

Efectos psicosociales de la psoriasis en mujeres que acudieron al servicio de dermatología del hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" de San Juan de los Morros, estado Guárico, Venezuela, año 2016-2017

Psychosocial effects of psoriasis in women who ent to the dermatology service of hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" of San Juan de los Morros, Guárico state - year 2016-2017

Yetsamali Licón^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9777-8534>

Daniela Linares¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-6269>

Roberth Palacios¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1569-3490>

Recibido: 09/06/2019

Aceptado: 06/09/2019

Resumen:

Introducción: La psoriasis es una enfermedad autoinmune, crónica, actualmente incurable, que no es contagiosa y tiene un gran componente hereditario. **Objetivo:** Analizar los efectos psicosociales de las mujeres con psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" de San Juan de los Morros, estado Guárico (Venezuela) en el año 2016-2017. **Materiales y métodos:** La investigación fue de paradigma cuantitativo, se enmarcó en el enfoque positivista, el tipo fue de campo, nivel descriptivo y transversal. Para identificar las características clínico-epidemiológicas de las mujeres con psoriasis se tomó una muestra de sesenta y nueve (69) pacientes que conforman el total de las historias médicas registradas en el Servicio de Dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza, para el año 2016-2017. De esta muestra total se seleccionaron veinte (20) pacientes que acudieron a la consulta para aplicar un cuestionario con el fin de indagar los posibles efectos psicosociales generados por esta enfermedad. **Resultados:** De las características clínico-epidemiológicas de las pacientes se puede destacar que el 30% presenta manchas rojas en la piel de escaras plateadas, un 56% por ciento repartido en síntomas y signos como pequeños puntos en escala, piel seca y agrietada que puede sangrar, picazón, ardor, dolor, uñas estriadas y engrosadas e hinchazón y rigidez en las articulaciones con 7% en cada una de las alternativas. Los efectos de la enfermedad que impactan psicosocialmente a las mujeres consultadas pueden asociarse al rechazo de sí mismas, al abandono de sus pasatiempos favoritos, retiro del entorno social. **Conclusiones:** Las pacientes se sienten estigmatizadas llegando a sentir miradas ofensivas de las demás personas afectando así su calidad de vida. **Palabras clave:** psoriasis, efectos psicosocial, impacto, mujeres.

Abstract:

Introduction: Psoriasis is an autoimmune, chronic and currently incurable disease, which is not contagious and has a large inherited component. **Objective:** To analyze the women with psoriasis psychosocial effects in the Dermatology Service of the Dr. "Israel Ranuárez Balza" Hospital in San Juan de los Morros, Guárico state (Venezuela) in 2016-2017. **Materials and methods:** The research was a quantitative paradigm, was framed in the positivist approach, the type was field, descriptive and transversal level. In order to identify the women with psoriasis clinical-epidemiological characteristics, a sample of sixty (69) patients that make up the total medical Dermatology Service of the Dr. Israel Ranuárez Balza Hospital registered records, was taken for the year 2016-2017. From this total sample, twenty (20) patients were selected who attended the consultation to apply a questionnaire in order to investigate the possible psychosocial effects generated by this disease. **Results:** About the clinical-epidemiological characteristics in the patients, it can be highlighted that 30% have red spots on the skin of silver sores. The 56% distributed in symptoms and signs such as small scale points, dry and cracked skin that can bleeding, itching, burning, pain, striated and thickened nails and swelling and stiffness in the joints with 7% in each alternatives. The disease effects that impact psychosocially on the women consulted can be associated with the rejection of themselves, the abandonment of their favorite hobbies, and withdrawal from the social environment. **Conclusions:** the patients feel stigmatized getting to feel offensive glances from other people thus affecting their life quality.

Keywords: psoriasis, psychosocial effects, impact, women.

¹Facultad de Medicina. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. Guárico-Venezuela

*Correspondencia: yetsamali@gmail.com

Introducción

La psoriasis es una enfermedad caracterizada por una hiperproliferación queratinocítica, con diferenciación anormal de los queratinocitos y un infiltrado inflamatorio dérmico. Actualmente, se considera como una enfermedad inmunológica en la que la diferenciación y proliferación anormal de los queratinocitos son mediadas por linfocitos Th 1 activados con implicación de citocinas, factores de crecimiento y mediadores de la inflamación. Vale destacar que es conocido que, junto a la base genética necesaria, se precisan una serie de diversos factores ambientales para el desencadenamiento y/o perpetuación de la psoriasis. Entre ellos pueden destacarse los traumatismos, ciertos fármacos, infecciones, cambios hormonales y el estrés o los trastornos psicoemocionales. En este sentido, es necesario analizar el impacto que la psoriasis genera a nivel personal y social (vestimenta, deportes), emocional (relaciones afectivas y sexuales) y vocacional (bajas laborales, despidos) en la mujer afecta; la modificación de la imagen corporal que conlleva, con el consiguiente estigma social, conduce a una situación diaria de estrés que será crónico y recurrente.

La psoriasis es una enfermedad autoinmune, crónica, actualmente incurable, que no es contagiosa y tiene un gran componente hereditario. En lo que respecta a los síntomas, estos pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Según datos ofrecidos (1) la enfermedad aparece en las mujeres antes que en los hombres, estableciendo como edades media de 24,27 en el sexo femenino y 29,87 en el sexo masculino (1). En la actualidad, la psoriasis afecta a 125 millones de personas de distinta clase social en todo el mundo, con un rango del 1 al 3% de la población en general (2), en este sentido, el 0,03% de los venezolanos la padecen aunque para la actualidad no se tienen cifras oficiales (3).

En este mismo margen de ideas, la psoriasis aqueja las personas de manera diferente, para algunos la enfermedad es una simple molestia, pero para otros tiene efectos negativos en todos los aspectos de su vida diaria (4). Al respecto, en función de lo activo que puede ser el individuo, suele tener un profundo impacto en lo físico y en la esfera emocional del paciente. Dependiendo de si el brote es leve o grave y de su localización, los afectados pueden experimentar incomodidad física e incluso limitar seriamente su movilidad. El dolor y el picor pueden interferir en sus funciones básicas, como el cuidado personal, andar, hacer deporte, dormir, entre otras (4).

Por otro lado, al ser la piel el órgano más grande del cuerpo comprometido por la psoriasis, el impacto de padecerla involucra un conjunto de alteraciones funcionales, psicosociales y restricciones propias de la persona que la sufre (5), estas van desde cubrir su piel lo más posible, algunas cambian completamente su vestuario y solo compran ropa con la que puedan ocultar su piel a los demás y en último extremo, abandonar sus pasatiempos favoritos o incluso a retirarse de su círculo social para evitar miradas ofensivas, comentarios hirientes y la constante necesidad de explicar el por qué del aspecto de su piel (4, 5).

