



World
Psoriasis
Happiness
Report 2018.

IDEAS CLAVE



Autores

Meik Wiking, CEO, Happiness Research Institute

Catalina Cernica, MBA, Head of Happiness Studies, LEO Innovation Lab

Steven R. Feldman, MD, PhD, Professor of Dermatology, Wake Forest School of Medicine

Kristina Melbardi Jørgensen, MD, Medical Advisor, LEO Innovation Lab

Michael Birkjær, MSc Political Science, Analyst, Happiness Research Institute

Christian Okkels, MSc Physics, Data Scientist, LEO Innovation Lab

Mads Falkenfleth Jensen, MA Political Economy, Analyst, Happiness Research Institute

Este documento es una versión abreviada del estudio de la Felicidad en la Psoriasis 2018 editado por el Happiness Research Institute en colaboración con LEO Innovation Lab.

Para una visión completa del estudio, su metodología, técnicas, datos suplementarios y apéndices, el informe completo está disponible en <https://psoriasisishappiness.report/>

© LEO Innovation Lab en colaboración con The Happiness Research Institute, 2018. Todos los derechos reservados. Cualquier parte de este informe puede reproducirse únicamente con el reconocimiento explícito del titular de los derechos de autor. Deberá incluirse la siguiente referencia: LEO Innovation Lab, The Happiness Research Institute (2018), World Psoriasis Happiness Report (Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad) 2018.

Disponible en <https://psoriasisishappiness.report/>

Prólogo

La argumentación de la Investigación de la Felicidad relacionada con la Salud

Todos queremos una vida satisfactoria para nosotros mismos y para nuestros hijos. De manera individual, buscamos formas de lograr una vida más satisfactoria y esta búsqueda la podemos ver reflejada en el aumento de las ventas de libros tipo “cómo ser feliz” y en el constante desarrollo de negocios sobre coaching personal. Por otro lado, desde una perspectiva colectiva, demandamos de nuestros gobiernos que mejoren las condiciones sociales necesarias para lograr la felicidad; por ejemplo, el 85% de los británicos está de acuerdo con la afirmación de que “uno de los principales objetivos del gobierno debería ser conseguir la mayor felicidad para sus ciudadanos y no la mayor riqueza” (BBC 2006, pregunta 14).

Esta demanda de felicidad no es nueva, sino que ha sido una constante en el pensamiento occidental desde la antigüedad, destacando particularmente durante el siglo XVIII, caracterizado por la Ilustración europea. En esta época, el filósofo y reformista social Jeremy Bentham declaraba que nuestro objetivo debería ser el de conseguir “la mayor felicidad para el mayor número de personas” (Bentham 1789). Esta demanda de una mayor felicidad ha crecido aún más debido a que, entre otras cosas, las investigaciones han demostrado que es posible alcanzarla (Veenhoven 2015).

Si aplicamos esto al ámbito de la salud, la demanda de una mayor felicidad significa que la atención sanitaria debería ir más allá del estado objetivo de salud de las personas y pasar a centrarse de una manera más amplia en el bienestar de los pacientes. Esta perspectiva se ve reflejada en la definición de salud ofrecida por la OMS, según la cual “la salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. De acuerdo con esto, se ha desarrollado una nueva línea de investigación enfocada a “La Calidad de Vida relacionada con la Salud”, también conocida por sus siglas CVRS (o en inglés, HQOL). Este concepto se centra en los resultados informados por el paciente y su objetivo es mejorar los tratamientos y establecer prioridades utilizando la información que

genera. Una revista científica de primer orden que trata este campo de investigación es “Quality of Life Research”.

Si bien el propósito de la investigación CVRS es medir la “calidad de vida”, la mayoría de las encuestas en realidad evalúan la “salud”, p.ej. el ampliamente utilizado SF-36 es una “forma corta” extraída de un “Cuestionario de Salud” más extenso. La mayoría de las preguntas en dichos cuestionarios se centran en los síntomas de la enfermedad y en cómo restringen la conducta del paciente. En caso de estar incluidas, las preguntas sobre el bienestar desde una perspectiva subjetiva suelen centrarse en aspectos de la vida como la satisfacción con las interacciones sociales; y raras veces tratan la vida en su conjunto. Como tal, la investigación enfocada a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), no nos informa sobre los efectos de la enfermedad y la atención sanitaria sobre la felicidad. Lo que necesitamos es una investigación sobre la Felicidad en su relación con la Salud (RS), en la que la vagamente definida “CV” (Calidad de Vida) sea sustituida por la “F” de Felicidad, en el sentido de satisfacción con la vida. La investigación sobre la Felicidad en relación con la Salud se encuentra todavía en desarrollo y sus resultados se recogen en la Base de Datos Mundial de la Felicidad, que en la actualidad abarca más de 300 estudios de esta naturaleza. Una gran parte de

esta investigación está relacionada con la relación entre la felicidad y la salud en general, en lugar de centrarse en problemas de salud específicos y normalmente se refiere exclusivamente a una región de un país en concreto. Este segundo Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad marca un paso adelante en este campo, ya que considera muy detenidamente el impacto que tiene sobre la felicidad una enfermedad en particular, la psoriasis, en 21 países. Aunque no se centra exclusivamente en la Felicidad en el sentido de la satisfacción con la vida, el informe supone un gran valor para la base de conocimientos de Felicidad relacionada con la Salud (RS).

Este Informe no solo supone un aporte considerable a nuestro entendimiento científico del impacto de esta enfermedad, sino que se espera que además instruya a los legisladores en materia de salud, especialmente, respecto a la significativa pérdida de felicidad sufrida por los pacientes con psoriasis y a los costes sociales relacionados con la convivencia con esta enfermedad.

Ruut Veenhoven

Profesor emérito de condiciones sociales para la felicidad humana en la Universidad Erasmo de Róterdam, en Holanda y profesor especial en la North-West University en Sudáfrica. <https://personal.eur.nl/veenhoven>





- 3 Prólogo
- 5 Resumen Ejecutivo
- 9 Ideas clave
- 29 Consideraciones Finales
- 31 Referencias



Resumen Ejecutivo

El Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad 2018 continúa explorando el impacto que supone vivir con psoriasis para la felicidad subjetiva¹, en pacientes que afirman padecer dicha enfermedad. El objetivo del informe es facilitar el desarrollo y el intercambio de ideas e iniciativas políticas para mejorar las vidas de los más de 125 millones de personas que viven con psoriasis en todo el mundo².



¹ La población objetivo de PsoHappy son personas que afirman sufrir psoriasis, lo que significa que los participantes no necesariamente tienen que haber recibido un diagnóstico confirmado por un dermatólogo. Por este motivo, las conclusiones establecidas en este informe no pueden ser citadas como basadas en un diagnóstico clínico confirmado por especialistas de atención sanitaria.

² <https://ifpa-pso.com/about/> Acceso el 28 agosto de 2018.

Este informe analiza la información aportada a través de las encuestas realizadas en psohappy.org, que explora diferentes aspectos de la vida de pacientes que afirman padecer psoriasis, a partir de los datos de 79.636 usuarios de 21 países.

El Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad de 2017 mostró que la psoriasis afecta a la felicidad, presentando incluso hasta un 30% de disminución de la felicidad en personas que afirmaron vivir con psoriasis grave. Además, el informe mostró que las mujeres se ven significativamente más afectadas que los hombres y que el estrés y la soledad son indicadores clave de felicidad en las personas con psoriasis.

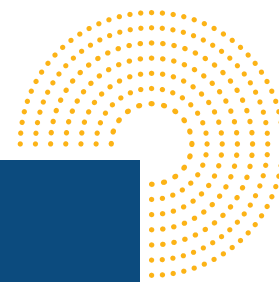
El informe indica además que el modo en que los participantes perciben sus relaciones con los profesionales de la salud está vinculado no solo a su enfermedad, sino también a su nivel de felicidad. De hecho, esto resultó ser un factor importante que podría afectar a la felicidad de las personas objeto de nuestro estudio. El informe de este año explora aún más allá estos temas y pretende profundizar en los factores clave que “producen felicidad” en las personas con psoriasis.

Diez ideas clave:

1. La psoriasis disminuye la felicidad de las personas

De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad de 2017, vivir con psoriasis a menudo tiene un efecto negativo en la vida de las personas, pero el impacto es diferente según de qué país estemos hablando. Mientras que los mejicanos y los colombianos prosperan, la tristeza es muy común en los pacientes de otros países como Australia, Reino Unido y China.

- Australia, la República Checa y China ocupan las últimas posiciones de nuestro ranking de felicidad. Más del 51% de las personas con psoriasis en China están sumidas en la tristeza, mientras que en el Reino Unido ese porcentaje es del 36%. Como comparación, solo el 16-19% de los mejicanos y colombianos han afirmado vivir sumidos en la tristeza.
- Los niveles medios de felicidad de las personas que padecen psoriasis en cada país difieren de las puntuaciones obtenidas por la población general de sus respectivos países. Esto es lo que definimos como la “brecha de felicidad” – en la cual también observamos muchas diferencias. Por ejemplo, para los pacientes con psoriasis grave observamos una brecha de felicidad de un -37,8% en Reino Unido y de un -5,7% en Grecia. Hasta ahora hemos podido establecer 4 posibles explicaciones para las diferencias en las brechas de felicidad según los países:
 - a) Culturas colectivistas frente a individualistas ;
 - b) Comparación social de utilidad;
 - c) Prevalencia de la depresión;
 - d) La percepción de la población respecto a cómo entienden los profesionales de la salud el impacto de la psoriasis en el bienestar de los pacientes en el ámbito psicológico.



2. La psoriasis supone un coste para la sociedad

Las personas que viven con psoriasis están sometidas a una pérdida de productividad laboral, lo cual está directamente relacionado con el incremento de costes monetarios para la sociedad.

- En los EEUU, el coste de la psoriasis se estima en unos 30.000 millones de dólares (por año). Esto representa 19 millones de dólares por cada 100.000 personas empleadas o un 0,16% del PIB.
- En el Reino Unido el coste es de 2.000 millones de dólares, lo que representa 8 millones por cada 100.000 empleados o un 0,09% del PIB.
- El gasto más elevado se encuentra, con diferencia, en Francia, donde se estima en 78 millones de dólares por cada 100.000 empleados.

3. Invertir en felicidad para las personas con psoriasis puede ayudar a millones de vidas y ahorrarle miles de millones de dólares a la Sociedad

Afirmar verse afectado por la depresión o la ansiedad es un fuerte factor determinante de pérdida de productividad, lo que a su vez se traduce en un coste para la Sociedad. La investigación de recursos para la felicidad de las personas con psoriasis posee así un enorme potencial para mejorar significativamente el bienestar de los individuos y maximizar el rendimiento económico de la sociedad

4. El desempleo es perjudicial para la felicidad – especialmente cuando este es permanente

Las personas empleadas por cuenta ajena son significativamente más felices que las que no tienen un empleo. Las personas que no pueden trabajar son más susceptibles de sentirse infelices que cualquier otro grupo de la sociedad. Y esto es así tanto para las personas con psoriasis como para la sociedad en general. Sin embargo, las personas autónomas y jubiladas son más felices que las empleadas por cuenta ajena.

