ansiedad y depresión observados en los pacientes del presente estudio.

Respecto al apoyo social de la muestra, se halló que los pacientes tenían una percepción positiva en cuanto a la disponibilidad de personas en su entorno que le podían brindar ayuda práctica o apoyo emocional en las áreas afectiva, económica, laboral y familiar. Picardi, Mazzotti, Gaetano y cols. (2005) hallaron en un estudio con 33 pacientes hospitalizados por psoriasis de placas difusas que el bajo apoyo social puede aumentar la sensibilidad a las exacerbaciones clínicas de la

enfermedad, debidas posiblemente a ciertos problemas de control emocional.

Acordes con lo anterior, diferentes investigaciones con enfermos crónicos plantean que el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal asistencial, amigos, compañeros de trabajo y familiares puede servir de amortiguador de los efectos del estrés y de las emociones negativas creados por las enfermedades y su tratamiento (Gil-Roales, 2004). Estos resultados confirman la importancia del apoyo social percibido sobre el estrés (Sandín, 2003) y destacan el importante papel que desempeña este último en la adaptación emocional del paciente (Barra, 2004).

Finalmente, hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales se asocian con la psoriasis, lo que apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. El diseño de un modelo que permita entender más integralmente este tipo de enfermedad se hace necesario. Es así como el impacto de enfermedades crónicas como la psoriasis parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de estos pacientes e incide de forma diferencial en su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifeocol, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.
- Akay, A., Pekcanlar, A., Bozdog, K.E., Altintas, L. y Karaman, A. (2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16, 347-352.
- Al-Mazeedi, K., El-Shazly, M. y Al-Ajmi, H.S. (2006). Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *International Journal of Dermatology*, 45, 418-24.
- Antuña B., S., García V., E., González, A., Secades, R., Errasti, J. y Curto, J.R. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 12, 30-34.
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud*. Barcelona: Edimac.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- De Tiedra, A.G., Mercadal, J. y Badía, X. (1998). Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El índice de calidad de vida en dermatología. *Actas Dermobibliográficas*, 89, 692-700.
- Delgado, M., Quincha, M. y Méndez, M. (2003). Valoración de la calidad de vida mediante la aplicación del test SF-36 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatología Peruana*, 13, 172-184.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E. y Main, C.J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157-174.
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Gordon, K. (2005). *Psoriasis and psoriatic arthritis: An integrated approach*. New York: Springer.
- Katz, P.P. y Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms? *Arthritis & Rheumatism*, 45, 263-269.
- Latorre, P. y Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Matud, P. (1998). *Escala de Apoyo Social*. Trabajo no publicado. Tenerife (España): Universidad de La Laguna.
- Matud, P., Ibáñez, I., Bethencourt, J.M., Marrero, R. y Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 919-929.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M.S., Baliva, G., Melchi, C.F., Biondi, M. y Pasquini, P. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 46, 556-564.
- Rebollo, P., Fernández, F. y Ortega, F. (2001). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. *Hipertensión*, 18, 429-429.
- Rico, J.L., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Russo, P.A., Ilchef, R. y Cooper, A.J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australian Journal of Dermatology*, 45, 155-159.
- Sampogna, F., Tabolli, S., Soderfeldt, B., Axtelius, B., Aparo, U. y Abeni, D. (2006). Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36. *British Journal of Dermatology*, 154, 844-849.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Shelley, W. (2006). *Consultations in dermatology*. London: Cambridge.
- Trujillo, I.A., Díaz, M.A., Torres G., O., Torres B., F., Falcón, L. y Pérez, M. (2002). Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. *Revista Cubana de Medicina*, 41, 12-15.
- van de Kerkhof, P. (2003). *Textbook of psoriasis*. London: Blackwell.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marin, A. y Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M. y Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno S.P., E., Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45-60.
- Weiss, S.C., Kimball, A.B., Liewehr, D.J., Blauvelt, A., Turner, M.L. y Emanuel, E.J. (2002). Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 47, 512-518.
- Williams, J. (2006). *Andrew's disease of the skin clinical dermatology*. London: Saunders.