De la misma manera también, los estudios reportan que entre 10 a 15% se inicia antes de los 10 años de edad, con predominio en la segunda década de la vida, siendo el promedio de presentación a los 27 años. La distribución por sexo es homogénea (4, 5). Por su parte, la etiología de esta entidad no está bien definida, están involucrados factores genéticos y ambientales, un conjunto común de efectores resultan en la manifestación característica de esta enfermedad (5).

Vale destacar que se describe la enfermedad la proliferación y diferenciación anormal de los queratinocitos epidérmicos activados por la infiltración de linfocitos y, además, la participación de diferentes interleuquinas (IL-1,

IL-6, IL-8, TNF-IFN-), granulocitos, macrófagos y factores estimulantes de colonias (6). Según esto, entre sus formas clínicas, las más frecuentes se encuentra la psoriasis en placa o vulgar; y en la población pediátrica, la psoriasis guttata o en gotas. Aunque generalmente no afecta la supervivencia, sin duda tiene una serie de importantes efectos negativos en los pacientes, demostrable por un perjuicio significativo para la calidad de vida (6).

Un aspecto importante a tomar en consideración, es que los pacientes con psoriasis en muchas ocasiones se encuentran estigmatizados por la condición, la segregación de los pacientes es cada día menor debido a la instauración de las terapias biológicas, las cuales han cambiado el paradigma de esta condición desde su advenimiento (4). Si bien el beneficio de la terapia biológica es inconmensurable, el galeno debe reconocer los pacientes susceptibles de recibirlos, no sólo atender al hecho de la presentación de la enfermedad sino a las diversas aristas del ecohábitat del paciente (los determinantes sociales) (5, 6).

En el Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" de San Juan de los Morros, estado Guárico, el Servicio de Dermatología, atiende la consulta de pacientes con psoriasis, en aras de mejorar y disminuir los brotes de la enfermedad. En el último año se ha evidenciado un aumento significativo principalmente en mujeres, lo cual es posible constatar en las historias clínicas que descansan en los archivos respectivos del centro de salud. Vale destacar que la enfermedad afecta hasta el 3% de la población en el mundo, y si bien se presenta en ambos géneros, en la mujer puede llegar a producir la depresión en quienes la padecen, incluso la Organización Mundial de la Salud declaró esta enfermedad como dolorosa y desfigurante. Esta patología muy incómoda, para quienes la

sufren la citan como "una enfermedad que no te mata, pero que no te deja vivir tranquila". Ya que los pacientes sufren casos de discriminación o rechazo por las heridas características de la enfermedad.

La terapéutica para la psoriasis abarca esquemas antiguos y terapias basadas en genética médica; siendo sin duda alguna uno de los grandes retos a los cuales el dermatólogo se ve enfrentado en su práctica diaria, no sólo por la complejidad de la entidad, sino por la posibilidad, con un tratamiento adecuado, de inducir cambios significativos en la calidad de vida (6). Aunque los protocolos de terapia están bien definidos, es importante conocer las características epidemiológicas de la población y su calidad de vida, para establecer protocolos locales adaptados a las necesidades de atención de cada grupo poblacional y que el efecto causado sea el de menor impacto psicosocial en la paciente. (5, 6).

Tipos

La psoriasis como enfermedad inflamatoria de la piel de carácter crónico y no contagiosa, se manifiesta mediante la aparición de placas rojizas cubiertas de escamas blanquecinas sobre la superficie cutánea (7). En este sentido, Wolters sostiene que diversos estudios muestran que existen diferentes tipos de psoriasis; las personas que padecen esta enfermedad pueden tener un tipo específico (5, 7). Se le ha clasificado de la siguiente manera: (7)

Psoriasis en placa: es la variante más simple y menos dañina de la Psoriasis. 80% de las personas con la enfermedad tienen esta variación. Los síntomas son lesiones de color rojo, con una especie de cubierta de color blanco plateado por encima de las heridas. La psoriasis en placa se encuentra por lo general en las rodillas, la espalda baja, el cuero cabelludo y los codos (5, 6, 7).

Psoriasis pustulosa generalizada: en esta forma relativamente rara de la enfermedad, las áreas extensas de la piel enrojecidas (eritema) se transforma, y desarrolla, la piel blanda, pústulas, ampollas de pues no infecciosas y puede cambiar y aparecer como piel seca, y puede ser aguda y dolorosa y después reaparece la piel blanda pustulosa por varios días (7).

Psoriasis en gotas: las lesiones de este tipo de psoriasis son más pequeñas que las heridas de la psoriasis en placa, y aparecen en el cuerpo en forma de puntos correctos de las lesiones. Es algo así como la varicela. Por lo general, aparecen en el tronco y las extremidades. La psoriasis Inversa que suele afectar a los pliegues de tu piel, como en las partes genitales, debajo de los senos y en las axilas. Las lesiones de tipo psoriasis inversa suelen brillar un poco, y de nuevo, aparecen con color rojo (5, 6, 7).

Psoriasis eritrodérmica: este tipo de psoriasis es la más perjudicial conocida, puede aparecer junto con psoriasis pustulosa, en este tipo la piel presenta un color rojo fuego en las lesiones, que puede propagarse por todo el cuerpo. Muchas veces requiere hospitalización (7).

Epidemiología

En relación a la epidemiología de la psoriasis, en el mundo, de 2% a 3% de la población sufre de dicha enfermedad, con variaciones étnicas y geográficas (7, 8). En el caso de Venezuela, no se tienen cifras oficiales actuales. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística refiere que el 0.03% de los venezolanos padecen psoriasis. Actualmente, la Asociación Venezolana de Psoriasis (Avepso), lleva a cabo un conteo de pacientes a fin de llevar un registro (8).

Manifestaciones clínicas

La primera aparición de la lesión en la piel se produce generalmente muy insidiosamente como lesiones aisladas y pequeñas, a menudo en codo y rodillas o en sitios de la lesión epidérmicas. Aunque el trauma es con frecuencia el factor local inductor de la lesión, en la mayoría de los casos el trauma específico que procede a cada lesión no es recordado por el paciente (7).