El grupo de personas incapacitadas para trabajar llega a plantear ciertos problemas éticos. Por un lado éstas se presentan como un “grupo prioritario” ya que a menudo son más vulnerables a la infelicidad que cualquier otro grupo estudiado; pero, por otro lado, estas personas son más susceptibles de ser vistas como una carga para la sociedad desde un punto de vista monetario.

5. Las personas con psoriasis podrían beneficiarse de entornos laborales integradores

De los cuatro factores analizados en la evaluación del impacto de las relaciones y los sistemas laborales sobre la felicidad de las personas con psoriasis, solo uno ha resultado tener una influencia significativa: ‘Mis compañeros saben que padezco psoriasis y me apoyan cuando lo necesito’. Curiosamente, tener un jefe comprensivo o un compañero muy próximo no parece tener ningún efecto.

Esto podría interpretarse en el sentido de que la felicidad de las personas que padecen psoriasis depende más del reconocimiento y de tener un entorno laboral integrador que de las relaciones personales cuyo objetivo sea ofrecer dicho reconocimiento e integración. La incidencia de personas que afirman tener compañeros de trabajo que saben que padecen psoriasis difiere mucho de un país a otro, desde un 14,1% en Alemania a un 28% en Grecia.

6. Las personas con psoriasis reportan a menudo de sufrir trastornos mentales

De todas las comorbilidades estudiadas, la presencia de depresión y otros trastornos mentales, así como de dolor de espalda, es la causa más frecuente de infelicidad. La brecha de felicidad es significativamente mayor en países en los que la depresión es más frecuente (tales como los EEUU, el Reino Unido y Australia) que en países donde la depresión tiene una menor incidencia (como Rusia, Portugal e Italia).

7. Las personas con malos hábitos de vida son infelices pero presentan una menor comorbilidad

Los malos hábitos de vida (fumar, beber alcohol, comer alimentos poco saludables y no hacer ejercicio) están asociados con la infelicidad. No obstante, existe una relación inversamente proporcional entre estos malos hábitos y el número de comorbilidades, lo que sugiere que las personas modifican sus hábitos de vida para mitigar dichas comorbilidades. Las personas que nunca beben son más propensas a presentar una mayor brecha de felicidad y más comorbilidad que las personas que beben de 10 a 19 bebidas alcohólicas por semana. Este efecto puede explicarse por el aislamiento social que, a menudo, experimentan las personas que no beben nunca, pero esto es solo aplicable a las mujeres.

8. Dormir bien es un importante factor para la felicidad

Los niveles de felicidad en las personas que padecen psoriasis y que afirman “dormir bien” no difieren mucho de los niveles de felicidad de la población en general. Pero los niveles de felicidad disminuyen a medida que se ve reducida la calidad del sueño. Las comorbilidades están inversamente correlacionadas con la calidad del sueño.

9. La soledad es un factor de riesgo para las personas con psoriasis

La tasa de incidencia de estrés y soledad entre las personas con psoriasis hace necesario poner un mayor énfasis en el bienestar mental y social cuando evaluamos el estado de salud general y el nivel de felicidad de los pacientes. Aunque los malos hábitos de vida y algunas comorbilidades (depresión y otros trastornos mentales, dolor de espalda y enfermedades hepáticas) están asociados con la infelicidad, ciertas situaciones que afectan a la vida diaria, tales como la soledad y el estrés, son mejores indicadores del bienestar general.

Desde la Organización Mundial de la Salud afirman que bajo la mayor parte de las enfermedades no transmisibles³ subyacen ciertos factores de riesgo que se podrían prevenir. Desde esta organización refieren como factores de riesgo prevenibles el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación poco saludable y al uso nocivo del alcohol (los cuatro malos hábitos que hemos aplicado en este estudio). No obstante, a través de este estudio hemos determinado que, si incluimos todos las variables más importantes, las comorbilidades están más relacionadas con el aislamiento social que con los hábitos de vida.

10. No se debe confundir la satisfacción del paciente con su nivel de felicidad

La satisfacción de una persona con sus profesionales de la salud no es un indicador de su felicidad en general; estos dos factores no están sólidamente relacionados. Si los profesionales de la salud quieren abordar la cuestión de los niveles de felicidad y de bienestar en relación con la psoriasis, deberían prestar atención más allá de los factores que promueven exclusivamente la satisfacción y enfocar sus esfuerzos hacia cuestiones más estrechamente vinculadas con la felicidad, como pueden ser mantener conversaciones directas sobre salud mental.

³ Acceso el 20 de julio 2018 a: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/

Muchos mejicanos y colombianos prosperan, mientras que los británicos o chinos sufren

El gráfico 1.1 muestra los niveles medios de felicidad en las personas con psoriasis (medidos según la escala de Cantril de 0-10) en cada país, basados en los datos recogidos en el periodo 2017-2018. Desde el informe del pasado año, el número de participantes representados en el ranking ha aumentado de 63.107 a 79.636 participantes (lo que significa que este año han participado 16.529 personas más). Este aumento se debe en parte a la inclusión de Bélgica y de la República Checa y también en parte al aumento del tamaño de las muestras en los países que ya estaban incluidos.

Con un conjunto de datos incluso aún más grande, también encontramos ligeras diferencias en algunos países. Por ejemplo, el nivel medio de felicidad en Dinamarca ha aumentado de 5,65 a 5,89, mientras que en Reino Unido ha descendido de 5,39 a 5,07.

Esto sitúa al Reino Unido como el país con la población más infeliz por detrás de China. No obstante, la perspectiva general sigue siendo la misma que la del ranking del pasado año: las personas con psoriasis en Méjico y en Colombia encabezan el ranking, mientras que países como China, Reino Unido y Australia muestran los niveles medios de felicidad más bajos del estudio. Tal y como se muestra en el Gráfico 1.2, el posicionamiento relativo de los países por separado no varía mucho en términos de gravedad de la enfermedad.

En el Gráfico 1.3 hemos clasificado a los países basándonos en sus "brechas de felicidad", que es la diferencia relativa en los niveles de felicidad medidos en la población con psoriasis (enfermedad no necesariamente diagnosticada por un dermatólogo) respecto a la población general de cada país. El objetivo del cálculo de estas brechas de felicidad es aportar un indicativo de las desigualdades en la felicidad provocadas por la psoriasis.

Para todos los niveles de gravedad, hemos encontrado que Portugal y Grecia encabezan el ranking por países en las brechas de felicidad. En el caso de psoriasis de moderada a grave, ambos países muestran brechas positivas, lo que

significa que la población con psoriasis es incluso más feliz que la población en general. Únicamente en el caso de psoriasis grave la población de estos países muestra una brecha de felicidad negativa.

El principal motivo por el que Portugal y Grecia se alzan en las primeras posiciones del ranking cuando evaluamos las brechas de felicidad en lugar de los niveles medios de felicidad es que el índice de referencia para la población general en estos dos países muestra muy bajos niveles de felicidad (5,68 para Portugal y 5,28 para Grecia²⁹).

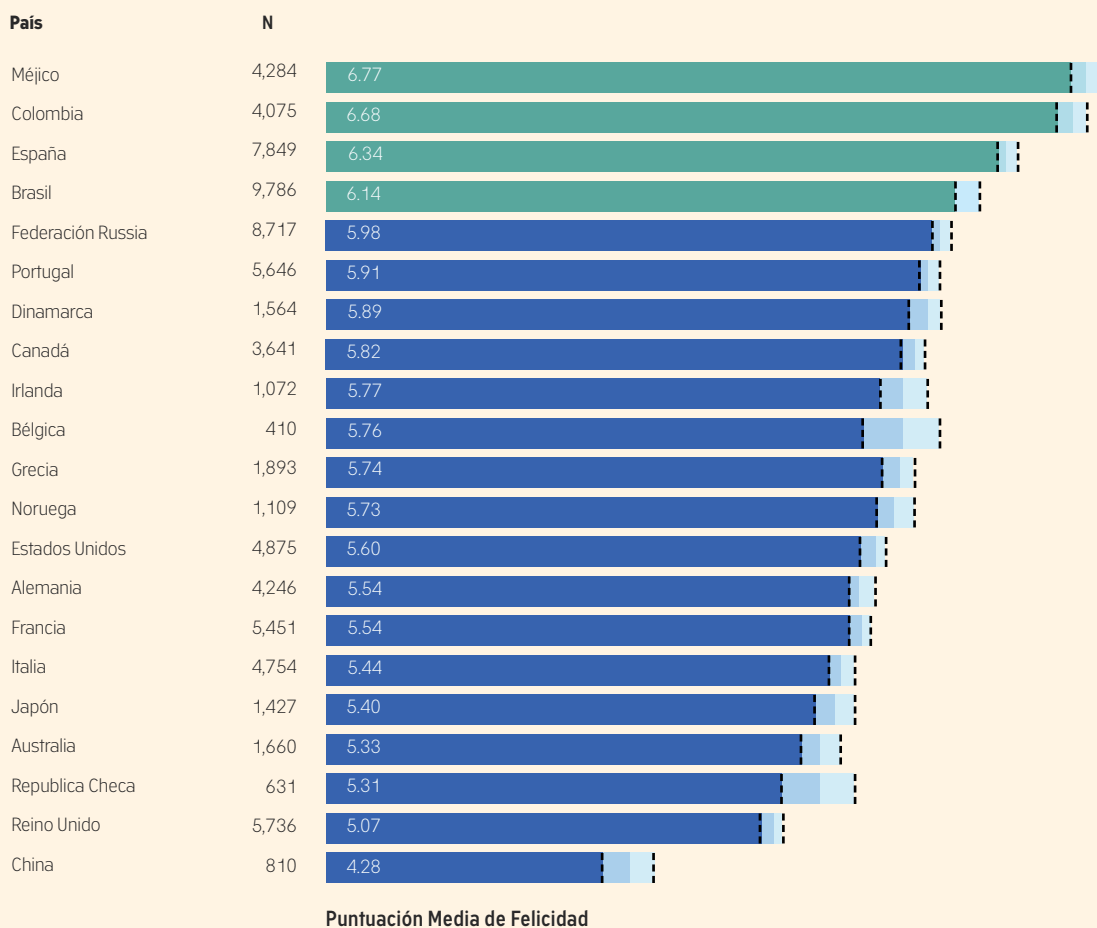
Es muy importante destacar que las brechas de felicidad son relativas en el sentido de que capturan una diferencia y no deberían pues ser confundidas con los niveles absolutos de felicidad. En otras palabras: las poblaciones con psoriasis de Grecia y de Portugal no son las poblaciones más felices ni las que menos están en riesgo de sufrir altos niveles de infelicidad o, lo que podríamos llamar, miseria. Más bien es que les va mejor que al resto de los ciudadanos.

Tanto en el informe del último año como en el presente ofrecemos posibles explicaciones para estas variaciones en las brechas de felicidad de los distintos países. Estas explicaciones no son necesariamente excluyentes entre sí.

²⁹ Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2018). *World Happiness Report 2018*, New York: Sustainable Development Solutions Network.



Gráfico 1.1: Ranking por países: niveles de felicidad en personas con psoriasis en cada país³¹ (Con intervalos de confianza del 95%)



Puntuación media de felicidad en cada país. Los colores muestran las diferencias de puntuación. El verde indica una puntuación media superior a 6 y el azul indica una puntuación media inferior. El contexto está filtrado de acuerdo con la escala Cantril, de 0 a 10.

