

Universidad Cardenal Herrera-CEU

Departamento de Medicina y Cirugía



Impacto de la calidad de vida de los pacientes psoriásicos de consultas externas del Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Dña. María Isabel Hernández García

Dirigida por:

Dña. Belén Merck Navarro

Don. José Luis Sánchez Carazo

Doña. Paloma Botella Rocamora

VALENCIA

2015



La Dra. Dña. Belén Merck Navarro, profesora del Departamento de Medicina y Cirugía de la Universidad Cardenal Herrera CEU, D. José Luis Sánchez Carazo , doctor en Dermatología del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario, Valencia y la Dra. Dña. Paloma Botella Rocamora, profesora del Departamento Ciencias Físicas, Matemáticas y de la Computación de la Universidad Cardenal Herrera CEU

INFORMAN:

Que la Tesis Doctoral titulada “Impacto de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis de consultas externas del Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid”, de la que es autora Dña. M^ª Isabel Hernández García, licenciada en Medicina y Cirugía, ha sido realizada bajo nuestra dirección y reúne las condiciones científicas y formales necesarias para ser presentada ante el Tribunal correspondiente a fin de obtener el Grado de Doctor.

Y para que conste, firmamos el presente en Moncada a 17 de marzo del 2015.

Fdo. Belén Merck Navarro

Fdo. Paloma Botella Rocamora

Fdo. José Luis Sánchez Carazo

AGRADECIMIENTOS

A mi marido y mis hijas:

Por el apoyo incondicional durante el tiempo que he dedicado a esta tesis y que se lo he restado a estar con ellos. Por haber sido cariñosos, comprensivos y alentadores para terminar el trabajo empezado.

A mi madre y mi hermana:

Porque siempre han confiado en mí y me han apoyado en la vida en todas mis decisiones tanto personales como académicas.

A mis tutores:

Por la calidad humana que me han transmitido. El espíritu de trabajo de la Dra. Merck, la capacidad didáctica de la Dra. Botella y la transmisión de conceptos del Dr. Sánchez Carazo han sido unas piezas angulares para la realización de la tesis. Todos ellos han sido tutores que siempre han respondido a todas mis llamadas, han corregido todas las versiones y me han enseñado la tramitación de todo el proceso doctoral con pulcritud, organización y tesón.

Por último, y muy especialmente, a mi padre:

Por haber heredado de él la positividad y la alegría para conseguir las metas propuestas en la vida. Por no aceptar la palabra “no” y cambiarla por la de “voy a intentarlo”. Porque aunque no le pueda ver físicamente sé que su alma me acompaña en todo momento por lo que esta tesis va por ti también papá.

AEDV = Academia Española de Dermatología y Venereología

AF = Antecedentes familiares

ANOVA = *Analysis Of Variance*

BAI = *Beck Anxiety Inventory*

BDI = *Beck Depression Inventory*

BiblioPRO = Biblioteca virtual de referencia científica española de los resultados percibidos por los pacientes *Patient Reported Outcomes* que contienen los instrumentos de CVRS.

BPI = *Brief Pain Inventory*

BSA = *Body Surface Area*

CLCI = *Cumulative Life Course Impairment*

CV = Calidad de Vida

CVRS = Calidad de Vida Relacionada con la Salud

DLQL = *Dermatology Life Questionnaire Index*

DQOLS = *Dermatology Quality of Life Scales*

DSQL = *Dermatology-Specific Quality of Life*

EQ5 = *EUROQUOL 5 (Europe Quality of Life 5)*

EUROSPO = Asociación europea de pacientes con PS

EM = Esclerosis Múltiple

FA = Forma de administración

FACIT-Fatigue = *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue*

FDA = *Food and Drug Administration*

GHQ-12 = *General Health Questionnaire de Goldberg*

HGCD = Hospital General Central de la Defensa

HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HLA = Antígeno Leucocitario Humano

HRQL = *Health Related Quality of Life*

IDI = *Istituto Dermopatico dell'Immacolata* de Italia

IMPROVE = *IDI Multipurpose Psoriasis Research On Vital Experiences*

IMID = *Immune Mediated Inflammatory Diseases*

ICAM-1 = *Intercelular Adhesión Molecula-1*

IDH = Índice de Desarrollo Humano

IL = Interleuquina

LS-PGA = *Lattice System: Physician's Global Assessment*

MCS = *Mental Component Score*

N = Tamaño de la muestra

NHP = *Nottingham Health Porfile* (Cuestionario de Salud de Nottingham)

NPS-PS = *National Psoriasis Foundation Psoriasis Score*

OMS = Organización Mundial de la Salud

PASI = *Psoriasis Area Surface Index*

PCS = *Physical Component Score*

PDI = *Psoriasis Disability Index*

PdR = Periodo de Referencia

PGA = *Physician's Global Assessment*

PQAS = *Pain Qualities Assessment Scale*

PLSI = *Psoriasis Life Stress Inventory*

PNB = Producto Nacional Bruto

PQOL-12 = *Psoriasis Quality of Life Questionnaire*

PRO = *Patient Reported Outcomes*

PROQUOLID = Base de datos virtual que sirve de referencia de los resultados percibidos por los pacientes PRO y contiene los instrumentos de CVRS

PS = Psoriasis

REFLETS = *Reflective evaluation of psoriasis Efficacy of Treatment and Severity*

SEM = *Structural Equation Modelling*

SD = *Standard deviation* (Desviación típica)

SF-36 = *Formulario estándar SF-36*

SCQ-18 = *Self-Administered Comorbidity Questionnaire*

SSP = *Swedish Universities Scales of Personality*

TBC = *Tuberculosis*

TNF α = *Tisular Necrosis Factor α*

VAS = *Visual Analogue Scale*

WHO = *World Health Organization*

WHOQOL = *World Health Organization Quality of Life*

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Índices de gravedad de la PS	14
Tabla 2: Indicación del tratamiento sistémico.....	19
Tabla 3: Mecanismos de acción de los tratamientos sistémicos de la PS	20
Tabla 4: Efectos adversos de los tratamientos biológicos	21
Tabla 5: Instrumentos genéricos de CV	33
Tabla 6: Instrumentos de CV dermatológicos	34
Tabla 7: <i>Dermatology Life Quality Index</i>	35
Tabla 8: Ítems del <i>Skindex-29</i>	37
Tabla 9: Ítems del dominio sintomático	38
Tabla 10: Ítems del dominio emocional.....	38
Tabla 11: Ítems dominio funcional	38
Tabla 12: Estudio de la CV en la PS y <i>Skindex-29</i>	42
Tabla 13: Interpretación según Nijsten.....	43
Tabla 14: Gravedad de la PS según Prinsen	43
Tabla 15: Interpretación según Prinsen	44
Tabla 16: Instrumentos de CV específicos de PS	46
Tabla 17: Resumen factores sociodemográficos.....	50
Tabla 18: Resumen de los factores no sociodemográficos	55
Tabla 19: Dominio sintomático.....	58
Tabla 20: Dominio emocional.....	61
Tabla 21: Dominio funcional	66
Tabla 22: Puntuación <i>Skindex-29</i>	77
Tabla 23: Categorización de la interpretación de Nijsten	78
Tabla 24: Categorización de la interpretación de Prinsen	79
Tabla 25: Categorización de las variables independientes.....	83
Tabla 26: Resultado descriptivo de las variables independientes	98

LISTA DE TABLAS

Tabla 27: Resultados del <i>Skindex-29</i>	99
Tabla 28: Mayor variabilidad de respuesta.....	102
Tabla 29: Menor variabilidad de respuesta	102
Tabla 30: Ítems del <i>Skindex -29</i> mayor puntuación.....	102
Tabla 31: Ítems del <i>Skindex-29</i> menor puntuación	103
Tabla 32: Porcentajes medios del dominio sintomático.....	107
Tabla 33: Porcentajes medios del dominio emocional	108
Tabla 34: Porcentajes medios del dominio funcional	110
Tabla 35: Resultados según Nijsten	111
Tabla 36: Resultados según Prinsen	112
Tabla 37: Univariante variables sociodemográficas / totalidad	113
Tabla 38: Univariante variables sociodemográficas / dominio sintomático	114
Tabla 39: Univariante variables sociodemográficas / dominio emocional.....	115
Tabla 40: Univariante variables sociodemográficas / dominio funcional.....	115
Tabla 41: Univariante variables historia médica / totalidad.....	116
Tabla 42: Univariante variables historia médica/ dominio sintomático.....	117
Tabla 43: Univariante variables historia médica / dominio emocional.....	118
Tabla 44: Variables historia médica / dominio funcional.....	119
Tabla 45: Univariante variables clínicas PS / totalidad.....	119
Tabla 46: Univariante variables clínicas PS / dominio sintomático	120
Tabla 47: Univariante variables clínicas PS / dominio emocional.....	120
Tabla 48: Univariante variables clínicas PS / dominio funcional.....	121
Tabla 49: Significación estadística del análisis univariante.	121
Tabla 50: Análisis multivariante de la totalidad	122
Tabla 51: Análisis multivariante del dominio sintomático.....	123
Tabla 52: Análisis multivariante del dominio emocional	124

Tabla 53: Análisis multivariante del dominio funcional	124
Tabla 54: Tipo, tamaño y origen de los estudios.....	128
Tabla 55: Relación edad/sexo de los estudios	130

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Lesión típica de PS.....	8
Figura 2: PS vulgar en codos.....	9
Figura 3: Morfología de la PS	9
Figura 4: Polimorfismo de la PS.....	10
Figura 5: PS en cara y cuero cabelludo	10
Figura 6: PS en manos	11
Figura 7: PS en uñas	12
Figura 8: Icono del Día Mundial de la PS.....	22
Figura 9: Tamaño de la muestra	87
Figura 10: La muestra excluida.....	88
Figura 11: La edad.....	89
Figura 12: El sexo.....	89
Figura 13: La cultura.....	90
Figura 14: Los antecedentes familiares de PS.....	90
Figura 15: Los antecedentes personales	91
Figura 16: El estrés.....	91
Figura 17: El fototipo.....	92
Figura 18: Las visitas.....	92
Figura 19: La antigüedad de la PS.....	93
Figura 20: La biopsia	93
Figura 21: El ingreso hospitalario.....	94
Figura 22: Tipos de psoriasis.....	94
Figura 23: BSA	95
Figura 24: PASI	95
Figura 25: La mejoría con el sol.....	96
Figura 26: El aclaramiento	96

Figura 27: El tratamiento.....	96
Figura 28: Tratamientos tópicos (a). Tratamientos orales (b).....	97
Figura 29: Porcentajes medios dominios <i>Skindex-29</i>	99
Figura 30: Variabilidad de los patrones de respuesta del <i>Skindex-29</i>	101
Figura 31: Descriptivo del porcentaje medio por ítem del <i>Skindex-29</i>	104
Figura 32: Resultados agrupados del <i>Skindex-29</i>	105
Figura 33: Resultados agrupados del dominio sintomático	106
Figura 34: Resultados agrupados del dominio emocional	107
Figura 35: Resultados agrupados del dominio funcional.....	109
Figura 36: Gráfica de la clasificación de Nijsten.....	111
Figura 37: Gráfica de la clasificación de Prinsen.....	112

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inmunológica crónica de la piel, de etiología desconocida y sin una terapia definitiva. El *Skindex-29* es un instrumento de calidad de vida específico de las enfermedades dermatológicas que mide tres dominios: el sintomático, el emocional y el funcional.

Objetivos: Describir la calidad de vida de los pacientes con psoriasis medida con el *Skindex-29*.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de psoriasis que acuden a consultas externas de Dermatología del Hospital General Central de la Defensa “Gómez Ulla” de Madrid. Se utilizó una batería de test compuesta por la versión española del *Skindex-29* y el *Psoriasis Area and Severity Index*. Las variables se estructuraron en sociodemográficas, de la historia médica y clínicas de la psoriasis. En el análisis estadístico se utilizaron las técnicas descriptivas, la prueba de ANOVA y el test de Kruskal Wallis, así como la regresión lineal múltiple para el estudio multivariante. Se consideró que se alcanza la significación estadística cuando el p valor es <0,05.

Resultados: El número total de pacientes con psoriasis recopilados resultó ser 164, de los cuales 120 cumplimentaron el *Skindex-29*. La edad media fue de 50,26 años, habiendo un predominio de los hombres (64,17%) sobre las mujeres. Los datos obtenidos demostraron que la psoriasis produjo un impacto moderado en la calidad de vida de la muestra, siendo el dominio sintomático el más afectado. Las puntuaciones más altas alcanzadas en cada dominio se relacionaron con los siguientes ítems: “La piel me pica” en el dominio sintomático (54,17%), “Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore” en el dominio emocional (37,50%) y “Mi enfermedad me produce cansancio” en el dominio funcional (12,50%). En el análisis univariante las variables que alcanzan la significación estadística fueron el nivel cultural ($p=0,0002$), el estrés ($p=0,0006$), el ingreso hospitalario ($p=0,027$) y la biopsia diagnóstica ($p=0,414$). El nivel cultural representó el principal factor predictivo en la gravedad de la CV, con una

significación estadística en todos los dominios del *Skindex-29*. En el análisis multivariante, el perfil que mejor explicó un deterioro en la CV se corresponde con los pacientes que tienen un nivel cultural no superior, y en el límite de la significación estadística aquellos que son ≤ 40 años y que refieren tener una vivencia de estrés previa a la reagudización de su psoriasis.

Conclusiones: La psoriasis produce un impacto moderado en la calidad de vida de los pacientes estudiados. El *Skindex-29* puede ser utilizado para el estudio de ésta en los pacientes con psoriasis. El nivel cultural es el principal indicador de producir un detrimento en la CV.

Palabras clave: Psoriasis, Calidad de Vida, *Skindex-29*.

ABSTRACT

Background: Psoriasis is a chronic inflammatory immunologically mediated disease of the skin, unknown aetiology and without definitive treatment. Skindex-29 is a Dermatology-Specific Health Related Quality of Life questionnaire which assesses three domains: symptomatic, emotional, and functional.

Objective: To describe the quality of life of patients with psoriasis measured with the Skindex-29 questionnaire.

Patients and Methods: A descriptive, transversal and retrospective study of the outpatient dermatology clinic psoriasis patients from the “Gómez Ulla” General Central Defence Hospital of Madrid was performed. The battery test was collected by the Skindex-29 questionnaire and the Psoriasis Area and Severity Index. The variables were organised in demographics, medical record and psoriasis clinic variables. Statistical analysis data was composed by ANOVA test, Kruskal Wallis test and the multiple linear regression models in the multivariate study. A p value of < 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 164 patients were recruited of which 120 completed the questionnaire Skindex-29. The mean age was 50,26 years, having a predominance of men (64,17%) over females. The results showed that the PS causes moderate impairment QOL in the sample, mainly in the symptomatic domain. The highest scores in each domain were related to the following items: “My skin itches” in the symptomatic domain (54,17%), “I worry that my skin condition may get worse” in the emotional domain (37,50%) and “I am frustrated by my skin condition” in the functional domain (12,50%). Univariate data analysis demonstrated the variables reached statistical significance are the educational background level ($p=0,0002$), the stress ($p=0,0006$), the hospitalization ($p=0,027$) and the biopsy ($p=0,04$). The educational background level was the principal predictive factor related to the severity quality of life being statistical significance in all the Skindex-29 domains. Multivariate data analyses indicated the worst impairment profile, it is connected to the patients who have a low education

background level and in the statistical significance border those who are ≤ 40 years and have a stressful life events before a PS exacerbation.

Conclusions: The psoriasis causes a moderate impairment of health-related quality of life. The Skindex-29 is available for measuring the PS quality of life. The educational background is the principal factor related to impairment quality of life.

Key words: Psoriasis, Quality of Life, Skindex-29.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. LA PSORIASIS	3
1.1.1. Etiopatogenia	4
1.1.1.1. Factores genéticos	4
1.1.1.2. Factores inmunológicos	5
1.1.1.3. Factores medioambientales	6
1.1.2. Clínica	7
1.1.2.1. Psoriasis Vulgar	8
1.1.2.2. Otro tipo de Psoriasis	12
1.1.3. Diagnóstico	13
1.1.4. Índices de gravedad de la psoriasis	14
1.1.4.1. <i>Surface Area Body</i>	15
1.1.4.2. <i>Psoriasis Area Severity Index</i>	15
1.1.4.3. Otros índices	16
1.1.5. Tratamiento	17
1.1.5.1. Tratamientos tópicos	18
1.1.5.2. Tratamientos sistémicos	19
1.1.6. Importancia de la psoriasis en la actualidad	22
1.2. LA CALIDAD DE VIDA	23
1.2.1. Calidad de vida relacionada con la salud	25
1.2.2. Calidad de vida en dermatología	27
1.2.3. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud	28
1.2.3.1. Instrumentos genéricos	31
1.2.3.2. Instrumentos dermatológicos	33
1.2.3.2.1. <i>Dermatology Life Quality Index</i>	34
1.2.3.2.2. <i>Skindex-29</i>	36
1.2.3.2.3. Otros Instrumentos específicos de la psoriasis	44
1.3. LA PSORIASIS Y LA CALIDAD DE VIDA	46
1.3.1. La calidad de vida y los factores sociodemográficos	46
1.3.2. La calidad de vida y los factores no sociodemográficos	50
1.3.3. La calidad de vida y el dominio sintomático	55
1.3.4. La calidad de vida y el dominio emocional	58
1.3.5. La calidad de vida y el dominio funcional	62

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	69
2.1. JUSTIFICACIÓN	69
2.2. OBJETIVOS	70
2.2.1. Objetivo principal	70
2.2.2. Objetivos secundarios	70
3. PACIENTES Y MÉTODO	73
3.1. PACIENTES	73
3.1.1. Criterios de inclusión	73
3.1.2. Criterios de exclusión	74
3.2. MÉTODO	74
3.2.1. Diseño del estudio	74
3.2.2. Aspectos ético-legales	76
3.2.3. Recogida de datos	77
3.2.4. Las variables dependientes	77
3.2.4.1. Las preguntas del <i>Skindex-29</i>	77
3.2.4.2. Porcentajes de cada dominio y de la totalidad	78
3.2.4.3. Interpretación del <i>Skindex-29</i> según Nijsten	78
3.2.4.4. Interpretación del <i>Skindex-29</i> según Prinsen	78
3.2.5. Las variable independientes	79
3.2.5.1. Variables sociodemográficas	79
3.2.5.2. Variables de la historia médica	80
3.2.5.3. Variables clínicas de la psoriasis	82
4. RESULTADOS	87
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	87
4.1.1. Tamaño de la muestra	87
4.1.2. Muestra excluida	88
4.1.3. Descripción de las variables independientes	88
4.1.3.1. Variables sociodemográficas	88
4.1.3.2. Variables de la historia médica	90
4.1.3.3. Variables clínicas de la psoriasis	94
4.1.4. Descripción de la variables dependientes	99
4.1.4.1. Resultados de los porcentajes medios del <i>Skindex-29</i>	99
4.1.4.2. Variabilidad de los patrones de respuesta del <i>Skindex-29</i>	100
4.1.4.3. Descripción del dominio sintomático	106
4.1.4.4. Descripción del dominio emocional	107
4.1.4.5. Descripción del dominio funcional	108
4.1.5. Interpretación del <i>Skindex-29</i>	110

4.1.5.1. Categorización según la interpretación según Nijsten	110
4.1.5.2. Categorización según la interpretación de Prinsen	111
4.2. ANÁLISIS UNIVARIANTE	112
4.2.1. Variables sociodemográficas	113
4.2.1.1. Relación con la totalidad del <i>Skindex-29</i>	113
4.2.1.2. Relación con el dominio sintomático	113
4.2.1.3. Relación con el dominio emocional	114
4.2.1.4. Relación con el dominio funcional	115
4.2.2. Variables de la historia médica	116
4.2.2.1. Relación con la totalidad del <i>Skindex-29</i>	116
4.2.2.2. Relación con el dominio sintomático	117
4.2.2.3. Relación con el dominio emocional	118
4.2.2.4. Relación dominio funcional	118
4.2.3. Variables clínicas de la psoriasis	119
4.2.3.1. Relación con la totalidad del <i>Skindex-29</i>	119
4.2.3.2. Relación con el dominio sintomático	120
4.2.3.3. Relación con el dominio emocional	120
4.2.3.4. Relación con el dominio funcional	121
4.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE	122
4.3.1. Totalidad del <i>Skindex-29</i>	122
4.3.2. Dominio sintomático	123
4.3.3. Dominio emocional	123
4.3.4. Dominio funcional	124
5. DISCUSIÓN	127
5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	129
5.2. FACTORES NO SOCIODEMOGRÁFICOS	132
5.3. DOMINIO SINTOMÁTICO	136
5.4. DOMINIO EMOCIONAL	139
5.5. DOMINIO FUNCIONAL	142
5.6. LIMITACIONES	145
6. CONCLUSIONES	149
7. BIBLIOGRAFÍA	153

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La psoriasis

La psoriasis (PS) se define como una enfermedad inflamatoria y autoinmune de la piel que se asocia con importantes comorbilidades sistémicas¹. Es una dermatosis de etiopatogenia multifactorial, no contagiosa y con un gran polimorfismo clínico. La lesión más característica es una placa eritematosa de bordes bien delimitados y recubierta con escamas blanquecinas. Puede aparecer a cualquier edad y afecta en proporción similar a hombres y mujeres. Su evolución es crónica, alternando unos intervalos denominados de “brote” o de reagudización sintomática con otros periodos asintomáticos, también llamados “periodos de blanqueamiento”².