Las lesiones varían de tamaño y configuración de paciente a paciente, y en el mismo paciente, de una época a otra. Por ejemplo: las lesiones papulares pequeñas y discretas aparecidas por todo el cuerpo generaron el término de psoriasis Guttate (en forma de gota de lluvia o lagrimeo); las lesiones en placas o anilladas se llamaron psoriasis anular circinata; y la función de la lesiones anilladas fue la psoriasis Girata (6, 7).

En cuanto al cuadro de desarrollo de las lesiones, sin duda alguna es un rasgo fundamental del proceso de enfermedad el cuadro de desarrollo más sin embargo todavía no conocido (5, 6, 7). Los codos y rodillas están afectados probablemente con mayor frecuencia que en cualquier zona, debido quizás q estas partes acrales sufren más traumas mecánicos repetidos que otras partes (7).

Causas

La psoriasis comienza en el sistema inmunológico, principalmente con un tipo de células blandas presentes en la sangre llamadas linfocitos T. En la psoriasis, los linfocitos T se activan indebidamente, causando la activación de otra respuesta inmunitaria. Las personas que tiene psoriasis pueden notar que a veces la piel mejora y otras veces empeora, sin embargo, recientes investigaciones indican que la psoriasis no tiene un origen específico. Lo que se comprobó fue que una de las causas más comunes de esta enfermedad dermatológica son los factores ambientales (7).

De la misma forma se señala que son muchos los factores que puedan activar la psoriasis tales como, Traumatismos, Fármacos como por ejemplo tratamientos con sales de litio, betabloqueantes, antimaláricos pueden exacerbar o agravar la psoriasis, factores psicológicos, factores climáticos, factores metabólicos dentro de ellos (8, 9). Por último y no menos importantes los factores endocrinos que aún no está clara la relación, aunque se evidencian picos de máxima incidencia en la pubertad y la menopausia (9).

Diagnóstico de la psoriasis

Sin duda el diagnóstico de psoriasis se basa fundamentalmente en las características clínicas, por lo cual es importante considerar (8):

1. Antecedentes personales.
2. Antecedentes familiares: el 30% tiene historia familiar de la enfermedad.
3. Tipo de lesiones y localización: piel, cuero cabelludo, uñas, articulaciones.
4. Biopsia cutánea: no siempre es característica y varía según el tipo y el tiempo de evolución de la lesión; la muestra debe tomarse de lesiones tempranas o del borde de extensión de una placa.

Tomando en cuenta lo anterior, exámenes complementarios son requeridos de acuerdo a las necesidades diagnósticas y terapéuticas, tales como: hemograma completo, eritrosedimentación, proteína C reactiva, glicemia e insulina basal y postprandial, perfil lipídico, función hepática, función renal, serología para HIV, hepatitis B y C, AAN y factor reumatoide (en caso de sospechar artropatía psoriática), Rx de tórax y de articulaciones, cultivo nasal y faríngeo (en caso de sospecha de psoriasis en gotas), examen micológico de uñas (8).

Consecuencias de la enfermedad psoriasis

Son aquellas que conllevan a un impacto emocional, comportamiento depresivo y una desvalorización de sí mismo, en casi todas las culturas y grupo sociales, muchos pacientes sufren severas depresiones y humillaciones si las placas son visibles. Algunos se aíslan y retiran de la sociedad. Otros son forzados a dejar el trabajo y se inhabilitan si la condición se vuelve incapacitante (10).

En relación a la baja autoestima a consecuencia de una enfermedad, estas no ocurren aisladamente, sino que se sitúan en un contexto dado por las características biológicas, psicológicas y sociales de cada paciente (10, 11). Esto quiere decir que no hay dos psoriasis iguales, porque cada persona, según sus características individuales (trabajo, historia familiar, rasgos de personalidad, etc.) va a vivenciar la enfermedad de un modo diferente.

En algunos casos, los problemas de la vida obran como disparadores de un brote de psoriasis, y en otros, la aparición de la enfermedad es la que provoca, como consecuencia, una serie de problemas que se van expresar en el plano familiar y social. En tal sentido la autoestima de una persona no se debe valorar solo por lo que aparenta, sino más bien guiándose por el contexto en el que muestra su conducta o por la manera como habla de sí mismo, de los demás y de su enfermedad (10).

Los indicios más legítimos de una baja autoestima en una persona con psoriasis son (7, 8):

El rechazo hacia sí mismo como reacción ante los demás. La gente rechaza al enfermo de la piel porque se reconoce a sí misma en la imagen del que tiene enfrente, como sucede con los espejos. Cuando el que está enfrente es diferente, o muestra una imagen que no es semejante a lo que se espera encontrar, a lo más conocido, esa imagen es rechazada. En vez de provocar identificación, provoca impresión (8).

Además, la piel es el órgano del cuerpo que contiene y separa al resto de los órganos, tanto del medio externo como de las demás personas. Cuando la piel se enferma, es asociada inmediatamente con la posibilidad de contagio y su portador es evitado y segregado. Este hecho es irracional pero tiene raíces milenarias. La lepra fue símbolo del contagio en distintas épocas y culturas, y sin embargo es una de las enfermedades infecciosas menos contagiosas que hay (7, 8). La razón del temor a la enfermedad de la piel pasa más por su visibilidad antiestética que por su peligrosidad verdadera. Si bien la gente puede mostrar una actitud de rechazo, la sensación de rechazo puede ser anticipada por el propio paciente, y no ajustarse a la realidad (7).

Sentimiento de ser defectuoso o feo/a y la inclinación a ocultarse. El sentimiento de ser defectuosos está vinculado a la idea de suciedad con la que es asociada la psoriasis, y a la que médicos y pacientes contribuyen cuando usan la palabra limpiar para referirse al proceso de curar las lesiones. (8). Nadie puede aportar soluciones para todo. Actitudes así favorecen al estrés, y generan un malentendido: el que se conmueve por el otro y le quiere solucionar las cosas, es rechazado injustamente con la inclinación a ocultarse, suele ser consecuencia de sentirse examinado, creer que todos están pendientes y se siente el centro de las miradas. Dichas miradas aparecen por todas partes y son imaginadas como si fueran omnipotentes y críticas. Por supuesto, esta vivencia es más frecuente en quienes tienen lesiones en lugares expuestos y es más difícil de observar en los que presentan lesiones ocultas (7, 8).

La dificultad para expresar agresividad. Vale destacar al respecto que algunos vuelcan su rabia hacia afuera y otros hacia adentro. En este sentido, puede decirse que características como la rabia hacia afuera puede estar dirigida hacia los médicos, por no encontrar la cura definitiva, o hacia la gente que puede hacer una vida más normal (8). Una manera de volcar la rabia hacia adentro es a través de

lastimarse mediante el rascado o no permitirse determinados placeres. Por ello es así como determinados pacientes muy graves llegan a tener hasta ideas de suicidio, otros, sin darse cuenta, cometen suicidios fraccionados, matando partes de sí mismos (7, 8).