³¹ N=79,636

¿Cuál es el valor de la vida?

Hay distintas formas de considerar el valor de la vida. El enfoque más comúnmente utilizado es determinar el valor de la vida intentando calcular su valor monetario, que es de lo que trata el campo científico de la “Economía de la Salud”. Dentro de este campo se encuentra el denominado Enfoque del Capital Humano, el cuál básicamente consiste en calcular el valor de mercado descontado del rendimiento económico que un individuo produce a lo largo de su vida⁵¹

Esto significa que si una persona no trabaja en toda su vida, su vida esencialmente tendría un valor cero, con independencia de lo que haya producido fuera de los mercados económicos. La métrica central para valorar la vida en este enfoque en particular se basa pues en los ingresos de una persona. No obstante, este y otros enfoques monetarios para valorar la vida tienen claras limitaciones, ya que no todos los elementos de la vida pueden ser trasladados a términos monetarios.

Un modo alternativo de determinar el valor de la vida es midiendo el valor de la felicidad del individuo. Esto puede hacerse preguntando simplemente a las personas cómo clasificarían subjetivamente su bienestar en una escala de 0 a 10. Es en esto en lo que se centra el campo científico de la “Economía de la Felicidad”. La diferencia fundamental es que en la economía de la felicidad se tiene en cuenta la autoevaluación del bienestar del propio individuo, mientras que el modelo de economía de la salud se centra en cómo se revela el valor a través de las elecciones del consumidor y el productor. Definimos este modo alternativo de determinar el valor de la vida como “valorización humana”.

Lo que medimos tiende a convertirse en el objetivo de lo que queremos lograr. Debido a que el peso es algo fácil de medir, tendemos a centrarnos en la pérdida de peso por encima de otros problemas de salud más amplios. De modo similar, medirlo todo en términos de su valor monetario tiende a hacer que nos centremos en maximizar las cosas como el crecimiento del PIB, en lugar de centrarnos en un concepto más amplio del progreso humano.

Así pues, la valorización monetaria de la vida aquí presentada debería no ser considerada más que como un medio para un fin. El propósito último de la determinación del valor de la vida en términos monetarios es maximizar dicho valor. Una vez determinado el valor de la vida, podemos

pasar a considerar las difíciles prioridades que a menudo debemos asumir a la hora de decidir si invertir en una cura para el cáncer o aumentar el gasto en tratamientos para enfermedades crónicas. Estas decisiones son complejas y problemáticas, no importa desde qué punto de vista se tomen.

Estimamos el coste de la psoriasis en 13 países desde un punto de vista social.

También analizamos las potenciales consecuencias de dicho coste, en términos estrictamente monetarios, continuando después con un debate sobre cómo está relacionado ese coste con el coste de la felicidad de las personas con psoriasis.



⁵¹ Neun, S.P. and Santerre, R.E. (2007): Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies. 4th Ed. Mason: Thomson South-Western

Como se muestra en la Tabla 2.1 los costes que supone esta enfermedad para la Sociedad varían mucho de un país a otro. El coste total más alto derivado del absentismo y del presentismo laboral lo encontramos en los EEUU, donde se eleva hasta los 30.500 millones de dólares anuales. Esta estimación es similar – pero más conservativa – a otra que sugiere que el absentismo y el presentismo laboral en personas con psoriasis se eleva a los 36.400 millones de dólares⁵².

Es necesario tratar una serie de consideraciones a la hora de comparar los costes entre países. El coste total depende de factores tales como la prevalencia de la psoriasis, el número de personas que tengan trabajo, los ingresos mensuales y las horas efectivamente trabajadas. Todas estas variables difieren mucho de un país a otro. Por ejemplo, la alta prevalencia de la psoriasis, en combinación con la amplia población general podrían explicar los altos costes que supone esta enfermedad para los EEUU.

En la última columna de la Tabla 2.1 hemos creado una referencia más comparable estimando el coste por cada 100.000 personas con empleo. Cabe destacar que esto no se ajusta a todos los factores anteriormente mencionados, sino solamente a las diferencias de tamaño de empleo. Haciendo este ajuste se establece que, de todos los países estudiados, Francia es la que soporta un mayor coste. De hecho, el coste estimado para Francia es casi dos veces mayor que el de Alemania (que soporta el segundo mayor coste) y 3,7 veces mayor que el de Dinamarca (que ocupa el tercer lugar en términos de costes).

Una intervención que podría, potencialmente, elevar la productividad es el desarrollo de entornos laborales integradores. Como veremos más adelante, son pocas las personas con psoriasis que perciben que sus compañeros de trabajo conozcan y se interesen por su enfermedad – un factor que está estrechamente ligado a la felicidad⁵³. Esto es un indicativo de que muchos lugares de trabajo aún no

se han beneficiado del establecimiento de entornos más integradores. Aún así, muchos superiores no consideran que sea su responsabilidad mejorar activamente el bienestar social dentro del lugar de trabajo, a pesar del hecho de que el mantenimiento de relaciones sociales sólidas es una de las más fundamentales necesidades humanas.

30.500 millones

es el coste total del absentismo y del presentismo laboral en los EEUU

25,2

Horas laborales perdidas en 4 semanas debido a la psoriasis

Table 2.1: Coste estimado para la sociedad por pérdida de productividad (Ajustado por paridad de poder de compra)

	Coste Anual del Absentismo (\$ Millones)	% Absentismo debido a psoriasis	Coste Anual del Presentismo (\$ Millones)	% Presentismo debido a psoriasis	Total costo para gente viviendo con psoriasis	Total costo por 100.000 personas en empleo (\$ Millones)	Coste Total como porcentaje del PIB
Brasil	\$2,724	37.0%	\$689	55.8%	\$3,413	\$3.8	0.11%
Canadá	\$586	34.1%	\$182	44.0%	\$767	\$4.1	0.05%
Dinamarca	\$531	30.8%	\$44	59.5%	\$574	\$20.2	0.20%
Francia	\$17,281	39.2%	\$3,215	60.6%	\$20,497	\$74.8	0.71%
Alemania	\$14,416	41.4%	\$1,569	46.9%	\$15,985	\$38.5	0.38%
Grecia	\$36	30.6%	\$21	63.2%	\$57	\$1.4	0.02%
Italia	\$2,184	42.9%	\$1,027	47.0%	\$3,211	\$14.5	0.13%
México	\$920	63.1%	\$149	62.9%	\$1,070	\$1.9	0.05%
Portugal	\$179	35.4%	\$35	75.6%	\$215	\$4.5	0.06%
Rusia	\$2,644	30.6%	\$806	83.5%	\$3,450	\$4.8	0.09%
España	\$1,083	32.6%	\$230	60.3%	\$1,313	\$6.9	0.07%
Reino Unido	\$2,174	50.8%	\$463	56.4%	\$2,638	\$8.1	0.09%
EE.UU.	\$22,906	54.8%	\$7,611	68.0%	\$30,517	\$19.6	0.16%

⁵² Brezinski, E.A., Dhillon, J.S. & Armstrong, A.W. (2015) *Economic Burden of Psoriasis in the United States A Systematic Review*, JAMA Dermatol Volume 151, Number 6

⁵³ N=2,857



Invertir en felicidad es una necesidad, no un lujo

Ser excluido de la población activa por desempleo es un factor extremadamente negativo para la felicidad. Y es algo que afecta tanto a la sociedad en general como a las personas con psoriasis. No obstante, ya anteriormente en este capítulo hemos cuestionado si el hecho de tener un empleo o no es suficiente para sacar a las personas de una situación de verdadera infelicidad.

Un grupo de personas para las cuales tener un trabajo no supone una solución a su situación de infelicidad es aquel constituido por personas que no pueden trabajar. Este grupo pasa a ser motivo de gran preocupación ya que son los que experimentan las mayores dificultades en la vida.

Mientras que la exclusión laboral, tanto temporal como permanente, supone un significativo coste en la vida de las personas, el desempleo y la pérdida de

productividad en las personas que forman parte de la población activa también suponen grandes costes para la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales – y especialmente la depresión y la ansiedad –, son las principales causas de pérdida de productividad en la población general. El coste global estimado es de 1 billón de dólares cada año⁷¹. En nuestro estudio hemos determinado además que la depresión y la ansiedad afectan seriamente a la productividad. Las personas que afirman sufrir depresión o ansiedad también afirman haber perdido una media de 26,5 horas de trabajo durante, al menos, las últimas 4 semanas. En comparación, las personas que no sufren depresión o ansiedad afirman haber perdido solo una media de 7,3 horas (véase el Gráfico 2.5).

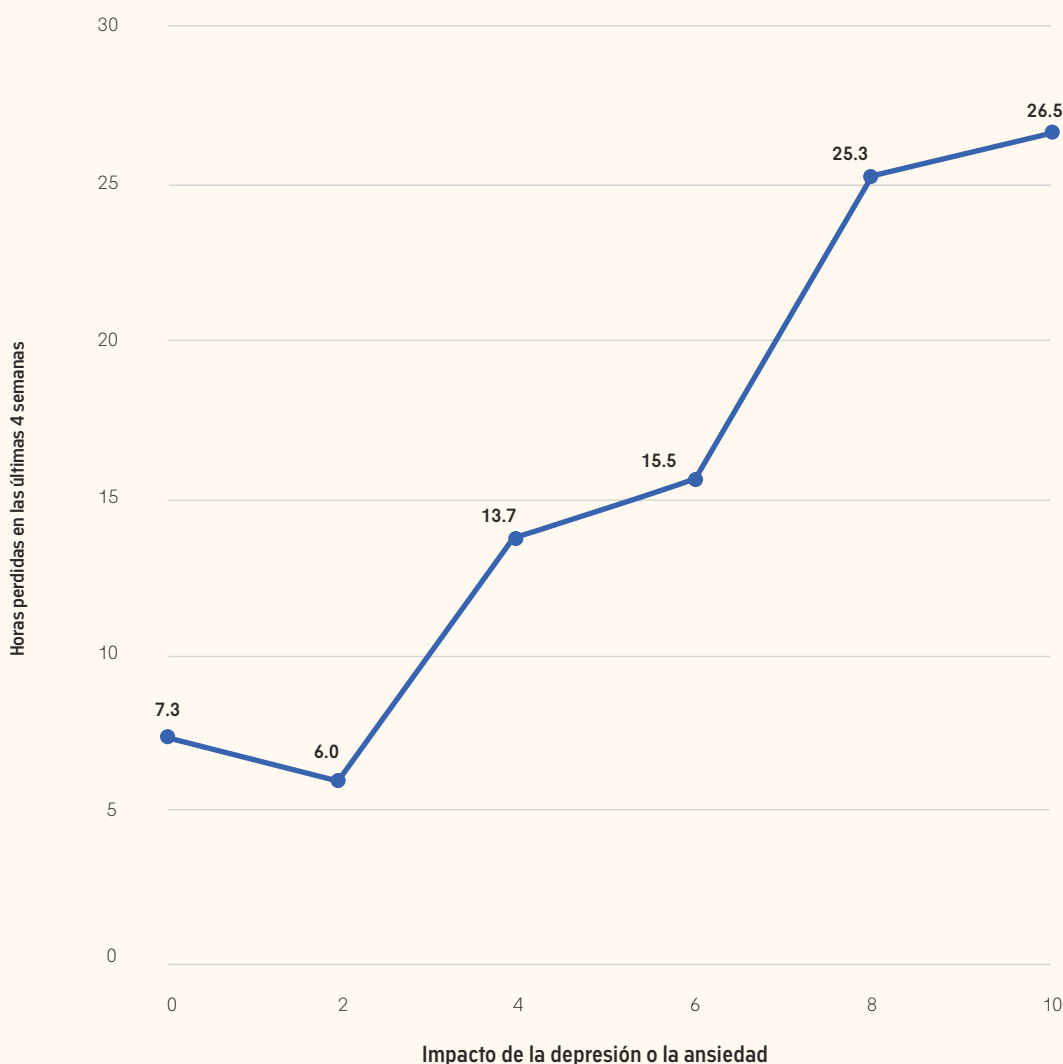
\$

1 billón \$

es el coste global anual que representa la pérdida de productividad en la población general causada por trastornos mentales, especialmente la depresión y la ansiedad.