La prevalencia de la psoriasis a nivel mundial se estima en un 2%. Su distribución es universal pero no homogénea³. Según Ferrándiz⁴, la prevalencia de la PS en España ha aumentado de un 1,4% a un 2,3% durante los últimos 15 años. Además observa que los porcentajes obtenidos son distintos entre las comunidades autónomas españolas, oscilando entre el 1,7% de la comunidad de Castilla-León y Galicia y el 4,13% de Cantabria.

Desde el punto de vista terapéutico la PS no tiene un tratamiento definitivo. La enfermedad dura toda la vida y pese a que no se considera una enfermedad mortal, la repercusión negativa que produce en la calidad de vida (CV) es tan importante que se equipara al impacto desencadenado por otras patologías crónicas como la enfermedad cardiovascular, el cáncer o la diabetes⁵.

Normalmente, la PS es una enfermedad ambulante y no precisa hospitalización, siendo las indicaciones del ingreso hospitalario aquellas que se asocian con una clínica grave, con una gran afección psicológica y con unas comorbilidades de difícil manejo⁶.

1.1.1. Etiopatogenia

La PS es una enfermedad de etiopatogenia multifactorial en la que influyen diversos factores genéticos, inmunitarios y medioambientales que están interrelacionados entre sí.

1.1.1.1. Factores genéticos

La participación de los factores genéticos en la psoriasis se demuestra en varios estudios. Uno de ellos hace relación a la impronta familiar; es decir, a la aparición de PS en varios miembros de una misma familia, calculando que hay un 14% de probabilidad de desarrollar la enfermedad cuando uno de los progenitores padece PS y aumentando a un 40% en caso de que ambos padres la sufran⁷. En otro trabajo se confirma que el riesgo relativo de presentar la enfermedad en los gemelos homocigotos resulta ser 2,5 veces superior al de los heterocigotos⁸.

Asimismo, Henseler⁹ crea una clasificación de la PS en la que relaciona la edad de aparición de la enfermedad con los antecedentes genéticos de los pacientes, dividiendo la PS en tipo I o juvenil y en tipo II o del adulto. La tipo I o juvenil incluye los pacientes cuya PS debuta antes de los 40 años, su incidencia dentro de una misma familia es muy fuerte y está muy ligada a la presencia del Antígeno Leucocitario Humano Cw6 (HLA-Cw6). Además establece un pico de máxima afectación entorno a los 16 años en las mujeres y a los 22 años en los hombres. La PS tipo II o del adulto es la que aparece después de los 40 años, habiendo una asociación familiar en estos pacientes poco frecuente y una evolución clínica más estable. En este tipo II el pico de máxima incidencia en los hombres se estima a los 57 años y en las mujeres a los 60 años.

Existen evidencias de que la PS es una enfermedad poligénica. Se han identificado por lo menos 9 locus de susceptibilidad a la psoriasis, denominados PSORS1 a PSORS9¹⁰, siendo el principal determinante genético de la enfermedad el denominado "PSORS1" y está localizado en la región cromosómica 6p21¹¹.

1.1.1.2. Factores inmunológicos

Los factores inmunológicos más relevantes que participan en el mecanismo patogénico de la PS son los relacionados con la inmunidad celular mediada por los linfocitos T. Hay estudios que identifican un nuevo tipo de linfocito T denominado “Th17”, los cuales están presentes en grandes cantidades en la piel afectada de PS y en su periferia. Los Th17 producen varias citoquinas de carácter proinflamatorio como la IL-17A, IL-17F, IL-22 e IL-26¹². Las citadas citoquinas también están presentes en otras enfermedades autoinmunes, las llamadas IMID (*Immune Mediated Inflammatory Diseases*), entre las que se incluyen la enfermedad de Crohn, la artritis reumatoide, la diabetes mellitus tipo 1, la colitis ulcerosa, el lupus eritematoso sistémico, la esclerosis múltiple, la espondilitis anquilosante, la uveítis, el asma y la arterioesclerosis¹³.

Se conocen tres pasos importantes que participan en la estimulación epidérmica mediada por los linfocitos T¹⁴. El primer paso es la activación de linfocito T en el ganglio linfático. El segundo es la activación del endotelio y el movimiento de los linfocitos T de la dermis a la epidermis. En esta fase, las células endoteliales de los capilares de la dermis papilar aumentan y establecen relación con determinados indicadores biológicos que participan en el proceso inflamatorio de la PS. Ejemplo de estos mediadores son algunas citoquinas y moléculas de adhesión, como por ejemplo ICAM-1 (*Intercelular Adhesión Molécula-1*) y el TNF α (*Tisular Necrosis Factor α*). El tercer y último paso es la reactivación de estos linfocitos T en la piel. A a este nivel se produce la liberación de las citoquinas que interactúan con el queratinocito produciendo una hiperproliferación anómala de los mismos. Todos estos hechos se traducen en una aceleración de la renovación epidérmica que se completa en sólo 3-4 días a diferencia de los 28 días que dura dicho ciclo en personas con piel normal. Este acontecimiento explica la expresividad clínica de la PS en forma de una placa eritematosa gruesa acompañada de la descamación blanquecina¹⁵.

1.1.1.3. Factores medioambientales

La acción de determinados factores medioambientales puede influir en el desarrollo de la PS. Se incluyen en este grupo: el clima, el estrés emocional, las infecciones, las alteraciones endocrinas, la ingesta de algunos fármacos así como el consumo de alcohol y tabaco¹⁶.

Las variaciones climáticas influyen sobre el comportamiento de la PS. Un clima frío y seco suele favorecer los brotes de psoriasis y que las placas sean más molestas. Por el contrario, un clima húmedo y caluroso suele mejorar la condición de las placas ya que éstas están más hidratadas. Esto puede explicar la diferencia en la prevalencia entre las diferentes regiones de España referido por Ferrandiz⁴.

La PS reacciona de forma diferente tras la exposición solar. Unos pacientes mejoran considerablemente sus lesiones tras la exposición solar, mientras otros sufren una exacerbación de su enfermedad. Algunos autores como Ros¹⁷ hablan de una “PS fotosensible” y observan que además de tener una reagudización clínica con el sol, estos pacientes suelen tener un fototipo de piel tipo I, es decir, siempre se queman cuando se exponen al sol y nunca se broncean. Por otro lado, los efectos solares sobre la piel pueden generar una piel más seca, por lo que el uso de una hidratación externa es indispensable en estos enfermos. Lo mismo ocurre en el caso de las piscinas que utilizan la cloración para su tratamiento, ya que el cloro contribuye a reseca la superficie cutánea.

Existe una relación importante entre PS y estrés. Podría decirse que es una relación bidireccional, el estrés puede desencadenar la aparición de PS y a la inversa, ciertas peculiaridades de la PS pueden provocar un cuadro de estrés en el paciente. El desfiguramiento estético de sus lesiones y la carencia de un tratamiento definitivo son dos factores importantes a considerar en la repercusión psicosocial que la PS ejerce en la sociedad¹⁸.

Las infecciones pueden dar lugar a la aparición de la PS o a un brote de la misma. Los agentes microbianos que desencadenan la enfermedad son el estreptococo

beta hemolítico grupo A, las candidiasis y el virus de la inmunodeficiencia humana¹⁹.

Las alteraciones endocrinas pueden mejorar o agravar la PS. Por ejemplo, los cambios hormonales que se producen en el embarazo suelen producir una mejoría o estabilidad clínica de la enfermedad. Ruiz²⁰ describe los posibles mecanismos inmunitarios y hormonales que interfieren en las gestantes, observando como la progesterona genera un estado de inmunotolerancia a la PS en las embarazadas. Este efecto justifica la mejoría clínica que a veces se produce durante el embarazo y la reagudización de la PS en el postparto inmediato.

Los traumatismos son factores físicos que pueden desencadenar un empeoramiento de la PS. En la piel de las zonas donde se produce un trauma físico pueden aparecer espontáneamente unas lesiones específicas de PS. Es el denominado “fenómeno isomorfo de Koebner”. El periodo de tiempo entre el traumatismo y la repercusión clínica de las lesiones cutáneas suele ser de 2-6 semanas²¹.

La ingesta de algunos fármacos agrava los cuadros clínicos de la PS. En este grupo se incluyen los siguientes: el propanolol, el atenolol, el timolol, los antiinflamatorios no esteroideos, la cloroquina, los inhibidores de la enzima angiotensina y el litio²². El consumo de alcohol o tabaco también puede provocar un brote de PS²³, afectando más el alcohol en el caso de los hombres y el tabaco en las mujeres²⁴.

1.1.2. Clínica

La clínica de la PS es polimorfa, pudiendo coexistir los diferentes tipos de PS en un determinado momento del curso de la enfermedad. Los hallazgos clínicos característicos son la existencia de eritema o enrojecimiento, la induración o engrosamiento y la descamación o escamas en la piel.

La PS a veces se acompaña de los siguientes signos clínicos: la sensación de picor o prurito, el dolor y el sangrado de las lesiones, siendo más frecuentes cuando las lesiones se localizan en las palmas, las plantas o los pliegues. En estas zonas las lesiones suelen estar inflamadas y dan lugar a una discapacidad funcional importante. Por ejemplo, la localización plantar inflamatoria y dolorosa produce alteraciones en la deambulación²⁵.

Las distintas formas clínicas de esta enfermedad son la PS vulgar, la PS guttata, la PS pustulosa y la PS eritrodérmica.

1.1.2.1. Psoriasis Vulgar

La PS vulgar es la variante clínica más frecuente, caracterizada por pápulas eritematoescamosas de bordes nítidos y con abundante descamación de color blanco-argéntico (figura 1).

FIGURA 1: LESIÓN TÍPICA DE PS



Disponible en: <http://web.udl.es/usuaris/dermatol/Atlasweb>
Última visita en marzo 2015.

Las lesiones de PS pueden aparecer en cualquier parte de la superficie corporal aunque tienen predilección por las caras extensoras de los miembros, el cuero cabelludo, las uñas y la región sacra. Además tienden a la simetría, afectando a las mismas zonas de ambos lados del cuerpo (figura 2).

FIGURA 2: PS VULGAR EN CODOS



Cortesía de <http://web.udl.es/usuarios/dermatol/Atlasweb/>.
Última visita en marzo 2015.

La extensión de la PS en la superficie corporal es muy variable, pudiendo afectar desde una zona pequeña de la piel hasta casi la totalidad de la superficie corporal³⁰. El tamaño de la lesión de PS puede variar desde una pápula puntiforme hasta placas de más de 20 cm de diámetro. Según su morfología las lesiones pueden ser redondeadas, ovaladas o policíclicas, tendiendo igualmente a la confluencia y formando dibujos en la piel tipo geográfico (figuras 3 y 4).

FIGURA 3: MORFOLOGÍA DE LA PS



Figura 3a: PS en grandes placas cuya extensión ocupa prácticamente la totalidad de la cara anterior de la pierna izquierda. Disponible en: <http://web.udl.es/usuarios/dermatol/Atlasweb/>.
Última visita en marzo 2005.

Figura 3b: Lesiones policíclicas de la PS: Placas eritematosas redondeadas que tiende a confluir. Imagen cortesía de un paciente de las consultas.

FIGURA 4: POLIMORFISMO DE LA PS



Figura 4a: Lesiones de PS geográficas en la cara anterior de tronco y abdomen. Imagen cortesía de un paciente de las consultas.

Figura 4b: Lesiones de PS polimorfas en espalda, coexistiendo diferentes formas clínicas. Imagen cortesía de un paciente de las consultas.

La afectación de cuero cabelludo de la PS es muy típica, pudiendo extenderse más allá de la zona de implantación de las áreas pilosas, como la frente y la región occipital, no habiendo alopecia asociada normalmente (figura 5a)²⁶. Por el contrario, la localización facial es poco frecuente y, dado el carácter antiestético de las mismas, repercute de una manera importante en la CV del paciente (figura 5b)²⁷.

FIGURA 5: PS EN CARA Y CUERO CABELLUDO



Figura 5a: PS en el cuero cabelludo que afecta la parte occipital y temporal de la cabeza y la parte posterior del cuello. Se aprecia como la PS sobrepasa el borde de implantación del cuero cabelludo. Disponible en: <http://www.plasticayderma.com>. Última visita en marzo 2015.

Figura 5b: PS facial localizadas en la frente, algunas de ellas están limítrofes con el borde de implantación frontal del cuero cabelludo. Disponible en: <http://lapsoriasis.info>. Última visita en marzo 2015.

La PS con afectación predominante de palmas y/o plantas, se llama psoriasis palmoplantar. Las lesiones en las plantas suelen tener fisuras y son dolorosas, incluso producen una disfunción en la deambulación del enfermo. Las lesiones en las palmas son visibles al ojo humano y tienen una textura anormal, repercutiendo de manera importante en la vida social del paciente (figura 6a y 6b)²⁸.

FIGURA 6: PS EN MANOS



Figura 6a: Placas eritematosas y descamativas de la PS localizadas en el dorso de la mano derecha. Imagen cortesía de un paciente de las consultas.

Figura 6b: PS en el dorso de ambas manos, de base eritrodérmica y con un gran componente hiperqueratósico. Imagen cortesía de un paciente de las consultas.

Entre un 20 y 30% de la PS vulgar puede afectar a las uñas. Los signos clínicos más frecuentes son los denominados “pits” y las lesiones “en mancha de aceite”. Los “pits” son unos pequeños hoyuelos o piqueteado puntiforme en la lámina ungueal (figura 7a). La lesión tipo “mancha en aceite” es una decoloración amarillenta de la uña (figura 7b). Además, se puede llegar a producir una onicodistrofia o deformación de la uña²⁹.

FIGURA 7: PS EN UÑAS

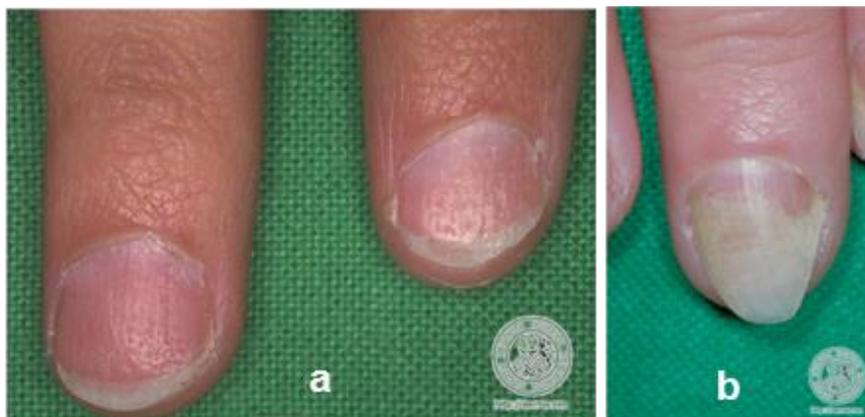


Figura 7a: Pits ungueales en la PS. Disponible en: www.dermis.net. Última visita en marzo 2015.

Figura 7b: Lesión en “mancha de aceite” en la uña. Disponible en: www.dermis.net. Última visita en marzo 2015.

La PS localizada en los genitales normalmente se diagnosticada erróneamente como otras dermatosis. Puede influir en las relaciones sexuales del paciente por lo que, con independencia de la extensión de las lesiones, el impacto que produce en la CV del paciente del hace que sea catalogada de PS grave³⁰.

Otras localizaciones poco frecuentes son las mucosas, los pliegues y flexuras (PS invertida). Cuando la enfermedad afecta a las mucosas, las lesiones no son descamativas³¹. Hay también localizaciones extracutáneas en las articulaciones, La artritis psoriásica está presente en el 30% de los pacientes psoriásicos, siendo la oligoartritis asimétrica de articulaciones de manos y pies la forma clínica más frecuente³².

1.1.2.2. Otro tipo de Psoriasis

Además de la psoriasis tipo vulgar, la enfermedad puede presentar otras variedades clínicas como la PS “guttata”, la PS pustulosa y la PS eritrodérmica.

La PS “guttata” se distribuye por la piel a modo de “gotas”, teniendo las lesiones un tamaño que oscila desde 0,5 a 1,5 cm de diámetro. La localización más frecuente es el tronco y el tercio proximal de las extremidades, sin embargo las palmas y las plantas suelen estar libres de lesiones³³. Afecta principalmente a la

población infantil y, con mucha frecuencia, a los procesos infecciosos de las vías respiratorias desencadenan este tipo de PS, siendo el estreptococo el microorganismo más involucrado. Entre los diferentes mecanismos patogénicos que participan en este tipo de PS, la acción de las toxinas de los gérmenes parece ser la responsable de producir la enfermedad³⁴.

La PS pustulosa tiene las siguientes variantes clínicas: la pustulosis palmoplantar, la acrodermatitis continua de *Hallopeau* y la PS pustulosa generalizada. La pustulosis palmoplantar se caracteriza por la existencia de pequeñas vesículas llenas de líquido y de pus. La acrodermatitis continua de *Hallopeau* presenta una afectación palmoplantar asociada a una osteolisis, o destrucción, de la falange distal de los dedos. Y la PS pustulosa generalizada es una PS grave con importante repercusión sistémica que da lugar a alteraciones hepáticas y renales³⁵.

La PS eritrodérmica es una forma clínica de la psoriasis en la que la piel del paciente presenta un color rojo. Puede afectar a más del 90% de la superficie corporal. El debut clínico varía desde una de una forma repentina a una forma gradual. Este tipo de PS se acompaña de mal estado general y conlleva una alta morbimortalidad si no se trata adecuadamente³⁶.

1.1.3. Diagnóstico

La exploración clínica junto con determinados datos de su historial médico, como la existencia de antecedentes familiares de PS, suelen considerarse suficientes como para establecer el diagnóstico de una psoriasis.

Existe un método diagnóstico típico de la PS, es el “raspado metódico de Brocq”³⁷, el cual consiste en frotar la lesión psoriásica con una cucharilla varias veces. Esto da lugar inicialmente al denominado “signo de la bujía o de la mancha de cera”. Se caracteriza por la formación de pequeñas escamas blanquecinas que se desprenden con facilidad en forma de virutas, siendo su nomenclatura debida a su similitud con el material obtenido al raspar una vela de cera. A continuación se

visualiza una fina membrana epidérmica llamada “membrana de Duncan Buckley” que se desprende en bloque. Finalmente se puede ver el signo del “rocío hemorrágico de Auspitz”, consistente en unos pequeños puntos hemorrágicos que representan la presencia de capilares dilatados ocupando las papilas dérmicas.

Para establecer un completo diagnóstico de la PS es necesario incluir una relación de las comorbilidades asociadas desde las etapas iniciales, para su prevención y tratamiento de las mismas³⁸.

La biopsia de las lesiones psoriásicas se realiza cuando existen dudas en el diagnóstico clínico, estableciéndose un diagnóstico diferencial con otras enfermedades cutáneas como la dermatitis seborreica, el liquen simple crónico, las candidiasis, el síndrome del glucagonoma, la tiña corporis y la micosis fungoide³³.

1.1.4. Índices de gravedad de la psoriasis

La gravedad de la PS viene definida por la forma clínica y por unos índices diseñados para este propósito. Estos índices son: la superficie corporal afectada (BSA o *Body Surface Area*), el PASI (*Psoriasis Area Severity Index*), el PGA (*Physician’s Global Assessment*), el LS-PGA (*Lattice System: Physician’s Global Assessment*) y el *National Psoriasis Foundation Psoriasis Score* (NPS-PS) (tabla1).

