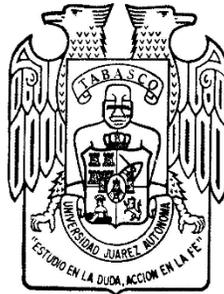


UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON PSORIASIS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

**Tesis para obtener el diploma de la Especialidad en:
Medicina Familiar**

Presenta:

Ana Rut Hernández Cano

Directores:

M. en C. Rosario Zapata Vázquez

M. Esp. María Angelina Borraz Noriega

M. Esp. Humberto Alfredo Ricardez Puente

Villahermosa, Tabasco

Febrero 2019



Of. No. 0193/DACS/JAEP
06 de febrero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Ana Rut Hernández Cano
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Luz María Contreras Hernández, Dr. Elías Hernández Cornelio, M.S.E. María Guadalupe Jiménez Solís, Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez y la Dra. María Luisa Castillo Orueta, impresión de la tesis titulada: "**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis Dra. Rosario Zapata Vázquez, la Dra. María Angelina Borraz Noriega y el Dr. Humberto Alfredo Ricardez Puente.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



- C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez.- Director de Tesis
- c.c.p.- Dra. María Angelina Borraz Noriega.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. Humberto Alfredo Ricardez Puente.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dra Luz Maria Contreras Hernadnez .- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Elias Hernadnez Cornelio.- Sinodal
- C.c.p.- M.S.E. Maria Guadalupe Jimenez Solis.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Rosa Maria Sanchez Rodriguez.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Maria Luisa Castillo Orueta.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:00 horas del día 01 del mes de febrero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

Presentada por el alumno (a):

Hernández	Cano	Ana Rut
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	6	1	E	5	0	0	1	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

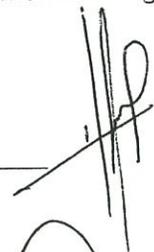
Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

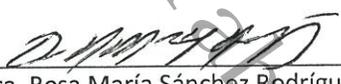
COMITÉ SINODAL

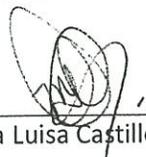

Dra. Rosario Zapata Vázquez
Dra. María Angelina Borraz Noriega
Dr. Humberto Alfredo Ricardez Puente
Directores de Tesis


Dra. Luz María Contreras Hernández


Dr. Elías Hernández Cornelio


M.S.E. María Guadalupe Jiménez Solís


Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez


Dra. María Luisa Castillo Orueta

C.c.p.- Archivo
DC*MCML/MO*MACA/lkrd*



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 31 del mes de enero del año 2019, el que suscribe, Ana Rut Hernández Cano, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50017 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"**, bajo la Dirección de la Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dr. Humberto Alfredo Ricardez Puente y Dra. María Angelina Borraz Noriega Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: mipcpc@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Ana Rut Hernández Cano

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios primeramente por permitirme la vida y culminar este proyecto. A mis padres, quienes cultivaron mi carácter, así como mi hermana quienes han sido el pilar fundamental. A mi esposo quien con paciencia y comprensión fue apoyo indispensable, así como su familia que es mi familia también. A mis tíos, primos, amigos y compañeros de residencia que sin sus palabras de aliento y ánimo esto tampoco hubiese sido posible. A mis asesores de tesis la Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dra. Angelina Borraz Noriega y el Dr. Humberto Ricardez Puente por su valioso tiempo otorgado para la realización de esta tesis.



DEDICATORIAS.

A Andy y Alyssa quienes a su corta edad aun no leen ni comprenden el método científico, pero quienes son la razón que me permitió concluir este proyecto.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE

	RESUMEN	VII
	SUMMARY	VIII
	GLOSARIO	IX
	ABREVIATURAS	X
1	INTRODUCCIÓN	1
2	MARCO TEÓRICO	3
2.1	Conceptos	3
2.2	Etiología.....	4
2.3	Cuadro clínico.....	4
2.4	Variantes clínica	4
2.5	Tratamiento.....	5
2.6	Factores de exacerbación.....	5
2.7	Comorbilidades.....	6
2.8	Epidemiología.....	6
2.9	Calidad de vida.....	7
2.10	Funcionalidad familiar.....	7
2.11	Marco referencial.....	8
3	JUSTIFICACIÓN	12
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
5	OBJETIVOS	16
5.1	Objetivo General.....	16
5.2	Objetivos Específicos.....	16
6	MATERIAL Y MÉTODOS	17
6.1	Tipo de investigación.....	17
6.2	Universo.....	17
6.3	Criterios de inclusión y exclusión	18
6.3.1	Inclusión.....	18



6.3.2	Exclusión.....	18
6.4	Método e instrumento de recolección de datos.....	19
6.5	Análisis de datos.	22
6.6	Consideraciones éticas.....	23
7	RESULTADOS.....	25
8	DISCUSIÓN.....	43
9	CONCLUSIONES.....	45
10	RECOMENDACIONES.....	46
11	REFERENCIAS.....	47
12	ANEXOS.....	51

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Rangos de edad de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	25
Tabla 2	Estadísticos de rangos de edad de los pacientes con psoriasis de la UMF 39 .	25
Tabla 3	Género de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	26
Tabla 4	Estado civil de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	26
Tabla 5	Ocupación de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	27
Tabla 6	Comorbilidades de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	27
Tabla 7	Tiempo de evolución de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	28
Tabla 8	Variantes clínicas de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	28
Tabla 9	Índice de calidad de vida (DQLI) de pacientes con psoriasis de la UMF 39.	29
Tabla 10	Dominios del índice de calidad de vida de pacientes con psoriasis de la UMF 39.	30
Tabla 11	Índice de severidad de pacientes con psoriasis de la UMF 39	31
Tabla 12	Funcionalidad familiar de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	32
Tabla 13	Dimensiones de la funcionalidad de pacientes con psoriasis de la UMF 39.	33
Tabla 14	Calidad de vida y edad de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	34
Tabla 15	Calidad de vida y género de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	35
Tabla 16	Calidad de vida y estado civil de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.	36
Tabla 17	Calidad de vida y ocupación de los pacientes con psoriais de la UMF 39.	37



Tabla 18	Calidad de vida y comorbilidades de pacientes con psoriasis de la UMF 39	38
Tabla 19	Calidad de vida y tiempo de evolución de pacientes con psoriasis de la UMF 39	39
Tabla 20	Calidad de vida e índice de severidad de los pacientes con psoriasis de la UMF 39	40
Tabla 21	Calidad de vida y funcionalidad familiar de los pacientes con psoriasis de la UMF 39	41
Tabla 22	Calidad de vida y dimensiones de la funcionalidad familiar de los pacientes con psoriasis de la UMF 39	42

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria polimorfa de la piel de curso crónico y recurrente. Se informa en 2% de la consulta de primera vez en los servicios de dermatología de tercer nivel y se encuentra dentro de las primeras causas de la consulta de los servicios de dermatología de adultos. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida de pacientes con psoriasis y su relación con la funcionalidad familiar. **Método:** Estudio transversal, prospectivo y analítico, se incluyeron los pacientes que acudieron a la consulta del primer nivel de atención con diagnóstico de psoriasis, n=70 pacientes aplicándoseles un cuestionario de características sociodemográficas. Para evaluar la relación entre calidad de vida y la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento FF SILL. La información obtenida fue procesada utilizando el SPSS 23, usando estadística descriptiva, así como medidas de tendencia central y de correlación. **Resultados:** De 70 pacientes, 36 (51.4%) fueron hombres y 34 (48.6%) fueron mujeres. La edad promedio de pacientes con psoriasis fue de 48 años, la psoriasis en placas fue la variante clínica más frecuente (82.9%). Un 44.3% de pacientes tiene un efecto severo de la enfermedad en la calidad de vida. Se encontró una relación significativa con el grado de severidad y la calidad de vida ($p= 0.002$), así también una relación significativa con la calidad de vida y el grado de funcionalidad familiar de los pacientes, con una ($p=0.028$). **Conclusiones:** La psoriasis tiene un impacto severo en la calidad de vida, una adecuada funcionalidad familiar es un factor protector para la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Psoriasis, calidad de vida, funcionalidad familiar.



SUMMARY

QUALITY LIFE AND FAMILY FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH PSORIASIS IN FIRST LEVEL OF ATTENTION

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease, characterized by a long clinical course. Its etiology is unknown. It's reported in 2% of the first-time consultation on third level dermatology services. **Objective:** Determine Correlate the quality of life and family functionality in patients with psoriasis. **Methods:** This was a cross-sectional study in 70 psoriasis patients from first level attention who agreed to participate in the study. A detailed history and Quality of life was measured using the dermatology life quality index (DLQI) proposed by Finlay and the functionality family with the FF-SIL. The information obtained was processed using the statistical package SPSS 23, using descriptive statistics, measures of central tendency and correlation measures were used. **Results:** Among the 70 psoriasis patients 36 were men (51.4%) and 34 were women (48.6%). The middle age was 48 years. The most common type of psoriasis was plaque psoriasis (82.9%), there was severe effect on quality life from 31 (44.3%) patients. There was a significant correlation between disease severity and DLQI ($p=0.001$), and a significant correlation between family functionality ($p=0.028$). **Conclusion:** Adequate family functionality is a protective factor for quality life in psoriasis patients.

Key words: Psoriasis, quality of life, family functionality.



GLOSARIO

Calidad de Vida

Es la sensación de bienestar conformada por la habilidad de realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social; y la satisfacción con los niveles del funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad el tratamiento.

Comorbilidades

Asociación de varios trastornos a una enfermedad concreta.

PASI (Psoriasis Area Severity Index)

Es un índice que relaciona la extensión, el eritema, y el grosor de las placas escamosas en el área afectada.

Psoriasis

Es una enfermedad de la piel que causa descamación e inflamación

Variante Clínica

Son los tipos de presentación clínica, de acuerdo a la ubicación y tipo de lesión.