La ausencia de actitud o expectativas positivas. Es el caso de quienes tienden a adelantarse a los hechos y estar todo el tiempo solucionando un futuro imaginado siempre negativamente. Son los que se pelean por anticipado o se cubren antes de tiempo. El mismo problema, puede manifestarse con el siguiente pensamiento: "Si pienso en la enfermedad o veo alguien que la padece y está peor que yo, me voy a brotar igual que el otro". En las enfermedades en las cuales la ansiedad juega un rol tan importante, se genera un círculo vicioso: ansiedad-enfermedad-ansiedad (7).

La ansiedad o temor por las recurrencias, desencadena exactamente lo más temido, es decir el rebrote de la enfermedad. Esto refuerza la idea fantasiosa de una profecía auto-cumplida. Otra forma de manifestarse la ausencia de actitudes positivas, es con el sentimiento de desesperanza. La sensación de impotencia por cambiar el estado de los síntomas, hace que mucha gente extienda su sensación de desesperanza o impotencia hacia todos los desafíos que plantea la vida. Una historia cargada de fracasos terapéuticos incrementa estos sentimientos (6, 7, 8).

Estigmatización. La persona estigmatizada posee o crea poseer algún atributo que provoque una devaluación de su identidad social en un contexto social particular. Para ello, puede que el sujeto estigmatizado no sea visto o no se vea el mismo como miembro de un grupo social (10, 11).

Sociales y laborales. La psoriasis es una dermatosis de curso crónico que presenta en su evolución algunos factores que inciden en el desarrollo psicosocial de los que la padecen. Algunos, como la edad de aparición

antes de los 40 años, casi en el 60% de los casos, el compromiso en zonas expuestas, localizaciones palmo plantales o participación articular y la necesidad de cuidados muchas veces permanentes, pueden poner al paciente en la condición de discapacitado físico y/o social, que impacta en su vida de relación, emocional, laboral y económica (11).

En cuanto a lo laboral, se deberán considerar 3 aspectos (12): visión de las otras personas sobre el enfermo, estigmatización o discriminación, pérdida de oportunidades laborales.

Pérdida de oportunidades laborales. La pérdida de oportunidad se define como la desaparición de la probabilidad seria y real de un evento favorable. Bajo esta categoría se indemnizan tanto menoscabos de naturaleza patrimonial –v.gr., la pérdida de las oportunidades de devengar un lucro o de economizar determinados costos--, como daños extramatrimoniales, por ejemplo: la pérdida de la oportunidad de supervivencia o la pérdida de la oportunidad de curación; o mixtos, como la privación de chances de superación profesional (6, 7, 8).

Ausentismo relacionado con la enfermedad. El principal tipo de ausentismo es el atribuido a incapacidad por enfermedad o por accidente y ocupa las tres cuartas partes del ausentismo en la industria. En los países industrializados, a pesar de las mejoras en las condiciones socioeconómicas, en la oferta y en la calidad de la asistencia sanitaria, la tasa de ausentismo se ha incrementado en forma considerable por encima del 30% en los últimos 25 años (7, 8).

Incapacidad laboral: la incapacidad que afronta un trabajador para laborar como consecuencia de una enfermedad o un accidente de trabajo. La incapacidad laboral puede presentarse de forma temporal o permanente, y puede ser parcial o total. Una incapacidad permanente conduce necesariamente a la pensión del trabajador (7).

Jubilación anticipada: Se establecen legalmente dos modalidades de acceso a la jubilación anticipada, la que deriva del cese en el trabajo por causa no imputable al trabajador y la que deriva de la voluntad del interesado, Respecto de la derivada del cese en el trabajo por causa no imputable a la libre voluntad del trabajador (7, 8).

Despido injustificado: El Artículo 80 de la nueva Ley Orgánica del Trabajo de Los Trabajadores y Trabajadoras (LOTTT), se refiere al despido indirecto o injustificado, por parte del patrono o empleador. Causas justificadas de retiro del trabajo por parte del trabajador o empleado. Se considerará despido indirecto o injustificado por parte del Patrono, los siguientes casos: Falta de probidad (honradez, honestidad, integridad o rectitud), Todo acto inmoral que ofenda al trabajador o algún miembro de su familia que vivan con él (12).

Tratamiento a considerar

El tratamiento de la psoriasis debe individualizarse en base a la extensión de la enfermedad, localización anatómica, implicancia en la calidad de vida, artritis psoriásica asociada, factores desencadenantes como infecciones, medicaciones, estrés, y la terapia concomitante que utiliza el paciente. Se pueden utilizar tres modalidades terapéuticas: agentes tópicos esteroides o no), radiación ultravioleta y medicaciones sistémicas (13).

Criterios de derivación a psicoterapias y/o psiquiatría

Criterios absolutos: Comorbilidad psiquiátrica, neurosis severa, adicciones, impulsividad, desordenes severos de la personalidad. Efectos psicológicos de la enfermedad de gravedad, como por ejemplo depresión con ideas suicidas. Conductas autodestructivas; lesiones auto infringidas, excoriaciones o

manipulaciones de la piel o de las lesiones que no se justifican por el cuadro clínico. Automedicación con psicofármacos (7, 8).

Criterios relativos mayores:

- Síntoma psicológicos o psiquiátricos vinculados o no a la psoriasis; insomnio, tabaquismo o alcoholismo, síntomas neuróticos, problemas vinculares familiares, laborales o de pareja.
- Afectación de la calidad de vida en una magnitud tal que no se justifica que por las características o la localización de la enfermedad (8).
- Factores psicológicos o hechos vitales que funcionan evidentemente como disparadores o desencadenantes del comienzo de la enfermedad o de los brotes subsiguientes.
- Eritrodermias y localización que afecten al paciente de un modo tal que le resulte inmanejable (localización facial, genital, palmas y plantas.) (8)

Criterios relativos menores:

- Pacientes que no responden satisfactoriamente a terapias habituales.
- Pacientes que tienen dificultades en mantener satisfactoriamente una relación terapéutica con el médico, a causa de angustia injustificada, litigios infundados o problemas interpersonales.
- Paciente que, por su personalidad inestable, deambulan por los consultorios dermatológicos, sin mantener la continuidad necesaria en los tratamientos.
- Pacientes que además de sufrir psoriasis, padecen otras enfermedades psicosomáticas u otros trastornos en los que el estrés y la ansiedad o la depresión juegan un papel fundamental interfiriendo en la evolución o el tratamiento de la psoriasis (obesidad, enfermedades autoinmunes, pacientes oncológicos, infarto de miocardio, artropatía deformante, entre otras (8).