TABLA 1: ÍNDICES DE GRAVEDAD DE LA PS

	VALORES REFERENCIALES
BSA	>10
PASI	>10
DLQI	>10
PGA	Desde 0=blanqueo hasta 6=PS grave
LS-PGA	Desde 1=blanqueo hasta 8=PS grave
NPF-PS	Desde 0=blanqueo hasta 30=PS grave

1.1.4.1. *Surface Area Body*

El *Body Surface Area* o BSA es el índice de superficie corporal afectada y clasifica la gravedad de la PS de acuerdo con la superficie corporal que clínicamente está comprometida. Se calcula tomando como referencia que la palma de la mano es un 1% de dicha superficie. Aunque no existe unanimidad de criterio para establecer cuáles son los valores que indiquen la gravedad de la enfermedad, generalmente se toman como referencia la “regla de nemotécnica los diez” establecida por Finlay³⁹, el cual considera una PS grave si el BSA es >10, el PASI es >10 y la puntuación obtenida del cuestionario llamado Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI) es >10. La Academia Española de Dermatología y Venereología (ADEV) también acepta el uso de esta regla²

1.1.4.2. *Psoriasis Area Severity Index*

Fredriksson y Pettersson crean un método para medir la gravedad clínica de la PS, el *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)*, utilizándolo para determinar la eficacia del tratamiento de los retinoides orales en la PS grave⁴⁰.

En la actualidad es el índice más utilizado para valorar la gravedad clínica de la PS, evaluando el grado de eritema, infiltración y descamación de la PS en relación al porcentaje del área topográfica afectada o extensión de las lesiones⁴¹. El PASI también sirve para medir la efectividad de un determinado tratamiento⁴², considerando un objetivo terapéutico de la PS cumplido cuando se alcanza una respuesta del PASI del 75% (PASI75) tras el tratamiento².

La extensión de la enfermedad (E) se registra en forma de porcentaje para cada una de las siguientes áreas del cuerpo. Las extremidades superiores equivalen a un 20%, el tronco (incluyendo cuello y nalgas) equivale a un 30 %, las extremidades serían un 40% y la cabeza se equipara a un 10% de la superficie corporal.

La intensidad de las lesiones de PS se establece según el enrojecimiento cutáneo o eritema (R), el engrosamiento o elevación de la piel (T) y la descamación (S) que presentan, utilizando una escala de 0 a 4 puntos, donde 0 es ausencia de la

afectación cutánea y 4 significa la máxima intensidad. Posteriormente se aplica la siguiente fórmula:

$$\text{CABEZA: } 0,1 \times (R + T + S) \times E = V$$

$$\text{BRAZOS: } 0,2 \times (R + T + S) \times E = X$$

$$\text{TRONCO: } 0,3 \times (R + T + S) \times E = Y$$

$$\text{PIERNAS: } 0,4 \times (R + T + S) \times E = Z$$

La suma de $(V + X + Y + Z)$ da un PASI total cuyo resultado oscila de 0 a 72.0, donde 0 equivale a ninguna afectación de la superficie corporal y 72.0 es la máxima afectación de la superficie corporal.

Hoy en día, es una herramienta habitual en la práctica clínica, existiendo formatos electrónicos que facilitan su uso. Las calculadoras PASI online están disponibles en los siguientes *links*: <http://pasi.corti.li> y http://aedv.es/grupo_psoriasis/pasi.htm.

No existe un consenso referente a los puntos de corte del PASI y el grado de gravedad de la PS, aplicándose frecuentemente la regla nemotécnica de los diez de Finlay³⁹ expuesta.

Por último, hay una variante del PASI, el *Self Administered Psoriasis Area and Severity Index* (SAPASI). La principal diferencia es que en este caso es el mismo paciente cumplimenta formulario del PASI, en vez de rellenarlo el médico, siendo su interpretación igual a la del PASI⁴³.

1.1.4.3. Otros índices

El *Physician's Global Assessment* o PGA es una escala simple que proporciona una evaluación subjetiva de la gravedad de la PS, valorando globalmente la psoriasis en base a las características de las lesiones. Se puntuaba desde 0, si la PS está blanqueada, hasta 6 en el caso de una PS grave. Es poco sensible a los valores intermedios pero refleja bastante bien la valoración en la práctica clínica diaria⁴⁴.

El *Lattice System Physician's Global Assessment* o LS-PGA es un índice basado en la valoración del médico sobre de las características de la lesión y la extensión de superficie corporal que ocupan. Por un lado el médico clasifica el grado de induración, eritema y descamación de cada lesión de PS en leve, moderada o grave. El porcentaje de la superficie corporal afectada se divide a su vez en las siguientes categorías: 0%, 1–3%, 4–9%, 10–20%, 21–29%, 30–50% y 51–100%. Combinando estas áreas afectas con la valoración clínica realizada por el facultativo, se obtienen unos resultados que varían desde 1 punto si hay blanqueamiento o ausencia de lesiones hasta 8 puntos si se trata de una PS grave⁴⁵.

La Fundación Nacional de Psoriasis desarrolla otro índice de gravedad de la PS, el *National Psoriasis Foundation Psoriasis Score* (NPF-PS). Este indicador consta de 6 partes, cada una de las cuales se puntúa de 0 a 5. El resultado se traslada a una escala de valores donde 0 indica ausencia de lesiones y 30 significa PS grave⁴⁶.

1.1.5. Tratamiento

La PS es una enfermedad que no tiene una terapia definitiva. El tratamiento óptimo para la PS es aquel que le permita mantener al paciente el mayor tiempo posible sin lesiones en la piel. Además tiene que intentar reducir al máximo los posibles efectos adversos de los medicamentos. Si se consiguen estas dos premisas la CV de vida de los enfermos de PS mejora de una forma importante⁴⁷.

Existen dos tipos de tratamientos para la PS: los tratamientos tópicos son los que se aplican directamente para la piel y los tratamientos sistémicos son aquellos que se introducen en el organismo humano. La elección del tratamiento depende de muchos factores: la extensión de la PS, la repercusión en la CV del paciente, la existencia de comorbilidades asociadas, el historial terapéutico previo, el perfil riesgo beneficio y las preferencias del paciente tras el asesoramiento médico. Asimismo existe una clasificación de la PS basada en la necesidad de utilizar un tratamiento sistémico. Cuando la PS es susceptible de respuesta a tratamiento

tópico se considera una PS leve o de grado I mientras que cuando la PS requiera un tratamiento sistémico se clasifica en grave o grado II².

1.1.5.1. Tratamientos tópicos

Entre los tratamientos tópicos de la PS están los corticoides, los inmunomoduladores, los retinoides y los derivados de la vitamina D. Todos ellos pueden ir acompañados de una terapéutica complementaria tópica compuesta por los emolientes, los queratolíticos, la balneoterapia y las terapias termales⁴⁸.

Los corticoides tópicos son el tratamiento angular en la psoriasis leve durante muchos años. Se aplican como monoterapia o bien combinados con los tratamientos sistémicos. La utilidad de un corticoide se basa en su efecto antiinflamatorio, vasoconstrictor, inmunosupresor y antiproliferativo sobre la piel. El empleo de corticoides tópicos durante periodos cortos de tiempo es seguro pero, cuando su uso es prolongado, puede dar lugar a una atrofia cutánea y a la formación de estrías.

Los inmunomoduladores son fármacos antiinflamatorios no esteroideos pertenecientes a la familia de los macrólidos. Esos fármacos aplicados sobre la piel modifican la respuesta inmunológica y, aunque no están aprobados para la PS, proporcionan una buena respuesta terapéutica cuando la enfermedad afecta a la cara o a los pliegues⁷.

Los retinoides son derivados de la vitamina A y han demostrado su eficacia en la PS vulgar y en la PS ungueal. Sus efectos terapéuticos tardan más tiempo en aparecer que en otros tratamientos pero perduran durante mayor tiempo. La reacción adversa más frecuente es la irritación local que producen⁴⁹.

Los derivados de la vitamina D son la alternativa más eficaz al tratamiento corticoide tópico. La combinación de los mismos con los corticoides tópicos tiene una alta estabilidad terapéutica⁵⁰.

Los tratamientos enmarcados en la terapéutica tópica complementaria tienen poca eficacia por sí mismos, pero favorecen la acción y reducen los efectos secundarios de los tratamientos tópicos descritos. Entre ellos están los emolientes que mejoran la hidratación corporal y los queratolíticos que ayudan a eliminar las últimas capas de la piel.

La balneoterapia y el termalismo son terapias naturales en la que el paciente con PS se expone a determinadas condiciones medioambientales. Los baños de sol, el agua de mar, las aguas y los aceites medicinales son ejemplo de ello.

1.1.5.2. Tratamientos sistémicos

El “Documento Consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave” del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (ADVE)², determina las directrices para el tratamiento sistémico de la PS (tabla 2).

TABLA 2: INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO SISTÉMICO

Psoriasis no controlable con tratamiento tópico
Psoriasis con formas extensas (BSA > 10 %)
PASI > 10
Empeoramiento rápido de la psoriasis
Compromiso de áreas visibles
Limitación funcional (palmoplantar, genital)
Percepción de gravedad subjetiva (DLQI > 10)
Eritrodermia psoriásica
Psoriasis pustulosa generalizada

Los tratamientos sistémicos de la PS pueden dividirse en tratamientos biológicos y no biológicos. Los tratamientos biológicos son de uso más reciente que los no biológicos e incluyen el etanercept, el infliximab, el adalimumab y el ustekinumab⁵¹. Entre los fármacos sistémicos no biológicos están el metrotexato, la ciclosporina, la acitretina y la fototerapia. Los diferentes mecanismos de acción se exponen en la tabla 3.

TABLA 3: MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS DE LA PS

TRATAMIENTO SISTÉMICO		MECANISMO DE ACCIÓN
NO BIOLÓGICO	Metrotexato	Antagonista el ácido fólico Inhibe la activación células T
	Ciclosporina	Inhibe la activación de las células T y la secreción de citoquinas
	Retinoides	Análogo de la vitamina A Inhibe la proliferación y diferenciación epidérmica
BIOLÓGICO	Infliximab	Anticuerpo neutralizante TNF
	Etanercept	Inhibe el TNF alfa
	Adalimumab	Anticuerpo anti TNF
	Ustekinumab	Anticuerpo neutralizante IL-12/23

El metrotexato es un antagonista del ácido fólico que actúa disminuyendo los niveles de ácido fólico y ácido timidílico, resultando ser un fármaco efectivo para la artritis PS. Hay que realizar un estricto seguimiento del paciente puesto que es una terapia altamente hepatotóxica y mielosupresora, por lo que está contraindicado en el embarazo⁵².

La ciclosporina es un fármaco inmunosupresor, disminuye la respuesta inmunitaria celular inhibiendo la producción de células T y la secreción de citoquinas. Está indicada en las forma eritrodérmica y otras formas de PS grave. Entre los efectos adversos destacan la nefrotoxicidad y las alteraciones en la tensión arterial⁵³.

La acitretina es un derivado de la vitamina A usado para tratar las formas eritrodérmica y pustulosa de la PS, bien como monoterapia o bien combinado con fototerapia. Tiene varios efectos adversos como las alteraciones del metabolismo lipídico y de las enzimas hepáticas, la sequedad de piel y mucosas, así como un alto potencial teratogénico, por lo que está contraindicado en el embarazo⁵⁴.

La fototerapia consiste en el empleo de las radiaciones ultravioletas, siendo muy importante su efecto antiinflamatorio. En la PS se aplica la fototerapia con rayos ultravioleta tipo B (UVB) y con rayos ultravioleta tipo A (UVA). El tratamiento de primera elección en la PS con placas extensas es la fototerapia UVB de banda

estrecha (UVB-BE). En segundo lugar está la fototerapia con rayos ultravioleta UVA que se puede aplicar sola o en combinación con los psoralenos orales, llamándose entonces PUVA. Entre sus efectos secundarios están la aparición de una fotosensibilización, la formación de opacidades en el cristalino o cataratas, la presencia de nuevos tumores cutáneos y la hepatotoxicidad asociada los psoralenos⁵⁵.

Los fármacos biológicos revolucionan todos los tratamientos previos de la PS, pudiendo decirse que hay un antes y un después en la PS tras el descubrimiento de los mismos. Este tipo de terapia da como resultado unos periodos de blanqueamiento de la enfermedad más duraderos con un riesgo de toxicidad menor². En la actualidad hay cuatro fármacos biológicos aprobados para su uso en pacientes con psoriasis: el adalimumab, el etanercept, el infliximab y el ustekinumab, cuyos efectos secundarios se exponen en la tabla 4².

TABLA 4: EFECTOS ADVERSOS DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

	EFECTOS ADVERSOS
ETANERCEPT	Infecciones graves, TBC), pancitopenia, exacerbaciones EM y neoplasias
INFLIXIMAB	Reacción infusional, infecciones, empeoramiento EM, neoplasias, síndrome lupus- <i>like</i>
ADALIMUMAB	Infecciones, síndrome lupus- <i>like</i> , empeoramiento insuficiencia cardíaca, citopenias
USTEKINUMAB	TBC y otras infecciones, depresión, síntomas gastrointestinales, cefalea

Además hay unas medidas preventivas generales para mejorar la PS son: evitar la ingesta de medicamentos que puedan desencadenar la enfermedad, no consumir alcohol, no fumar tabaco, añadir la prevención de las comorbilidades y participar en los grupos de apoyo social si fuera necesario.

1.1.6. Importancia de la psoriasis en la actualidad

La PS es uno de los motivos más frecuentes de asistencia a las consultas externas de dermatología y se estima que la frecuencia trimestral de las visitas al dermatólogo de los pacientes con PS moderada o grave es alrededor de un 6,8%⁴⁷.

Es una enfermedad cuya repercusión social conlleva a la creación de determinadas páginas web específicas de esta enfermedad. Por citar algunos ejemplos de las mismas: www.ifpa-pso.org, <http://www.accionpsoriasis.org>, www.europso.eu, <http://www.psoriasis360.es/>, y www.aedv.es/grupo_psoriasis. En algunas de ellas se pueden descargar los manuales o folletos informativos sobre la PS cuyo objetivo es intentar ayudar a los pacientes a vivir con la PS.

Igualmente la PS es una dermatosis crónica que tiene una repercusión a nivel mundial, siendo el día 29 de octubre el día del calendario asignado a esta enfermedad. También dispone de un icono específico que se muestra en la figura 8.

FIGURA 8: ICONO DEL DÍA MUNDIAL DE LA PS



Disponible en: <http://www.worldpsoriasisday.com/>
Última visita marzo 2015

La preocupación por esta enfermedad se traslada hasta el Parlamento Europeo, presentando el denominado “libro blanco” de la psoriasis⁵⁶, el cual concluye con cinco recomendaciones clave para mejorar la situación de los pacientes de psoriasis, siendo la primera de ellas el promover la concienciación sobre la

enfermedad y evaluar el impacto que produce la PS en la CV. Igualmente en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud se decide describir la PS como “una enfermedad crónica, no contagiosa, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no hay cura”. Esta resolución supone un respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a las demandas de las asociaciones de pacientes de psoriasis de todo el mundo para que se facilite el manejo en la sociedad de las personas con PS⁵⁷.

Con todo lo expuesto queda reflejado la importancia que la PS tiene a nivel mundial y el interés que existe en la creación de programas que ayuden a integrar a los pacientes psoriásicos en la sociedad actual y a mejorar su calidad de vida (CV).

1.2. La calidad de vida

La OMS en 1994 define la CV como "la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones"⁵⁸. En realidad es un concepto antiguo, Aristóteles refiere que la mayoría de las personas conciben la “buena vida” como lo mismo que “ser feliz”. La felicidad significa diferentes cosas dependiendo de la persona y de un momento determinado; para algunos la felicidad es ponerse sano cuando se está enfermo o tener dinero cuando se es pobre⁵⁹.

El presidente de los EE.UU. Lyndon Johnson introduce el término de CV en varios de sus programas sociales, llamados “The New Frontier” y “Great Society”. Ambos tienen como objetivo la construcción de una gran nación donde hay una igualdad de oportunidades y una CV suficientemente próspera para todos los estadounidenses⁶⁰.

En sus orígenes la CV es un concepto meramente objetivo y vinculado a determinados factores sociodemográficas como la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida. La CV en una población es buena si hay

riqueza y no tiene una población muy numerosa, es decir, si existe un aumento de la renta per cápita, creándose a lo largo del tiempo unos indicadores sociales de CV como el Producto Nacional Bruto (PNB) o el Índice de Desarrollo Humano (IDH)⁶¹.

Posteriormente, Flanagan⁶² desarrolla el concepto subjetivo de la CV basándose en la percepción y evaluación de la persona sobre sus experiencias de vida, el bienestar físico y material, las relaciones con otras personas, las actividades en la comunidad, el desarrollo personal y el ocio.

El punto de vista multidimensional lo introduce Fitzpatrick⁶³, el cual combina o interrelaciona los diferentes dominios o dimensiones de la CV en su conjunto, como por ejemplo son las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, el bienestar material, el bienestar emocional, las condiciones de vida, la familia, el ocio y la seguridad

La OMS es un organismo que demuestra la preocupación por este concepto de la CV, creando unos grupos de trabajo de diversos países llamados *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group)* cuyo principal objetivo es el desarrollar instrumentos o cuestionarios de CV que se adapten a las distintas culturas de los países ⁶⁴. Además realizan estudios de CV en diferentes poblaciones, siendo el último de sus trabajos realizado en el país de Ghana⁶⁵.

Minayo⁶⁶ señala que hay tres marcos de referencia en el concepto de la CV. El primero de ellos es el marco histórico, lo que significa que cada sociedad tiene parámetros diferentes de este concepto dependiendo del momento histórico que se trate. En segundo lugar está el marco cultural, ya que cada pueblo define unos parámetros diferentes en función de su cultura y de sus tradiciones. Por último está el marco social, en el que cada persona tiene una relación de CV de acuerdo con la clase social a la que pertenezca.

Por lo tanto, la CV es un concepto multidimensional y subjetivo que está influenciado por factores culturales, sociales y de temporalidad.

1.2.1. Calidad de vida relacionada con la salud

La definición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) deriva de dos conceptos establecidos por la OMS. El primero de ellos es el concepto de CV explicado en el punto anterior y el segundo de ellos es el concepto de la salud, definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afección de enfermedades”⁶⁷.

La CVRS o *Health Related Quality of Life* (HRQOL) es el impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual⁶⁸.

Uno de los grupos WHOQOL establece las diferentes dimensiones o dominios de la CV: el funcionamiento físico, el funcionamiento emocional, el funcionamiento social, el rol funcional, el funcionamiento cognitivo, la percepción de la salud general y el bienestar y los síntomas⁶³. Los significados de cada uno de ellos se exponen a continuación:

- El funcionamiento físico estudia las limitaciones físicas en las actividades rutinarias de la vida cotidiana normal.
- El funcionamiento emocional comprende todo aquello que interfiera mentalmente con las alteraciones psicológicas del paciente, con los sentimientos y con la afectividad.
- El funcionamiento social detalla las limitaciones que interfieren en la vida social del paciente, afectando a las relaciones con los familiares, con los amigos y con los vecinos.
- El rol funcional engloba las limitaciones o discapacidades que se producen para realizar las actividades diarias, bien sean laborales, académicas o de ocio.
- El funcionamiento cognitivo valora el grado en que los problemas mentales pueden influir en el trabajo o en las actividades diarias.
- La percepción de salud general y de bienestar es la valoración personal de la salud.

- La dimensión “síntomas” estudia el grado en que la sintomatología específica de cada enfermedad influye en la CV.

Otro grupo WHOQOL establece que la valoración de la CVRS debe reunir las siguientes características⁶⁹:

- Debe reconocer el factor subjetivo de la CV.
- Tiene que ser un concepto multidimensional que incorpore varios aspectos de la vida de una persona.
- Debe incluir las dimensiones positivas y las negativas.
- Debe registrar variabilidad en el tiempo.

El interés por los estudios de CVRS aumenta progresivamente en los últimos años y esto se refleja en el enorme incremento de publicaciones en PubMed (antiguo Medline)⁷⁰. La realización de estudios descriptivos en los que se detalla el nivel de CVRS de una muestra determinada resulta ser la aplicación más frecuente de estos estudios de CV. También se emplea en los trabajos en el área de la economía sanitaria, en el área de investigación clínica y en el área de la evaluación de la práctica clínica⁷¹.