ABREVIATURAS

FDA	Food and Drug Administration
FF-SIL	Prueba de percepción de funcionamiento familiar.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PASI	(Psoriasis Area Severity Index) Índice de área de severidad de psoriasis.
PUVA	psoraleno junto con la exposición a luz ultravioleta.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UMF	Unidad de Medicina Familiar



1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

El impacto de la psoriasis tiene dos dimensiones: la afectación física específica de la enfermedad y la psico-social que deterioran la calidad de vida del paciente pues causa inhabilidad en estas áreas, quizás en mayor proporción que la ocasionada por enfermedades que ponen en riesgo la vida. Dentro de la esfera psicosocial se destacan el papel de las relaciones familiares, pues aquellas familias en cuyas interrelaciones como grupo humano pueden favorecer o no el desarrollo sano y el crecimiento personal, familiar y social de cada uno de sus miembros.



En el presente estudio se busca evaluar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis del primer nivel de atención y determinar su relación con la funcionalidad familiar para su posterior consideración en la evaluación integral de los pacientes

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptos

La psoriasis de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una dermatosis crónica que afecta a las personas de cualquier edad en todo el mundo siendo más frecuente en países industrializados. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define esta enfermedad como un proceso inflamatorio crónico sistémico y de naturaleza inmunológica. Se presenta con lesiones rojas sobreelevadas de la piel normal, recubiertas de escamas blanquecinas, que se desprenden fácilmente. El impacto de la psoriasis influye notablemente en la calidad de vida y esto se ve reflejado en el aumento de diferentes patologías psicoafectivas y sociales.^{1,2}

De acuerdo a la guía de práctica clínica la psoriasis es una enfermedad inflamatoria polimorfa de la piel y articulaciones, de curso crónico, recurrente. Los múltiples caminos para combinar genes susceptibles, mecanismos inmunológicos y modificar factores que interactúen hacia el desarrollo de las lesiones contribuyen ampliamente a este polimorfismo.³

Esta patología produce diversas manifestaciones cutáneas. En un momento determinado pueden coexistir distintas variantes en una misma persona, pero todas las lesiones cutáneas comparten las mismas características importantes: eritema, engrosamiento y escamas, estas características reflejan cambios histológicos como capilares dilatados y alargados cerca de la superficie cutánea, acantosis epidérmica con infiltrados celulares y queratinización.⁴

La primera descripción de la psoriasis se atribuye a Hipócrates (460-377 a.C.) en el principio de la medicina, el Corpus Hippocraticum, trabajo que se editó en Alejandría cien años después de su muerte; él utilizó los términos psora y lepra para alteraciones que podían reconocerse como psoriasis. Galeno (133-200 a.C.) fue el primero en usar el término psoriasis, tomado del griego psora, que significa



comezón. El patrón clínico de la psoriasis como se conoce hoy fue descrito primero por R. Williamn (1757-1812) quien distinguió dos entidades psoriasiformes: la psora leprosa y la lepra graecorum, que más tarde se llamó psoriasis.⁵

2.2 Etiología

La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa descamación e inflamación (dolor, hiperemia, edema). El trauma físico, el estrés, algunos medicamentos, cirugías e infecciones son disparadores del episodio inicial y de las recurrencias de la psoriasis.⁶

2.3 Cuadro clínico

Desde una perspectiva clínica, la psoriasis puede producir diversas manifestaciones cutáneas. En un momento determinado pueden coexistir distintas variantes en una misma persona, pero todas las lesiones cutáneas comparten las mismas características importantes: eritema, engrosamiento y escamas, estas características reflejan cambios histológicos como capilares dilatados y alargados cerca de la superficie cutánea, acantosis epidérmica con infiltrados celulares, queratinización.^{7,8}

2.4 Variantes clínicas

Psoriasis en placas o vulgar: es la forma más frecuente de la enfermedad; se caracteriza por placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas de escamas plateadas, que afectan principalmente las zonas de presión.⁹

Psoriasis eruptiva (en gotas): representa el 2% de los casos; es autolimitada y se manifiesta con placas pequeñas (0,5-1,5 cm de diámetro); es más frecuente en niños y adolescentes luego de infecciones estreptocócicas de la vía aérea superior.^{10,11}

Psoriasis inversa o flexural: consiste en placas rojas bien delimitadas, sin escamas, que afectan los pliegues, principalmente el infra mamario, el perineal y el axilar.¹²

Eritrodermia psoriásica: representa una forma generalizada de la enfermedad, con eritema, edema y menos descamación.¹³



Psoriasis pustular generalizada (de von Zumbush): es una forma menos frecuente de la enfermedad en la que se observan múltiples pústulas de 2-3 mm sobre una base eritematosa, en el tronco y las extremidades, incluidos los lechos ungueales, las palmas y las plantas; puede llegar a ser generalizada con fiebre, dolor y malestar general. ¹⁴

Psoriasis ungueal: se presenta en 25-30% de los pacientes con psoriasis e incluso puede ser un hallazgo aislado; afecta con mayor frecuencia las uñas de las manos que las de los pies. ¹⁵

2.5 Tratamiento

El tratamiento de la psoriasis depende de cada paciente y del tipo de la enfermedad que tenga. A pesar de que no existe cura para esta enfermedad, sí se puede mantener totalmente controlada y en algunos casos los síntomas no vuelven. Los diferentes tratamientos que se aplican son sustancias de uso tópico como cremas, lociones, limpiadores y pomadas aplicadas en las zonas. ¹⁶

Algunos pacientes pueden necesitar un refuerzo específico con luz ultravioleta artificial (rayos UVB) o una combinación de luz ultravioleta denominada PUVA (psoraleno junto con la exposición a luz ultravioleta UVA). ¹⁷

También se utilizan algunos fármacos de acuerdo a la severidad del cuadro o si hay alguna exacerbación como son, esteroides, metotrexato, retinoides orales, ciclosporina. ¹⁸

2.6 Factores de Exacerbación

La aparición de la psoriasis se encuentra más relacionada a la presencia de factores de riesgo de tipo ambiental (factores externos) dentro de los cuales se encuentran el estrés psicológico, el uso prolongado de medicamentos como litio, beta bloqueadores, antiinflamatorias no esteroideos (AINES), antimaláricos e infecciones a repetición. El consumo de alcohol y el hábito de fumar también pueden incrementar el riesgo de aparición de la psoriasis y aumentar la frecuencia de exacerbaciones de la misma. Entre los factores psicológicos el estrés se relaciona con la aparición o el empeoramiento de la psoriasis y, a la inversa, la psoriasis se



ha relacionado con la alteración de la calidad de vida y un considerable impacto psicológico en los pacientes. Algunos fármacos, especialmente beta-bloqueantes, litio, antiinflamatorios no esteroideos, antipalúdicos y tetraciclinas, se han relacionado con la inducción o exacerbación de la psoriasis ¹⁹

2.7 Comorbilidades

La asociación de varios trastornos a una enfermedad concreta se conoce como comorbilidades. Generalmente se trata de enfermedades con bases patogénicas comunes, pero que pueden tener incluso mayor repercusión desde el punto de vista sociosanitario que la enfermedad de base. En general, las comorbilidades se manifiestan años después del comienzo de la psoriasis y aparecen con mayor frecuencia en pacientes con psoriasis grave. Las comorbilidades que con mayor frecuencia se asocian a la psoriasis son: obesidad, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alteraciones hepáticas, artropatías, enfermedad de Crohn, neoplasia, tuberculosis, alteraciones psicológicas ²⁰

2.8 Epidemiología

La prevalencia de la psoriasis a nivel mundial se estima en 2%. De acuerdo a la OMS y a la OPS. Las incidencias más elevadas corresponden a Dinamarca (2.9%) y las islas Faroe (2.8%); ciertos grupos étnicos como los asiáticos (japoneses) presentan una baja prevalencia (0.4%), inclusive en algunas comunidades aborígenes del continente australiano no se presenta. En México dicha prevalencia representa aproximadamente 2.5 millones de personas afectadas, de las cuales del 25 al 30% pueden cursar con un cuadro clínico de moderado a severo. ^{2,3}

En México se presenta en alrededor de 2% de la consulta dermatológica y se calcula que más de 2 millones de habitantes sufren este padecimiento. Afecta a ambos sexos y ocurre a cualquier edad, con cierto predominio entre el segundo y cuarto decenios de la vida. Del total de los casos, 10 a 15% ocurre en niños, principalmente



mujeres; en 33% de los enfermos aparece antes de los 20 años de edad. Se observa en formas leves en 77%, el resto en moderadas a graves.³

2.9 Calidad de Vida

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas personales del «sentirse bien». La literatura frecuentemente define que ésta se encuentra conformada por estos dos componentes: uno, la habilidad de realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social; y el otro, la satisfacción con los niveles del funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad el tratamiento.²¹

La psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes que la sufren, lo cual se relaciona con la extensión de la afectación y la intensidad de las manifestaciones clínicas; es capaz de producir diferentes grados de afectación y discapacidad física. Anteriormente se consideraba como una enfermedad limitada a la piel con pocas implicaciones en la salud general, pero en estudios epidemiológicos se ha demostrado que los pacientes con psoriasis tienen una incidencia aumentada de padecer otras condiciones crónicas inflamatorias, así como depresión y ansiedad, por lo que ahora se considera como una enfermedad sistémica. El Índice de Calidad de Vida (DLQI) es un instrumento ampliamente validado y muy utilizado en la práctica clínica para evaluar la calidad de vida en los pacientes con psoriasis.²²

2.10 Funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar depende de la dinámica relacional sistémica que se produce entre sus miembros. La calidad de las relaciones familiares regula el desarrollo familiar como un todo, haciendo posible el desarrollo de sus miembros como unidades interconexas. La familia es un escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismo y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes. Un funcionamiento



familiar adecuado, sobre una estructura estable y que desarrolle una dinámica relacional interna saludable, debe potenciar el adecuado desarrollo psicológico de sus miembros y las conductas adaptativas necesarias para evitar el estrés, generador o desencadenante, en muchas ocasiones, de enfermedades crónicas.^{23,24}