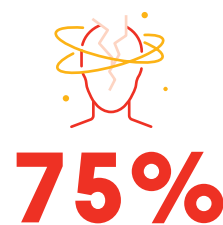


Diagrama 2.5: Impacto de la depresión o la ansiedad en la pérdida de horas laborales⁷²



La psoriasis se define a veces como una enfermedad física. Sin embargo, a muchas personas que viven con psoriasis esta enfermedad les afecta tanto a su salud mental como a su vida social. De hecho, 1 de cada 4 personas afirman sufrir depresión u otros trastornos psiquiátricos. En los EEUU, hasta un 43% de los pacientes con psoriasis sufren soledad, mientras que

en Francia, hasta un 75% experimentan altos niveles de estrés. De este modo, si queremos reducir la infelicidad de estas personas (y, simultáneamente, maximizar el rendimiento económico) deberíamos centrar nuestros esfuerzos e invertir nuestros recursos en la salud mental y en la vida social de estas personas.



75% de las personas con psoriasis en Francia experimentan altos niveles de estrés

71 Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, p., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. & Saxena, S. (2017): *Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis*, World Health Organization

72 N=1,819



El coste humano de la psoriasis

Mientras que en el apartado anterior evaluábamos el coste de la psoriasis en términos monetarios, en esta sección queremos mostrar los costes más humanos en relación con la situación y la vida laboral. Sabemos que las personas que trabajan son, por lo general, más felices que las desempleadas⁶⁰. Lo mismo ocurre con las personas con psoriasis, tal y como demostramos en este análisis.

La felicidad y el trabajo son dos factores importantes que debemos investigar, simplemente por el mero hecho de que pasamos mucho tiempo de nuestras vidas en el trabajo. Por ello, el trabajo juega un papel muy importante en nuestra felicidad y en más aspectos que en el de los ingresos que nos reporta. Tal y como se afirma en el Informe Mundial de la Felicidad de 2017, la importancia de tener un empleo va más allá del salario que obtenemos por éste. Aspectos no económicos

del empleo, tales como el estatus social, nuestras relaciones sociales, la rutina cotidiana y las metas a cumplir ejercen todos ellos una fuerte influencia en nuestra felicidad⁶¹. En este apartado investigamos la importancia de tener un empleo en relación con otras situaciones laborales. Distinguiremos entre: “empleados por cuenta ajena”, “autónomos”, “estudiantes”, “ama/os de casa”, “jubilados”, “sin trabajo pero sin búsqueda de empleo”, “sin trabajo pero en búsqueda de empleo” y “personas incapacitadas para trabajar”. También incluimos otras variables que pueden estar relacionadas tanto con los resultados del trabajo como con la felicidad. Esto incluye el género, la edad, la gravedad de la enfermedad y el estado civil. Por último, también ajustamos el resultado en cuanto al número de horas laborales. Incluimos todas estas variables para evitar el sesgo que puede producirse cuando las variables demográficas condicionan tanto los resultados laborales como la felicidad, lo que podría

conducirnos a sacar falsas conclusiones sobre la relación que existe entre la vida laboral y la felicidad.

Los resultados respecto la situación laboral y a la felicidad son muy claros. Tal y como se muestra en el Diagrama 2.2, estar sin empleo está fuertemente asociado con la infelicidad, pero estar excluido permanentemente de la población activa por culpa de una incapacidad para trabajar está vinculado -en la mayoría de los casos- con una extrema infelicidad.

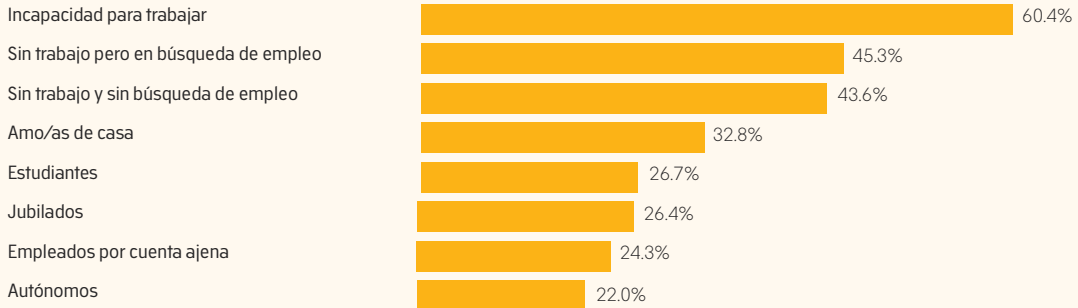
El análisis de la regresión muestra que, de todas las situaciones laborales, tener una incapacidad para trabajar supone el impacto más negativo sobre la felicidad. Asimismo, en el Diagrama 2.2 se muestra cómo la mayoría de estas personas (60,4%) viven en condiciones de extrema infelicidad. Comparativamente, un 24,3% de las personas con empleo viven en dichas condiciones.

⁶⁰ Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). *World Happiness Report 2017*, New York: Sustainable Development Solutions Network.

⁶¹ Ibid.

Diagrama 2.2: Porcentaje de personas que viven en condiciones de infelicidad extrema según tipo de trabajo⁶².

Situación laboral



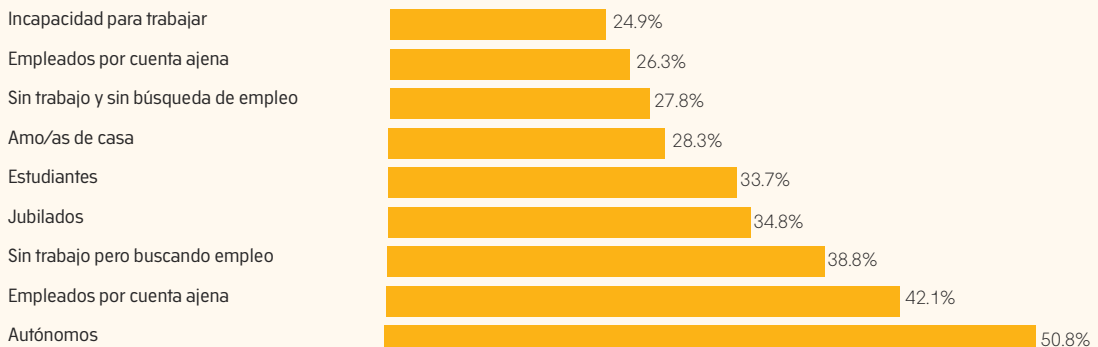
Porcentaje de personas extremadamente infelices

Tal y como exploraremos más adelante en el Capítulo 3, no es la cantidad de comorbilidades la que nos hace infelices, sino más bien cómo dichas comorbilidades nos impiden formar parte de la población activa. Incluso si esta incapacidad para trabajar puede ser de muy diversos orígenes, de acuerdo con las diversas enfermedades que se padezcan, sus consecuencias

van todas más allá del dolor físico. Según se muestra en el Diagrama 2.3, el 50,8% de las personas con una incapacidad para trabajar también viven en soledad – incluso si adoptamos una interpretación conservadora del concepto de soledad.

Diagrama 2.3: Porcentaje de personas que viven en soledad, distribuidas según tipo de trabajo⁶³

Situación laboral



Porcentaje de personas que viven en soledad

⁶² N= 22,166 (This graph is based on data retrieved from the general base of respondents and is not limited to data used in this chapter)

⁶³ N=9,486 (This graph is based on data retrieved from the general base of respondents and is not limited to data used in this chapter)

Los ámbitos laborales inclusivos pueden tener un impacto positivo

Tras introducir factores como la edad, el sexo, la gravedad, las horas laborales, etc., hemos podido establecer que las personas que realizan actividades manuales, que manejan maquinaria o que a menudo entran en contacto con situaciones peligrosas son significativamente más infelices que otros empleados (Véase Tabla 2.2).

Las personas más felices son las que tienen empleos de oficina en los que desarrollan actividades de atención al público. Los empleos de oficina en los que no se desarrollan actividades de cara al público están menos relacionados con la felicidad que los que requieren la ejecución de actividades manuales, siempre y cuando no supongan entrar en contacto con situaciones peligrosas

Por último, hemos estudiado también la importancia de los factores sociales en el entorno laboral. Incluso cuando para ser feliz tener trabajo es mucho mejor que no tenerlo, es evidente que algunos entornos sociales son mejores que otros a la hora de generar felicidad.

Reconociendo que el trabajo es, para muchos, más que una fuente de ingresos, hemos investigado qué factores sociales pueden estar vinculados con la felicidad, especialmente para las personas con psoriasis.

Para ello le preguntamos a los participantes del estudio si estaban o no de acuerdo con estas cuatro afirmaciones:

- 1) "La empresa para la que trabajo tiene puestos en práctica ciertos sistemas formales e informales para ayudarme con la psoriasis"
- 2) "Mi superior comprende la influencia que tiene la psoriasis sobre mí y sobre mi rendimiento laboral"
- 3) "Mis compañeros de trabajo saben que padezco psoriasis y me apoyan cuando lo necesito"
- 4) "Tengo una relación cercana con un/a compañero/a de trabajo que comprende lo que significa vivir con psoriasis y con frecuencia hablamos del impacto que tiene esta enfermedad en mi vida laboral".

De estos cuatro factores únicamente resulta ser significativo el número 3 - "Mis compañeros de trabajo saben que padezco psoriasis y me apoyan cuando lo necesito"⁶⁹. No obstante, aún siendo el único de relevancia, dicho factor tiene un importante efecto en las personas con psoriasis. Esto además significa que, curiosamente, que las empresas dispongan o no de sistemas, tanto formales como informales, o contar con la comprensión de los superiores, o de un compañero muy cercano, no parece tener ningún efecto significativo. Esto podría interpretarse como que el bienestar de las personas con psoriasis depende más de tener reconocimiento y trabajar en un entorno laboral integrador que de simplemente tener relaciones individuales con el mismo fin.