Desde el punto de vista de la economía sanitaria, los estudios de CVRS sirven para medir los efectos que las enfermedades y sus discapacidades en determinadas poblaciones. Por ello pueden ayudar a orientar las políticas o las intervenciones sociales necesarias para mejorar la salud en los pacientes⁷².

Este concepto de CV se aplica también para seguir la evaluación clínica del paciente. Las percepciones de los pacientes y las del médico no son las mismas necesariamente, habiendo unas enfermedades benignas que producen un impacto elevado en la CV del paciente. Por este motivo se considera una buena estrategia terapéutica cuando la elección de un tratamiento es consensuado entre el médico y el paciente⁷³. Igualmente, la agencia “*Food and Drug Administration* (FDA)” propone un concepto nuevo de “resultados percibidos por los pacientes” o *Patient Reported Outcomes*⁷⁴ (PRO), estableciendo una evaluación de la interpretación que el paciente tiene sobre cualquier aspecto relacionado con la

salud y basándose en la utilización de los instrumentos de medida de la CVRS. Esta combinación constituye uno de los mejores referentes para realizar estudios sobre estado de salud de una población, existiendo dos bases de datos importantes, “*PROQOLID*” y “*BiblioPRO*”. Ambas se pueden encontrar en las siguientes páginas web: <http://www.proqolid.org/> y <http://www.bibliopro.org/>. Otra base de datos online similar es la <http://www.outcomes-trust.org/>.

La investigación clínica es otra aplicación en la valoración de CVRS, formando parte del diseño de los ensayos clínicos el impacto que las enfermedades y sus terapias producen en la CV y resultando ser aquellas de curso crónico y terminal las principales candidatas para este tipo de trabajos. Las enfermedades de larga evolución conllevan generalmente determinados factores sobreañadidos que pueden influir en la CV como son los efectos colaterales de su tratamiento a largo plazo y la incapacidad secundaria a la longevidad del paciente⁷⁵.

En resumen, la evaluación de la CVRS es una herramienta imprescindible en la sociedad actual, sirve para conocer las necesidades reales de una población y permite planificar las medidas de intervención sanitaria y de distribución de recursos. Igualmente, estos estudios ayudan a elegir la estrategia terapéutica más idónea e individualizada para cada paciente.

1.2.2. Calidad de vida en dermatología

La piel es el órgano vivo que está en permanente relación con el mundo exterior y con los demás órganos de nuestro cuerpo, revelando las enfermedades de nuestro organismo y sirviendo de mecanismo de alarma ante determinados efectos ambientales perjudiciales para nuestro cuerpo. Por lo tanto, la piel se considera uno de los mejores indicadores objetivos del estado de salud física y mental de un individuo.

La mayoría de las enfermedades cutáneas no suponen un riesgo para la vida de los pacientes, sin embargo tienen un impacto importante en la CV, produciendo muchas limitaciones en las relaciones sociales, en las actividades laborales, en la

vida familiar, en las actividades diarias y en el estado psicológico de las personas⁷⁶. En el mundo laboral las enfermedades cutáneas tienen una elevada incidencia de bajas laborales, lo cual indica que las dermatosis repercuten de una manera indirecta en la economía de un país⁷⁷. Las enfermedades de la piel como la PS, el vitíligo y la urticaria también repercuten en el sueño de los pacientes, afectando indirectamente a sus actividades cotidianas y a su rendimiento en el trabajo⁷⁸.

Morgan⁷⁹ establece similitudes entre la afectación de la CV de algunas dermatosis como la psoriasis, el eczema o la urticaria y la de otras enfermedades sistémicas importantes como la hipertensión, la diabetes, el asma, la fibrosis quística y la depresión. Incluso, la CV de estos pacientes puede alterarse de tal forma que dé lugar a la aparición de ideas de autolisis o suicidio⁸⁰.

El gran impacto psicosocial de las enfermedades cutáneas se debe principalmente a la visualización de sus lesiones. Las dermatosis suelen resultar poco estéticas y, para la sociedad, una piel con imperfecciones, se interpreta como algo ajeno a los cánones de belleza de imagen corporal. Además, cuando las lesiones se localizan en zonas muy visibles para los demás como la cabeza o las manos, se produce una mayor repercusión psicosocial y un mayor aislamiento social^{26, 27}.

Se puede resumir diciendo que las dermatosis influyen en la CV de los enfermos en los siguientes aspectos. En primer lugar, éstas producen un impacto elevado en la CV semejante al de otras enfermedades sistémicas. En segundo lugar, las dermatosis crónicas como la PS, el vitíligo, la urticaria y el eczema son las que presentan una mayor afectación en la CV. Por último, la visualización de las lesiones cutáneas al ojo humano es uno de los factores que contribuyen a que ejerzan una mayor repercusión psicosocial.

1.2.3. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud

Los instrumentos de CVRS son la mejor manera de cuantificar la CV y se clasifican en instrumentos genéricos e instrumentos específicos.

Los instrumentos genéricos están diseñados para hacer estudios poblacionales con independencia del problema de salud que afecte al paciente o para usarse en el estudio de diferentes patologías. Son útiles para hacer comparaciones entre los grupos poblacionales, valorar el estado general de salud, orientar la planificación sanitaria y establecer la priorización de los recursos sociales⁷³.

Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de una determinada enfermedad por lo que presentan mayor capacidad de discriminación a los cambios producidos en la salud, siendo este el principal motivo de su utilización en los ensayos clínicos. Su principal desventaja es que no permiten realizar comparaciones entre las diferentes enfermedades⁸¹.

Jones⁷³ realiza una revisión sistemática de las propiedades psicométricas de los instrumentos de CVRS y expone las condiciones necesarias para la utilización dichas herramientas. La formación de un modelo conceptual y de medida, la fiabilidad, la validez, la sensibilidad a cambios, la interpretación, la carga de respuesta y de administración, las formas adaptativas y por último las adaptaciones culturales y del lenguaje, constituyen los requisitos obligatorios para el uso de los mismos. Es decir, para poder utilizar un instrumento de CV debe:

- Tener una razón para ser creado.
- Existir una población diana sobre la que actuar y con un modelo a seguir.
- Medir exactamente los aspectos por los que ha sido diseñado y no medir otros aspectos distintos.
- Detectar las pequeñas variaciones en los resultados obtenidos.
- Poder ser interpretados y reproducibles.
- Tener un acceso fácil al paciente y utilizar la forma de administración diseñada para el mismo.
- Disponer de una adaptación transcultural del instrumento cuando se vaya a utilizar en otro idioma diferente al original. Existe un cierto consenso respecto a la metodología más adecuada, denominada traducción directa e inversa o traducción-retrotraducción⁸². Dicho proceso está basado en la

realización de dos traducciones distintas, una de ellas realizada por un traductor nativo de habla española y la otra por un traductor con la licenciatura en filología de la lengua extranjera; posteriormente se solapan ambas en una única versión. Pasado este proceso se hace una traducción inversa y se comprueba la adecuación del instrumento en una muestra determinada, obteniéndose la versión definitiva.

La elección del instrumento de CVRS depende del tipo estudio, de los objetivos y de la muestra seleccionada. Hoy en día no existe un instrumento de CVRS que mida todas las dimensiones de CV, pero en la mayoría de ellos se valoran las dimensiones del funcionamiento físico, social y emocional. Las herramientas para administrarse a los pacientes pueden ser la autoadministración, los pictogramas, la entrevista personal, telefónica y la forma informática, realizada a través de una página web de internet. La cumplimentación de estos cuestionarios debe considerarse un acto voluntario del paciente, siendo un requisito de estos trabajos de CV que quede reflejado el porcentaje de enfermos que rechazan rellenar los instrumentos⁸³.

La mayoría de los instrumentos de medida de CVRS están compuestos de una serie de ítems o preguntas, las cuales suelen agruparse para medir las diferentes dimensiones o dominios de la CV. Las opciones de respuesta de los instrumentos pueden ser de tipo dicotómico (si/no) o respuestas a modo de escalas ordinales tipo Likert. Cuando las respuestas son del tipo Likert los resultados se extrapolan a una escala de puntos que va desde 0 hasta 7 posibles puntos como máximo, siendo los resultados valorados tanto en su totalidad como específicamente para cada dominio de CV⁷³.

En resumen, los instrumentos de CVRS sirven para medir la CV, necesitan cumplir unas condiciones psicométricas especiales y sus resultados suelen expresarse en porcentajes.

1.2.3.1. Instrumentos genéricos

Los instrumentos genéricos de CVRS más utilizados son los siguientes: el Formulario Estándar SF-36, el Perfil de Salud de Nottingham (NPH), el Cuestionario General de salud (GHQ-12) y el EUROQOL-5 (EQ-5 o EQ-5D) Estos cuestionarios se suelen asociar con otros específicos de determinadas enfermedades, siendo el objetivo intentar dar una visión más amplia del carácter multidimensional de la CV. La mayoría de ellos están disponibles en algunas de las siguientes bases de datos virtuales: <http://www.qolid.org>, <http://www.bibliopro.org>, <http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm>.

El cuestionario de salud SF-36 es creado por Ware y su versión estándar está compuesta por 36 preguntas⁸⁴, siendo ésta la forma más utilizada a nivel mundial a pesar de que existen versiones más cortas de la misma como la SF-12 y la SF-8. Su objetivo es medir el estado de salud física y mental, tanto de los pacientes como de la población general⁸⁵. La función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental son los dominios de CV medidos con este formulario, cuyo periodo referencial establecido es de 4 semanas. El idioma original es el inglés y tiene más de 170 traducciones, incluida la versión española⁸⁶. Se trata de un cuestionario que se administra al paciente bien directamente, bien a través de entrevistas telefónicas o en formato informático. Los resultados se trasladan a una escala de valores que oscila desde 0 o peor salud a 100 que significa mejor salud. Vilagut⁸⁷ hace una revisión bibliográfica referente al uso del SF-36 durante una década y corrobora que los contenidos y las propiedades psicométricas de este cuestionario son los adecuados para su uso en investigación y en la práctica clínica.

El Perfil de Salud de Nottingham (NPH) es diseñado por Hunt,⁸⁸ se trata de un cuestionario genérico que sirve para evaluar la percepción de la salud y la manera en que se ven afectadas las actividades cotidianas por la enfermedad. La entrevista personal, la entrevista telefónica y la autoadministración son sus formas de presentarse al paciente, siendo el período referencial el momento actual. El idioma original de la herramienta es el inglés y dispone de traducciones a otras lenguas, debiéndose a Alonso⁸⁹ la versión española. Este cuestionario consta de

dos partes. La primera parte tiene 38 preguntas que miden seis dimensiones de la CV, la energía, el dolor, la movilidad física, las reacciones emocionales, el sueño y el aislamiento social. La segunda parte está compuesta por 7 preguntas relativas a las incapacidades funcionales en 7 aspectos de la vida cotidiana: las tareas domésticas, la vida social, la vida familiar, la vida sexual, las aficiones y el tiempo libre. Ambas partes del cuestionario tienen una respuesta tipo dicotómica de "sí/no". Los resultados se trasladan a una escala de valores de 0 a 100, donde 0 significa peor salud, mientras que el 100 mejor salud.

El Cuestionario General de Salud de Goldberg⁹⁰ o GHQ es desarrollado por Goldberg y Williams con la intención de crear un instrumento de "*screening*" o cribado de los problemas afectivos. Actualmente es uno de los instrumentos más utilizado para la evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento en Estados Unidos y en Europa. Igualmente, es uno de los instrumentos que frecuentemente se aplica en los estudios epidemiológicos⁹¹. La versión original es en inglés y hay disponibles al menos 31 idiomas, de las cuales Lobo⁹² es el responsable de la versión española. La forma de presentación es la autoadministración y necesita de 5 minutos para su cumplimentación. El GHQ-12 consta de 12 preguntas que se valoran de 0 a 3. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados de la escala. Los resultados se trasladan a una escala de valores del 0 al 100, donde 0 significa mejor salud y 100 significa peor salud, es decir, a mayor puntuación obtenida peor nivel de salud mental.

El EUROQOL-5 o EQ-5 es un instrumento genérico de medición de la CVRS que es diseñado por el grupo llamado "EUROQOL Group"⁹³. Se crea originalmente en cinco idiomas simultáneos: el holandés, el inglés, el finlandés, el noruego y el sueco. Posteriormente se traduce a otros idiomas, debiéndose a Badía⁹⁴ la versión española. La autoadministración, las entrevistas telefónicas y los formularios electrónicos son las distintas maneras que puede presentarse. Se tarda muy pocos minutos en rellenar y el periodo de referencia es el mismo día de cumplimentación del cuestionario. Está compuesto por 5 preguntas que evalúan las dimensiones: la movilidad, el autocuidado, las actividades habituales, el dolor o malestar y la ansiedad o depresión. El EQ-5 es un instrumento útil para su

aplicación en atención primaria y dispone de una variedad de posibilidades de uso, desde la descripción del estado de salud general, hasta la evaluación económica de servicios sanitarios.

En la tabla 5 se encuentra una relación de los detalles de estos cuestionarios, su autor, número de preguntas, dimensiones que miden, como se puntúan, el tiempo que necesitan para hacerse y la forma de administración de los mismos.

TABLA 5: INSTRUMENTOS GENÉRICOS DE CV

NOMBRE	AUTOR	ÍTEM	DIMENSIÓN CV	PUNTAJACIÓN	TIEMPO	FA
SF-36	Ware ⁸⁴	36	Mide 8 dimensiones: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.	0=peor salud - 100=mejor salud	15 min	AD, ET, VI
NPH	Hunt ⁸⁸	38 (+ 7)	Mide 6 dimensiones: Energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad.	0= mejor salud - 100= peor salud	15 min	AD
GHQ-12	Goldberg ⁹⁰	12	Mide 4 escalas; los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la disfunción social y la depresión grave.	0= mejor salud - 100= peor salud	5 min	AD
EQ-5	EUROQOL ⁹³	5	Mide 5 dimensiones: la movilidad, el autocuidado, las actividades habituales, el dolor o malestar y la ansiedad o depresión.	matriz de valores con 234 combinaciones	2-3 min	AD, ET, VI

FA: Forma de Administración, AD: Autoadministrado, ET: Entrevista telefónica y VI: Versión informática.

1.2.3.2. Instrumentos dermatológicos

Los instrumentos dermatológicos pueden servir para el estudio de la CV de las enfermedades cutáneas en su conjunto, de una determinada dermatosis e incluso para el estudio de un síntoma específico de una enfermedad de la piel.

Según las bases de datos de “BiblioPRO” y “PROQOLID”, los principales cuestionarios de CV dermatológicos son el *Dermatology Life Questionnaire Index* (DLQI), el *Skindex-29*, el *Dermatology-Specific Quality of Life* (DSQL) y el

Dermatology Quality of Life Scales (DQOLS). En la tabla 6 aparecen los principales instrumentos dermatológicos, el número de ítems que lo componen y las dimensiones que miden.

TABLA 6: INSTRUMENTOS DE CV DERMATOLÓGICOS

INSTRUMENTOS	ÍTEMS	DIMENSIÓN
DLQI	10	Sintomático, emocional y funcional
<i>Skindex-29</i>	29	Sintomático, emocional y funcional
DSQL	43	Físico, emocional y social
DQOLS	29+12	Psicosocial

Dos son los únicos cuestionarios genéricos que reúnen las condiciones psicométricas para ser utilizados en España, el DLQI y el *Skindex-29*. Las versiones españolas de ambos tienen realizada una traducción transcultural al castellano y se ha comprobado que sus propiedades de medición son buenas.

1.2.3.2.1. *Dermatology Life Quality Index*

El *Dermatology Life Quality Index* o DLQI es uno de los instrumentos de CV específicos de dermatología más utilizados en la literatura científica. Este cuestionario fue creado por Finlay⁹⁵ y se puede descargar en el link: <http://www.dermatology.org.uk/quality/dlqi/quality-dlqi-languages.html>, siempre que se solicite licencia para su uso.

El lenguaje original es el inglés y dispone de más de 63 traducciones, siendo la adaptación transcultural al español realizada por García de Tiedra⁹⁶. La forma de presentarse al paciente es la autoadministración y el tiempo estipulado para rellenarlo es de 5 minutos, estableciendo el periodo referencial a la última semana.

En la interpretación de la versión española del DLQI se pueden identificar varios errores. El primero es la poca sensibilidad a los cambios que se producen en algunas dimensiones del cuestionario. En segundo lugar, el DLQI tiene el efecto suelo, es decir, las variables presentan restricciones en su variación de rango inferior⁷⁸. Por eso la utilización de este test no está indicada en estudios de corte

longitudinal y se aconseja la utilización conjunta con otros cuestionarios de CVRS dermatológicos.

El DLQI es un cuestionario de 10 preguntas que hacen referencia a la sintomatología y a las percepciones, las actividades de la vida diaria, las actividades de ocio y las del tiempo libre, el trabajo o los estudios, las relaciones personales y el tratamiento⁹⁷.

Los resultados de cada ítem varían: el valor de 3 significa “mucho”, el valor de 2 es “bastante”, el valor de 1 equivale “a un poco” y el valor 0 es “nada”. Hay una quinta opción de respuesta, «no relación». La tabla 7 muestra la relación entre las preguntas y las puntuaciones de las mismas, que van desde 0 cuando no hay impacto en la CV a 30 cuando es muy grave.

TABLA 7: DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX

ÍTEMS	DOMINIOS	PUNTUACIÓN
Sentir picor, dolor o escozor	Sintomático y percepciones	0-1= No impacto 2-5= Impacto leve 6-10= Impacto moderado 11-20= Impacto grave 21-30 = Impacto muy grave
Problemas para hacer la compra/casa/jardín		
Estar incómodo/cohibido por su problema en la piel	Actividades diarias	
La elección de la ropa por su problema en la piel		
Limitaciones en cualquier actividad social o recreativa	Ocio	
Limitaciones en el deporte		
Impedimentos para trabajar/estudiar bien total o parcialmente	Trabajo	
Dificultad con su pareja, amigos	Relaciones interpersonales	
Molestias en su vida sexual		
Problemas de tiempo o de limpieza por el tratamiento de la piel	Tratamiento	

1.2.3.2.2. *Skindex-29*

El *Skindex-29* es un instrumento de CVRS de las enfermedades dermatológicas creado por la Dra. Chren⁹⁸. Es una versión reducida del primitivo *Skindex 61*, llamado así porque tenía 61 preguntas⁹⁹. Este instrumento está sometido a continuas actualizaciones, siendo las últimas versiones el *Skindex 16*, el *Skindex 17*¹⁰⁰ y la llamada “*Skindex-teen*” que está adaptada a una población adolescente¹⁰¹.

La forma de presentación es la autoadministración. El período observacional contempla las cuatro semanas previas a la realización cuestionario, necesitando sólo de cinco minutos para cumplimentarlo. El idioma original es el inglés americano y dispone de varias traducciones a otras lenguas, por citar algunas de ellas, existen versiones en alemán, polaco, holandés, turco, italiano, coreano, japonés, ucraniano y española, encontrándose todas ellas en el siguiente link: http://www.proqolid.org/instruments/skindex_skindex_skindex_29_skindex_16.

La adaptación transcultural al español es realizada por Jones-Caballero¹⁰². Esta versión española cumple todos los criterios necesarios para su utilización, ya que tiene unas buenas cualidades psicométricas, una reconocida validez del constructo, una alta fiabilidad y una gran sensibilidad.

Las 29 preguntas del *Skindex-29* se detallan en la tabla 8. Evalúan tres dimensiones o dominios de la CV: el sintomático, el emocional y el funcional. El dominio sintomático está analizado por 7 preguntas (tabla 9), la dimensión emocional en 10 preguntas (tabla 10) y la dimensión funcional queda definida en 12 preguntas (tabla 11).