2.11 Marco Referencial

En el 2016 en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 6 de Puebla, México, García-Sánchez, L. et al realizaron un estudio con el objetivo de correlacionar el Índice de Gravedad de Psoriasis, con la calidad de vida de estos pacientes. Se realizó un estudio transversal a 72 pacientes con psoriasis, mayores de 18 años que aceptaron participar en el estudio. Se les aplicó el índice Dermatológico de Calidad de Vida (DLQI) y el índice de Severidad de Psoriasis (PASI) y se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para correlacionar la calidad de vida y el grado de afectación de la psoriasis en estos pacientes. Encontrando como resultados que el 72% de la población eran hombres y 57% son mujeres con edad promedio de 52 años. Obteniendo que la variante clínica más frecuente fue psoriasis en placas en el 95.83%. El resultado de la afectación de la calidad de vida fue de efecto moderado en el 33.3%, la correlación entre la calidad de vida y el grado de afectación de psoriasis fue $rs = -0.657$, con $p = 0.0001$. Concluyendo que la calidad de vida en los pacientes con psoriasis y el grado de afectación de la misma tienen una correlación moderada inversamente proporcional.²²

En 2015 en el Hospital General Central de la Defensa de Madrid, España Hernández-García, M. et al realizaron un estudio para determinar el impacto de la severidad de la enfermedad en la calidad de vida. El número total de pacientes con psoriasis recopilados resultó ser de 164. El estudio realizado fue de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo de los pacientes diagnosticados con psoriasis. Se utilizó una batería de test compuesta por la versión española del Skindex-29 y el Índice de severidad de psoriasis. Las variables se estructuraron en sociodemográficas, de la



historia médica y clínicas de la psoriasis. En el análisis estadístico se utilizaron las técnicas descriptivas, la prueba de ANOVA y el test de Kruskal Wallis, así como la regresión lineal múltiple para el estudio multivariante considerando que se alcanza la significación estadística cuando el p valor es $<0,05$. Entre los resultados se encontró que la edad media fue de 50,26 años, habiendo un predominio de los hombres (64,17%) sobre las mujeres. Los datos obtenidos demostraron que la psoriasis produjo un impacto moderado en la calidad de vida de la muestra, siendo el dominio sintomático el más afectado. Así mismo encontraron que el nivel cultural es el principal indicador de producir un detrimento en la calidad de vida.²⁵

En el 2015 en el Centro Médico del Norte de Taiwan, Chau Yee NG. et al realizaron un estudio transversal observacional para detectar los factores asociados a la calidad de vida, con un total de 414 pacientes con psoriasis vulgar entre enero de 2008 y diciembre de 2011. Aplicando el cuestionario SF-36 de calidad de vida relacionada con la salud. Al abordar los resultados encontramos que este estudio no encontró una correlación significativa entre la gravedad o duración de la psoriasis con la calidad de vida relacionada con la salud. Se encontró que las pacientes mujeres tienen peor calidad de vida. La artritis psoriásica, la afectación ungueal, sensación de ardor y picazón tienen un efecto perjudicial sobre la calidad de vida.²⁶

En el año 2016 en Colombia, Sanclemente et al. realizaron un estudio para determinar el impacto de las enfermedades cutáneas en la calidad de vida. En este estudio se incluyeron 1895 pacientes, realizándose un estudio transversal, analítico. Las características sociodemográficas como la edad, género, nivel de educación, vivienda, tiempo de evolución de enfermedad de la piel (en meses o años), clasificación socioeconómica, el tipo de seguridad social y el historial personal de comorbilidades se incluyeron en los análisis. La versión colombiana de skindex-29 contiene 29 ítems consecutivos, y como instrumento original, cubre los dominios 3d: síntomas, emociones y funcionamiento. El instrumento fue monitoreado en cada institución de salud, clínica u oficina por un dermatólogo certificado que fue encargado de verificar la integridad de los datos. Se enviaron un total de 4340



cuestionarios a 29 dermatólogos colombianos que aceptaron participar como investigadores y monitores de datos haciendo un total de 1895 cuestionarios que se usaron para el análisis. No hubo diferencias significativas en las características sociodemográficas, como la clasificación socioeconómica, el nivel de educación y el género. Las puntuaciones más altas de Skindex-29 se encontraron en psoriasis (puntaje global: 35.3 síntomas: 38, emociones: 42.7 y función: 27.5); dermatitis de contacto (puntuación media global: 32.1 síntomas: 37.9, emociones: 38.7 y función: 23).²⁷

En el 2018 en Mangalore, La India, los investigadores Nayak PB, Girisha BS, Noronha T. realizaron un estudio para determinar la correlación entre la severidad de la enfermedad, el ingreso familiar y la calidad de vida de pacientes con psoriasis. La muestra fue de 102 pacientes con un diagnóstico clínico de psoriasis, tomándose una historia clínica detallada y examen físico completo a todos los pacientes, incluyéndose el Índice de área y gravedad obtenido por el análisis clínico del médico, así como el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI), y el ingreso familiar mensual. El PASI fue calculado al puntuar la lesión para eritema, induración y descamación, considerando el área del cuerpo afectada por la psoriasis. La puntuación más alta de DLQI indica mayor deterioro de la Calidad de Vida. Las preguntas sobre demografía datos, ingresos familiares y evaluación DLQI fueron incluidos en el cuestionario autoadministrado. Entre los resultados podemos mencionar que la mayoría (76.5%, n = 78) de los pacientes con psoriasis eran hombres, con una relación hombre mujer de 3: 1. La edad del paciente varió entre 18 y 65 años con 38.2% de los pacientes mayores de 51 años. La edad promedio fue de 44 ± 12.31 años. El tiempo de evolución con psoriasis fue ≤ 1 año en 17 (16.7%), 1-5 años en 61 (59.8%) y ≥ 5 años en 24 (23.5%). La duración media de la enfermedad fue 5.16 ± 6.42 años. Casi una cuarta parte (23.5%) de los pacientes habían estado sufriendo de la enfermedad por más de 5 años El tipo más común de psoriasis era psoriasis crónica en placas (85.3%) seguida de psoriasis localizada psoriasis del cuero cabelludo (11.8%), psoriasis inversa (1%), psoriasis pustular (1%) y eritrodermia secundaria a psoriasis (1%). La media DLQI era 13.01 ± 6.95 , y



el ingreso familiar promedio era INR 15570.10 \pm INR 10081.82 por mes. La gravedad de la enfermedad evaluada utilizando la puntuación PASI correlacionó significativamente con DLQI ($r = 0,815$, $P = 0,001$); es decir entre mayor fue el puntaje PASI es mayor el DLQI, y por lo tanto, mayor es el deterioro de la Calidad de Vida.²⁸

En el 2018 en el hospital Gentoffe de Dinamarca, Hesselvig Jh. Et al en 2018 publicaron un estudio correlacional entre la calidad de vida e índice de severidad en pacientes con psoriasis tratados con ustekinomab. Se realizó un muestreo donde se obtuvieron un total de 120 pacientes a los cuales se les realizó el PASI y DQLI después de 4 meses de tratamiento, repitiéndose cada año. Utilizaron el DQLI para medir el efecto de la enfermedad de la piel en la calidad de vida del paciente. Para evaluar la severidad de las lesiones de la piel se utilizó el PASI. Al procesarse la información para las variables continuas se utilizó la desviación estándar y medidas de tendencia central, para aquellas categóricas se utilizó la proporción de porcentaje. También se utilizó en el PASI y DQLI el coeficiente de correlación de Spearmans. Entre los resultados se encontró una fuerte predominancia en hombres. Del período de inicio a 12 meses la correlación entre el PASI y DQLI es débil comparada con el período de inicio a 4 meses. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significantes. En general, las mujeres tienen mayor correlación entre la reducción del PASI y la reducción del DLQI comparado con los hombres.²⁹



3. JUSTIFICACIÓN

México no cuenta con un estudio que englobe datos epidemiológicos de Psoriasis, se sabe que desde 1980 se encuentra dentro de las 15 dermatopatías más frecuentes y que equivale a 2% de las dermatosis vistas en la consulta.

La Psoriasis puede persistir por mucho tiempo, inclusive durante toda la vida. Los síntomas aparecen y desaparecen. Los factores que pueden empeorarlos incluyen infecciones, piel reseca, algunas medicinas, hábitos alimentarios, y el estrés.

La Psoriasis es uno de los procesos de mayor relevancia pues suele precisar atención dermatológica y psicológica conjunta. Los pacientes con problemas crónicos de la piel reportan niveles más bajos de bienestar psicológico y social. La mayor parte de la investigación hasta la fecha ha demostrado que esta patología se encuentra dentro de las dos primeras altamente prevalentes, condiciones que son comúnmente acompañadas por diversas limitaciones físicas y psicológicas en la vida diaria. No obstante, el tratamiento psicológico ha supuesto un cambio radical en el manejo de la enfermedad, con protocolos de actuación específica. Tener un concepto distorsionado o dismórfico de ciertas lesiones cutáneas, que suelen ser mínimas, puede encubrir un trastorno psiquiátrico, delirante o no delirante, que de ser grave debe ser remitido a consultas mentales específicas.

En muchos pacientes, la alta visibilidad de la condición y la estigmatización asociada y la vergüenza también constituyen importantes determinantes de la disminución de la calidad de vida. De manera general los pacientes que manejan una condición crónica, como impotencia con respecto a la enfermedad y sus consecuencias, y una menor aceptación de la enfermedad, tiene un impacto en la calidad de vida. Pues se trata de una crisis familiar de tipo desmoralizante, por lo cual el apoyo familiar y una gran red social pueden servir como protector contra las experiencias de estigmatización.