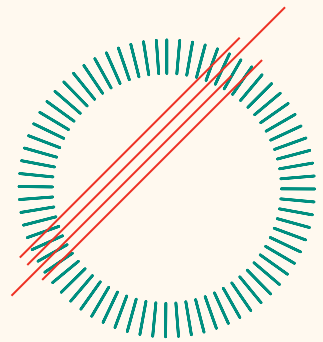
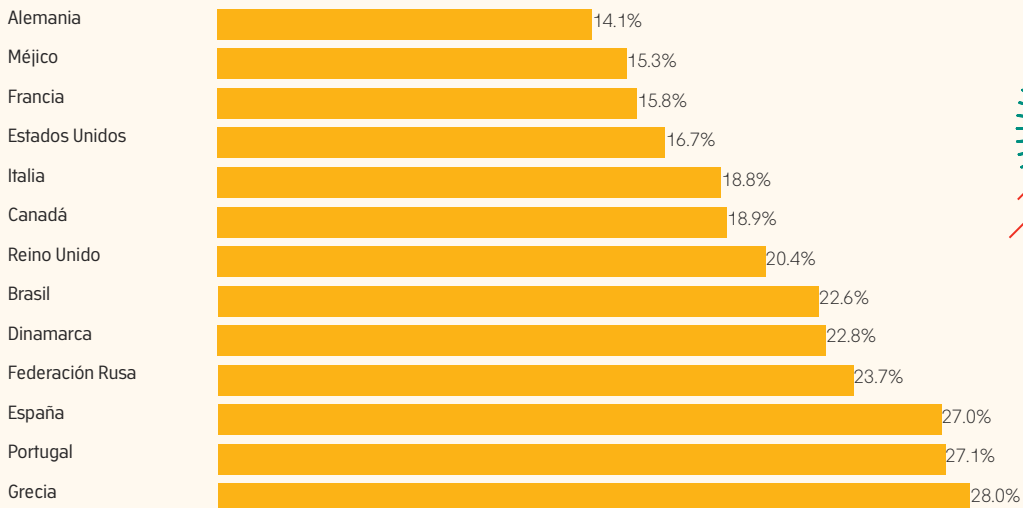




Las personas que buscan trabajo son las más infelices y las que se encuentran más solas, justo por detrás del grupo de personas con una incapacidad para trabajar.



Figura 2.4: Porcentaje que está de acuerdo con que tienen compañeros de trabajo que saben que padecen psoriasis⁷⁰



Porcentaje de personas que “están de acuerdo” o que están “totalmente de acuerdo” con la afirmación de que tienen compañeros de trabajo que conocen su enfermedad y que les apoyan cuando lo necesitan

⁶⁸ Este ranking está basado en el resultado de regresión – Véase Anexo C

⁶⁹ Véase Anexo D en el informe completo

⁷⁰ N=3,847



La infelicidad está vinculada con comorbilidades específicas



A primera vista, la felicidad no parece estar relacionada con la multimorbilidad (experimentar distintas comorbilidades en un número de 0-3+ enfermedades concurrentes). Al realizar un análisis de regresión en el que se tienen en cuenta todos los factores pertinentes hemos podido determinar que la relación entre infelicidad y comorbilidad no es estadísticamente significativa⁷⁸.

Sin embargo, cuando omitimos la categoría de “incapacidad para trabajar” en este modelo, obtenemos que el efecto del número de comorbilidades sí resulta estadísticamente significativo para los pacientes con 3 o más comorbilidades⁷⁹.

La hipótesis que parece subyacer bajo este resultado es que los pacientes con multimorbilidad a menudo son incapaces de trabajar, lo cual está estrechamente relacionado con la infelicidad. Sin embargo, si la causa de que esos pacientes no puedan trabajar es que presentan varias comorbilidades, tener 3 o más de ellas es la razón subyacente por la que esas personas son menos felices – aunque dicha infelicidad se ve exacerbada por la incapacidad para trabajar.

Mientras que la multimorbilidad parece afectar a la felicidad por ser el motivo de la incapacidad para trabajar, la presencia de ciertas comorbilidades muy específicas es lo que realmente afecta a la felicidad.

Hemos averiguado que tanto la depresión como otros trastornos mentales, enfermedades hepáticas y también el dolor de espalda tienen un significativo efecto en la vida de las personas⁸⁰. Por el contrario, no se percibe un efecto

significativo por enfermedades como la diabetes u otros trastornos metabólicos o la hipertensión.

Si bien nuestro análisis muestra que la mayoría de comorbilidades no afectan a la felicidad, eso no significa necesariamente que estas enfermedades no estén vinculadas a la infelicidad. En estos casos existen razones para creer que no es la presencia del dolor causado por alguna comorbilidad específica la que afecta a la felicidad. Como en el ejemplo antes mencionado, tener más comorbilidades únicamente es estadísticamente significativo cuando omitimos la categoría de “incapacidad para trabajar”, lo que significa que las personas no son infelices por su comorbilidad, sino más bien porque sus comorbilidades les hacen incapaces de trabajar y esto es precisamente lo que les hace infelices. Asimismo, hemos averiguado que tener una úlcera es solo significativo estadísticamente cuando omitimos la variable del estrés, lo cual indica que las personas con una úlcera no son infelices por tener esa úlcera sino más bien porque la úlcera a menudo está relacionada con estar estresado y el estrés es lo que les hace ser infelices. A la incapacidad para trabajar y al estrés los llamamos factores de confusión.

Las tres comorbilidades que tienen un vínculo directo con la infelicidad – depresión y otros trastornos mentales, dolor de espalda y enfermedades hepáticas – están lejos de ser igual de frecuentes en la población objeto del estudio. Como se ilustra en el Diagrama 3.1 y 3.2 tanto el dolor de espalda como la depresión y otros trastornos mentales son las comorbilidades más comunes para las personas con psoriasis de acuerdo con este estudio, mientras que las enfermedades hepáticas tienden a ser poco comunes.

⁷⁸ Véase Anexo A en el informe completo

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

Diagrama 3.1: Frecuencia de comorbilidades⁸¹

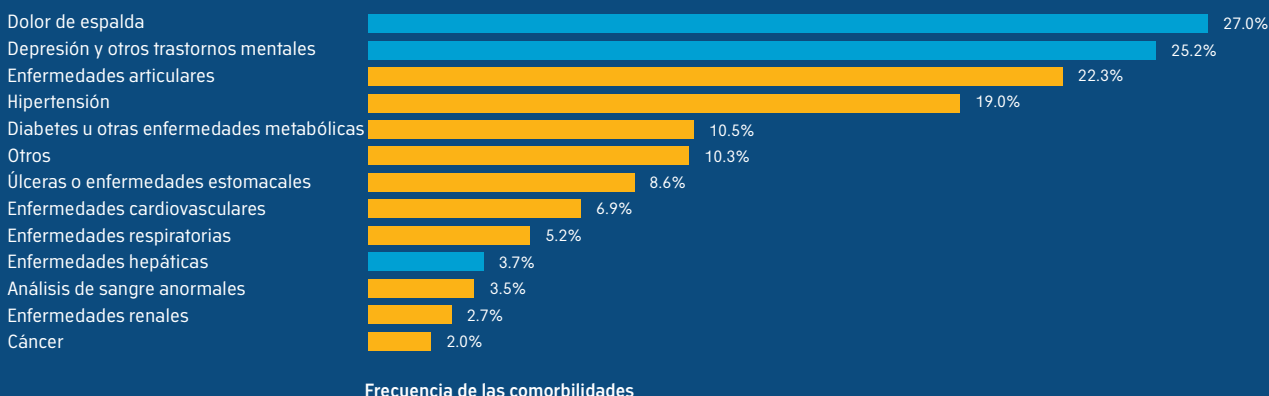


Gráfico 3.1: el dolor de espalda, la depresión u otros trastornos mentales y las enfermedades hepáticas aparecen destacados en este gráfico para indicar que sólo dichas comorbilidades tienen un impacto negativo de importancia en el bienestar subjetivo

Gráfico 3.2: Frecuencia de las comorbilidades por país⁸²

	Australia	Brasil	Canadá	Francia	Alemania	Italia	Japón	Noruega	Portugal	Rusia	España	Reino Unido	EEUU
Cáncer	1.7%	1.5%	2.7%	1.3%	1.5%	2.5%	3.7%	2.3%	2.9%	0.8%	1.0%	1.8%	3.6%
Enfermedades renales	3.2%	3.4%	2.1%	1.6%	2.1%	1.0%	1.6%	0.8%	2.4%	9.2%	2.2%	2.1%	3.4%
Análisis de sangre anormales	4.2%	2.5%	3.7%	4.1%	4.4%	3.5%	3.2%	2.1%	2.9%	0.8%	3.2%	4.6%	5.54%
Enfermedades hepáticas	4.2%	6.0%	2.7%	1.6%	2.5%	1.0%	8.2%	1.3%	1.7%	10.0%	2.7%	1.9%	4.8%
Enfermedades respiratorias	5.7%	6.3%	4.8%	4.1%	5.6%	3.2%	1.6%	9.6%	4.6%	4.1%	4.4%	5.3%	7.3%
Enfermedades cardiovasculares	5.4%	7.4%	6.0%	5.4%	6.8%	4.2%	5.5%	5.7%	7.0%	15.9%	3.2%	6.5%	10.2%
Úlceras o enfermedades estomacales	7.9%	9.4%	7.6%	6.4%	7.4%	8.1%	6.6%	12.6%	7.0%	15.1%	6.4%	6.5%	11.5%
Otras	12.8%	12.0%	12.8%	5.2%	8.3%	5.2%	12.4%	14.9%	3.1%	6.9%	4.7%	12.3%	22.8%
Diabetes u otras enfermedades metabólicas	21.5%	21.9%	19.6%	11.3%	15.5%	13.6%	16.6%	14.7%	15.9%	17.4%	10.3%	20.5%	41.8%
Enfermedades articulares	23.2%	18.6%	25.4%	14.8%	27.7%	14.6%	11.1%	27.3%	18.1%	18.9%	14.3%	30.5%	41.0%
Depresión u otros trastornos mentales	42.0%	26.3%	31.0%	14.8%	35.6%	7.4%	20.5%	19.3%	16.4%	10.2%	20.4%	34.2%	40.2%
Dolor de espalda	28.6%	25.5%	24.6%	31.1%	30.8%	25.7%	17.6%	24.2%	23.1%	29.4%	26.5%	25.7%	34.7%
Ninguna de las anteriores	20.7%	23.5%	24.0%	35.9%	25.0%	39.5%	36.1%	22.4%	35.9%	26.1%	38.6%	26.3%	12.5%

Además, las enfermedades articulares y la depresión u otros trastornos mentales son mucho más comunes en las mujeres que en los hombres. Las mujeres que padecen psoriasis tienen casi el doble de probabilidades de sufrir una enfermedad mental que los hombres (Véase Gráfico 3.3). Las mujeres sufren más a menudo dolor de espalda, depresión, enfermedades articulares, otras afecciones y úlceras y enfermedades estomacales, mientras que los hombres sufren más a menudo hipertensión y enfermedades cardiovasculares

⁸¹ N=6,244

⁸² N=6,244

Las personas con malos hábitos de vida son menos felices pero afirman tener menos comorbilidades



Las personas con psoriasis presentan unos índices más altos en los factores de riesgo ambiental, incluido el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, obesidad y estilos de vida sedentarios^{89,90}. Estos factores de riesgo están asociados con múltiples comorbilidades en la psoriasis. Sin embargo, las personas que afirman tener varios de estos malos hábitos de vida, si bien son más infelices, tienen menos comorbilidades.