TABLA 8: ÍTEMS DEL *SKINDEX-29*

ÍTEMS
La piel me duele
Mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño
Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave
Mi enfermedad de la piel dificulta mi trabajo o aficiones
Mi enfermedad de la piel afecta a mi vida social
Mi enfermedad de la piel me deprime
Mi enfermedad de la piel quema o escuece
Tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad de la piel
Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad de la piel
La piel me pica
Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas queridas
Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel
Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore
Tiendo a hacer cosas en solitario por culpa de mi enfermedad de la piel
Estoy enfadado por mi enfermedad de la piel
El agua empeora mi enfermedad de la piel (baño, lavado de manos)
Mi enfermedad de la piel me dificulta mostrar mi afecto
Mi piel esta irritada
Mi enfermedad de la piel afecta mi relación con los demás
Mi enfermedad de la piel me produce situaciones embarazosas
Mi enfermedad de la piel es un problema para las personas que quiero
Estoy frustrado por mi enfermedad de la piel
Mi piel está sensible
Mi enfermedad de la piel afecta a mi deseo de estar con gente
Encuentro humillante mi enfermedad de la piel
Mi enfermedad de la piel sangra
Me enoja mi enfermedad de la piel
Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual
Mi enfermedad me produce cansancio.

TABLA 9: ÍTEMS DEL DOMINIO SINTOMÁTICO

La piel me duele
Mi enfermedad de la piel quema o escuece
La piel me pica
Mi piel está irritada
Mi piel está sensible
Mi enfermedad de la piel sangra

TABLA 10: ÍTEMS DEL DOMINIO EMOCIONAL

Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave
Mi enfermedad de la piel me deprime
Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad de la piel
Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel
Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore
Estoy enfadado por mi enfermedad de la piel
Mi enfermedad de la piel me produce situaciones embarazosas
Estoy frustrado por mi enfermedad de la piel
Encuentro humillante mi enfermedad de la piel
Me enoja mi enfermedad de la piel

TABLA 11: ÍTEMS DOMINIO FUNCIONAL

Mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño
Mi enfermedad de la piel dificulta mi trabajo o aficiones
Mi enfermedad de la piel afecta a mi vida social
Tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad de la piel
Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas queridas
Tiendo a hacer cosas en solitario por culpa de mi enfermedad de la piel
Mi enfermedad de la piel me dificulta mostrar mi afecto
Mi enfermedad de la piel afecta mi relación con los demás
Mi enfermedad de la piel es un problema para las personas que quiero
Mi enfermedad de la piel afecta a mi deseo de estar con gente
Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual
Mi enfermedad me produce cansancio

Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 5 posibles opciones. Cuando hay 0 puntos significa “nunca”, el valor 1 es “raramente”, 2 puntos es “a veces”, 3 puntos se interpreta como “a menudo” y 4 puntos equivale a “todo el tiempo”. La puntuación de cada dimensión, así como de la totalidad, se obtiene transformando la suma de las respuestas en una escala lineal de 100, variando desde 0 (ausencia de impacto en la CVRS) hasta 100 (máximo impacto en la CVRS). Esta escala lineal se aplica en la totalidad del cuestionario como en cada uno de las dimensiones del mismo¹⁰³.

En la literatura científica existen referencias que relacionan el *Skindex-29* con el estudio de la CV de determinadas enfermedades cutáneas como por ejemplo el vitíligo¹⁰⁴, el lupus vulgar¹⁰⁵, el liquen escleroso vulgar¹⁰⁶, la urticaria¹⁰⁷, la dermatitis seborreica¹⁰⁸, el prurito¹⁰⁹, el acné¹¹⁰, las verrugas anogenitales¹¹¹, la rosácea¹¹² y el seguimiento de las lesiones cutáneas que aparecen en los cánceres de colon y de recto sometidos a tratamientos biológicos¹¹³.

Además de ser un instrumento genérico de medida de las enfermedades cutáneas, el *Skindex-29* se utiliza para valorar la CV de los pacientes con PS (tabla 12). Tabolli¹¹⁴ compara la CV de los pacientes con PS después de someterse a fototerapia de UVB y después de añadir una balneoterapia a los tratamientos UVB. Los resultados demuestran que hay una importante mejoría en la CV a favor del último grupo, verificándolo en cada uno de los dominios como en la totalidad del *Skindex-29* (n= 111).

Bronsard¹¹⁵ realiza una revisión sistemática sobre los cuestionarios empleados en la literatura para medir la repercusión en la CV de los pacientes con placas de PS, entre los que se encuentra el SF 36, el DLQI, el *Skindex-29*, *Skindex 17*, el DQOLS y el *Psoriasis Disability Index* (PDI). Este autor concluye diciendo que el DLQI es fácil de manejar porque es breve, el SF36 es el más empleado en los ensayos clínicos y el *Skindex-29* y el *Skindex 17*, aunque se utilizan menos, resultan ser muy interesantes porque tienen una validación transcultural adecuada.

Cassano¹¹⁶ emplea el *Skindex-29* para determinar cuál es la dosis de etanercept más adecuada para sus pacientes, demostrando que es un fármaco bien tolerado y que consigue una buena respuesta terapéutica con unas pautas de dosificación flexibles e individualizadas a cada paciente (=72).

Kopel¹¹⁷ verifica en su serie que los pacientes sometidos a la climatoterapia del Mar Muerto consiguen unas puntuaciones inferiores en el *Skindex-29* a los tres y a los 6 meses finalizar dicha terapia (n=119).

Lambert¹¹⁸ trata de establecer cuál es la forma galénica más idónea, gel o ungüento, para aplicar a sus enfermos un tratamiento tópico (derivado de la vitamina B más un corticoide) una vez a la semana, verificando que la CV medida con el *Skindex-29* mejora después de emplear ambas formas. Sin embargo, el nivel de satisfacción de esta terapia se decanta claramente por el gel (n=156).

Menting¹¹⁹ investiga las modificaciones de la CV en relación con el empleo de diferentes fármacos biológicos, como el etanercept, el adalimumab y el infliximab, y el ustekinumab. Este autor encuentra un descenso de la totalidad del *Skindex-29* en su medición basal y en la correspondiente a la semana nº 12 y la a semana nº 52, no habiendo diferencias significativas estadísticamente entre estos fármacos (n=226).

Lee¹²⁰ verifica en su trabajo que la PS tiene una repercusión mayor en los pacientes con PS que en los pacientes con otras dermatopatías como el acné vulgar, la dermatitis atópica, las verrugas y las infecciones fúngicas. Para ello utiliza *Skindex-29* y otros cuestionarios que miden el estrés, la ansiedad y la depresión de su serie. Los datos hallados indican que la PS se hace menos llevadera en los enfermos que tienen más antigüedad de la enfermedad, depresión, estrés y una percepción muy negativa la misma, siendo este último parámetro el mayor indicador de producir una peor CV (n=138).

Sampogna¹²¹ demuestra en una población de enfermos de PS hospitalizados que hay una relación entre las comorbilidades psiquiátricas asociadas a la PS y un deterioro de la expresividad clínica de la enfermedad y de la CV. Igualmente

describe que el perfil de pacientes que mejor explica un incremento de su CV son los hombres que tienen una percepción mejor de su enfermedad, una clínica mejor y no tienen una PS facial (n=414). En otro de sus trabajos, también utiliza este cuestionario para medir la CV en los pacientes mayores de 75 años, observando que la gravedad clínica de la PS en los ancianos se asocia con diferentes grados de impacto en la CV y con el estrés psicosocial (n=305)¹²². Igualmente hace otro estudio sobre la influencia de la edad, el género y la repercusión psicosocial sobre una población con PS ingresada en un hospital, estableciendo que hay un impacto grave en las mujeres mayores y con trastornos asociados de ansiedad y depresión¹²³ (n= 936).

Fernández-Peñas ¹²⁴ comprueba que el *Skindex-29* presenta una mayor sensibilidad para medir la CV en pacientes con PS leve a moderada, comparada con otros instrumentos de CV como el DLQI, el PDI y el SF -36 (n=308).

Jankovic¹²⁵ describe una serie con distintas dermatosis, siendo la PS la más frecuente y a su vez la que mayor puntuación media obtiene en el *Skindex-29* frente a otras patologías como el acné, las verrugas y las alergias cutáneas. Asimismo observa que la CV empeora cuando las lesiones están en las piernas, en las palmas y en la región anogenital (n=290).

En la tabla 12 se expone una relación de los artículos que demuestran la utilización de este cuestionario en los estudios de la CV de la PS.

TABLA 12: ESTUDIO DE LA CV EN LA PS Y SKINDEX-29

AUTOR	N	OBJETIVO	INSTRUMENTOS
Tabolli ¹¹⁴	111	Estudio de la CV en la balneoterapia y fototerapia UVB	Skindex-29, SF-36, SAPASI, GHQ12
Bronsard ¹¹⁵		Revisión de las medidas de CV en la PS	SF-36: (DLQI), Skindex-29 , Skindex 17
Cassano ¹¹⁶	72	Estudio de la CV tras etanercept	Skindex-29, PASI
Kopel ¹¹⁷	119	Estudio de la CV tras climatoterapia	Skindex-29
Lambert ¹¹⁸	156	Estudio de CV entre varias formas galénicas tópicas empleadas en la PS	Skindex-29, PGA
Menting ¹¹⁹	226	Estudio de la CV y el uso de biológicos	Skindex-29, PASI
Lee ¹²⁰	138	Relación entre la CV de la PS y la clínica	Skindex-29, PLSI, WHOQOL, BDE, BAI
Sampogna ¹²¹	414	Relación entre la CV, la clínica y las patologías psiquiátricas.	Skindex-29. SAPASI, GHQ-12
Sampogna ¹²²	305	Estudio de la CV en los pacientes PS ancianos.	Skindex-29 y el <i>Psychological distress</i>
Sampogna ¹²³	936	Relación entre la CV y la edad y el género de los pacientes con PS	Skindex-29, DQLI, PDI, GHQ-12 y PLSI, <i>Psychological Distress</i>
Fernández-Peñas ¹²⁴	108	Estudio del cuestionario más idóneo para medir la CV en la PS	Skindex-29, el DLQI, el PDI y el SF -36
Jankovic ¹²⁵	290	Estudio de la CV en las dermatosis y validación polaca del Skindex-29.	Skindex-29

Interpretación del Skindex

Nijsten y Prinsen describen dos tipos de interpretaciones del instrumento *Skindex-29*, siendo el objetivo de los dos el mismo, establecer puntos de corte en los resultados del cuestionario que determinen el grado de gravedad en la CV.

La interpretación de Nijsten¹²⁶ está basada en el método de distribución, es decir, distribuye las variables sin referentes externos. El tamaño de su muestra estudiada es de 545 pacientes con diferentes patologías cutáneas (n=545) de los cuales 76 son enfermos con PS. Los resultados evidencian que las enfermedades inflamatorias cutáneas tienen una mayor repercusión en la CV, obteniendo cuatro puntos de corte del *Skindex-29* para el dominio emocional, para el funcional y para la totalidad del cuestionario, mientras que para el dominio sintomático consigue tener cinco categorizaciones. La tabla 13 muestra los valores referenciales para interpretar el *Skindex-29* con este método de distribución.

TABLA 13: INTERPRETACIÓN SEGÚN NIJSTEN

IMPACTO CV	SINTOMÁTICO	EMOCIONAL	FUNCIONAL	TOTALIDAD
MUY LEVE	<3	<5	<3	<5
LEVE	4-10	06-24	04-10	06-17
MODERADO	11-25	25-49	11-32	18-36
SEVERO	26-49	>50	>33	>37
MUY SEVERO	>50	----	----	----

Prinsen¹²⁷ realiza otra interpretación del *Skindex-29* basada en el método “anchor” con la utilización conjunta de otros referentes externos, es decir, compara los resultados de este cuestionario con los resultados de otras herramientas de CV aplicados. Se trata de un estudio multicéntrico cuyo objetivo es determinar la gravedad de la CV de los pacientes con PS medida con este cuestionario y relacionarla con el grado de discapacidad medido por otro instrumento genérico de la CV, el CGH-12. Su serie está compuesta por 322 pacientes con diversas lesiones dermatológicas, entre las cuales 138 son pacientes con PS. Los puntos de corte establecidos permiten diferenciar la afectación de la CV grave de la no grave, resultando ser ≥ 52 para el dominio sintomático, ≥ 37 para el dominio de la funcionalidad, ≥ 39 para el dominio de la emocionalidad y ≥ 44 para el total del cuestionario (tabla 14).

TABLA 14: GRAVEDAD DE LA PS SEGÚN PRINSEN

IMPACTO CV	SINTOMÁTICO	EMOCIONAL	FUNCIONAL	TOTALIDAD
SEVERO	≥ 52	≥ 39	≥ 37	≥ 44
NO SEVERO	< 52	< 39	< 37	< 44

Los dos tipos de interpretación de este cuestionario de CV son descritos en el trabajo de Chren¹²⁸, el cual recopila las diferentes medidas psicométricas de los mismos y estudia al detalle su aplicación al *Skindex-29*.

Prinsen¹²⁹ presenta posteriormente una nueva clasificación basada en el “método anchor”, estableciendo nuevos puntos de corte correspondientes con un impacto grave, moderado, leve (tabla 15) y sirviendo de referencia para futuros estudios. Uno de ellos es el de Kuijpers¹³⁰, el cual aplica esta interpretación para monitorizar la CV de los pacientes con hiperhidrosis importante sometidos a un tratamiento de simpatectomía torácica bilateral (n=100). Igualmente, Prinsen plantea una propuesta nemotécnica de los resultados de tal manera que todos ellos tengan los mismos puntos de corte en relación con el grado de afectación de la CV, tanto

para cada dimensión como para la totalidad del *Skindex-29*. La propuesta establece que hay un impacto leve cuando la puntuación obtenida es ≥ 20 , moderado si es ≥ 30 y el grave si es ≥ 40 .

TABLA 15: INTERPRETACIÓN SEGÚN PRINSEN

IMPACTO CV	SINTOMÁTICO	EMOCIONAL	FUNCIONAL	TOTALIDAD
NO IMPACTO	<39	<24	<21	<25
LEVE	≥ 39	≥ 24	≥ 21	≥ 25
MODERADO	≥ 42	≥ 35	≥ 32	≥ 32
SEVERO	≥ 52	≥ 39	≥ 37	≥ 44

Sampogna y Abeni¹³¹ comparan las dos interpretaciones del *Skindex-29*, dejando patente la gran disparidad de resultados que existe entre ambas. Posteriormente, Prinsen¹³² responde al estudio previo, estando de acuerdo con la necesidad de consensuar la utilización combinada de ambos métodos de interpretación del instrumento. Actualmente todavía no hay un consenso a este respecto.

1.2.3.2.3. Otros Instrumentos específicos de la psoriasis

Los instrumentos específicos de la PS, están centrados en medir exclusivamente los efectos que esta enfermedad produce en la CV. Estos cuestionarios tienen una mayor capacidad de discriminación, predicción y son particularmente útiles para ensayos clínicos.

En la base de datos “*PROQUOLID*” y “*BiblioPRO*” aparecen los siguientes instrumentos específicos de PS: el *Psoriasis Disability Index* (PDI), el *Psoriasis Quality of Life Questionario* (PQOL-12), el *Reflective Evaluation of Psoriasis Efficacy of Treatment and Severity* (REFLETS) y el *Psoriasis Life Stress Inventory* (PLSI).

El *Psoriasis Disability Index* o PDI es diseñado por Finlay¹³³. Su idioma original es el inglés, habiendo una versión española realizada por Del Molino¹³⁴. Las dimensiones que evalúa son las actividades de la vida diaria, la actividad profesional o las escolares, las relaciones con las personas, las aficiones y los tratamientos médicos de las personas que tienen PS (n=249)¹³⁵. El periodo referencial son las últimas cuatro semanas. Es un instrumento muy sencillo de

manejar y normalmente requiere sólo de 3 o 4 minutos para rellenarlo. Está compuesto por 15 ítems y con 4 opciones de respuesta cada uno, cuyo valor está comprendido entre el 0, que se interpreta como una interferencia nula de la psoriasis, y el 3, que significa interferencia máxima de la PS. El resultado global se encuentra comprendido en un rango de 0 a 45, donde 0 significa no impacto y 45 equivale a un mayor impacto en la CV.

Aunque se trata de un cuestionario específico de la PS, Fernández-Peñas¹²⁴ demuestra en su estudio que el *Skindex-29* tiene una mayor sensibilidad que el PDI a la hora de valorar la gravedad de la PS (n= 318). Además, Ferrándiz¹³⁶ constata en su serie que el PDI no es el instrumento más adecuado para el estudio de la PS moderada y grave en nuestro medioambiente (n=3320).

El Reflective Evaluation of Psoriasis Efficacy of Treatment and Severity o REFLETS es creado por Abbvie¹³⁷, quien lo emplea para determinar la gravedad de la placa de PS y la eficacia del tratamiento empleado. Consideran tanto la opinión del paciente como del dermatólogo. Igualmente valora otros tres “subdominios”: el grado de satisfacción del paciente, el dominio sintomático y la existencia de enfermedades en curso concomitantes a la PS, añadiéndole a este último 2 ítems individuales relativos al dolor en las articulaciones. El REFLETS está compuesto por 29 ítems que evalúan la gravedad de la psoriasis a los cuales se otorgan valores que van desde el 1 al 4, donde 1 punto equivale a un impacto leve y 4 si el impacto es muy grave. Para medir la eficacia del tratamiento utilizado se puntúa desde 1, si el tratamiento ha sido ineficaz, hasta 4, si el tratamiento ha sido muy efectivo.

El “Psoriasis Life Stress Inventory” o PLSI es desarrollado por Gupta¹³⁸. Este instrumento sirve para evaluar el estrés diario debido a la psoriasis. La dimensión de la CV que mide es la psicosocial. El periodo referencial es de cuatro semanas y está formado por 15 preguntas que se puntúan desde 0, que significa no afectación, hasta 4, que implica una afectación grave en la CV¹³⁹.

El PSO-LIFE es un cuestionario validado por Daudén,¹⁴⁰ autor que confirma la relación entre la localización de las lesiones psoriásicas y la gravedad de la PS

medida por el PASI. El marco referencial de este cuestionario es una semana y consta de 20 preguntas con cinco posibles opciones de respuesta. El resultado global oscila entre 0, que significa siempre, y 100 puntos, que equivale a la no afectación de la CV. Por lo tanto, una menor puntuación en el cuestionario implica un mayor impacto en la CV.

En la tabla 16 se expone un resumen de las principales características de estos cuestionarios específicos de la PS.

TABLA 16: INSTRUMENTOS DE CV ESPECÍFICOS DE PS

NOMBRE	AUTOR	ÍTEM	DIMENSIONES	VALOR	TIEMPO	FA
PDI	Finlay ¹³³	15	4 dimensiones: las actividades diarias, el trabajo/estudio, las relaciones personales, el ocio y el tratamiento.	0-45	3-4 min	AD
REFLECTS	Abvie ¹³⁷	29	2 dimensiones: la gravedad de la PS y la eficacia del tratamiento utilizado.	0-116	10 min	AD
PLSI	Gupta ¹³⁸	15	Dimensión psicosocial.	0-45	5 min	AD
PSO-LIFE	Daudén ¹⁴⁰	20	Dimensión sintomática.	0-100	5 min	AD

1.3. La psoriasis y la calidad de vida

1.3.1. La calidad de vida y los factores sociodemográficos

La relación entre los factores sociodemográficos como la edad, el sexo y el nivel cultural y el impacto que la PS produce en la CV ha sido estudiada por varios autores. Zachariae¹⁴¹ observa que la enfermedad afecta de manera diversa en las poblaciones de los distintos países nórdicos. Sus resultados indican que en la población noruega la PS desencadena un mayor impacto en la CV. También

describe que los enfermos mayores y casados tienen una mejor CV que los jóvenes solteros que viven solos. Igualmente relaciona la situación de desempleo, el número de días perdidos laboralmente, un nivel cultural bajo y el aumento de la ingesta de alcohol con un detrimento en la CV de los nórdicos (n=6497).

Wahl¹⁴² corrobora la relación existente entre las variables sociodemográficas y las clínicas con la CV, observando que la combinación de las mismas explica la variabilidad de respuesta en la CVRS y en la percepción de vivir con la enfermedad. Sin embargo, la variabilidad del grado de discapacidad producido por la PS lo explica preferentemente por las variables clínicas (n=282). En su serie el dominio emocional resulta ser el más dañado y los pacientes jóvenes, solteros y con mayor discapacidad muestran una peor calidad de CV. En otro artículo, este autor compara las diferencias entre la CV que hay entre una población con PS y otra sin PS, comprobando como hay una peor CV en los pacientes con esta enfermedad. Igualmente observa que las mujeres noruegas mayores, casadas y con un nivel cultural alto presentan una menor afectación de la CV (n=283)¹⁴³.