La psoriasis resulta en un alto costo para la sociedad y el paciente, que incluye los gastos para examen clínico, examen de laboratorio, tratamiento, así como la pérdida de productividad. La decisión de la modalidad del tratamiento juega un papel importante. Los pacientes con psoriasis utilizan una hora diaria en promedio para



el cuidado y tratamiento de su enfermedad, además de recurrir a 6 a 10 tratamientos diferentes durante ese periodo en promedio. Más de un cuarto de los pacientes con psoriasis ha deseado morir en algún momento. La Psoriasis como una enfermedad no solo afecta al individuo, pero también tiene una carga económica en la familia. Un estudio reportó ideas suicidas en 8% de los pacientes psoriásicos analizados. La herramienta más utilizada para la evaluación clínica de pacientes y para la medición de la calidad de vida es PASI y DLQI, respectivamente.

A nivel estatal se desconoce la incidencia de este padecimiento, por lo tanto, tampoco se tiene información sobre las características epidemiológicas de esta población y como afecta a su calidad de vida. La complejidad de este trastorno y su interrelación con los aspectos psicosociales determinan que sean pocos los especialistas capaces de brindar un servicio completo a los enfermos. El tratamiento debe englobar terapia psicológica y un grupo de apoyo e información.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. PLANTEAMIENTO

La Psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria inmunomediada con una prevalencia global estimada del 0,2-4%. A pesar de que la psoriasis es una enfermedad común, aún quedan muchas preguntas sin responder. La mayor parte de los estudios publicados registra un estimado de prevalencia y la frecuencia en la población estudiada. Los estudios poblacionales son raros y los observacionales longitudinales del cambio de los rangos de prevalencia no existen.

Aunque tiene una importante distribución mundial, se observa una variación racial, geográfica y ambiental. La mayor incidencia en varones es alrededor de los 29 años y en mujeres, a los 27. En Europa su prevalencia promedio está entre 2 y 3% y es más alta entre los caucásicos del norte de Europa, donde alcanza hasta 8% (Isla de Faroe).

En Estados Unidos la prevalencia varía desde 0.5% hasta 4.65%. Es poco frecuente en orientales e individuos de raza negra y rara en los nativos de norte y Sudamérica, entre quienes es de 0.1%

En América del Norte se estima una afección de 2% de la población general, con más de 150 000 casos nuevos diagnosticados por año. Sólo en Estados Unidos se registran 6 millones de individuos afectados por la enfermedad.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos no especifica relevancia de algún género afectado. La psoriasis afecta todos los parámetros y dimensiones de la calidad de vida, y hay que mencionar que la funcionalidad familiar tiene un papel importante en el individuo ya que provee de seguridad emocional.

La psoriasis se caracteriza por periodos de remisión y exacerbación y una significativa afección de la calidad de vida, causando importante morbilidad. Es por esto que el impacto de la psoriasis en la salud y calidad de vida es similar a otras enfermedades como el cáncer, hipertensión y diabetes.²⁴ Como en otros desórdenes inflamatorios, la psoriasis no es considerada una enfermedad confinada sólo a la piel, si no como una condición inflamatoria sistémica. Hay factores epidemiológicos, sociales, familiares que pueden asociarse a psoriasis, es por ello que se establece:



Pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar de pacientes con psoriasis en el primer nivel de atención?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar de los pacientes de la consulta externa del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

5.2 Objetivos específicos

- Determinar las variables sociodemográficas de los de pacientes con psoriasis a través de cuestionario.
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis a través del índice de calidad de vida.
- Evaluar la funcionalidad familiar de los pacientes con la escala FF-SIL.



6. MATERIAL Y METODOS

6.1 Tipo de investigación

Descriptivo, transversal, analítico.

6.2 Universo

Pacientes con diagnóstico de psoriasis que acuden a la consulta del primer nivel de atención, esta unidad presta servicios a la población trabajadora, así como a sus familiares como derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social otorgando servicios de segundo nivel de atención.

El tamaño del universo es de 247 pacientes el cual se determinó con base al número de pacientes que acudieron a consulta en el período julio 2017-julio 2018. Se realizó un cálculo muestral con un error aceptable del 5%, con un nivel de confianza deseado del 95%. Correspondiendo a un total de 70 pacientes.

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 p * q}{d^2 * (N-1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Donde:

n=Total de la población

Z α =1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada 0.10

q: 1-p (1-0.1)

d= precisión (10%)

$$n = \frac{247 * 1.96^2 * 0.10 * 0.95}{0.03^2 * (247-1) + 1.96^2 * 0.10 * 0.95} = 70$$

n= 70



6.3 Criterios de inclusión y exclusión

6.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Diagnóstico de psoriasis.

6.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con alguna discapacidad que dificultó la comprensión y auto aplicación de instrumentos



6.4 Método e instrumento de recolección de datos

Se acudió a la consulta externa de la UMF No. 39 en el primer nivel de atención, de agosto a diciembre del 2018 seleccionando los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, se les expuso el tipo de estudio que se estaba realizando, de la misma manera la información que deseamos obtener y previo a que firmaron el consentimiento informado se procedió a la aplicación de la encuesta sociodemográfica y de los instrumentos de índice de calidad de vida dermatológico y funcionalidad familiar.

Cuestionario de recolección de datos sociodemográficos.

Se aplicó un cuestionario encuesta el cual evalúa: edad, sexo del paciente, ocupación, religión, tiempo de evolución de la enfermedad y comorbilidades.

Índice de Severidad de psoriasis (PASI)

Psoriasis Area and Severity Index (PASI) fue definido por Fredriksson y Pettersson en 1978, planteado para aplicarse a los ensayos clínicos de la ciclosporina y probablemente se trata del sistema más utilizado dado que muestra una buena correlación y un bajo índice de variabilidad entre observadores, permite su realización de forma bastante rápida y es el más usado históricamente en los ensayos clínicos para la aprobación de fármacos biológicos que lo eligieron como instrumento de medida principal. Este índice combina la valoración de cada lesión de psoriasis del 0 al 4 (0=ninguno, 1=leve, 2=moderado, 3=marcado, 4=muy marcado) en base a tres parámetros: eritema, infiltración y descamación, así como una evaluación ponderada del área que afecta dividido el cuerpo en partes, es decir, cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores.³⁰



Test de percepción del funcionamiento familiar FF-SILL.

La prueba FF – SIL se diseñó en 1994, con la idea de que constituyera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria, siendo validada por Isabel Louro Bernal, Patricia Arés Muzio y Silvia Martínez Calvo en el 2004.

Tiene como objetivo evaluar siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares. Mide la percepción del funcionamiento familiar en cuanto a la dinámica relacional sistémica. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar:

- Cohesión (pregunta 1 y 8): Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones y las tareas cotidianas.
- Armonía (pregunta 2 y 13): Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación (pregunta 5 y 11): los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad (pregunta 7 y 12): capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad (pregunta 4 y 14): capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas entre ellos.
- Roles (pregunta 3 y 9): cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad (pregunta 6 y 10): habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos que son, casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos. Cada situación



es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Posterior a esto se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá a una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

70 a 57 familia funcional

56 a 43 Familia moderadamente disfuncional

42 a 28 Familia disfuncional

27 a 14 Familia Severamente disfuncional ³¹

Índice dermatológico de calidad de vida DLQI

Esta escala fue desarrollada en Gran Bretaña por Finlay AY and Khan GK, para disponer de un instrumento de calidad de vida específico para pacientes con padecimientos dermatológicos. El índice dermatológico de calidad de vida es un cuestionario estándar que los dermatólogos emplean para medir el impacto de las enfermedades crónicas de la piel y en la calidad de vida de los pacientes, se emplea para personas mayores de 16 años y evalúa seis áreas clave que interfieren en la calidad de vida. Esto incluye la comprensión del impacto que la enfermedad tiene sobre los síntomas del paciente y sus sensaciones, actividades diarias, ocio, trabajo y colegio, relaciones interpersonales y tratamiento. El resultado del cuestionario se calcula anotando la respuesta a cada pregunta con un resultado máximo de 30 puntos y un mínimo de 0 puntos. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el nivel de calidad de vida que se ve afectado por una enfermedad de la piel.

La puntuación de cada pregunta es la siguiente:

3 muchísimo

2 mucho

1 un poco

0 nada en absoluto



0 no es relevante

0 pregunta sin respuesta

Este índice se calcula sumando la puntuación de cada pregunta con un resultado máximo de 30 puntos y un mínimo de 0 puntos. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el deterioro de la calidad de vida.

Se interpreta de la siguiente manera:

0-1 = sin efecto alguno en la vida del paciente.

2-5 = Leve efecto en la vida del paciente

6-10= Efecto moderado en la vida del paciente

11-20= Efecto muy importante en la vida del paciente

21-30= efecto extremadamente importante en la vida del paciente ³²

6.5 Análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 23 para Windows. Se analizó la información con estadísticas descriptivas mediante tablas de frecuencia y porcentajes además se empleó el método estadístico de chi cuadrada para medir relación en las variables de Calidad de Vida y Funcionalidad familiar.



6.6 Consideraciones éticas

De acuerdo a la Ley General de Salud y el artículo 23 en específico que allí se menciona, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; así como la declaración de Helsinki promulgada por la asociación médica mundial, como principios éticos que deben guiar a la sociedad médica, y otras personas, los artículos 8, 20, 21 y 22 plasmados en dicha declaración la cual señala que: El principio primordial es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. En la investigación médica, es compromiso del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben aparecer siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9). El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos precisa especial vigilancia (Artículo 8).