La obesidad está asociada a la psoriasis⁹¹. Los pacientes con psoriasis tienen más de un 50% más de probabilidades de sufrir obesidad y este porcentaje aumenta según la gravedad de la enfermedad^{92,93}. La obesidad además está estrechamente vinculada con otras enfermedades derivadas de los estilos de vida

que también están asociadas a la psoriasis; las personas con psoriasis y con un mayor número de comorbilidades tienden a tener un índice de masa corporal más alto⁹⁴. Ambas, la obesidad y la psoriasis, pueden ser las primeras en orden de causalidad; si bien algunos estudios sugieren que la psoriasis ocurre antes que la obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo para la psoriasis. Los mediadores inflamatorios de los tejidos grasos pueden contribuir a presentar un estado inflamatorio de bajo grado en individuos obesos, lo que da como resultado toda una serie de comorbilidades, incluida la enfermedad cardiovascular, la diabetes y el síndrome metabólico (obesidad, dislipidemia, intolerancia a la glucosa e hipertensión) y también puede

empeorar la psoriasis⁹⁵. Además, la psoriasis puede provocar cambios de conducta que den como resultado que el paciente practique menos ejercicio con el fin de ocultar su enfermedad o también puede llevarle a adoptar malos hábitos alimenticios como consecuencia de llevar una vida más aislada.

Frecuentemente tener un mal hábito nos predispone a adoptar otros malos hábitos⁹⁶. Por ejemplo, las personas que nunca hacen ejercicio afirman tener de media 2,1 (Gráfico 3.7) de “malos hábitos”, lo que significa que además puede que fumen, coman de manera poco saludable o consuman más de 10 bebidas alcohólicas a la semana.

⁸⁹ Lønberg, A S & Skov, L. (2017) Comorbidity in psoriasis: Mechanisms and implications for treatment. Expert Review of Clinical Immunology, volume 13

⁹⁰ Gisondi P., Tessari G., Conti A., Piaserico S., Schianchi S., Peserico A., Giannetti A. & Girolomoni G. (2007) Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: A hospital-based case-control study. British Journal of Dermatology, July 2007. Volume 157. Issue 1. pp: 68-73

⁹¹ Jensen P & Skov L. (2017) Psoriasis and obesity. Dermatology 2016;232:633-639

⁹² Fleming P., Kraft J., Gulliver WP. & Lynde C. (2015) The Relationship of Obesity With the Severity of Psoriasis: A Systematic Review. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery Vol 19, Issue 5.

⁹³ Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. (2012) The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies.

⁹⁴ Resultado de modelo de tendencia lineal del IMC de los participantes y el número de comorbilidades comunicadas: Pearson's R: 0.315. Error estándar: 7,408. Valor de P: < 0,0001. n = 196

⁹⁵ Jensen P. & Skov L. (2017) Psoriasis and obesity. Dermatology 2016;232:633-639

⁹⁶ Hemos definido los “malos hábitos” como sigue: “Llevar una dieta poco saludable”: los participantes que responden “no” a la pregunta “¿Lleva usted una alimentación saludable?”. Nunca practican ejercicio: los participantes que afirman “no hacer nunca ejercicio”. Fumar: todos los participantes que afirman fumar (desde 1 a 5 cigarrillos al día hasta más de 15 cigarrillos al día). Beber más de 10 bebidas alcohólicas a la semana: todos los participantes que afirman beber al menos de 10 a 19 unidades a la semana.

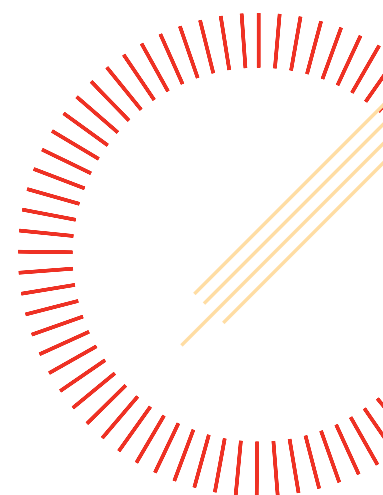
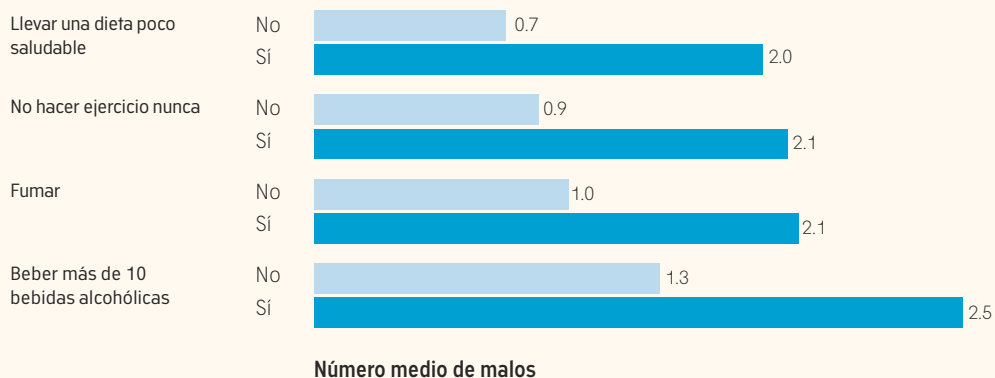


Gráfico 3.7: Malos hábitos: Cómo tener un mal hábito está relacionado con tener más de uno⁹⁷

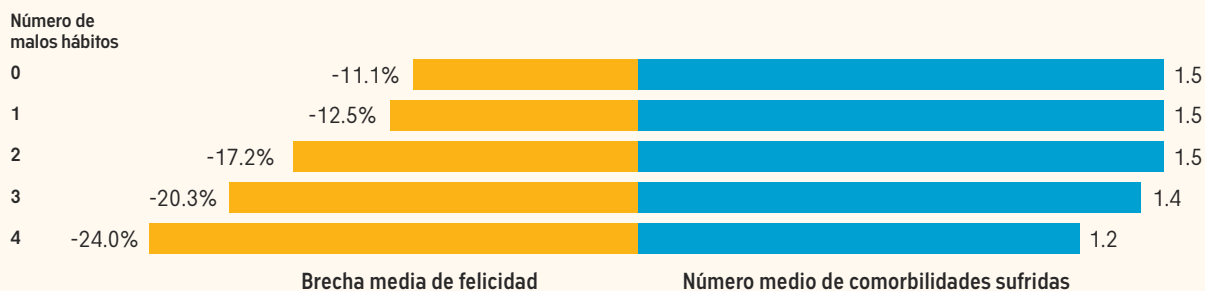


Tener varios malos hábitos también está relacionado con unas mayores brechas de felicidad. Existe una relación lineal entre el número de malos hábitos y las brechas de felicidad en las personas con psoriasis (Gráfico 3.8), resultando que las personas que afirman no tener “malos hábitos” se encuentran en las brechas de felicidad de -11,1% y las personas que afirman tener cuatro malos hábitos se encuentran en

las brechas de felicidad de -24%. No hemos encontrado ninguna asociación similar entre los malos hábitos y la comorbilidad. Como indicamos descriptivamente en el Gráfico 8 y mediante el resultado de nuestra regresión⁹⁸, existe una relación negativa entre la comorbilidad y el estilo de vida. Esto significa que los participantes con multimorbilidad tienen menos malos hábitos que los pacientes sin comorbilidad. Pero esto no

significa que los participantes con multimorbilidad estén mejor. Una explicación a esta observación sobre el estilo de vida y la comorbilidad podría ser que las personas adoptan un mejor estilo de vida cuando se les presentan comorbilidades, como puede ser, por ejemplo, comenzar a comer de una manera más saludable cuando se les diagnostica diabetes.

Gráfico 3.8: Brechas medias de felicidad y número medio de comorbilidades basado en el número de malos hábitos presentados⁹⁹



⁹⁷ N=6.170

⁹⁸ Anexo B en el informe completo

⁹⁹ N=6.170

Tener unos patrones de sueño correctos está estrechamente relacionado con la felicidad y con una menor comorbilidad

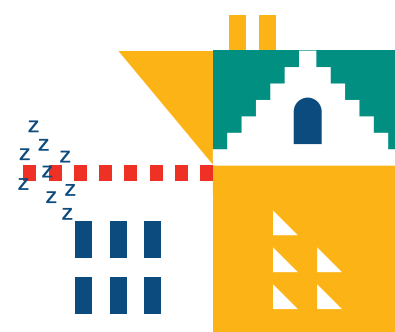
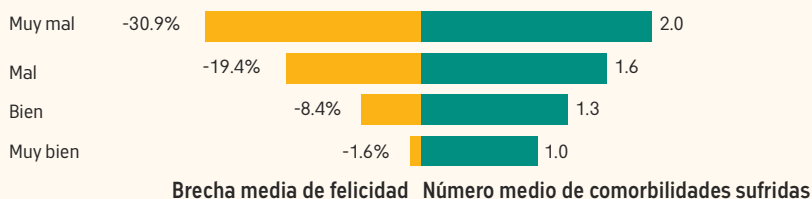


De nuestro análisis de regresión extraemos la conclusión de que dormir bien es un sólido indicador de felicidad¹⁰⁰. Los niveles de felicidad de las personas con psoriasis que afirman “dormir muy bien” no difieren mucho de los niveles de felicidad de la población en general. A medida que disminuye la calidad del sueño se van reduciendo los niveles de felicidad. Las comorbilidades están relacionadas inversamente con la calidad del sueño (Gráfico 3.9).

Las comorbilidades, incluido el síndrome metabólico y la depresión, están conectadas con la psoriasis y también asociadas a una mala calidad del sueño¹⁰¹. Los malos patrones de sueño son un problema muy extendido en relación con la comorbilidad en general (Gráfico 3.10). Un 69% de las personas con análisis de sangre anormales y con enfermedades de corazón poseen malos hábitos de sueño, al igual que las personas con

depresión u otros trastornos mentales, cuyo porcentaje es del 65%. La menor prevalencia de una mala calidad del sueño la encontramos en las personas con hipertensión (53%) y con cáncer (47%). Para las personas que afirman no tener ninguna de las comorbilidades presentadas, la prevalencia es del 42%.