Gelfand¹⁴⁴ encuentra una significación estadística entre el deterioro de la CV y el sexo femenino, la edad menor, el BSA alto, el aumento de las visitas a los dermatólogos en los últimos 2 años y la repercusión económica por su enfermedad (n=266). En otro de sus trabajos, determina la prevalencia de la PS en la población afroamericana, los resultados demostraron que su prevalencia fue casi la mitad que la de los americanos caucasianos, no encontrándose diferencias en cuanto a la satisfacción del tratamiento recibido y en cuanto a la gravedad del impacto en la CV (n=541)¹⁴⁵.

Norlin¹⁴⁶ observa que la CV de los pacientes suecos con PS es peor que la de los suecos sin PS, confirmando una asociación estadística entre la gravedad de la CV y los factores de edad y género. Igualmente refiere que sus pacientes mayores, de sexo femenino y con un PASI elevado presentan un mayor deterioro de su CV. Aunque las mujeres tienen una CV peor, la gravedad clínica resulta ser mayor en los hombres. Asimismo verifica la asociación con las molestias que pueden producir las lesiones, especialmente cuando se acompaña de una sensación punzante (n=2450).

Por el contrario Al-Mazeedi¹⁴⁷ no encuentra diferencias significativas entre el grado de gravedad del impacto en la CV con la edad, el género y el estado marital de los Kuwaitíes (n=330).

Dubertret¹⁴⁸ dirige el estudio EUROPSO cuya muestra está formada por pacientes psoriásicos de origen belga, checoslovaco, finlandés, alemán, italiano y francés, demostrando el profundo impacto que la PS produce en sus vidas, en sus relaciones sociales. Asimismo destaca la importancia de impartir una educación formativa sobre la enfermedad a los pacientes y demuestra que el grado de satisfacción del tratamiento recibido se relaciona con el grado de gravedad de la PS (n=17999).

Sampogna¹²¹ realiza el estudio IMPROVE (*Italian Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences study*) sobre una muestra de pacientes hospitalizados con PS y observa que las mujeres italianas mayores con problemas ansioso-depresivos son las que tienen una peor CV. En su serie se afecta a tres dominios de la CV el sintomático, el emocional y el funcional, encontrando relaciones estadísticamente significativas entre la CV con el nivel cultural alto y con los antecedentes familiares de PS. En el estudio de regresión lineal alcanza diferencias significativas entre la CV y la edad, el sexo y el PASI (n=936). En otro de sus trabajos, utiliza a un grupo de ancianos enfermos con PS, verificando que la gravedad clínica de la PS tiende a incrementarse con la edad. También describe una relación significativa entre el deterioro de la CV y las mujeres con edades comprendidas entre 75 y 79 años. Por el contrario, no logra una relación significativa estadísticamente entre la CV y los pacientes >75 años, presentando estos últimos una CV mejor (n=305)¹²².

Daudén¹⁴⁹ en el estudio "VACAP" confirma que la PS repercute negativamente en la CV de los pacientes españoles. Las variables que resultan ser estadísticamente significativas en relación con la gravedad de la PS fueron el sexo, el PASI y la PS localizada en la cabeza, siendo el PASI el parámetro que influyó más negativamente en la CV de los pacientes (n=1217). En otro artículo basado en el "VACAP", Pujol¹⁵⁰ demuestra otra asociación con el sexo y con la finalización de

los estudios de licenciatura, desencadenando unos cuadros ansiosos y habiendo un porcentaje mayor en las mujeres (n=1217).

García-Diez¹⁵¹ realiza un estudio de CV multicéntrico de los pacientes con PS de España y Portugal y recalca la relación significativa entre la gravedad de la enfermedad y el gasto económico que supone su tratamiento. Asimismo verifica otras significaciones estadísticas entre una CV peor y el PASI, el BSA, el prurito, el número de cigarrillos fumados y el número de días de baja por enfermedad en el último año.

En la tabla 17 se exponen las principales características de algunos estudios descritos, la edad media o la franja de edad más frecuente, el sexo que resultó ser predominante, el tipo de instrumento de medida de CV empleado, los análisis estadísticos empleados y su objetivo.

TABLA 17: RESUMEN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

AUTOR	N	TEST	OBJETIVO	ESTADÍSTICA
Zachariae ¹⁴¹	6497	PDI, PLSI, PASI	Estudio de la CV en los países nórdicos	ANOVA, ANCOVA y MANOVA
wahl ¹⁴²	282	SF-36, QOLS, PDI	Estudio sociodemográfico de la CV en Noruega	Pearson and regresión lineal múltiple
whal ¹⁴³	283	SF-36	Comparación CV entre los noruegos con PS y los sin PS	ANOVA
Geldfand ¹⁴⁴	266	PDI y BSA	Estudio CV en EEUU	student test, Wilcoxon rank sum test, Kruskal-Wallis test y Spearman correlation
Norlin ¹⁴⁶	2415	PASI, DQLI, EQ-5D,	Estudio de la CV en los pacientes suecos	test de correlación de Spearman
Al-Mazeedi ¹⁴⁷	330	DQOLS, PASI	Estudio de la CV en Kuwait	kruskal Wallis test, Mann-Whitney test, Chi-squared test
Dubertret ¹⁴⁸	17999	PDI, BSA	Estudio de la CV en Europa	descriptivo
Sampogna ¹²³	936	Skindex-29, DLQI, PDI GHQ, PLSI	Estudio de la CV en los pacientes hospitalizados con PS en Italia	ANOVA
Sampogna ¹²²	305	skindex-29	Estudio de la CV en la ancianidad en Italia	modelo de recesión lineal
Daudén ¹⁴⁹	1217	PASI, BSA, PGA, PDI, DLQI, EQ-5D, SF36	Estudio de la CV en los pacientes españoles	Fischer, Pearson
García-Diez ¹⁵¹	3320	PDI, PASI BSA	Estudio de la CV en la Península Ibérica	ANOVA

1.3.2. La calidad de vida y los factores no sociodemográficos

En este apartado se estudian las posibles relaciones entre la variación de la CV de los pacientes con PS y los siguientes factores: los antecedentes personales, los antecedentes familiares, el estrés, el fototipo, la antigüedad de la PS, el número de visitas al dermatólogo, la necesidad de biopsia y el ingreso hospitalario.

El estudio de los antecedentes personales de otras enfermedades concomitantes con la PS es un tema muy desarrollado en la última década. Sánchez-Carazo¹, en el estudio “Arizona” confirma la relación entre el deterioro de la CV y la coexistencia de determinadas patologías, entre las que se encuentran la artropatía

PS, la hiperlipemia, la hipertensión y la obesidad (n=1022), verificando una asociación estadística entre el PASI y un detrimento en la CV.

Augustin¹⁵² establece una relación entre la PS y la hospitalización de los pacientes, confirmando el efecto negativo que la PS ejerce sobre la CV en una población germana. Igualmente observa una repercusión negativa en el mundo laboral de su muestra, verificando que hay una media de cinco días de baja laboral por paciente. Asimismo comprueba que una tercera parte de los pacientes precisaron hospitalización por al PS en los últimos cinco años (n=15119).

Daudén¹⁵³ valora el grado de satisfacción que los pacientes tienen respecto al tratamiento de la PS, no encontrando diferencias en cuanto a la percepción de la CV, además los enfermos refieren estar contentos con su terapia aplicada, independientemente del tipo de la misma.

Mckenna¹⁵⁴ estudia la relación entre los tratamientos de fototerapia y la CV de los enfermos con PS, notando que los pacientes que reciben fototerapia con UVB expresan una peor CV que aquellos que reciben fototerapia con PUVA. Igualmente comprueba que las alteraciones en la CV fueron mayores en el dominio físico que en el psicológico o social. Además señala la existencia de un impacto más grave en las mujeres y en los enfermos con problemas psicológicos, disminuyendo la gravedad a medida que aumentaba la edad (n=877).

Moreno-Ramírez⁴⁷ investiga sobre las estrategias terapéuticas adecuadas de la PS y describe la necesidad de que sean capaces de producir una mejora en su CV, disminuir su BSA, evitar sus efectos adversos, disminuir su sintomatología, mantener el periodo de mejoría a largo plazo y evitar las recaídas, es decir, que la CVRS debe ser un objetivo terapéutico. Los dermatólogos que participaron en el estudio estiman, en un 13,8%, el número de visitas semanales a las consultas por causa de la PS. Además calcula, en un 17,8%, el número de dermatólogos que utilizan los cuestionarios de CV en sus consultas para determinar la gravedad de la enfermedad, siendo el PASI el índice de gravedad de la PS más empleado.

Gokdemir¹⁵⁵ comprueba que no hay una relación estadística significativa entre la edad, la duración de la enfermedad, el PASI y la gravedad de la CV con una mayor adherencia al tratamiento, observando que es más fuerte la adhesión en los solteros y divorciados que en los casados. Igualmente demuestra que el estar cansado o el estar harto de padecer la PS y el inadecuado conocimiento de la enfermedad son las razones más influyentes en el incumplimiento del tratamiento, siendo las menos influyentes los problemas familiares, el olvido y la repercusión económica. (n=103).

Hernández¹⁵⁶ en el estudio “SECUENCE” evalúa la clínica y el tratamiento de pacientes con PS en España y describe una relación estadística significativa entre la hipertensión, los trastornos endocrinos y las alteraciones gastrointestinales. Además verifica que con independencia de la gravedad de la PS, el mayor indicador de producir un impacto negativo en la CV es la coexistencia de comorbilidades psiquiátricas, siendo esta relación significativa estadísticamente. Asimismo alcanza la significación estadística entre una edad mayor y una mayor antigüedad con una mejor CV, mientras que un PASI elevado, un BSA alto, la PS en el cuero cabelludo y la PS en las flexuras resultaron ser los factores que se relacionaron significativamente con un deterioro de la misma (n=442).

Fernández-Torres¹⁵⁷ confirma que los pacientes con una antigüedad de la PS más larga y que son tratados con fármacos biológicos presentan una mejoría en su CV, siendo peor en las mujeres que en los hombres. Por el contrario no establece la asociación con el PASI ni con el BSA.

Farber¹⁵⁸ es uno de los pioneros en correlacionar el estrés con un deterioro de la CV en los pacientes con PS, dejando claro la necesidad de aplicar estrategias terapéuticas para reducir el estrés con el fin de minimizar la sintomatología de la enfermedad. Asimismo relaciona la PS con la “Psiconeuroinmunología” que investiga de los mecanismos de interacción y comunicación entre la mente y el sistema nervioso, los mecanismos inmunológicos, el sistema neuroendocrino así como sus implicaciones en la clínica de las personas. También describe la relación significativa entre el estrés y no saber enfrentarse a la enfermedad y el temor a la reacción que tengan los demás. Por contra, no encuentra diferencias significativas

estadísticamente con respecto al sexo ni con los antecedentes familiares de PS, ni con la localización de las lesiones.

Seville¹⁵⁹ es otro de los primeros autores que asocian el estrés con el inicio de una PS, observando que cerca de la tercera parte de su serie viven situaciones estresantes, especialmente en el ámbito familiar como un fallecimiento o una separación. Asimismo constata en su serie que el estrés desencadena un brote de PS tras un periodo de latencia de varios días a un mes. Igualmente corrobora que el uso de una terapia psicológica mejoraba la reagudización clínica de la enfermedad (n=132).

Fortune¹⁶⁰ ratifica que las localizaciones de la PS en la cabeza, cara y uñas se asocian con una peor salud física y en menor proporción con la salud emocional. Además verifica un grupo de pacientes con PS estrés-reactivos que presentan menor salud mental y una mayor discapacidad en todas las áreas de su vida cotidiana, siendo estas relaciones significativas estadísticamente. Además la relación con el PASI, el sexo, la antigüedad de la PS y la existencia de familiares con la enfermedad no consiguió ser significativa (n=150).

Gupta¹⁶¹ también investiga un grupo de pacientes que denominó “*psoriásico-estrés reactivos*”, demostrando que el patrón de los mismos era los pacientes cuya PS aparece antes de los 40 y cuya personalidad es “alexitimia”. Es decir, los enfermos son incapaces de identificar las emociones propias, tienen una limitación para expresar sus sentimientos y presentan una escasa capacidad para afrontar las situaciones de estrés (n=137).

Igualmente, Brufau¹⁶² estudia cuáles son los posibles perfiles de personalidad presentes en los pacientes con PS y que diferencias presentan con los perfiles de una población normal, considerándolo como un posible factor desencadenante de la enfermedad. Sus resultados confirman que estos pacientes necesitan de un importante refuerzo externo para poder realizar sus deseos y sus metas en la vida (n=36).

Zachariae¹⁶³ comprueba la influencia del estrés entre los pacientes con PS de los países nórdicos, observando que la gran mayoría de ellos presentan exacerbaciones clínicas con el estrés, especialmente los finlandeses y los noruegos. Asimismo identifica a un grupo de pacientes estrés-reactivos que se corresponde con las mujeres, de edad joven, con antecedentes de familiares de PS y con un alto nivel cultural alto, siendo la edad el mayor responsable en la variabilidad de la respuesta. Además corrobora la influencia del tabaco y de la toma de antidepresivos o tranquilizantes en el detrimento de la CV (n=5795).

En cuanto a los acontecimientos vitales que podían agravar la PS, Al'Abadie¹⁶⁴ relata en su serie que los más frecuentes son los problemas familiares, seguidos por las dificultades en el trabajo y por último, los problemas derivados de la formación académica. Manolache¹⁶⁵ también observó que los principales eventos asociados a una situación de estrés que desencadene un brote de PS son: la separación de una pareja, la muerte o enfermedad de un familiar, el embarazo, un accidente o enfermedad personal, el ser despedido de un trabajo o el estar desempleado, las deudas económicas que superen diez veces su salario, el traslado por motivos laborales de un miembro familiar y el comienzo o la finalización del colegio de los niños. Igualmente explica que la mayoría de ellos cuentan experiencias de al menos una situación de estrés, habiendo pacientes que narran hasta cuatro situaciones de estrés (n=169).

Sánchez-Regaña¹⁶⁶ estudia los factores psicosociales de la PS, destacando que el estrés resulta ser el factor más importante que desencadena una reagudización de la enfermedad, estando presente en aproximadamente la mitad de su muestra. Además observa que los conflictos afectivos son los más frecuentes, especialmente en el sexo femenino y cuando se le añade la ingesta de fármacos o a los cambios hormonales. También alcanza la significación estadística en la relación entre los factores psicosociales y la satisfacción que tienen los pacientes sobre la información recibida de su enfermedad, el dolor de las lesiones y el rascado. Asimismo confirma que la mayoría de la muestra tiene limitaciones sociales como la utilización de baños públicos y la elección de la vestimenta (n=231).

Basavaraj¹⁶⁷ realiza una revisión sobre la importancia del estrés como detonante del comienzo o exacerbación de la PS, sugiriendo que el tratamiento del estrés en estos pacientes mejora su pronóstico y que la disminución del trauma emocional disminuye la intensidad del brote clínico. Igualmente describe los efectos beneficiosos de las terapias como el yoga, la hipnosis y las técnicas de relajación, teniendo que ser dicha terapia adaptada a cada paciente y a largo plazo.

En la tabla 18 se expone una visión general de los artículos mencionados en este apartado.

TABLA 18: RESUMEN DE LOS FACTORES NO SOCIODEMOGRÁFICOS

AUTOR	N	TEST	OBJETIVO	ESTADÍSTICA	EDAD	SEXO
Sanchez-Carazo ¹	1022	SF-36, DLQI, PGA, PASI, BSA	Estudio de las comorbilidades de la PS en la CV	Student's t-test , the Mann-Whitney U-test, Fisher's exact test	30-49	hombre
Augustin ¹⁵²	1511	DLQI, EQ-5D, PASI	Valoración de la CV de los pacientes con PS hospitalizados	Spearman's correlation coefficient	50,5	hombre
Daudén ¹⁵³	1217	cuestionario	Estudio de la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido	Chi cuadrado	44,1	hombre
Mackenna ¹⁵⁴	877	QOL	Estudio de la CV en los pacientes tras fototerapia PUVA.	descriptivo	56	mujer
Gökdemir ¹⁵⁵	133	PASI, DQLI	Estudio de la adherencia al tratamiento de la PS	Student's test, Mann-Whitney test, Pearson's correlation	40,1	mujer
Hérmánz ¹⁵⁶	442	PASI,BSA, DQLI	Valoración de la clínica y el tratamiento de la PS en la CV	Student's test, Mann-Whitney test	46,7	hombre
Fortune ¹⁶⁰	150	PDI, PLSI, SF-36	Estudio de la relación entre el estrés y la severidad de la PS	Scheffe post-hoc test	42,7	mujer
Zachariae ¹⁶³	5795	PDI, PLSI, SF-36	Estudio de la relación entre el estrés y la severidad de la PS	ANOVA, MANOVA	50	hombre
Sanchez-Regaña ¹⁶⁵	231	cuestionario	Evaluar el impacto psicosocial de la PS	Chi cuadrado	43	hombre

1.3.3. La calidad de vida y el dominio sintomático

A continuación se muestra la posible influencia en la CV de los factores asociados con el dominio sintomático. Zhu¹⁶⁸ comprueba que el prurito o picor de las lesiones actúa como un mediador importante entre el grado de gravedad de la CV y la mejoría clínica del PASI. En su trabajo observó como el prurito mejoró tras un tratamiento con un biológico, el ixekizumab, observando una relación

estadísticamente significativa entre la mejoría del prurito y la mejoría de la CV y del PASI (n=142).

Mrowietz¹⁶⁹ también verifica en el “PRISTINE study” (*PsoRiasis Study to Assess Efficacy and SafeTy IN subjects taking ETN 50 mg once weekly and twice weekly with adjunct therapy*) la asociación entre la CV y el prurito, siendo esta mejor a medida que el prurito desaparece y no estableciendo ninguna relación clínica con el PASI (n=270).

Reich¹⁷⁰ corrobora el papel que el prurito tiene en la CV, asociándolo con una mayor gravedad en la CV, con los sentimientos de estigmatización, con las vivencias de estrés vividas un mes antes de un brote clínico y con los síntomas depresivos. Sin embargo, no encuentra una relación con la gravedad de la PS. Además establece la necesidad de desarrollar un tratamiento que reduzca el picor para conseguir que los enfermos mejoren su salud. Igualmente comprueba que la gravedad del prurito se relacionaba con los pacientes que tienen una afectación articular y con las lesiones faciales (n= 102).

Ljosa¹⁷¹ investiga la repercusión del dolor de la piel en los pacientes con PS, observando que hay una mayor gravedad de la PS cuando el dolor está presente. También confirma que la gravedad de la enfermedad aumenta en el sexo femenino, en los separados sentimentalmente o divorciados, en los empleados y en los que tienen estudios superiores. Asimismo establece una asociación entre las molestias en la piel y las mujeres, el estado marital, la situación laboral y los estudios no superiores. Los resultados obtenidos sólo alcanzan la significación estadística entre el dolor tipo punzante y la gravedad de la PS medida por el PASI. Además observa unas características comunes en su serie como son la presencia de un dolor incómodo, superficial, muy sensible, irritable, punzante y con sensación de cosquilleo. Igualmente verifica que las limitaciones más importantes asociadas al dolor son las alteraciones en el sueño y en el tiempo del ocio (n=139).

Lewis-Beck¹⁷² expresa en su serie la afectación en la productividad laboral cuando la PS presenta un cuadro clínico de picor, descamación y dolor, siendo estas

relaciones significativas estadísticamente en relación con el detrimento de la CV (n=199).

Ginsburg¹⁷³ describe la relación entre el sangrado y la repercusión en la CV, considerando este factor como predictivo en la estigmatización social de los pacientes y observa como la mayoría de la serie tienen experiencias previas de rechazo social en sitios públicos como los gimnasios, las piscinas o la peluquería. Este rechazo genera una gran sensibilización de sus pacientes y la necesidad de buscar cualquier tipo de ayuda para superarlo, llegando incluso a caer en alcoholismo. Además este autor indica que el rascado continuado de las lesiones puede llamar la atención de la gente y conlleva una apariencia antiestética, pudiendo desencadenar el miedo y la repugnancia de los demás (n= 100).