Se solicitó la autorización de los pacientes para la realización de este trabajo, informándoles que este estudio tiene como objetivo realizar un análisis de la relación entre la calidad de vida de su padecimiento y la funcionalidad familiar, siendo confidencial y para uso exclusivo de esta investigación. En base a los criterios de la declaración de Helsinki el cual es considerado como el documento más importante en la ética de la investigación, se tomaron en cuenta los siguientes principios: De acuerdo al artículo 20, los pacientes fueron voluntarios e informados. Con respecto al artículo 21, se respetó el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad y la confidencialidad de la información. Tomando en cuenta el artículo 22, los participantes fueron informados a participar o no en la



investigación, obteniendo por escrito el consentimiento informado y voluntario de los participantes.³³

De acuerdo al artículo 22 fracción II y IV, de la Ley General de Salud, la carta de consentimiento informado se formuló por escrito, de acuerdo a sus requisitos: elaborado por el investigador principal y llevando el nombre y firma de dos testigos y por el sujeto de investigación.³⁴

En base al artículo 17, fracción I de la Ley General de Salud, el estudio se consideró sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes.³⁵

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



7. RESULTADOS

8.1 Análisis univariado

Variables sociodemográficas en los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Con respecto a las variables sociodemográficas se encontró que el rango de edad con mayor frecuencia es de 35 a 44 años, así como el rango de edad de 65 y más, ambos con 22.9% (Tabla 1).

Tabla 1. Rangos de Edad de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Edad	<i>f</i>	%
Menos de 24	2	2.9
25 a 34	15	21.4
35 a 44	16	22.9
45 a 54	10	14.3
55 a 64	11	15.7
65 y más	16	22.9
Total	70	100

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos

La edad promedio de los pacientes es de 48 años, siendo la edad mínima de 21 años y la máxima de 74 años, con una mediana de 46 años y moda de 44 años (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos de rangos de edad de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Variable	\bar{x}	M_e	M_o	σ	Valor mínimo	Valor máximo
Edad	48.4	46	44	15.48	21	74

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos



El 48.6 % de los pacientes perteneces al sexo femenino y el 51.4 % pertenece al sexo masculino (Tabla 3).

Tabla 3. Género de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Género	F	%
Femenino	34	48.6
Masculino	36	51.4
Total	70	100

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos

El 67.1% de los pacientes se encuentra casado, seguido por 27.1% los cuales se encuentran solteros y 5.7% se encuentra en estado civil separado (Tabla 4).

Tabla 4. Estado civil de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Estado Civil	f	%
Casado	47	67.1
Soltero	19	27.1
Separado	4	5.7
Total	70	100

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos



En cuanto a la ocupación 35.7 % se dedica a las labores del hogar, 14.3% a alguna profesión, 15.7% es obrero, y 20% empleado de una oficina y 14.3% jubilado (Tabla 5).

Tabla 5. Ocupación de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.

Ocupación	<i>f</i>	%
Labores del hogar	25	35.7
Profesionista	10	14.3
Obrero	11	15.7
Empleado de oficina	14	20.0
Jubilado	10	14.3
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos

Entre las comorbilidades un 20% tiene hipertensión arterial que es la enfermedad con más frecuencia asociada en este estudio, 17.1% Diabetes Mellitus, 12.9% Artritis psoriásica, un 2.9% depresión y ansiedad, un 10% otras comorbilidades, y 37.1% no tiene alguna comorbilidad (Tabla 6).

Tabla 6. Comorbilidades en los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Comorbilidades	<i>f</i>	%
Diabetes Mellitus	12	17.1
Hipertensión arterial	14	20.0
Artritis psoriásica	9	12.9
Trastorno del estado de ánimo	2	2.9
Otras	7	10.0
Ninguna	26	37.1
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos



En cuanto al tiempo de evolución con psoriasis, los pacientes presentan un porcentaje de 75.7% con uno a cuatro años de evolución con este padecimiento, un 5.7% tiene de 5 a 9 años, así como 5.7% de 10 a 14 años, y quienes tienen de 15 a 19 años con la enfermedad un 5.7%. El 7.1% de los pacientes tiene más de 20 años con este diagnóstico (Tabla 7).

Tabla 7. Tiempo de Evolución de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Tiempo de evolución	<i>f</i>	%
1 a 4	53	75.7
5 a 9	4	5.7
10 a 14	4	5.7
15 a 19	4	5.7
Más de 20	5	7.1
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos

La variante clínica más frecuente fue psoriasis en placas con un 82.9%, seguida por psoriasis en gotas con un 10%, pustulosa con un 4.3%, y cuero cabelludo de un 2.9% (Tabla 8).

Tabla 8. Variantes Clínicas de pacientes con psoriasis de la UMF 39

Variante clínica	<i>f</i>	%
Placas	53	82.9
Gotas	4	10.0
Pustulosa	4	4.3
Cuero cabelludo	4	2.9
Total	70	100

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos



En cuanto al índice de calidad de vida encontramos un 44.3% de pacientes con un efecto severo de la enfermedad, un 32.9% con un efecto moderado, mientras que un 11.4% tienen un efecto mínimo, un 4.3% un efecto máximo, y un 7.1% de los pacientes con psoriasis no tienen afectación de la calidad de vida (Tabla 9).

Tabla.9 Índice de Calidad de Vida (DQLI) de pacientes con psoriasis de la UMF 39

Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DQLI)	<i>f</i>	%
No afecta la calidad de Vida	5	7.1
Efecto Mínimo	8	11.4
Efecto Moderado	23	32.9
Efecto Severo	31	44.3
Efecto Máximo	3	4.3
Total	70	100.0

Fuente: Cuestionario de Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DLQI)



Los resultados del DLQI dieron un α de Cronbach global de 0.727. Para síntomas y sentimientos, el promedio fue de 1.69 y 1.56 para las preguntas 1 y 2, respectivamente; para actividades diarias, el promedio fue de 1.01 y 1.23 para las preguntas 3 y 4, respectivamente; para ocio, el promedio fue de 1.30 y 0.96 para las preguntas 5 y 6, respectivamente; para trabajo escuela, el promedio fue de 1.63 para la pregunta 7; para relaciones personales, el promedio fue de 0.70 y 0.41 para las preguntas 8 y 9, respectivamente; y para tratamiento, el promedio fue de 1.13 para la pregunta 10 (Tabla 10).

Tabla.10 Dominios del Índice de Calidad de Vida (DQLI) de pacientes con psoriasis de la UMF 39

Dominio	Número de pregunta	\bar{x}	Valor mínimo	Valor máximo	Valor total	α de Cronbach
Síntomas y sentimientos	1	1.69	0	3	118	0.658
	2	1.56	0	3	109	0.714
Actividades diarias	3	1.01	0	3	71	0.716
	4	1.23	0	3	86	0.671
Ocio	5	1.30	0	3	91	0.665
	6	0.96	0	3	67	0.707
Trabajo y escuela	7	1.63	0	3	114	0.727
Relaciones personales	8	0.70	0	3	49	0.699
	9	0.41	0	3	29	0.756
Tratamiento	10	1.13	0	3	79	0.725
Global						0.727



En cuanto a la severidad de psoriasis un 57.1% tuvo un efecto moderado, un 38.6% un efecto leve, y un 4.3% un efecto grave (Tabla 11).

Tabla 11. Índice de severidad de psoriasis (PASI) en pacientes con psoriasis de la UMF 39

Índice de Severidad de Psoriasis	<i>F</i>	%
Leve	27	38.6
Moderado	40	57.1
Grave	3	4.3
Total	70	100

Fuente: Cuestionario de Índice de Severidad de psoriasis



Variable de funcionalidad familiar de los pacientes con diagnóstico de psoriasis de la UMF 39

En cuanto a la funcionalidad familiar encontramos que un 50% se encuentra en familias moderadamente funcionales, un 11.4 % con familia disfuncional, y un 38.6% como familia funcional. (Tabla 12)

Tabla 12. Funcionalidad familiar en los pacientes con diagnóstico de psoriasis de la UMF 39

Funcionalidad familiar	<i>f</i>	%
Familia disfuncional	8	11.4
Familia moderadamente funcional	38	50.0
Familia funcional	24	38.6
Total	70	100

Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL



En las dimensiones de la funcionalidad familiar en la categoría de cohesión 88.6% se encuentra con alteración y un 11.4% se encuentra sin alteración respectivamente. En cuanto a los roles obtuvimos que un 56% tiene alteración y un 14% se encuentra sin alteración. En armonía un 100% sin alteración. En la dimensión de afectividad un 8.6% se encuentra con alteración y un 84.3% sin alteración. En la categoría de adaptabilidad un 20% se encuentra con alteración y un 80% sin alteración. En la categoría de permeabilidad un 14.3% se encuentra con alteración y un 85.7% sin alteración (Tabla 13).

Tabla 13. Dimensiones de la funcionalidad familiar de los pacientes con psoriasis de la UMF 39.

Dimensiones		<i>f</i>	%
Cohesión	Con alteración	62	88.6
	Sin alteración	8	11.4
Roles	Con alteración	56	80.0
	Sin alteración	14	20.0
Afectividad	Con alteración	6	8.6
	Sin alteración	64	91.4
Comunicación	Con alteración	11	15.7
	Sin alteración	59	84.3
Adaptabilidad	Con alteración	14	20.0
	Sin alteración	56	80.0
Permeabilidad	Con alteración	10	14.3
	Sin alteración	60	85.7
Armonía	Con alteración	0	0
	Sin alteración	70	100

Fuente: Cuestionario de Funcionalidad familiar FF-SIL



8.2 Análisis bivariado.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS DE LA UMF 39.

El rango de edad se relacionó con la calidad de vida con un valor de p de 0.003, el cual es estadísticamente significativo, podemos deducir que las personas entre 25 a 34 años tienen mayor efecto en la calidad de vida (Tabla 14).