En el presente artículo tomando en consideración lo antes explicado y mediante un estudio de campo, se analizó el impacto generado a causa de los efectos psicosociales de psoriasis en pacientes femeninas que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" de San Juan de los Morros, estado Guárico en el año 2016-2017, en tal contexto, primeramente se identificaron los casos de psoriasis en mujeres que acudieron al servicio específico en el 2016, mediante consultas a las historias clínicas para señalar las posibles causas generadoras de la enfermedad en dichas mujeres para luego establecer las consecuencias psicosociales y de impacto.

Materiales y métodos

Es una investigación enmarcada en el paradigma cuantitativo. De enfoque positivista. También de campo Se ubicó en el nivel descriptivo y transversal.

La población quedó representada por el total de pacientes femeninas con psoriasis que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" de San Juan de los Morros, estado Guárico en el año 2016, las cuales llegaron a sesenta y nueve (69); tomando en consideración los componentes representados en las historias médicas registradas en el centro de salud estudiado en la fecha escogida, las cuales contienen la información necesaria para señalar las características clínico epidemiológicas de éstas.

Adicionalmente, se tomaron veinte (20) pacientes femeninas que acuden en la actualidad a la consulta en el servicio de dermatología del hospital, a quienes se les aplicó un cuestionario para poder establecer los efectos de la enfermedad que las impactan psicosocialmente incluyendo su calidad de vida en el año 2017. Todo se realizó previa solicitud de autorización para la búsqueda de los datos en la oficina de historias médicas respectiva

en el centro de salud donde se conversó con la coordinadora general para el acceso a las mismas.

La técnica empleada para obtener los datos necesarios fue la observación aplicada a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes. También se empleó una encuesta.

Resultados

De acuerdo con los datos obtenidos de las muestras se observó que el 44% de las pacientes femeninas tienen un promedio de edad entre 18 y 30 años, el 28% está entre los 31 y 50, un 14% ondea en los 51- 70 y más. Lo que indica según estos resultados que la psoriasis en esta población se presenta en mujeres jóvenes. Al respecto, Pierre señala que la psoriasis puede aparecer a cualquier edad sin importar el sexo, si bien es menos frecuente en los niños que en los adultos, tiene un pico de incidencia entre los 20 y los 35 años en mujeres (10).

De las pacientes atendidas un 57% en la actualidad están solteras, mientras el 29% son divorciadas y un 14% con pareja. Cortéz *et al.* Señalan en este sentido que es frecuente que las pacientes presenten alteración de su imagen corporal y de la autoestima lo cual, fácilmente, puede interferir en sus relaciones de pareja. En la esfera personal, la psoriasis ha demostrado ser un factor muy importante en las relaciones de pareja, como consecuencia de las alteraciones emocionales que sufren los pacientes y de las limitaciones que la enfermedad provoca en las actividades familiares, circunstancias que podrían explicar la mayor tasa de divorcios encontrada en determinados estudios (14).

En cuanto a la ocupación de las mujeres atendidas en el servicio de dermatología del Hospital, un 57% en la actualidad no laboran, mientras el 29% trabajan de manera informal y solo un 14% en la actualidad se encuentra

laborando formalmente. Cortéz *et al.* también señalan en este sentido que es frecuente que las pacientes con psoriasis presenten limitaciones por las alteraciones de su imagen corporal y de la autoestima en el ámbito laboral y de relaciones (14). Los pacientes con psoriasis pueden tener dificultades para conseguir o mantener el trabajo, debido a una merma en la productividad e incluso a la pérdida de días o de horas laborales por los tratamientos o los brotes.

Características clínico-epidemiológicas

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual de las características clínico-epidemiológicas en pacientes mujeres que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" año 2016, según las historias médicas

Clínico-epidemiológicas	Fr	%
Manchas rojas en la piel cubiertas de escaras plateadas	19	30%
Pequeños puntos en escala	10	14%
Piel seca y agrietada que puede sangrar	10	14%
Picazón, ardor o dolor	10	14%
Uñas estriadas o engrosadas	5	7%
Hinchazón y rigidez en las articulaciones	5	7%
Todas las anteriores	10	14%
Total General	69	100%



Gráfico 1. Características clínico-epidemiológicas

Tomando en cuenta los resultados del cuadro 1 y el gráfico 1, vinculados con el indicador de características clínico-epidemiológicas de las pacientes mujeres que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" en el 2016 y según las historias médicas revisadas y vaciada la información en el cuadro de registros empleado como instrumento, puede destacarse que el 30% presenta manchas rojas en la piel de escaras plateadas, un 56% por ciento repartido en síntomas y signos como pequeños puntos en escala, piel seca y agrietada que puede sangrar, picazón, ardor, dolor, y todas las anteriores; distribuido en un porcentaje del 14% respectivamente, y uñas estriadas y engrosadas e hinchazón y rigidez en las articulaciones con 7% en cada una de las alternativas. En tal ámbito de ideas, Delgado et al. afirman que la psoriasis se presenta como Psoriasis en placas o psoriasis vulgar, la cual es la forma más frecuente. Se caracteriza por la formación simétrica de placas de 1 a 30 centímetros, localizada en cualquier zona de la piel, especialmente rodillas, codos, región lumbosacra y cuero cabelludo. Es importante destacar que las lesiones pueden durar hasta meses, e incluso años, y en sucesivos brotes se van extendiendo al tórax y las extremidades.

Cuando las lesiones confluyen en grandes placas con bordes geográficos, el cuadro se denomina psoriasis gyrata; otras veces, aparece una zona central más clara, y el cuadro se llama psoriasis anular (10). En general, el diagnóstico de la psoriasis se basa en la apariencia de la piel y suele ser suficiente con la realización de una buena historia clínica. Las analíticas sanguíneas no son herramientas valiosas para el diagnóstico de la psoriasis. No obstante, teniendo en cuenta las diversas presentaciones clínicas y su parecido con otras enfermedades de la piel papulo escamosas, puede ser difícil su diagnóstico para los médicos no dermatólogos. En caso de duda, se puede realizar una biopsia cutánea. Se debe diferenciar del eccema numular, el linfoma cutáneo de células T, la pitiriasis rubra pilaris y las dermatofitosis.

Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de la dimensión impacto social. Indicador: Reflejo. Mujeres con psoriasis que asisten a consulta en el servicio de dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" año: 2017

Alternativas	Fa	Fr%
Cuando te reflejas en el espejo cómo te sientes?		
Diferente	11	55%
Bella	4	20%
Fea	4	20%
Otros	1	5%
Total	20	100%

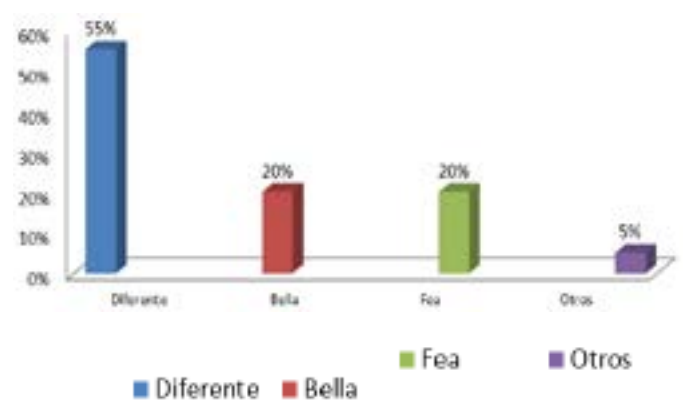


Gráfico 2. Reflejo

Los resultados presentados en el cuadro 2 y el gráfico 2, vinculados con la variable efectos y la dimensión impacto social, cuyo indicador está relacionado con el reflejo que perciben las mujeres con psoriasis atendidas en la consulta del servicio de dermatología del Hospital Dr. Israel Ranuarez Balza desde el año 2017, cuando se observan en el espejo, en este sentido, la mayoría, es decir, más de la mitad (55%) respondió que se ve diferente, un 20% repartido entre bella y otro 20% fea, respectivamente; y un 5% se inclinó por la opción otros. Cortéz *et al.* afirman en este sentido, que los estudios transversales realizados indican que la psoriasis está asociada con sentimientos de estigmatización. Las comorbilidades físicas y emocionales pueden influir en el desarrollo social y económico de los pacientes (14).

Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de la dimensión impacto social. Indicador: Vestimenta. Mujeres con psoriasis que asisten a consulta en el servicio de dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" año: 2017

Alternativas	Fa	Fr%
Generalmente te vistes con qué tipo de ropa?		
Tapada	16	80%
Descubierta	4	20%
Normal	-	-
Total	20	100%

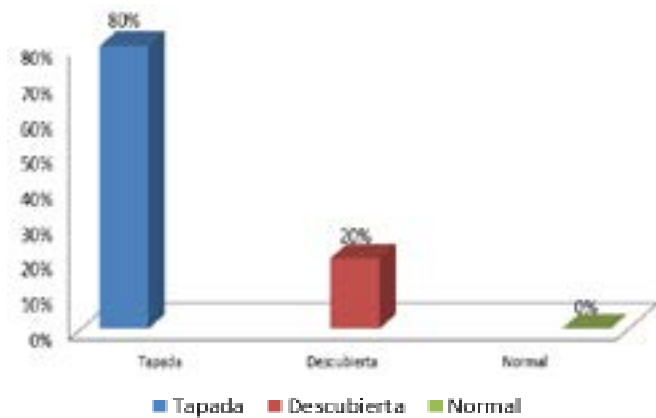


Gráfico 3. Vestimenta

Vale destacar que los resultados presentados en el cuadro 3 y el gráfico 3, vinculados con la variable efectos y la dimensión impacto social, cuyo indicador está relacionado con la vestimenta de las mujeres con psoriasis que son atendidas en la consulta del servicio de dermatología del Hospital Dr. Israel Ranuarez Balza desde el año 2017, y la forma como generalmente se visten y cuál tipo de ropa prefieren, la mayoría respondió que su vestimenta es tapada, es decir tratan de cubrir su piel para evitar la exposición de las lesiones, el restante 20% manifiesta descubierta. Delgado *et al.* señalan que las mujeres con psoriasis tratan de vestirse cubriendo su piel porque sienten que son rechazadas lo cual baja su autoestima (10).

Tabla 4. Distribución absoluta y porcentual de la dimensión impacto social. Indicador: Invitaciones. Mujeres con psoriasis que asisten a consulta en el servicio de dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" año: 2017

Alternativas	Fa	Fr%
Cuando te hacen invitaciones a fiestas, reuniones, cenas ¿qué haces?		
Asistes	5	25%
Las evitas	10	50%
Si vas te escondes	3	15%
Otros	2	10%
Total	20	100%



Gráfico 4. Invitaciones

Según los resultados presentados en el cuadro 4 y el gráfico 4, vinculados con la variable efectos y la dimensión impacto social, cuyo indicador está relacionado con las invitaciones a fiestas, reuniones, cenas que reciben las mujeres con psoriasis que son atendidas en la consulta del servicio de dermatología del Hospital Dr. Israel Ranuarez Balza desde el año 2017, y que al preguntar que hacen al recibir las de otras personas un 50% respondió que las evita, un 25% asiste, otro 15% si va se esconde y un 10% se inclinó por otra cosa. Delgado *et al.* sostienen que los pacientes con psoriasis, especialmente las mujeres jóvenes no se relacionan socialmente evitan asistir a reuniones y fiestas para no tener que explicar que padecen ni ser vistas de manera irregular (10).

Tabla 5. Distribución absoluta y porcentual de la dimensión impacto social. Indicador: Padecimiento. Mujeres con psoriasis que asisten a consulta en el servicio de dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" año: 2017

Alternativas	Fa	Fr%
Por padecer psoriasis que sientes?		
Te miran Feo	8	40%
Están pendiente de ti	6	30%
Sientes que eres el centro de las miradas	6	30%
Total	20	100%