Herédi¹⁷⁴ estudia la CV en una población húngara y confirma que cuando el PASI obtiene resultados más altos mayor es el impacto en la CV, acentuándose sobre todo en las localizaciones del cuello, de los hombros y de la parte superior del tórax (n= 200). Por el contrario, Heydendael¹⁷⁵ no consigue en su muestra una relación estadística significativa entre el PASI y la gravedad de la CV, aunque sí que consigue una asociación débilmente significativa cuando las lesiones se localizan el cuero cabelludo o en la parte superior de los miembros. Igualmente determina que el dolor corporal y las limitaciones sociales son los factores que más repercutieron en la CV de su serie (n=85).

Wahl¹⁷⁶ observa a un grupo de pacientes noruegos con PS después de estar sometidos a un tratamiento de climatoterapia en Gran Canaria, corroborando que no hay una la relación estadísticamente significativa entre la gravedad clínica medida por el PASI y la gravedad de la CV. En otro de sus trabajos sobre la prevalencia de los síntomas de la PS en sus diferentes formas o tipos clínicos, este autor describe que hay un cuadro clínico más florido en las mujeres que en los hombres, sobre todo en los pacientes más jóvenes y con un nivel educacional no superior. También establece una relación significativa entre el PASI y la clínica del paciente. Igualmente, la mayor parte de sus pacientes refieren tener cuatro semanas previas a la hospitalización un cuadro de picor seguido en orden de frecuencia por una irritación, una sensación de quemazón, una sensación

punzante, un aumento de la sensibilidad, un dolor y un sangrado de las lesiones (n=936)¹⁷⁷.

Daudén¹⁷⁸ en el estudio “PSO-LIFE” demuestra que la localización de la PS en las zonas visibles produce una mayor afectación en la CV, siendo dicho impacto menor en aquellos pacientes que presentan una clínica estable y con pocos periodos de reagudización clínica de su enfermedad (n=304).

En la tabla 19 se expone un resumen de las principales características de los estudios referidos en este dominio sintomático.

TABLA 19: DOMINIO SINTOMÁTICO

AUTOR	N	TEST	OBJETIVO	ESTADÍSTICA	EDAD	SEXO
Zhu ¹⁶⁸	142	PASI, Itch VAS, DLQI	Relación entre el picor y la CV	Sobel tests	46,3	hombre
Reich ¹⁷⁰	102	PASI, Itch VAS, DLQI	Relación entre el prurito y la CV	Student's t-test, Mann-Whitney U test	45,2	hombre
Ljosaa ¹⁷¹	139	SCQ-18, BPI, PQAS, PASI	Repercusión del dolor de las lesiones con PS	Fisher's test, ANOVA, Kruskal Wallis test	51,4	mujer
Lewis-Beck ¹⁷²	199	SF-12, PCS, MCS	Repercusión de la sintomatología de la PS y el mundo laboral	Structural equation modeling	48,48	mujer
Heydendael ¹⁷⁵	85	PASI-SF36	Relación entre PASI y la severidad de la CV	Pearson correlation	39,9	hombre
Whal ¹⁷⁶	254	PASI, DLQI	Relación entre las características clínicas de la PS y la CV	Pearson correlation	47	hombre
Dauden ¹⁷⁸	304	PASI, PSO-LIFE, DLQI	Relación entre la estabilidad clínica de la PS y el impacto en la CV	ANOVA	45,3	hombre

1.3.4. La calidad de vida y el dominio emocional

Los factores emocionales o afectivos, los psicológicos y los psiquiátricos pueden alterar la CV de los pacientes con PS. Psicológicamente, la PS puede desencadenar una amplia gama de sentimientos como la ansiedad, la depresión, el estigma social, el miedo a ser rechazado, la baja autoestima, el sentimiento de

vergüenza y el ocultismo, incluso el paciente puede llegar a tener idea de suicidarse¹⁷⁹.

Miniszewska¹⁸⁰ verifica que los pacientes más jóvenes experimentan menos discapacidades funcionales, más alteraciones emocionales y menos afectación del dominio sintomático. Igualmente consigue una asociación significativa entre una CV peor con la presencia del picor, del rascado y de la sensación de quemazón. Asimismo los jóvenes de su serie se sienten menos frustrados o avergonzados por su enfermedad y con pocos problemas en las relaciones sociales, laborales o del tiempo del ocio. Además observa una correlación entre la CV y los niveles de aceptación frente al estrés, la desesperanza o impotencia, la somatización clínica y la tendencia a las ideas catastróficas. Igualmente establece la necesidad de aplicar terapias psicológicas encaminadas a aumentar la autoestima y el optimismo, a disminuir el estrés y a aceptar su enfermedad. También confirma que la variabilidad de respuesta en la CV es debida al PASI y a la edad del paciente.

Remröd¹⁸¹ investiga sobre la posible asociación entre la edad de inicio de la enfermedad y el inicio de las experiencias traumáticas psicológicas en los pacientes con PS menores y mayores de 20 años, demostrando una relación significativa entre los pacientes menores de 20 años y los cuadros ansioso-depresivos. Asimismo observa que algunas características de la personalidad de la serie como el resentimiento, la desconfianza, la irritabilidad y la agresividad verbal se acompañan de un sentimiento pesimista de la vida. Por este motivo, sus pacientes son más vulnerable a una negatividad acumulativa a lo largo de su vida que puede llegar a afectar negativamente en su CV (n=101).

Devrimci-Ozguven¹⁸² verifica que existe una relación estadísticamente significativa entre la gravedad de la PS y la gravedad de los cuadros depresivos, estando ligados a un déficit de expresión afectiva de los pacientes y manifestando haber tenido una situación estresante aproximadamente unos tres meses antes de un cuadro de PS (n=50).

El estudio "VACAP" sirve para demostrar que la gravedad de la psoriasis, el sexo y un nivel académico elevado son los principales factores se relacionan con los cuadros de la ansiedad de los pacientes PS. Mientras que la gravedad de la PS y el sexo fueron los que más se asocian con los cuadros de depresión en estos enfermos (n=1217)¹⁵⁰. Daudén¹⁴⁹ deduce que la conjunción de factores que mejor explica la morbilidad de la PS en la CV son la existencia de una autoestima baja, unos sentimientos de estigmatización y una interacción social muy débil (n=1217).

Kimball¹⁸ realiza una revisión sobre la influencia de los factores psicosociales de la PS y verifica que la estigmatización de la PS, el estrés asociado a la enfermedad, las limitaciones laborales que produce, la asociación con comorbilidades psicológicas como la depresión y el alcoholismo, no pueden ser medidas solamente con los índices de gravedad del PASI o el BSA. Además ratifica la necesidad de incluir la medida de CVRS como marcadores de gravedad de la enfermedad.

Gupta¹⁸³ revisa las psicodermatosis, entre las cuales figura la PS y demuestra que hay una relación establecida entre el impacto en la CV y la desfiguración cosmética. Esta característica produce un mayor nivel de estrés diario, una necesidad de apoyo por parte de los demás y una dificultad de expresar los sentimientos. En otro estudio de este autor, sus pacientes muestran una débil asociación entre la PS y las ideas de suicidio, observando que un pequeño porcentaje de ellos tienen pensamientos de autolisis por causa de la enfermedad. Asimismo logra una relación estadísticamente significativamente entre el grado de gravedad de su depresión y la gravedad de la PS, no quedando claro cuál de estos dos factores son causa o consecuencia de estos pensamientos de suicidio (n=217)¹⁸⁴.

Schmid-Ott¹⁸⁵ estudia el seguimiento de la estigmatización de la PS en el tiempo en una población de PS alemanes, observando que las mujeres se sienten más discriminadas por la enfermedad con independencia de su gravedad clínica. Otra de sus conclusiones es la necesidad de hacer un *screening* o cribado importante en los pacientes con PS de las cinco dimensiones de la estigmatización: la baja autoestima, el retraimiento, el rechazo, la entereza y la ocultación (n=187).

Vardy¹⁸⁶ enfatiza la importancia de la estigmatización social en la vida de los enfermos de PS, sugiriendo que además de una actuación terapéutica deben tenerse en cuenta algunas actuaciones de apoyo a nivel psicológico, social y familiar encaminadas a reducir este sentimiento de estigma (n=100).

Norlin¹⁴⁶ establece una estrecha correlación entre el sentimiento de vergüenza y baja autoestima con los estados depresivos y ansiosos de sus pacientes con PS. Al-Mazeedi¹⁴⁷ relata una diferencia significativa entre el grado de gravedad en la CV de su serie y los siguientes ítems emocionales: el sentirse avergonzado, el sentirse deprimido, el carácter irritable y la falta de esperanza (n= 330). Además Gokdemir¹⁵⁵ verifica que el sentimiento de estar cansado y de estar harto de la PS son los factores que más influyen en la poca adherencia al tratamiento de esta enfermedad (n=103).

Sampogna¹⁸⁷ describe en su muestra que la vergüenza, la preocupación y el sentirse enojado con la piel son los sentimientos que se asocian más al sexo femenino, mientras que la vergüenza y el enfado se asocian más a un nivel cultural bajo.

En la tabla 20 se expone una relación detallada de los trabajos expuestos en el dominio emocional.

TABLA 20: DOMINIO EMOCIONAL

AUTOR	N	TEST	OBJETIVO	ESTADÍSTICA	EDAD	SEXO
Miniszewska ¹⁸⁰	168	Skindex-29, GHQ, Coping with Skin Disease Scale. PASI	Valorar los recursos humanos en el impacto de la CV	Student's t-test	40	hombre
Remröd ¹⁸¹	101	SSP, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory and BDI	Estudio de las diferencias psicosociales entre la PS antes y después de los 20 años	the Mann-Whitney U-test and Chi-squared tests, Pearson's correlation coefficient	43,5	hombre
Devrimci-Ozguven ¹⁸²	50	PASI, LSS, BIS	Estudio de la satisfacción de la vida y los cuadros ansios-depresivos en la PS	Pearson Correlation Coefficient	35,4	hombre
Schmid-Ott ¹⁸⁵	166	PASI, Questionnaire on Experience with Skin Complaints	Seguimiento de la estigmatización de la PS	ANOVA	45	hombre
Vardy ¹⁸⁶	100	PASI, Questionnaire on Experience with Skin Disease, WHOQOL-Bref	Influencia de la estigmatización de la PS en la CV	SEM	47,9	hombre

1.3.5. La calidad de vida y el dominio funcional

Las alteraciones en la percepción de la CV de los pacientes con PS son comparadas con la discapacidad que se produce en otras enfermedades crónicas entre las que se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión, el infarto de miocardio o la broncopatía crónica obstructiva⁵. Estas discapacidades pueden producir limitaciones en la vida cotidiana, laboral, familiar y sexual de los enfermos.

Krueger¹⁸⁸ descubre que sus pacientes americanos tienen una frustración importante al convivir con una enfermedad que no tiene cura, observando la repercusión que la PS ejerce en las actividades laborales, en la vida familiar y en la relaciones con los amigos. Incluso algunos de ellos refieren tener unos pensamientos de suicidio y otros manifiestan una insatisfacción respecto al tratamiento recibido. Entre las limitaciones funcionales recogidas en su serie la disfunción sexual resulta ser la más importante, seguida de las alteraciones en el sueño, el empleo de las manos en la vida social, el caminar, el asentamiento en un lugar por largos periodos de tiempo y la productividad laboral. Además corrobora el aspecto multidimensional de la CV, produciendo un elevado impacto en a nivel emocional, social y físico (n=6194).

Al-Mazeedi¹⁴⁷ determina que hay una repercusión social en la vida de sus pacientes, no habiendo una correlación con el grado de gravedad de la PS. Igualmente su serie refiere tener una preocupación sobre las reacciones de los demás, sobre lo que piensen los otros, sobre la incomprensión de sus compañeros laborales y sobre la capacidad para hacer amigos e intervenir en actos colectivos. Además comprueba que la PS reduce el desarrollo de las actividades propias del verano, el tiempo para practicar deporte, los baños en el mar, la duración del sueño y el caminar al aire libre (n=330).

Eghlileb¹⁸⁹ hace un estudio basado en el impacto negativo en la CV de los familiares de los pacientes con PS, especialmente en los más cercanos, siendo esta asociación significativa estadísticamente. La mayoría de los familiares manifestaron estar hartos o estar preocupados por el futuro de su familiar afecto de PS y por la posible ruptura en las relaciones sociales, confirmando que existe

una considerable reducción en el número de visitas al mismo. Asimismo otros parientes describen que realmente hay una disminución del periodo vacacional o del tiempo libre, de la práctica del deporte y de las salidas nocturnas (n=63).

Dubertret¹⁴⁸ en el estudio EUROPO comprueba que los pacientes con PS moderada o grave refieren tener unas importantes limitaciones funcionales en sus vidas, las cuales de mayor a menor relevancia son la elección de la vestimenta, la necesidad de aumentar el número de lavados tanto del cuerpo como de sus ropas, las modificaciones en las actividades deportivas, las alteraciones del sueño, las dificultades en el trabajo y en la escuela, las disfunciones sexuales y las alteraciones en las relaciones sociales.

Otro ejemplo del impacto social de la PS es el estudio "Reto 6391"¹⁹⁰, dónde un alto porcentaje de los pacientes sufrieron variaciones en su vida social. Esta enfermedad influye en su vida laboral, en la elección de un puesto de trabajo, en la promoción o ascenso laboral y en el despido voluntario o involuntario del mismo. La vida académica también se ve alterada por la PS, interfiriendo en el aprendizaje de conocimientos, en el estudio y en la elección de la carrera a estudiar. Igualmente la PS condiciona la elección de la ropa, el tiempo dedicado a las actividades deportivas y al tiempo libre. La disfunción sexual de su serie obtiene unos porcentajes elevados así como la repercusión en las relaciones interpersonales tanto de pareja como familiares. Incluso alguno de ellos consideran que se trata de unas repercusiones totalmente irreparables (n>2500).

Feldman¹⁹¹ expone en su trabajo que los pacientes con PS extensas tienen mayores gastos económicos, estimándose la pérdida económica entre 10-50 euros al mes. Esta relación entre el gasto económico y el detrimento de la resulta ser significativa estadísticamente y sin diferencias en cuanto al sexo y la raza. La gravedad de la PS también se asocia estadísticamente con el tiempo empleado para aplicarse el tratamiento y con el absentismo laboral por causa de la PS, observando estos problemas menores en sus enfermos ricos que en los pobres.

Ayala¹⁹² describe que las PS palmoplantares producen importantes limitaciones en el mundo laboral, estimándose el absentismo laboral por causa de la psoriasis

en su muestra de 3 a 6 días. Los factores que más se relacionan con la discapacidad laboral que desencadena la enfermedad son: el sexo, el nivel educacional bajo, el número de localizaciones de la PS, la vergüenza, la ira y la autoestima. Además observa como la PS influye en su formación cultural y en la mejoras en su vida laboral, habiendo una minoría de sus pacientes que tienen que cambiar de trabajo o que reciben un trato discriminatorio en el mismo.

Gupta¹⁹³ establece la asociación entre la disfuncionalidad de las relaciones sexuales y la PS. Sus pacientes expresan tener una disminución en la frecuencia de las mismas, especialmente cuando se añaden a determinadas comorbilidades psicológicas como la depresión y la tendencia al consumo alcohol. No encuentra una relación estadísticas significativamente entre las alteraciones sexuales y el estado marital, la edad, el sexo y la duración de la PS. También deduce que la estigmatización de la PS no necesariamente se correlaciona con un descenso en las relaciones sexuales. Sin embargo, la presencia concomitante de dolor en las articulaciones, de factores psicopatológicos como la depresión y de personas muy dependientes de los demás obtienen una significación estadista en relación con la disfunción sexual de los pacientes con PS (n=120).

Meeuwis¹⁹⁴ observa que las mujeres con PS tienen una alteración mayor en la CV que en los hombres con PS, excepto cuando las lesiones están en los genitales, en este caso los hombres tienen un detrimento en la CV mayor, obteniendo esta relación la significación estadística. Asimismo, cerca de la cuarta parte de su muestra expone una disminución de las relaciones sexuales después del inicio de su PS (n =487). Igualmente la mayoría de los pacientes manifiestan que este aspecto debe de ser tratado en la consulta más frecuentemente.

Molina-Leyva¹⁹⁵ compara la influencia de las relaciones sexuales en una población con PS y en una sin PS, determinando que los pacientes con PS presentan una mayor modificación en su vida sexual que en la población normal. Igualmente establece que la disfunción sexual en los pacientes debe ser considerada a la hora de elegir tratamiento como un criterio de gravedad de la PS, al igual que los otros índices de gravedad de la enfermedad. También comprueba que los principales

factores asociados son el sexo femenino, la edad, la gravedad de la PS, la localización genital de la enfermedad y las alteraciones en el estado de ánimo.

Sánchez-Carazo¹ incluye las alteraciones en el sueño como responsables de un deterioro de la CV de sus pacientes (n=1022). Godwa¹⁹⁶ hace una revisión exhaustiva sobre este tema llegando a la conclusión de que el sueño es un parámetro muy poco presente en los cuestionarios de CVRS y que los factores que más influyen en las alteraciones del sueño son el prurito, la depresión, el dolor corporal y la coexistencia de una apnea obstructiva del sueño. Además menciona los resultados contradictorios de otros trabajos publicados, por ejemplo el trabajo de Koo en el cual hay una repercusión leve, el de Delfino en el que hay una repercusión moderada y de Hu en el que existe una repercusión grave. Shetty¹⁹⁷ demuestra en su estudio que las alteraciones del sueño son mayores en las personas con PS, especialmente cuando se asocia con el picor y con un nivel alto de depresión, habiendo una mayor proporción de insomnio que de somnolencia (n=79). Sin embargo, Stinco¹⁹⁸ no observa ninguna relación estadística entre las alteraciones del sueño y la PS, comprobando que los tratamientos para la PS mejoran mucho el picor y no producen repercusión en el sueño (n=202),

Rapp¹⁹⁹ recalca las diferentes maneras que los pacientes con PS afrontan su enfermedad, bien hablando con los demás de su enfermedad, bien cubriendo todo su cuerpo para evitar que se vean las lesiones de PS o bien ocultándose de los demás, demostrando una relación significativa estadísticamente entre todas ellas y un detrimento en la CV. Por el contrario el contar que su enfermedad no es contagiosa y el contar que no es una amenaza para los demás se asocia con una CV menos grave (n=318).

Ros²⁰⁰ estudia un nuevo concepto de medición en la CV de los pacientes con PS, denominado “discapacidad acumulada en el transcurso vital”. En su trabajo explica que el impacto acumulativo a lo largo de la vida del paciente depende de un cúmulo de circunstancias que le rodean y que le condicionan: la estigmatización social, la coexistencia de comorbilidades físicas y psicológicas, así como la forma de afrontar la PS en su vida.

Warren²⁰¹ muestra una serie de casos de pacientes con PS en los que se evidencia este efecto acumulativo de la enfermedad a lo largo de sus vidas, poniendo de manifiesto cómo se afecta a las diferentes dimensiones de la CV . Este daño acumulativo se relaciona con la edad de aparición y con la duración de la enfermedad. Los parámetros que estudia son: las restricciones en la movilidad, la estigmatización, la repercusión académicas, laborales y maritales, las comorbilidades, la clínica y el tratamiento. Además deja claro la imperiosa necesidad de que los facultativos investigen cuáles son los verdaderos factores de riesgo por los que la PS ejerce un impacto negativo en el transcurso de toda la vida de sus pacientes.

En la tabla 21 se exponen las características de los artículos expuestos en este dominio funcional

TABLA 21: DOMINIO FUNCIONAL

AUTOR	N	TEST	OBJETIVO	ESTADÍSTICA	EDAD	SEXO
Krueger ¹⁸⁸	40350	entrevista	Valorar el impacto de la PS en la CV	descriptivo	54	mujer
Eghlileb ¹⁸⁹	63	PASI, DLQI;PDI	Valorar el impacto de la PS en las familias	descriptivo	51	mujer
Feldman ¹⁹¹	318	entrevista	Valorar el impacto económico de la PS	descriptivo		
Ayala ¹⁹²	787	entrevista	Valorar el impacto de la PS en el mundo laboral	chi-squared test	49,9	hombre
Gupta ¹⁹³	120	entrevista, Carroll Rating Scale for Depression, Rosenberg's Self-Esteem Quesfionnaire	Valorar el impacto de la CV en las relaciones sexuales	ANCOVA	4,8	hombre
Meeuwis ¹⁹⁴	487	Sexual Quality of Life Questionnaire, DLQI	Estudio de la relación CV y sexo	Student's t-tests	53,9	hombtre
Shutty ¹⁹⁷	79	Patient Health Questionnaire,Itch Severity Scale, The Insomnia Severity Index, Epworth Sleepiness Scale	Estudio de las alteraciones del sueño en la PS	t-tests and Wilcoxon rank sum tests	44,2	hombre

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. Justificación

La PS se define como una enfermedad inflamatoria crónica y autoinmune de la piel que se asocia con importantes comorbilidades sistémicas como la artropatía psoriásica, la hipertensión, la obesidad y el síndrome metabólico.