Tabla 14. Calidad de Vida y edad de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Edad	Calidad de Vida										gl	X^2	p
	No afecta la calidad de vida		Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo				
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%			
Menos de 24	0	0	0	0	2	1.4	0	0	0	0	20	51.273 ^a	0.003
25 a 34	0	0	2	1.4	3	2.1	10	7	0	0			
35 a 44	3	2.1	0	0	8	5.6	2	1.4	3	2.1			
45 a 54	0	0	0	0	8	5.6	2	1.4	0	0			
55 a 64	0	0	2	1.4	0	0	9	6.3	0	0			
65 y más	2	1.4	4	2.8	2	1.4	8	5.6	0	0			
Total	5	3.5	8	5.6	23	16.1	31	21.7	3	2.1			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de índice de calidad de vida.



El género no presentó alguna relación con la calidad de vida, por lo que no se puede determinar que ser mujer u hombre tenga un mejor efecto en la calidad de vida (Tabla 15).

Tabla 15. Calidad de Vida y género de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Género	Calidad de Vida										gl	X ²	p
	No afecta la calidad de vida	Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo					
		f	%	f	%	f	%	f	%	f			
Femenino	3	4.2	4	2.8	10	7	14	9.8	3	2.1	4	3.828 ^a	.430
Masculino	2	1.4	4	2.8	13	9.1	17	11.9	0	0			
Total	5	5.6	8	5.6	23	16.1	31	21.7	3	2.1			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de índice de calidad de vida.



El estado civil mantuvo una relación con la calidad de vida con un valor de p de 0.000, traduciéndose en que el estado civil casado se asocia a mayor efecto en la calidad de vida, encontrando que un 34.3% se encuentra casado con un efecto severo en la calidad de vida (Tabla 16).

Tabla 16. Calidad de Vida y estado civil de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Estado Civil	Calidad de Vida										g^l	X^2	p
	No afecta la calidad de vida		Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Casado	0	0	2	1.4	18	12.6	24	16.8	3	2.1	8	30.445 ^a	.000
Soltero	3	2.1	4	2.8	5	3.5	7	4.9	0	0			
Separado	2	1.4	2	1.4	0	0	0	0	0	0			
Total	5	3.5	8	5.6	23	16.1	31	21.7	3	2.1			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de índice de calidad de vida.



La ocupación de los pacientes estudiados presentó una relación significativa con la calidad de vida con un valor p de 0.006, relacionándose labores del hogar con efecto moderado en la calidad de vida con 10% (Tabla 17).

Tabla 17. Calidad de Vida y ocupación en pacientes con psoriasis de la UMF 39

Ocupación	Calidad de Vida										gl	X ²	P
	No afecta la calidad de vida		Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo				
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%			
Labores del hogar	2	2.9	2	2.9	7	1.4	11	7.7	3	0	16	33.775 ^a	.006
Profesionista	0	0	0	0	5	2.1	5	7.1	0	0			
Obrero	3	4.3	0	0	3	4.3	5	7.1	0	0			
Empleado de oficina	0	0	4	5.7	8	11.4	2	2.9	0	0			
Jubilado	0	0	2	2.9	0	0	8	11.4	0	0			
Total	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.2	3	4.3			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de índice de calidad de vida.



Las comorbilidades presentaron un valor de p de 0.000, el cual es estadísticamente significativo, es decir las personas con hipertensión arterial son aquellas que tienen más afectación en la calidad de vida (Tabla 18).

Tabla 18. Calidad de Vida y Comorbilidades de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Comorbilidades	Calidad de Vida										gl	X ²	p
	No afecta la calidad de vida		Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo				
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%			
Diabetes Mellitus	5	3.5	2	1.4	0	0	5	3.5	0	0			
Hipertensión Arterial	0	0	0	0	8	5.6	6	4.2	0	0			
Artritis psoriásica	0	0	4	2.8	2	1.4	0	0	3	2.1	20	78.709 ^a	.000
Depresión y ansiedad	0	0	0	0	0	0	2	1.4	0	0			
Otras	0	0	0	0	0	0	7	4.9	0	0			
Ninguna	0	0	2	1.4	13	9.1	11	7.7	0	0			
Total	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	21.7	3	4.3			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de índice de calidad de vida.



El tiempo de evolución de psoriasis tuvo una relación significativa con un valor de p de 0.000, es decir el rango de tiempo de evolución de 1 a 4 años está relacionado con un mayor efecto en la calidad de vida (Tabla 19).

Tabla 19. Calidad de Vida y tiempo de evolución de psoriasis de los pacientes de la UMF 39

Tiempo de Evolución (años)	Calidad de Vida										gl	X ²	Vp
	No afecta la calidad de vida		Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
De 1 a 4	3	4.3	4	5.7	21	30	22	31.4	3	4.3			
5 a 9	0	0	0	0	2	2.9	2	2.9	0	0			
10 a 14	0	0	0	0	0	0	4	5.7	0	0	16	49.524 ^a	.000
15 a 19	0	0	4	5.7	0	0	0	0	0	0			
Más de 20	2	2.9	0	0	0	0	3	4.3	0	0			
Total	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de índice de calidad de vida



Al evaluar el índice de severidad de psoriasis en los pacientes y relacionarlo con la calidad de vida se encontró una chi cuadrada de 30.395, y una relación de spearman de 0.558 con un valor de $p=0.000$ para ambas pruebas lo cual es estadísticamente significativo (Tabla 20).

Tabla 20. Calidad de Vida e índice de severidad de pacientes con psoriasis de la UMF 39

Índice de Severidad de psoriasis (PASI)	Calidad de Vida										Valor de p y RS		
	No afecta la calidad de vida		Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo			gl	X ²
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Leve	5	7.1	8	11.4	8	11.4	6	8.6	0	0			p=
Moderado	0	0	0	0	15	21.5	22	31.4	3	4.3	8	30.395 ^a	
Grave	0	0	0	0	0	0	3	4.3	0	0			RS=
Total	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3			0.558

Fuente: Cuestionario de índice de calidad de vida e índice de severidad de psoriasis



De los pacientes estudiados se mostró una relación con la calidad de vida y la funcionalidad familiar con una p de 0.028, lo cual es estadísticamente significativo (Tabla 21).

Tabla 21. Calidad de Vida y Funcionalidad familiar de los pacientes con psoriasis de la UMF 39

Funcionalidad Familiar	Calidad de Vida										g^l	X^2	p
	No afecta la calidad de vida		Efecto mínimo		Efecto moderado		Efecto severo		Efecto máximo				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Familia disfuncional	0	0	2	2.9	0	0	6	8.6	0	0			
Familia moderadamente funcional	5	7.1	4	5.7	11	15.7	15	21.4	3	4.3	8	17.243 ^a	.028
Familia Funcional	0	0	2	2.9	12	17.2	10	14.3	0	0			
Total	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3			

Fuente: Cuestionario de índice de calidad de vida y FF-SIL de funcionalidad familiar



En las dimensiones que valora el FF SIL, se encontró que aquellas familias en las cuales no hay una adecuada cohesión así como roles presentaron una relación significativa de presentar efectos en la calidad de vida con un valor de p de 0.035 y 0.000 respectivamente (Tabla 22).

Tabla 22. Calidad de Vida y dimensiones de la funcionalidad familiar

Dimensiones de la funcionalidad familiar		Calidad de Vida										gl	X ²	Valor de p																																																																																																																																																								
		No afecta la calidad de Vida		Efecto Mínimo		Efecto Moderado		Efecto Severo		Efecto Máximo																																																																																																																																																												
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%																																																																																																																																																											
Cohesión	Sin alteración	2	2.7	0	0	0	0	6	8.6	0	0	4	10.343 ^a	0.035																																																																																																																																																								
	Con alteración	3	4.3	8	11.4	23	32.9	25	35.8	3	4.3				Comunicación	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	20	28.6	23	32.9	3	4.3	5	5.491 ^a	0.241	Con alteración	0	0	0	0	3	4.3	8	11.4	0	0	Permeabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	23	32.9	23	32.9	3	4.3	4	9.277 ^a	0.055	Con alteración	0	0	2	2.7	0	0	8	11.4	0	0	Afectividad	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	25	35.8	3	4.3	4	8.256 ^a	0.083	Con alteración	0	0	0	0	0	0	6	8.6	0	0	Roles	Sin alteración	0	0	0	0	0	0	17	24.3	3	4.3	4	22.016 ^a	0.000	Con alteración	5	7.1	8	11.4	2	2.7	3	4.3	17	24.3	Adaptabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	20	28.6	22	31.4	3	4.3	4	4.401 ^a	0.354	Con alteración	0	0	2	2.85	3	4.3	9	12.9	0	0	Armonía	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3		----	--	Con alteración	0	0	0	0	0	0
Comunicación	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	20	28.6	23	32.9	3	4.3	5	5.491 ^a	0.241																																																																																																																																																								
	Con alteración	0	0	0	0	3	4.3	8	11.4	0	0				Permeabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	23	32.9	23	32.9	3	4.3	4	9.277 ^a	0.055	Con alteración	0	0	2	2.7	0	0	8	11.4	0	0	Afectividad	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	25	35.8	3	4.3	4	8.256 ^a	0.083	Con alteración	0	0	0	0	0	0	6	8.6	0	0	Roles	Sin alteración	0	0	0	0	0	0	17	24.3	3	4.3	4	22.016 ^a	0.000	Con alteración	5	7.1	8	11.4	2	2.7	3	4.3	17	24.3	Adaptabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	20	28.6	22	31.4	3	4.3	4	4.401 ^a	0.354	Con alteración	0	0	2	2.85	3	4.3	9	12.9	0	0	Armonía	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3		----	--	Con alteración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																						
Permeabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	23	32.9	23	32.9	3	4.3	4	9.277 ^a	0.055																																																																																																																																																								
	Con alteración	0	0	2	2.7	0	0	8	11.4	0	0				Afectividad	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	25	35.8	3	4.3	4	8.256 ^a	0.083	Con alteración	0	0	0	0	0	0	6	8.6	0	0	Roles	Sin alteración	0	0	0	0	0	0	17	24.3	3	4.3	4	22.016 ^a	0.000	Con alteración	5	7.1	8	11.4	2	2.7	3	4.3	17	24.3	Adaptabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	20	28.6	22	31.4	3	4.3	4	4.401 ^a	0.354	Con alteración	0	0	2	2.85	3	4.3	9	12.9	0	0	Armonía	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3		----	--	Con alteración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																
Afectividad	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	25	35.8	3	4.3	4	8.256 ^a	0.083																																																																																																																																																								
	Con alteración	0	0	0	0	0	0	6	8.6	0	0				Roles	Sin alteración	0	0	0	0	0	0	17	24.3	3	4.3	4	22.016 ^a	0.000	Con alteración	5	7.1	8	11.4	2	2.7	3	4.3	17	24.3	Adaptabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	20	28.6	22	31.4	3	4.3	4	4.401 ^a	0.354	Con alteración	0	0	2	2.85	3	4.3	9	12.9	0	0	Armonía	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3		----	--	Con alteración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
Roles	Sin alteración	0	0	0	0	0	0	17	24.3	3	4.3	4	22.016 ^a	0.000																																																																																																																																																								
	Con alteración	5	7.1	8	11.4	2	2.7	3	4.3	17	24.3				Adaptabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	20	28.6	22	31.4	3	4.3	4	4.401 ^a	0.354	Con alteración	0	0	2	2.85	3	4.3	9	12.9	0	0	Armonía	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3		----	--	Con alteración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																				
Adaptabilidad	Sin alteración	5	7.1	6	8.6	20	28.6	22	31.4	3	4.3	4	4.401 ^a	0.354																																																																																																																																																								
	Con alteración	0	0	2	2.85	3	4.3	9	12.9	0	0				Armonía	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3		----	--	Con alteración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																														
Armonía	Sin alteración	5	7.1	8	11.4	23	32.9	31	44.3	3	4.3		----	--																																																																																																																																																								
	Con alteración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																											