Gráfico 3.9: Calidad del sueño, brecha de felicidad y número de comorbilidades padecidas¹⁰²

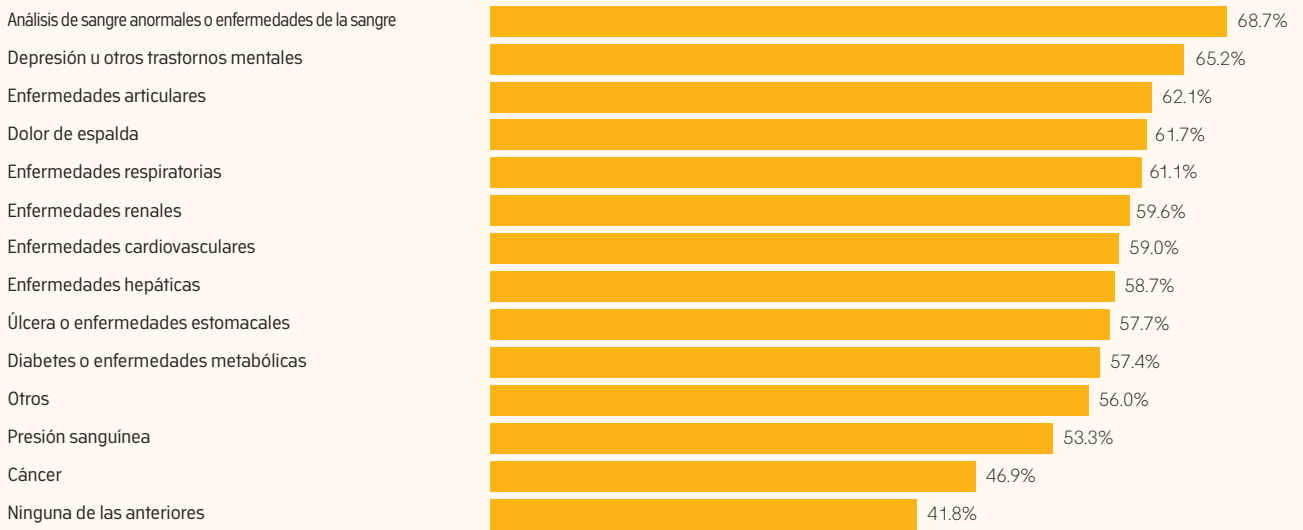


¹⁰⁰ Anexo A en el informe completo

¹⁰¹ Gowda. S., Goldblum O.M., McCall. W.V. & Feldman. S. R. (2010) *Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis*. Journal of The American Academy of Dermatology. July 2010. Volume 63. Issue 1. pp 114–123

¹⁰² N=6,186

Gráfico 3.10: Porcentaje de personas que afirman dormir mal o muy mal y que padecen comorbilidades¹⁰³



Porcentaje de personas que afirman dormir “mal” o “muy mal”

La psoriasis y la artritis psoriásica también están relacionadas con el síndrome de piernas inquietas, que es otro trastorno del sueño¹⁰⁴. Otras comorbilidades de la psoriasis – como el sobrepeso, o las afecciones cardiacas o la enfermedad pulmonar obstructiva- también reducen la calidad del sueño¹⁰⁵. Las personas que duermen muy mal tienen una media de 2 comorbilidades, mientras que las personas que duermen muy bien tienen una media de 0,95 comorbilidades (Véase Gráfico 3.9).



¹⁰³ N=6,186

¹⁰⁴ Gupta M. A; Simpson FC & Gupta A K (2016); *Psoriasis and sleep disorders: A systematic review*. Sleep Medicine Reviews. October 2016: Volume 29. p 63-75

¹⁰⁵ Ibid.

Es la soledad el mayor factor de riesgo?

Como mencionábamos anteriormente, tanto el estilo de vida como la comorbilidad conllevan un efecto negativo en la felicidad de las personas con psoriasis. Sin embargo, también hemos averiguado que el efecto negativo de la soledad y del estrés sobre la felicidad supera al efecto negativo de la comorbilidad y del estilo de vida. Esto sugiere que las condiciones de vida que perturban las actividades de la vida diaria – tales como la soledad y el estrés – son mejores indicadores de la felicidad en general que la conducta y el estado de salud - más objetivo - de una persona¹¹⁴.

Además, aparte de la incapacidad para trabajar (que no resulta extraño que esté estrechamente relacionada con un mal estado de salud), la soledad es también el mejor indicativo del número de comorbilidades que es probable que padezca una persona¹¹⁵.

Mientras que el 21,1% de las personas con comorbilidades se encuentran solas, ese porcentaje es casi el doble (41,2%) en las personas que padecen 3 comorbilidades (Véase Gráfico 3.15).

De nuevo aquí, no podemos determinar qué es lo que aparece primero, si la soledad o la comorbilidad.

La correlación podría sugerir que las personas que se encuentran socialmente aisladas son más susceptibles de desarrollar comorbilidades; o que las personas con varias comorbilidades son más propensas a quedarse aisladas socialmente.

Sin embargo, otros estudios han demostrado que fuerzas sociales tales como la soledad afectan significativamente a la salud cardiovascular. Por ejemplo, un metaestudio demostró que tenemos un 42% más de posibilidades de morir por una enfermedad cardiovascular y un 55% más de probabilidades de morir de un derrame cerebral si no estamos casados/as¹¹⁷. Este efecto podría atribuirse al apoyo adicional social y emocional que supone tener una pareja.

Otro estudio, en el que participaron 480.000 personas durante 7 años, determinó que en las personas que experimentaban aislamiento social aumentaba un 43% el riesgo de sufrir un ataque al corazón y un 39% el riesgo de sufrir un derrame cerebral.¹¹⁸ Este estudio en particular también investigó si el vínculo entre soledad/aislamiento social y el hecho de sufrir por primera vez una enfermedad cardíaca/derrame podría explicarse.

¹¹⁴ Véase Anexo A en el informe completo

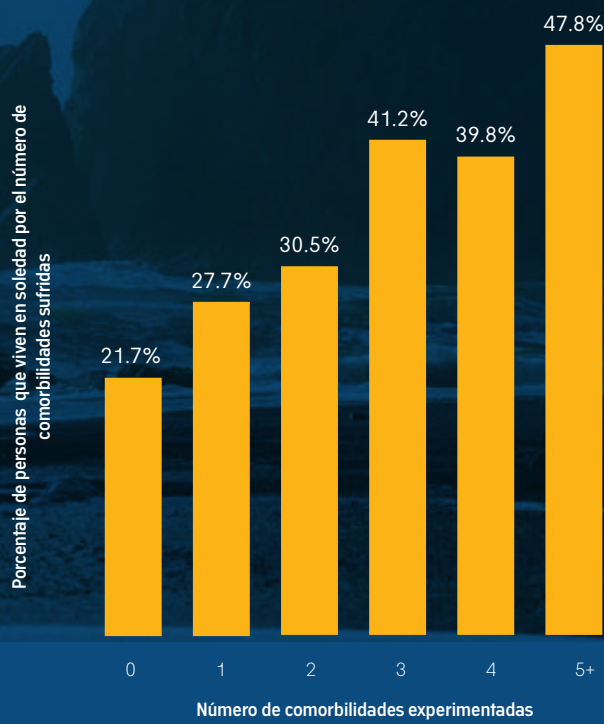
¹¹⁵ Véase Anexo B en el informe completo

¹¹⁶ N=5,030

¹¹⁷ Wong CW, Kwok CS, Narain A, et al (2018) *Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis*. Heart

¹¹⁸ Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, et al (2018) *Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality*: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. Heart

Gráfico 3.15: Porcentaje de personas que viven en soledad por el número de personas que padecen comorbilidades¹¹⁶



No confundir la satisfacción del paciente con su felicidad

En el informe de este año queríamos explorar el vínculo entre la felicidad de una persona y su relación con su profesional de la salud. Basándonos en el resultado mencionado en el apartado anterior (que demuestra que la felicidad está vinculada a si la persona siente que su profesional de la salud entiende bien cómo la psoriasis afecta a su bienestar mental) asumimos inicialmente que la satisfacción general con el profesional de la salud estaría estrechamente ligada a la felicidad del paciente.

Para medir la satisfacción general con los profesionales de la salud (lo que referimos como “satisfacción del paciente”), hemos desarrollado una medida por la que pedimos a las personas que puntuasen su satisfacción general con sus profesionales de la salud en lo concerniente a su psoriasis (en una escala del 0-10, donde 0 significa totalmente insatisfecho y 10 significa totalmente satisfecho). Sorpresivamente, averiguamos que la satisfacción con los profesionales de la salud y la felicidad no están tan estrechamente correlacionadas como cabría esperar¹²⁶.

En este análisis hemos comprobado cómo los diferentes factores relacionados con la interacción y el compromiso de una persona con su sistema de atención sanitaria y con sus profesionales de la salud puede explicar su grado de satisfacción, así como su felicidad. El hecho de no haber encontrado una fuerte relación entre la satisfacción del paciente y su felicidad sugiere que los factores que influyen en ésta última son distintos a los que influyen en la satisfacción del paciente. Por este motivo debemos distinguir entre las dos en nuestro análisis.

Para comprobar la diferencia entre la satisfacción del paciente y su felicidad, hemos incluido un conjunto de “condiciones” (por ej. edad, sexo, tipo de profesional de la salud, niveles de estrés) y un conjunto de “evaluaciones” del sistema sanitario y de los profesionales de la salud (p.ej. si el paciente sigue el consejo de su profesional de la salud y si confía en sus capacidades). Las “condiciones” y su vínculo con la felicidad y la satisfacción de los pacientes se muestran en la Tabla 4.2.

¹²⁶ Modelo de tendencias: Pearson's R: 0.1660. Error estándar: 1.89778 valor de p (significado): < 0,0001

Table 4.1: Las condiciones y su asociación con la satisfacción con el profesional de la salud y la felicidad del paciente:

CONDICIONES	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	FELICIDAD
Gravedad	Solo las personas que perciben su psoriasis como grave se encuentran menos satisfechas con sus profesionales de la salud que las personas que perciben su psoriasis como leve. No existen diferencias entre la psoriasis leve y moderada en términos de satisfacción con los profesionales de la salud.	Las personas que perciben su psoriasis como moderada o grave son menos felices que las personas que la perciben como leve.
Años vividos padeciendo psoriasis	Las personas que llevan padeciendo psoriasis entre 1 y 5 años se encuentran menos satisfechos con sus profesionales de la salud que las personas que llevan padeciéndola menos de un año y que las que la han padecido desde hace más de 5 años.	Sin efecto
Sistema sanitario público/ privado	En comparación con quienes pagan su propio seguro de salud privado, los pacientes tratados en la sanidad pública se encuentran más satisfechos con sus profesionales de la salud.	Los pacientes tratados por profesionales de la salud que trabajan en una institución (clínica u hospital) que forme parte del sistema sanitario público (gratis para los pacientes), son menos felices que los tratados por profesionales de la salud que trabajan en instituciones privadas que el propio paciente paga.
Frecuencia de las visitas	Las personas con psoriasis que visitan a su profesional de la salud una vez al año están menos satisfechas que las que lo visitan de 2 a 5 veces al año o más. Las menos satisfechas son aquellas que nunca ven a su profesional de la salud.	Las personas con psoriasis que visitan a su profesional de la salud de 6 a 12 veces al año o más de 12 veces al año son menos felices que las personas que lo visitan una vez al año.
Tipo de profesional de la salud	Las personas están más satisfechas con su profesional de la salud cuando son profesionales de enfermería o dermatólogos, mejor que médicos de familia.	Los pacientes tratados por un dermatólogo son más felices que los tratados por un médico de familia.
Sexo del profesional de la salud	Las personas se encuentran más satisfechas con su profesional de la salud cuando éste es una mujer, o cuando el paciente ve a diferentes profesionales de la salud de una consulta a la siguiente. Ver al mismo profesional de la salud de sexo masculino está vinculado a una menor satisfacción. Cabe destacar que estos resultados se basan en un análisis de regresión, de modo que esto se cumple incluso cuando introducimos variables como la del género del paciente y todas las otras variables.	Sin efecto
Edad del profesional de la salud	Sin efecto	Sin efecto
Estrés	Sin efecto	Las personas con psoriasis son menos felices cuando sufren estrés de moderado a grave.
Soledad	Sin efecto	Cuanto más sola se encuentra la persona con psoriasis, menos feliz es.
Estado civil	Sin efecto	Las personas casadas o que mantienen una relación son más felices que las personas sin pareja.
Edad	Sin efecto	Sin efecto
Sexo	Sin efecto	Sin efecto

Consideraciones finales - una vida mejor para las personas con psoriasis

En este su segundo año, el Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad pretende explorar el impacto que tiene la psoriasis sobre la felicidad. El objetivo es poner de manifiesto las áreas de atención prioritaria que sirvan de apoyo en el diseño de políticas sanitarias efectivas y de rutas para ayudar a las personas a mejorar sus vidas.