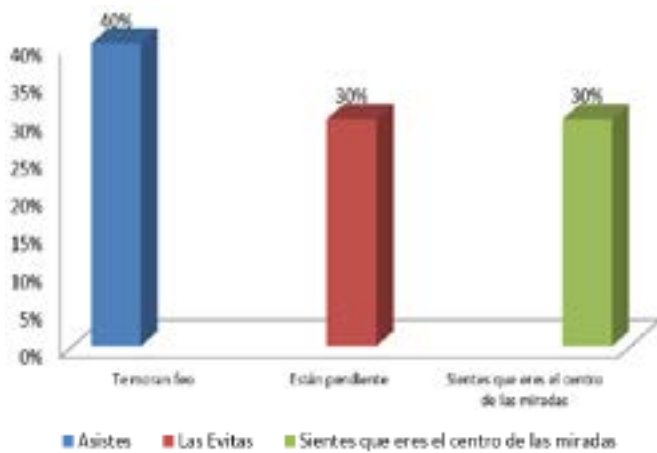


Gráfico 5. Padecimiento

Igualmente, según los resultados presentados en el cuadro 5 y el gráfico 5, vinculados con la variable efectos y la dimensión impacto social, cuyo indicador está relacionado con los padecimientos que sienten las mujeres por sobrellevar la psoriasis y que son atendidas en la consulta del servicio de dermatología del Hospital Dr. José Ranuárez Balza desde el año 2017, un 40% expuso que percibe que la miran feo, un 30% opinó que están pendientes de ellas y otro 30% que son el centro de atención, por las lesiones que exponen sus pieles y que ocasionan cierto malestar en las demás personas. Delgado *et al.* señalan que la psoriasis provoca una especie de atención a observar con rareza las escalas en las personas que la padecen, lo que está relacionado con está asociada con sentimientos de estigmatización (10).

Tabla 6. Distribución absoluta y porcentual de la dimensión impacto social. Indicador: Familia. Mujeres con psoriasis que asisten a consulta en el servicio de dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" año: 2017

Alternativas	Fa	Fr%
Cuando realizas una comida tu familia que hace?		
La comen	8	40%
La dejan	6	30%
No cocino	6	30%
Total	20	100%

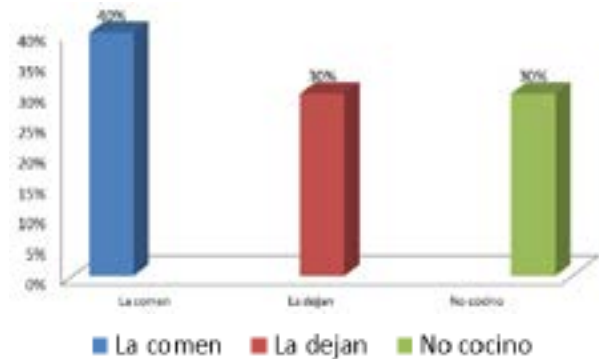


Gráfico 6. Familia

Igualmente, según los resultados presentados en el cuadro 6 y el gráfico 6, vinculados con la variable efectos y la dimensión impacto social, cuyo indicador está relacionado con la familia; en este sentido cuando se les pregunta si al realizar comidas en conjunto; un 40% respondió que se comen los alimentos preparados, mientras que un 30% respondió que lo dejan y un 30% manifiesta que prefiere no cocinar. En este sentido, Cortéz *et al.* Exponen que las personas son discriminadas por la presencia de las lesiones en la piel, lo que ocasiona que se estigmaticen los que la padecen, y afloren expresiones de rareza, segregación, asco, rechazo, entre otras (14).

Tabla 7. Distribución absoluta y porcentual de la dimensión impacto social. Indicador: Actualidad. Mujeres con psoriasis que asisten a consulta en el servicio de dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" año: 2017

Alternativas	Fa	Fr%
En la actualidad has pensado?		
Buscar trabajo	8	40%
Dejar el trabajo	6	30%
No hacer nada	6	30%
Total	20	100%

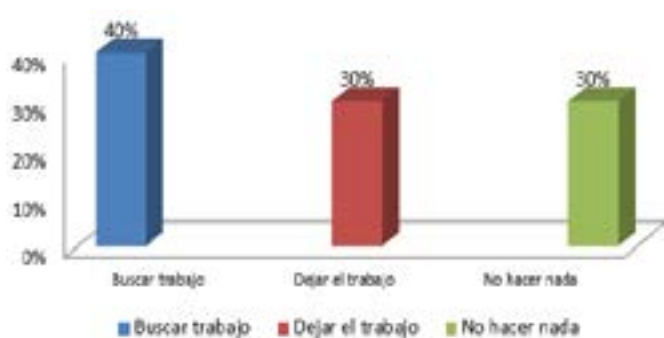


Gráfico 7. Actualidad

Los resultados presentados en el cuadro 7 y el gráfico 7, vinculados con la variable efectos y la dimensión impacto social, cuyo indicador está relacionado con la actualidad, en este sentido, al preguntar a la muestra que ha pensado hacer en la actualidad, la mayoría de las mujeres con psoriasis que asisten a consulta en el servicio de dermatología del Hospital respondió en un 40% que buscar trabajo, mientras que un 30% lo va a dejar y otro 30% no va hacer nada. Al respecto, Delgado *et al.* afirman que los pacientes con psoriasis pueden tener dificultades para conseguir o mantener el trabajo, debido a una merma en la productividad e incluso a la pérdida de días o de horas laborales por los tratamientos o los brotes. Estos bajos ingresos pueden provocar hábitos alimenticios inadecuados, por ejemplo fomentando la obesidad, y una baja adherencia a los tratamientos por los problemas económicos, lo que puede empeorar o dificultar el tratamiento de la psoriasis (10).

Conclusiones

Con base a los resultados obtenidos en el instrumento de recolección de datos empleado a la muestra escogida de mujeres con psoriasis atendidas en el servicio de Dermatología del Hospital Dr. Israel Ranuárez Balza en San Juan de los Morros, año 2016-2017; y de la misma manera, apoyadas en la información recogida en las historias médicas y vaciadas en el cuadro de registros respectivo, todo ello derivado de los objetivos específicos de la investigación, se puede establecer que en relación al objetivo general vinculado con analizar los efectos psicosociales en las mujeres con psoriasis que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" de San Juan de los Morros, en el año 2016, puede establecerse primeramente que para el médico tratar una enfermedad crónica y de alto impacto psicosocial no es gratificante, ya que en ocasiones es de resultados impredecibles

y plantea exigencias subjetivas tales como: habilidad a la hora de socializar, relaciones, habilidad psicológica, entre otras, lo cual puede emparentarse con los efectos que genera la enfermedad en estas pacientes.

En cuanto al segundo objetivo específico del estudio donde se quisieron señalar las características clínico epidemiológicas de las mujeres con psoriasis que acudieron al servicio de dermatología en hospital Dr. "Israel Ranuárez Balza" de San Juan de los Morros - estado Guárico año 2016-2017 y considerando la información obtenida de las historias clínicas del centro de salud y vaciada la información en el cuadro de registros empleado como instrumento, puede destacarse que el 30% presenta manchas rojas en la piel de escaras plateadas, un 56% por ciento repartido en síntomas y signos como pequeños puntos en escala, piel seca y agrietada que puede sangrar, picazón, ardor, dolor, y todas las anteriores; distribuido en un porcentaje del 14% respectivamente, y uñas estriadas y engrosadas e hinchazón y rigidez en las articulaciones con 7% en cada una de las alternativas.