Fuente: Cuestionario índice de calidad de vida y Funcionalidad familiar FF-SIL



8. DISCUSIÓN

Respecto a los datos obtenidos en nuestro trabajo llama la atención que la edad mínima fue de 21 años y la máxima de 74 años, con una edad promedio de 48 años, en comparación con García-Sánchez, L. et al²² quienes obtuvieron en su estudio una edad promedio de 52 y Hernández-García, M. et al²⁵ quienes obtuvieron una edad promedio de 50.26 años por su parte Nayak PB et al²⁸, obtuvieron una edad promedio de 44 años así también San Clemente G. et al²⁷ con 41.5 años.

La frecuencia de pacientes con psoriasis del sexo masculino fue de 51.4% y del sexo femenino de 48.6% en comparación con los resultados de García-Sánchez et al²² quien obtuvo que el 72% de la población eran hombres y 57% mujeres; así mismo coincide con Hernández-García, M. et al²⁵, ya que en su estudio hay un predominio de los hombres con 64.17% sobre las mujeres. Nayak PB et al²⁸, al igual que en nuestro estudio presenta un 76,5% de pacientes hombres con psoriasis una relación hombre mujer de 3: 1.

La variante clínica más frecuente para García-Sánchez et al²² fue psoriasis en placas en el 95.83%, al igual que en el estudio realizado por Nayak PB, et al²⁸ donde el tipo más común de psoriasis fue en placas (85.3%) seguida de psoriasis localizada en cuero cabelludo (11.8%) al compararlo con nuestros resultados encontramos que la psoriasis en placas fue la variante clínica más frecuente (82.9%), seguida de psoriasis en gotas (10%), pustulosa (4.3%), y cuero cabelludo (2.9%).

Al igual que en nuestro estudio para San Clemente G. et al²⁷ no se encontraron diferencias significativas en el impacto en la calidad de vida entre hombres y mujeres.

Entre las comorbilidades encontramos que las personas con alguna comorbilidad tienen mayor afectación en la calidad de vida, encontrándose la hipertensión arterial y artritis psoriásica, de la misma manera que Chau Yee NG. et al²⁶ concluyeron que la artritis psoriásica, tiene un efecto perjudicial sobre la calidad de vida.



En el estudio de Nayak PB, et al²⁸ el tiempo de evolución de psoriasis con mayor frecuencia con 59.8% fue de 1 a 5 años, semejante a nuestro estudio donde el tiempo de evolución con mayor frecuencia fue de 1 a 4 años con un 75%, para Nayak PB et al²⁸ 23.5% de los pacientes se encontraban sufriendo de la enfermedad por más de 5 años y en nuestro estudio encontramos que 24.7% tienen un período de evolución mayor a este tiempo. .

Para García-Sánchez et al²² el resultado de la afectación de la calidad de vida fue de efecto moderado en el 33.3%, siendo el dominio más afectado síntomas y sentimientos. Hernández García, L. et al²⁵ encontraron que la psoriasis produjo un efecto moderado sin embargo en nuestros resultados encontramos que un 44.3% de pacientes con psoriasis tiene un efecto severo de la enfermedad siendo los dominios más afectados síntomas y sentimientos así como trabajo.

García-Sánchez et al²² establecieron una correlación entre la calidad de vida y el grado de severidad de psoriasis con un valor $p=0.0001$, así también nuestro estudio encontró un valor $p=0.000$.

De los pacientes estudiados se mostró una relación con la calidad de vida y el grado de funcionalidad de los pacientes, con una p de 0.028, lo cual es estadísticamente significativo. Encontrando un valor de p de 0.035 al establecer la relación entre la dimensión cohesión y la calidad de vida, así como un valor de p de 0.000 al relacionar la dimensión de roles y calidad de vida.



9. CONCLUSIONES

En base a los resultados encontrados se concluye que la psoriasis tiene un impacto severo en la calidad de vida de los pacientes.

El estado civil casado se asocia a mayor efecto en la calidad de vida.

Los pacientes adultos jóvenes y adultos mayores son quienes mayor efecto en la calidad de vida presentaron. Hay una correlación entre la calidad de vida y el grado de severidad de la enfermedad donde el efecto moderado y severo tienen mayor afectación de la calidad de vida.

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

Los pacientes que presentaron efectos en la calidad de vida, moderados a severos, presentaron alteraciones en cohesión y roles, superando comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Así mismo en lo que respecta a la funcionalidad familiar constituye un factor protector para la calidad de vida. Las familias con menor alteración en la funcionalidad familiar presentaron menor efecto en la calidad de vida.



10. RECOMENDACIONES

Es importante identificar de primera instancia a los pacientes con diagnóstico de psoriasis para realizar una evaluación integral que incluya la detección del Índice de calidad de vida así como la funcionalidad familiar.

Es recomendable que todos los pacientes que presenten psoriasis, sean también tratados de manera integral ya que la percepción de su enfermedad y el enterarse que no es curable influye mucho en su evolución, en la vida diaria y en la relación que mantienen con las personas en el ámbito social, constituyéndose en una crisis desmoralizante, para lo cual es de suma importancia realizar intervenciones familiares oportunas como el trabajo con familia para un manejo integral de las conductas que afectan la calidad de vida.

Formación de grupos de ayuda mutua en los cuales se les permitan compartir experiencias de vida, conflictos, ideales, metas, entre otras cosas, lo que también permitiría el desarrollo de nuevas redes sociales.

Realizar un estudio observacional de las estrategias de afrontamiento de los pacientes con psoriasis, así como el grado de estigmatización que presentan.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Psoriasis. Organización Mundial de la Salud. ONG Human Info. 6 diciembre 2017 en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2920s/11.3.html>
2. Psoriasis. Sixty seventh world health assembly A67/18. 21 Marzo 2014© Pan American Health Organization. All rights reserved.
3. Guía de práctica clínica. Tratamiento de la psoriasis en placa en adultos. Edit Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud 2013.En <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-696>
4. Bologna J.I., Jorizzo J.I., Schaffer J.V. Dermatología, Principales diagnósticos y tratamientos. Edit. Elsevier Barcelona, España. 2016 pp. 44
5. Arenas, R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 6ta edic. Edit McGraw-Hill 2015 México D.F. pp. 241
6. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7ª ed. New York: McGraw-Hill; 2013. p. 169-193.
7. Prinz JC. Psoriasis. En: Bos JD, ed. Skin immune system, Cutaneous Immunology and Clinical Immunodermatology. 3ª ed. Amsterdam: CRC Press; 2013. p 615-630
8. Kormeili T, Lowe NJ, Yamauchi PS. Psoriasis: immunopathogenesis and evolving immunomodulators and systemic therapies; U.S. experiences. Br J Dermatol 2014; 151: 3-15.
9. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 2012; 13: 450-466.
10. Hernández JM, Sánchez-Regaña M, Izuc R. Evaluación clínica y terapéutica de los pacientes con psoriasis moderada o grave en España. Actas Dermo-sifiliograficas. 2012; 103 (10):897-904.