Tal y como explicamos con detenimiento en este informe, incluso cuando existen comorbilidades, ciertos aspectos del bienestar social y psicológico, como pueden ser el estrés, la soledad y una mala salud mental, están más estrechamente vinculados con los niveles generales de felicidad en las personas con psoriasis. Esto sugiere que las acciones dirigidas a disminuir la soledad o a controlar el estrés y la mala salud mental deberían ser una prioridad, implicando los esfuerzos de los organismos gubernamentales y de los sistemas sanitarios y profesionales de la salud.

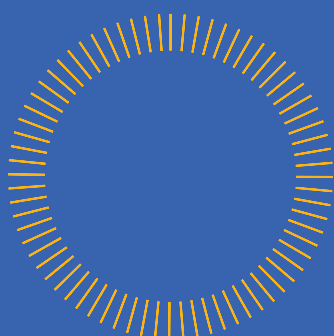
Invertir directamente en salud mental parece ser una ruta obvia a seguir, ya que las intervenciones de esta naturaleza tienen el potencial de sacar a un gran número de personas de la extrema infelicidad con la que viven; y todo ello sin suponer grandes costes para la sociedad. De hecho, los costes netos podrían resultar incluso negativos.

Lo que parece ser también una parte obvia de la solución es adoptar un enfoque más coordinado

que se centre en mitigar conjuntamente tanto los problemas de salud como los problemas de bienestar general. Creemos que el avance en estas áreas empieza por aumentar la presencia de cuestiones de bienestar mental y social en las agendas de sanidad a nivel global.

Además, este enfoque pondría a los pacientes en el centro del sistema y de la manera más adecuada: cuidando de sus vidas y de su felicidad, no únicamente de su enfermedad y sus tratamientos. De acuerdo con los datos obtenidos, todavía hay muchos beneficios de la felicidad que se podrían cosechar, simplemente tratando el tema de la felicidad en los tratamientos y en las consultas por psoriasis.

Al mismo tiempo, todo conocimiento susceptible de cambiar las vidas de las personas para mejor debería ser puesto en práctica. Así pues, el Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad aboga por una amplia cooperación entre los organismos gubernamentales, los seguros privados, los profesionales de la salud, los grupos de pacientes y las empresas farmacéuticas. Adoptar un enfoque unificado para medir el bienestar de las personas con psoriasis facilitaría un mayor intercambio de ideas, la colaboración en iniciativas clave y, por último, supondría un apoyo para una mejor vida, una mejor salud y mejores sistemas sanitarios.





Planes de futuro: poner la felicidad en la agenda sanitaria a nivel global

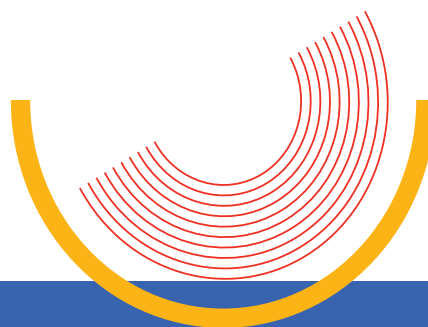
La felicidad ofrece importantes nuevas perspectivas sobre el progreso social y la desigualdad, de modo que se está convirtiendo en una cuestión crítica para los líderes de los gobiernos, de las empresas y de la sociedad civil. Creemos que los legisladores deberían centrar sus esfuerzos en los factores subyacentes que conducen a la existencia de brechas de felicidad y deberían desarrollar acciones para solventar dichas brechas. Por este motivo, un área que merece especial consideración es la de aplicar en el ámbito de la salud metodologías y enfoques sobre la felicidad.

En mayo de 2018 recibimos un impulso especial, cuando los datos arrojados por el Informe Mundial sobre la Psoriasis y la Felicidad de 2017 fueron publicados en el evento paralelo de la OMS organizado por la IFPA (Federación Internacional de Asociaciones de Psoriasis) y la NCD Alliance (Alianza de las Enfermedades no transmisibles) bajo el título 'Happiness and NCDs: Mind the Gap' ("Felicidad y Enfermedades no transmisibles (ENT): Cuidado con la brecha"). El Consejo Mundial sobre la Salud publicó un artículo que cubría el evento y los ideas clave tratadas en él. Continuaremos trabajando con las organizaciones, con los líderes de opinión y con los defensores del paciente para impulsar la agenda de la felicidad en personas con enfermedades crónicas, con una especial atención en su bienestar psicológico y social.

El trabajo que sustenta el Informe sobre la Psoriasis y la Felicidad es continuo. Nos hallamos en una misión permanente por mejorar nuestros conocimientos sobre la felicidad y la psoriasis, pero también planeamos cubrir otras enfermedades crónicas en el futuro.

Utilizando la felicidad como métrica, es más fácil construir una "moneda común" para todas las enfermedades crónicas y los datos globales que presentamos dicen mucho a los legisladores y a aquellos que dirigen las agendas de la felicidad en las instituciones, desde las Naciones Unidas hasta la OMS y la OCDE. Nuestra tecnología, flexible y ágil, recopila datos de todo el mundo, de una manera rápida, posibilitando el análisis unificado de las aportaciones de países de todo el globo.

Por último, pretendemos ayudar a los sistemas sanitarios y a los profesionales de la salud a desarrollar unas prácticas más orientadas al paciente y asistir a los gobiernos a la hora de priorizar mejor las políticas e intervenciones de sanidad



Referencias

- **Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. (2012)** The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies.
- **Brezinski, E A., Dhillon, J S. & Armstrong, A W. (2015)** Economic Burden of Psoriasis in the United States A Systematic Review, *JAMA Dermatol* Volume 151, Number 6
- **Cantril, H. (1965).** The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- **Chisholm, D., Sweeney, K., Sheehan, p., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. & Saxena, S. (2017):** Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, World Health Organization
- **Chiva-Blanch G., Arranz S., Lamuela-Raventos RM. & Estruch R. (2013)** Effects of Wine, Alcohol and Polyphenols on Cardiovascular Disease Risk Factors: Evidences from Human Studies. *Alcohol and Alcoholism*. Volume 48. Issue 3. 1 May 2013. Pages 270–277
- **Cochran, W. G. (1963).** Sampling Techniques, 2nd Ed., New York: John Wiley and Sons, Inc.
- **Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983).** A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- **Den Nationale Sundhedsprofil 2017 (Accessed 5th July 2018)** via: <http://www.danskernesundhed.dk/>
- **Dolan, P. & Kahneman, D. (2008)** Interpretations of utility and their implications for the valuation of health. *Economic Journal*. 118(525), 215-234
- **Dolan, P. (2011)** Using Happiness to Value Health, Office for Health Economics, London
- **Fleming P., Kraft J., Gulliver WP. & Lynde C. (2015)** The Relationship of Obesity With the Severity of Psoriasis: A Systematic Review. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* Vol 19, Issue 5.
- **Gisoni P., Tessari G., Confi A., Piaserico S., Schianchi S., Peserico A., Giannetti A. & Girolomoni G. (2007)** Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: A hospital-based case-control study, *British Journal of Dermatology*, July 2007. Volume 157. Issue 1, pp: 68-73
- **Gowda. S., Goldblum O.M., McCall. W.V. & Feldman. S. R. (2010)** Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *Journal of The American Academy of Dermatology*. July 2010. Volume 63. Issue 1. pp 114–123
- **Gupta M. A; Simpson F.C & Gupta A K (2016):** Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. October 2016: Volume 29. p 63-75
- **Hakulinen C. Pulkki-Råback L. Virtanen M. et al (2018)** Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. *Heart*
- **Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2018).** World Happiness Report 2018, New York: Sustainable Development Solutions Network.
- **Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017).** World Happiness Report 2017, New York: Sustainable Development Solutions Network.
- **Helliwell, J.F. & Huang, H. (2011)** New Measures of the Costs of Unemployment: Evidence from the Subjective Well-Being of 2.3 Million Americans, *Economic Inquiry*.
- **Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004).** A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26, 655-672.
- **Hurst, N.P., Jobanputra, M., Hunter, M., Lambert, M., Lockhead, A. & Brown, H. (1994)** Validity of EuroQol—a generic health status instrument—in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 33(7), 655–662.
- **Jensen P. & Skov L. (2017)** Psoriasis and obesity. *Dermatology* 2016;232:633-639
- **Landriscina A. & Friedman A (2016):** Integrating lifestyle-focused approaches into psoriasis care: Improving patient outcomes? *Psoriasis Targets and Therapy* volume 2016:6
- **Layard, R. (2018)** Mental Illness Destroys Happiness And Is Costless To Treat, in *Global Happiness Policy Report (2018)*, World Government Summit, United Arab Emirates.
- **Lebwohl, M.G., Bachelez, H., Barker, J., Girolomoni, G., Kavanaugh, A., Langley, R.G., Paul, C.F., Puig, L., Reich, K., van de Kerkhof, P.C. (2014)** Patient perspectives in the management of psoriasis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70: 871–881
- **Lønberg, A S & Skov, L. (2017)** Comorbidity in psoriasis: Mechanisms and implications for treatment. *Expert Review of Clinical Immunology*, volume 13
- **Neun, S.P. and Santerre, R.E. (2007):** Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies. 4th Ed. Mason: Thomson South-Western
- **OECD (2013):** Guidelines On Measuring Subjective Well-being, Paris: OECD Publishing.
- **Oswald, A., Proto, E., & Sgroi, D. (2014).** Happiness and Productivity. *Journal of Labor Economics*, 33(4), 789–822.
- **Rath, T., & Harter, J. (2010):** The Economics of Well-being, Gallup Consulting.
- **Russell, D. W. (1996).** UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- **Santos Paim de Oliveira, M., Oliveira Rocha, B. & Vieira Duarte, G (2013)** Psoriasis: Classical and Emerging Comorbidities. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 90(1), 9-20.
- **Step toe A. & Wardle J. (2011):** Positive affect measured using ecological momentary assessment and survival in older men and women; *What Works Well-Being (2017): Measuring Well-Being Inequalities: A How-To Guide*
- **Stiglitz, J. E., Sen, A. & Fitoussi, J. P. (2009)** Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, Paris.
- **Whillans A V, Weidman A C, & Dunn E W. (2016)** Valuing Time Over Money Is Associated With Greater Happiness, *Social Psychological and Personality Science*, Vol 7, Issue 3, pp. 213 - 222
- **WHO (Accessed 20th July 2018)** at: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/
- **Wesselink, B., Bakkes, J., Best, A., Hinterberger, F., ten Brink, P. (2007).** Measurement Beyond GDP, paper presented at *Beyond GDP: Measuring progress, true wealth, and the well-being of nations*, November 2007, Brussels.
- **Wong CW, Kwok CS, Narain A. et al (2018)** Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Heart*