Esto coincide con estudios que afirman que la psoriasis se presenta como Psoriasis en placas o psoriasis vulgar, la cual es la forma más frecuente. Caracterizada por la formación simétrica de placas de 1 a 30 centímetros, localizadas en cualquier zona de la piel, especialmente rodillas, codos, región lumbosacra y cuero cabelludo. Estas lesiones pueden durar hasta meses, e incluso años, y en sucesivos brotes se van extendiendo al tórax y las extremidades. Cuando las lesiones confluyen en grandes placas con bordes geográficos, el cuadro se denomina psoriasis *gyrata*; otras veces, aparece una zona central más clara, y el cuadro se llama psoriasis anular.

Finalmente, al establecer los efectos de la enfermedad que impactan psicosocialmente a las mujeres atendidas en el servicio de dermatología, incluyendo su calidad de vida en el año 2016-2017, puede asociarse según

los resultados obtenidos que las pacientes expresan sentir rechazo de sí mismas y que el padecimiento de su enfermedad hace que quieran cubrir su piel al máximo. Pudiendo llegar hasta el extremo de abandonar sus pasatiempos favoritos o incluso retirarse de su entorno social. De igual manera se pudo conocer que un alto porcentaje de las pacientes se sienten estigmatizadas llegando a sentir miradas ofensivas de las demás personas afectando así su calidad de vida.

Sin embargo, aún no existe la pérdida de oportunidades laborales, de la misma forma, se evidencia poco apoyo por de los familiares ya que los mismos tienen poco conocimiento o ninguno sobre la enfermedad de alto impacto emocional. En este sentido, la educación que imparta el profesional de la salud es importante en este tipo de enfermedades, debe estar dirigida a la comunidad y familiares para que conozcan sobre la enfermedad, logrando la convivencia entre el enfermo de psoriasis y la sociedad en general.

Recomendaciones

Partiendo de las conclusiones formuladas en esta investigación se recomienda;

A las Instituciones

- Integrar nuevas propuestas en las repercusiones sanitarias, y que publiquen un informe actual sobre esta enfermedad, con inclusión de su incidencia y prevalencia mundiales, su rayando la necesidad de realizar más investigaciones.
- Aumentar la educación sobre la psoriasis para la sensibilización y estigmatización que sufren los pacientes, en escuelas, ambulatorios y hospitales

- Considerar los estudios como el presente, donde se profundice las consecuencias psicosociales de la Psoriasis en mujeres ya que se evidencio en la investigación un alto impacto en la calidad de vida por el padecimiento de la enfermedad.
- Crear grupos de apoyo.

Al personal de salud

- Es de suma relevancia por parte de los estudiantes de pregrado de medicina y de los médicos promover la información de las patologías que sufren sus pacientes, ya que ellos mismos y sus familiares suelen no tener conocimiento de ellas.
- Todas las personas como médicos y enfermeras deben establecer una relación más cercana al paciente para que este se sienta agrado y no discriminado por el padecimiento de tal enfermedad.

A la sociedad y a los Familiares

- Involucrar a la sociedad en general a que conozcan sobre la enfermedad, se auto eduquen y sean ellos mismos voceros de lo importante que es el estar sano, aportando al desarrollo de nuestros pueblos y que la calidad de vida sea mejor cada día.
- Es necesario que los familiares tomen actitudes positivas que ayuden a las pacientes en su calidad de vida y poder llevar de la mejor forma posible ya que la misma es una enfermedad crónica y no tiene cura en la actualidad.

Referencias

1. Asociación de Pacientes de Psoriasis, Artritis Psoriásica y Familiares. Acción Psoriasis presenta en el COF de Ciudad Real la figura del Defensor del Paciente. 19/11/2013 en ciudad Real-España. [Internet]. 2013 [citado 2019 May 10] Disponible en: <https://cofciudadreal.com/paginas/Noticia.asp?idNoticia=65>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. [Internet]. 2013 [citado 2019 May 19]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf?sequence=1
3. Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011). Censo de Población y Vivienda. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=9
4. Munch, E. y Ángeles, M. Psoriasis. Editorial Trillas S.A México, 2006.
5. Cañarte C., Lozano A, Castillo P., Arévalo C. Palacios S., Trastornos afectivos en psoriasis: depresión, ansiedad e ideas suicidas., Dermatología, 2002, Vol. 11 (1): 13-18.
6. Oliveros, I. (2014). Dermatológicas de Norteamérica, 2014. Vol. 4: 779-785.
7. Wolters, H. Psoriasis y Autoestima. Faces. Universidad de Carabobo-Venezuela. Fondo de la Universidad de Carabobo, 2015.
8. Red latinoamericana de Psoriasis (LATINAPSO) Informe de actividades Enero-Diciembre 2011. [Internet]. 2011 [citado 2019 May 19] Disponible en: <file:///C:/Users/admin/Downloads/informelatinapso2011.pdf>
9. Sociedad Latinoamericana de Psoriasis. Consenso Latinoamericano de Psoriasis. Guías de Tratamiento. Actualización 2009. [Internet]. 2009 [citado 2019 May 16] Disponible en: http://www.solapso.org/archivos/LATINOAMERICANO-1_2010.pdf
10. Delgado Quiroz M, Quincha Barzallo M, Méndez Suarez M. Valoración de la calidad de vida, mediante, mediante la aplicación del test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de Quito. Dermatología Peruana, 2003; 13(3).

11. Croker Major y Steele (2009). Tratado de Dermatología. Primera Edición. Editorial Luzan 5 S.A., Madrid, 2009.
12. Ley Orgánica del Trabajo de Los Trabajadores y Trabajadoras (LOTTT) Gaceta Oficial N° 6.076 Extraordinario del 7 de mayo de 2012. [Internet]. 2012 [citado 2019 Jun 19] República Bolivariana de Venezuela. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_leyorgtrabajo_ven.pdf
13. Organización Mundial Para la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación. Comisión sobre determinante social salud. Informe final. Editores Jounas. Buenos Aires, Argentina. [Internet]. 2009 [citado 2019 May 19] Disponible en: file:///C:/Users/admin/Downloads/9789243563701_spa.pdf
14. Cortéz C, Castro Ayarza J, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un Hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 Casos. Dermatología Rev. Mex. 2010; 54(3):125-132