11. Arango FA, Franco MF, Hoyos AM. Psoriasis: conceptos actuales en el tratamiento sistémico. Parte 1: Agentes sistémicos tradicionales. *RevAsocColomb Dermatol.* 2011;19: 35-42.
12. Leal L. Adherencia al tratamiento de la psoriasis em pacientes españoles. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. 2015
13. Amaya, R, Rueda M. Consenso Mexicano para el Manejo de Terapia Biológica en Psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua.* Sept-Dic 2015; 3(13):171-184
14. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P. Stress, social support, emocional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics.* 2014; 46:556-64.
15. Schmid-Ott G, Jaeger B, Boehm T, Langer K, Stephan M, Raap U, Werfel T. Immunological effects of stress in psoriasis. *Br J Dermatol.* 2012; 160:782-5.
16. Schmid-Ott G, Jacobs R, Jäger B, Klages S, Wolf J, Werfel T, Kapp A, Schürmeyer T, Lamprecht F, Schmidt RE, Schedlowski M. Stress-induced endocrine and immunological changes in psoriasis patients and healthy controls. A preliminar study. *PsychotherPsychosom.* 2010;67:37-42.
17. Naldi L. Cigarette smoking and psoriasis. *ClinDermatol.* 2011; 16:571-4.
18. Michaelsson G, Gustafsson K, Hagforsen E. The psoriasis variant palmoplantar pustulosis can be improved after cessation of smoking. *J AmAcadDermatol.* 2010;54:737-8.
19. Behnam SM, Behnam SE, Koo JY. Alcohol as a risk factor for plaque-type psoriasis. *Cutis.* 2005; 76:181-5.
20. Gerdes S, Zahl VA, Weichenthal M, Mrowietz U. Smoking and alcoholin take in severely affected patients with psoriasis in Germany. *Dermatology.* 2010; 220:38-43



21. Robles-Espinoza, Al, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de la salud. El residente. Diciembre 2016 / Volumen 11, Número 3. p. 120-125
22. García Sánchez, L. et al. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. Gaceta Médica de México. 2017;153 pp. 185-189
23. Castellón C.S., Romero S.L. Funcionamiento familiar, vivencias y estrés psicológico en la Psoriasis infantil (Tesis de Licenciatura). Universidad de Sancti Spiritus, Cuba.2014. pp.2-5
24. Ortiz G. M.T. Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar. Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología. Universidad de la Habana, Cuba. 2010. Pp. 2-4.
25. Hernández-García, M. Impacto de la calidad de vida de los pacientes psoriásicos de consultas externas del Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid. Universidad CEU - Cardenal Herrera (España) en 2015
26. Chau Yee NG, SF-36 healthy survey on psoriasis quality-of-life: A study of 414 Taiwanese patients. Journal of Dermatology 2015; 42: 159–165.
27. Sanclemente-G., Burgos-C., et al. The impact of skin diseases on quality of life: A multicenter study. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(3):244---252
28. Nayak PB, Girisha BS, Noronha TM. Correlation between disease severity, family income, and quality of life in psoriasis: A study from South India. Indian Dermatol Online Journal 2018; 9:165-9.
29. J. H. Hesselvig et al. Correlation Between Dermatology Life Quality Index and Psoriasis Area and Severity Index in Patients with Psoriasis Treated with Ustekinumab. Acta Derm Venereol 2018; 98: 335–33
30. Chalmers RJ. Assessing psoriasis severity and outcomes for clinical trials and routine clinical practice. Dermatol Clin. 2015; 33: 57-71
31. Pérez G. E., De la Cuesta F. D., Louro B. I., Bayarre V. H. Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. Ciencias de la Salud Humana. Marzo 1997; 4(1):63-66



32. Finlay AY. Lewis V. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). J Investig Dermatol Symp Proc 2004;9(2):169-80.
33. De Helsinki, Declaración. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2004;18:20-3.
34. De La Salud, Protección, Reglamento de la ley general de salud em materia de investigación para la salud. 2006;1-292.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



12. ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	CODIFICACION O ESCALA	ESTADÍSTICO
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo en años, transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos al momento del estudio	Acta de nacimiento	Cuantitativa, ordinal	Medidas de tendencia central (frecuencia, media, mediana, desviación estándar)
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Grado de estudio más alto aprobado en cualquiera de los niveles del sistema educativo nacional.	Nivel aprobado preescolar, primaria, secundaria, bachillerato	Certificado de estudio	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura	Medidas de tendencia central (frecuencia)
Estado civil	Cualitativa nominal	situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicos reconocidos sin que sea su pariente	El estado civil en el que se encuentra al momento de la encuesta	Estado civil: soltero, casado, divorciado, unión libre, viudo, separado	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero (a) • Casado (a) • Unión libre • Divorciado (a) • Viudo (a) 	Medidas de tendencia central (frecuencia)
Ocupación	Cualitativa ordinal	Actividad laboral de un individuo	Profesión u oficio que desempeña el paciente	Cuestionario	Labores del hogar Profesionista Obrero	Medidas de tendencia central (frecuencia)
Tiempo de evolución de la enfermedad	Cuantitativa ordinal	Espacio de tiempo que ha cursado un individuo desde el diagnóstico de su enfermedad al tiempo actual.	Tiempo en meses de evolución con el diagnóstico de psoriasis a la fecha	cuestionario	Menos de 6 meses 6-24 meses 25-60 meses 61-120 meses Más de 120 meses	Medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar)
Comorbilidad	Cualitativa nominal	Asociación de varios trastornos a		Cuestionario	Diabetes Mellitus	Medidas de tendencia



		una enfermedad concreta			Hipertensión arterial Artritis Psoriásica otras	central (frecuencia)
Variante Clínica	Cualitativa nominal	Forma de presentación clínica de psoriasis determinada por las características de las lesiones dérmicas		Exploración	Patologías asociadas diagnosticadas de los pacientes con psoriasis	Medida de tendencia central y prueba relación Chi cuadrada (frecuencia)
Funcionalidad Familiar	Cualitativa ordinal	Responsabilidades fundamentales que al cumplirse determinan que sus integrantes tengan mayores posibilidades de alcanzar su máximo desarrollo	Se mide en familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional o severamente disfuncional	Cuestionario FF-SIL	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional	Medida de tendencia central y prueba de relación Chi cuadrada
Índice de Calidad de Vida	Cualitativa Ordinal	Niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo	Puntaje Obtenido En Cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI)	Cuestionario dermatology life quality index (DLQI)	Cuantitativa Se considera afectación importante de la calidad de vida si la puntuación obtenida es mayor a 10, de un rango de 0 a 30 puntos	CUESTIONARIO DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX (DLQI)



CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)		
	Nombre del estudio:	Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con psoriasis del primer nivel de atención	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.		
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco. 2018		
Número de registro:	-----		
Justificación y objetivo del estudio:	México no cuenta con un estudio que englobe datos epidemiológicos de esta enfermedad; sólo se sabe que desde 1980 se halla dentro de las 15 dermatopatías más frecuentes y que equivale a 2% de las dermatosis vistas en la consulta por lo cual se estimará la prevalencia de psoriasis en la consulta externa de la unidad de medicina familiar no. 39.		
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario sociodemográfico, instrumento de funcionalidad familiar FF-SIL y Cuestionario de Índice de Calidad de vida		
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocimiento del impacto de la enfermedad dermatológica de psoriasis en la institución		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Confidencialidad, no se mostrarán los datos obtenidos de la persona		
Participación o retiro:	La participación en este estudio es de forma voluntaria, si usted desea no continuar en el, puede retirar en cualquier momento, sin que esto afecte su seguimiento en este instituto		
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos registrados serán totalmente confidenciales, respetando en todo momento la privacidad del paciente.		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica		
Beneficios al término del estudio:	Conocer la prevalencia de la enfermedad en el instituto Mexicano del Seguro Social		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dra. Rosario Zapata Vázquez		
Colaboradores:	Dra. Angelina Borraz Noriega. Dr. Humberto Ricardez Puente. Dra. Ana Rut Hernández Cano.		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Nombre, dirección, relación y firma Testigo 1		_____ Nombre, dirección, relación y firma Testigo 2	
Clave: 2810-009-013			



CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: “CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA UMF #39”

Edad:				
Sexo:	Femenino ()	Masculino ()		
Estado civil:				
a) Soltero(a)	b) Casado(a)	c) Unión libre	d) Separado (a)	e) Viudo(a)
Ocupación:				
Tiempo de Evolución:	a) De 1-5 años	b) 6-10 años	c) De 11-20 años	d) Más de 20 años
Otros padecimientos				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO:

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

“CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

A continuación, le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia con que ocurre esa situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi siempre
Se toman decisiones entre todos para las cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación de familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO:

INDICE DERMATOLOGICO DE CALIDAD DE VIDA (DLQI)

“CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

MARCA CON UNA X EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA

Situaciones	Nada en absoluto	Un poco	Mucho	Muchísimo
1. Durante la última semana ¿Cuánta picazón, molestia, dolor o quemazón ha tenido en la piel?				
2. Durante la última semana ¡qué tan avergonzado (a) ha estado de su piel?				
3. Durante la última semana, ¿Qué tanto ha interferido su malestar con ir de compras u ocuparse de su hogar?				
4. Durante la última semana, ¿Cuánto ha sido su malestar con respecto a la ropa que usa?				
5. Durante la última semana, ¿Qué tanto le ha afectado en sus actividades sociales, de ocio o tiempo libre?				
6. Durante la última semana, ¿Qué tanto le ha dificultado su malestar practicar algún deporte?				
7. Durante la última semana, ¿Su malestar le ha impedido trabajar o estudiar?				
Si la respuesta anterior es NO, durante la última semana, ¿Qué tanto su malestar ha sido un problema para su trabajo o sus estudios?				
8. Durante la última semana, ¿Qué tanto su malestar le ha creado problemas con su pareja, algunos de sus amigos íntimos o parientes?				
9. Durante la última semana, ¿Qué tanto problema le ha causado el tratamiento para su piel?... por ejemplo No poder encargarse de su hogar o tomarle mucho de su tiempo.				



“CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

PASI (índice de severidad de psoriasis)

Por favor encerrar en un círculo el número que corresponda

0=nada 1= leve 2= moderado 3=severo 4= muy severo

Severidad de las lesiones psoriásicas		CABEZA	TRONCO	BRAZOS	PIERNAS	
1	ERITEMA	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2	INDURACIÓN	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3	ESCAMAS	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4	SUMA DE 1+2+3					
Extensión de la psoriasis	5	0=nada 1= menos de 10 % 2= 10-30% 3=30-50% 4=50-70% 5=70-90% 6=90-100%				
	6	ANOTACIÓN				
	7	FILA 4 X FILA 6				
	8		X0,10	X0,30	X 0,20	X 0,40
	9	FILA 7 X FILA 8				
PUNTAJE PASI		(SUMA DE TODAS LAS FILAS)				