Esta enfermedad produce un impacto negativo en la CV de los pacientes, el cual se compara al que existe en otras patologías crónicas como la enfermedad cardiovascular, el cáncer o la diabetes. Además, las lesiones cutáneas son visibles y pueden generar un importante rechazo en la sociedad, repercutiendo en la vida cotidiana, familiar, social y laboral del paciente.

La evaluación de la CVRS es un tema emergente en el manejo de las enfermedades crónicas y se considera una herramienta imprescindible en la práctica médica. La concepción que tiene el paciente sobre su salud sirve para planificar las medidas de intervención sanitaria y de distribución de recursos, para realizar estudios de investigación clínica y para la elección de la estrategia terapéutica más idónea e individualizada para cada paciente.

El *Skindex-29* es un instrumento de CVRS genérico de las enfermedades dermatológicas que mide tres dimensiones: el dominio sintomático, el emocional y el funcional. La versión española está disponible desde el año 2000, resultando ser uno de los primeros cuestionarios de CV de las enfermedades dermatológicas que cumple con los requisitos psicométricos necesarios para su utilización en nuestro país, con una reconocida validez del constructo, una alta fiabilidad y una gran sensibilidad.

La justificación de este estudio es probar la conveniencia del empleo de este instrumento, el *Skindex-29*, para medir la CV de los pacientes con PS en la fecha de la recogida de datos, siendo este un trabajo pionero en su origen. Además, puede servir de referencia para futuros trabajos en este tema y poder comparar

las modificaciones posibles en la CV teniendo en cuenta los avances terapéuticos y la concienciación de esta enfermedad en la sociedad.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo es describir la repercusión general que la PS produce en la CV de los pacientes medida con el cuestionario *Skindex-29*, tanto en su totalidad como en cada uno de los dominios o dimensiones que mide: el dominio sintomático, el emocional y el funcional.

2.2.2. Objetivos secundarios

- Realizar un estudio descriptivo de la muestra incluida y excluida.
- Determinar cuáles son los ítems del *Skindex-29* en cada uno de los dominios que más han influido en la CV de los pacientes objeto de este estudio.
- Aplicar las diferentes interpretaciones disponibles del *Skindex-29* a la muestra y observar el grado de gravedad de la PS que se obtiene.
- Analizar la relación entre los efectos que la PS desencadena en la CV y las variables sociodemográficas.
- Analizar la relación entre la repercusión de la PS en la CV de los pacientes y las variables de la historia médica.
- Analizar la relación entre la afectación en la CV y las variables clínicas de la PS.

3. PACIENTES Y MÉTODO

3. PACIENTES Y MÉTODO

3.1. Pacientes

La muestra está compuesta por los pacientes con PS que acudieron a consultas externas de Dermatología en el Hospital General Central de la Defensa “Gómez Ulla” (HGCD) de Madrid durante un período de 6 meses, entre octubre del año 2000 y marzo del 2001. La obtención de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia. Se consideraron los pacientes que voluntariamente quieren participar en este estudio, no siendo computables ni evaluables aquellos pacientes psoriásicos que no deseen participar.

A pesar de tratarse de un muestreo no probabilístico y por lo tanto sujeto a sesgos asociados a su diseño se entiende que los pacientes obtenidos de este servicio de dermatología pueden ser representativos de los pacientes con PS tratados en cualquier otro servicio de dermatología.

El HGCD “Gómez Ulla” es un hospital con una capacidad de 520 camas disponibles. Pertenece a la red sanitaria militar y al servicio madrileño de salud y atiende a todas las especialidades médico quirúrgicas, siendo el hospital de referencia de los distritos de Latina y Carabanchel. El número de visitas anuales al servicio de dermatología es aproximadamente 13000. Actualmente, es un hospital militar universitario, adscrito a la Universidad de Alcalá de Henares.

3.1.1. Criterios de inclusión

- Los pacientes diagnosticados de PS en cualquiera de sus localizaciones, gravedad o tratamiento de las mismas.
- Los pacientes mayores o igual de 18 años y menores de 90 de raza caucasiana.

- La ausencia de patología concomitante que pueda influir previamente en la calidad de vida del paciente (patología tumoral maligna, autoinmune, patología infecciosa aguda y otras invalidantes).

3.1.2. Criterios de exclusión

- Padecer un trastorno psiquiátrico que pudiera interferir en la recogida de datos o en la valoración de la propia calidad de vida.
- La existencia de una enfermedad invalidante asociada a la PS como las enfermedades autoinmunes, los cánceres o patología pulmonar o cardiaca grave.
- La cumplimentación incorrecta del cuestionario, bien por la existencia de preguntas sin respuesta o bien por duplicado de las mismas.
- El desconocimiento del idioma castellano.

3.2. Método

3.2.1. Diseño del estudio

El diseño empleado en esta tesis tiene como base un estudio descriptivo de corte transversal, puesto que sólo se realizó una única medición para cada paciente. Es retrospectivo porque la base de datos fue recogida sobre características del pasado de los pacientes (previas al comienzo del estudio). La batería de test que se utilizó está compuesta por el cuestionario de CV *Skindex-29* y la herramienta del índice de gravedad de la PS es el PASI.

Desde el punto de vista estadístico se analizaron para cada paciente las variables cualitativas, calculando las frecuencias absolutas y los porcentajes asociados a las mismas. En el caso de variables cuantitativas se determinaron los valores mínimo y máximo, la media y la desviación típica (SD) en cada uno de ellas. También se expresaron los porcentajes asociados a la categorización de estas

variables en algunos casos de interés, convirtiendo algunas variables cuantitativas en cualitativas a fin de facilitar el análisis de los resultados.

Con el objetivo de indagar la variabilidad de respuesta en los diferentes ítems del cuestionario, y por tanto explorar en qué aspectos existen mayores diferencias entre los diferentes pacientes, se realizó un análisis exploratorio. Como en cualquier cuestionario, existen preguntas que fueron respondidas mayoritariamente con las mismas respuestas por todos los pacientes. Sin embargo, existen otras preguntas en las que el patrón de respuesta entre los pacientes tiene más variabilidad. Concretamente, se hizo un análisis de componentes principales a partir de las respuestas de los 29 ítems,

El resultado derivado de esta técnica significa que se considera una variable construida como combinación lineal de las 29 respuestas (multiplicando cada respuesta por un valor denominado peso y sumando el resultado de todos estos productos). El peso que se obtiene como resultado para cada una de las 29 variables determina aquéllos ítems más importantes en la explicación de la variabilidad de respuesta (ítems en los que los pacientes han respondido de forma muy diferente unos de otros) y los que son menos importantes para explicar la variabilidad de respuesta (ítems que han sido respondidos mayoritariamente de forma muy similar, o con valores bajos o con valores altos).

El análisis univariante estudia la relación entre las variables independientes de esta tesis y los porcentajes obtenidos tanto en la totalidad como en cada uno de los dominios del *Skindex-29*. Para cada relación analizada se calcula la puntuación media (porcentaje medio) y la desviación típica en cada subgrupo definido por la variable explicativa en cuestión, así como la significación estadística de las diferencias detectadas entre los diferentes subgrupos. Además para valorar la significación estadística de estos resultados obtenidos entre los valores medios se utiliza la prueba ANOVA o el test de Kruskal-Wallis. La prueba ANOVA se utiliza siempre que las comprobaciones de las condiciones de aplicabilidad de esta prueba así lo permitan, en caso contrario se usa el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. Finalmente, la significación estadística se

determina cuando los p valores son inferiores a 0,05, como es habitual en la mayoría de los estudios científicos.

En el estudio multivariante se analiza la relación conjunta que existe entre las 17 variables explicativas y los porcentajes obtenidos tanto en cada dominio como en la totalidad del *Skindex-29*. De esta forma se puede seleccionar qué combinación de variables explicativas son capaces de explicar mejor desde el punto de vista estadístico el valor obtenido en cada dominio o dimensión de la CV. La técnica estadística utilizada en este caso sale de la modelización de cada uno de los porcentajes a estudio mediante un modelo de regresión lineal múltiple. Se considera la transformación de tomar el logaritmo de los porcentajes en lugar de los porcentajes directamente, con ello se consigue que se cumplan los requisitos de normalidad en los residuos y, por tanto, la perfecta aplicación de este modelo.

Las variables que en el análisis univariante no presentaban relación significativa, pero que en este modelo multivariante sí, entran a explicar parte de la variable respuesta. Son variables que, una vez comparadas con otras variables, son capaces de explicar parte de la variabilidad de la variable respuesta y pueden matizar la parte que estas otras variables no pueden explicar.

3.2.2. Aspectos ético-legales

Se informó a los pacientes sobre la normativa de protección de datos vigente en la fecha de recogida de los datos de esa tesis y por lo tanto del anonimato de los mismos.

Se expuso a los enfermos el objeto de este estudio, la finalidad del mismo, la forma de administración, las normas de cumplimentación del instrumento de CV, el tiempo empleado para rellenarlo y de la voluntariedad de su realización. En el caso de aquellos pacientes que quisieron colaborar libremente, durante la consulta médica se completaron todos los datos necesarios para la realización de este estudio. Igualmente se obtuvo el consentimiento para la publicación de las imágenes de PS que figuran en la tesis.

Por último, la autora de esta tesis declara que no hubo en ningún momento conflicto de intereses.

3.2.3. Recogida de datos

Para la recogida de datos de este trabajo se diseñó una base de datos Microsoft Excel (2010). En el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico R, mediante su interfaz RCommander versión de 2.0-2²⁰².

3.2.4. Las variables dependientes

Las variables dependientes de esta tesis fueron cada uno de las preguntas del cuestionario *Skindex-29* y los correspondientes porcentajes medios calculados a partir de ellos.

3.2.4.1. Las preguntas del *Skindex-29*

Las preguntas del *Skindex-29* son expuestas en la tabla 8. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert, con 5 posibles opciones de respuesta que varían desde 0= nunca a 4= todo el tiempo (tabla 22).

La puntuación de cada dimensión, así como de la totalidad, se obtuvo transformando la suma de las respuestas en una escala lineal de 100, variando desde 0 (ausencia de impacto en la CVRS) hasta 100 (máximo impacto en la CVRS).

TABLA 22: PUNTUACIÓN SKINDEX-29

RESPUESTA	VALOR
Nunca	0
Raramente	1
A veces	2
A menudo	3
Todo el tiempo	4

3.2.4.2. Porcentajes de cada dominio y de la totalidad

Se consideraron como variables dependientes cuantitativas los porcentajes medios cada dominio y de la totalidad del *Skindex-29*, y los resultados se encuadran dentro de las interpretaciones del instrumento realizadas respectivamente por los autores Nijsten y Prinsen.

3.2.4.3. Interpretación del *Skindex-29* según Nijsten

La interpretación del *Skindex-29* según Nijsten¹²⁷ se categorizó en una escala de valores que oscila desde 0, que significa impacto muy leve, a 3, que significa impacto grave en la CV. El valor de 3 englobó las respuestas de impacto grave y muy grave que originariamente establece su autor (ver tabla 23).

TABLA 23: CATEGORIZACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN DE NIJSTEN

	RESULTADOS SKINDEX -29 "DISTRIBUCIÓN" (0-100)							
	SINTOMÁTICO		EMOCIONAL		FUNCIONAL		TOTALIDAD	
IMPACTO CV	%	V	%	V	%	V	%	V
MUY LEVE	<4	0	<6	0	<4	0	<6	0
LEVE	4-10	1	06-24	1	04-10	1	06-10	1
MODERADO	11-25	2	25-49	2	10-32	2	18-36	2
GRAVE Y MUY GRAVE	>26	3	≥50	3	≥ 33	3	≥37	3

3.2.4.4. Interpretación del *Skindex-29* según Prinsen

Los valores otorgados en la interpretación del *Skindex-29* según Prinsen variaron desde 0, que significa no impacto, hasta 3, que representa un impacto grave (tabla 24).

TABLA 24: CATEGORIZACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN DE PRINSEN

IMPACTO CV	RESULTADOS SKINDEX -29 "ANCHOR" (0-100)							
	SINTOMÁTICO		EMOCIONAL		FUNCIONAL		TOTALIDAD	
	%	V	%	V	%	V	%	V
MUY LEVE	<39	0	<24	0	<21	0	<25	0
LEVE	≥39	1	≥24	1	≥21	1	≥25	1
MODERADO	≥42	2	≥35	2	≥32	2	≥32	2
GRAVE	≥52	3	≥39	3	≥37	3	≥44	3

3.2.5. Las variable independientes

Las variables independientes se organizaron en tres grupos. Las variables sociodemográficas, las variables de la historia clínica y las variables clínicas de la PS (tabla 20). Las variables sociodemográficas son la edad, el sexo y la cultura; las variables de la historia clínica incluyen los antecedentes familiares de psoriasis, los antecedentes personales, el estrés, el fototipo del paciente, la antigüedad de la psoriasis, las visitas, la biopsia o el ingreso. Por último, las variables clínicas de la PS son el PASI, el BSA, el tipo de PS, el aclaramiento total, la mejoría con el sol y el tratamiento.

3.2.5.1. Variables sociodemográficas

La edad

Esta variable representa la edad del paciente expresada en años. Es una variable cuantitativa que fue categorizada con el valor 0, si es ≤ 40 años, y con el valor 1, si es >40 años. Este punto de corte de 40 años guarda relación con el establecido para diferenciar la psoriasis tipo I de la tipo II según la edad de aparición de la PS⁹.

El sexo

El sexo es una variable cualitativa que se codificó con el valor 0, si pertenece al género femenino, y el valor 1, si pertenece al género masculino.

La cultura

El nivel cultural o académico de la muestra fue categorizado en este trabajo con el valor 0, si el paciente no tenía una formación cultural de estudios superiores y cuando había cursado estudios superiores universitarios, se le asignó valor 1.

3.2.5.2. Variables de la historia médica

Los antecedentes familiares de psoriasis

Los antecedentes personales son una variable cualitativa que mide la existencia de familiares de los pacientes con PS que padezcan la enfermedad. Si no hay antecedentes familiares de PS se valoró como 0, y si los hay se valoró como 1.

Los antecedentes personales

Esta variable determina la existencia de los antecedentes personales (AP) de otras enfermedades no invalidantes que tienen los pacientes con PS. Si no hay antecedentes se valoró como 0, si hay antecedentes de enfermedades cardiovasculares el valor fue 1, si son del aparato locomotor se asignó valor 2, y si existen alteraciones endocrinas concomitantes valor 3.

El estrés

El estrés es otra variable cualitativa de la tesis. Valora la existencia de vivencias de una situación estresante en la vida cotidiana de los pacientes con PS. El fallecimiento de un ser querido, la ruptura de una relación amorosa o los problemas de salud entre los seres queridos se incluyen dentro de una situación estresante. Si no hay antecedentes de estas situaciones se codificó como 0, y si las hay se codificó como 1.

El fototipo

El fototipo es la clasificación de la piel teniendo en cuenta la respuesta que tiene tras la exposición solar. En el fototipo tipo I las personas que se exponen al sol siempre se queman y nunca se broncean. En el fototipo tipo II las personas a

veces se queman y a veces se broncean. En el fototipo tipo III las personas raramente se queman y frecuentemente se broncean. La categorización de estas variables asignó el valor de 1, si el fototipo es tipo I, el valor de 2 si el fototipo es tipo II y el valor de 3 si el fototipo es del tipo III.

La antigüedad

La antigüedad de la PS expresa el número de años que el paciente sabe que tiene la enfermedad. Mide el tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el día que realiza el cuestionario Skindex.29. Si la antigüedad es ≤ 10 años se codificó como 0 y si lleva >10 años de convivencia con la PS se valoró como 1.

Las visitas

La variable visitas expresa el número total de visitas realizadas en la consulta de Dermatología a causa de la PS desde que se diagnosticó la enfermedad hasta el momento de la consulta de inclusión en el estudio. Se puntuó como 0, cuando en número de visitas fuera ≤ 5 veces y con el valor de 1 cuando fuera > 5 veces.

La biopsia

Se trata de una variable cualitativa que expresa si hubo necesidad de realizar una biopsia para el diagnóstico de la PS. Si no se realiza una biopsia diagnóstica se codificó con el valor de 0, mientras que si es necesaria se le valoró como 1.

El ingreso

El ingreso hospitalario por motivo de la PS es otra variable cualitativa. Si no hay ingreso hospitalario en algún momento de su vida desde el inicio de la enfermedad se valoró como 0 y se puntuó como 1 cuando sí que necesita hospitalización.

3.2.5.3. Variables clínicas de la psoriasis

El tipo de psoriasis

En este trabajo, la variable tipo de PS se divide en la PS vulgar y en PS no vulgar. Si la PS era no vulgar se le asignó el valor de 0 mientras que si se trata de una PS vulgar se le valoró como 1.

La superficie corporal afectada

Otra variable son los porcentajes obtenidos en la superficie corporal afectada o BSA, se categorizaron tomando como referencia la “regla de los diez”³⁹, explicada en el apartado de los índices de gravedad de la PS, otorgando el valor de 0 si el BSA es $<10\%$ y el valor de 1 si es $\geq 10\%$ ⁴⁴.

El PASI

El PASI es una variable que valora la gravedad clínica (explicada en la introducción de esta tesis) En la categorización de los porcentajes del PASI también se tomó como referencia “la “regla de los diez”³⁹. Cuando el PASI es ≤ 10 se puntuó como 0 y si es >10 se valoró como 1.

La mejoría con el sol

Esta variable mide la respuesta de la PS tras la exposición solar, dado que los efectos pueden ser beneficiosos y mejorar la clínica de la PS o experimentar una reagudización sintomática. La categorización de esta variable cualitativa, otorgó el valor de 0 si no hay mejoría clínica tras estar expuesto al sol y el valor de 1 si hay una mejoría clínica después de la exposición solar.

El aclaramiento total

El aclaramiento total es una variable cualitativa que expresa si el paciente tiene periodos asintomáticos de psoriasis o de blanqueamiento. Si el paciente no tiene periodos asintomáticos de PS se valoró como 0 y si refiere tener dichos periodos se puntuó como 1.

El tratamiento

Esta variable expresa el tipo de tratamiento que recibe el paciente con PS. Si la muestra utiliza sólo el tratamiento tópico se codificó 0 y si necesita de otro tipo de terapia se le valoró como 1.

En la tabla 25 se muestra un resumen de las diferentes variables, los valores de referencia y las categorizaciones otorgadas a cada una de ellas.

TABLA 25: CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
	N(120)	VALOR	DESCRIPCIÓN
EDAD	≤40	0	LOS AÑOS DEL PACIENTE
	>40	1	
SEXO	MUJER	0	EL GÉNERO DEL PACIENTE
	HOMBRE	1	
CULTURA	NO SUPERIOR	0	EL NIVEL CULTURAL DEL PACIENTE
	SUPERIOR	1	
VARIABLES DEL HISTORIAL MÉDICO			
	N(120)	VALOR	DESCRIPCIÓN
ANTECEDENTES FAMILIARES PS	NO	0	LA EXISTENCIA DE FAMILIARES CON PS
	SI	1	
ANTECEDENTES PERSONALES	NO	0	LAS ENFERMEDADES DEL PACIENTE
	CARDIOVASCULARES	1	
	ARTICULARES	2	
	ENDOCRINOS	3	
ESTRÉS	NO	0	LAS VIVENCIAS PREVIAS DE ESTRÉS
	SI	1	
FOTOTIPO	I	1	LA CAPACIDAD DE QUEMARSE CON EL SOL
	II	2	
	III	3	
VISITAS	≤ 5	0	EL NÚMERO DE VISITAS AL DERMATÓLOGO
	> 5	1	
ANTIGÜEDAD	≤ 10	0	EL NÚMERO DE AÑOS QUE PADECE LA PS
	> 10	1	
BIOPSIA	NO	0	LA NECESIDAD DE UNA BIOPSIA DIAGNOSTICA
	SI	1	
INGRESO	NO	0	LA HOSPITALIZACIÓN POR LA PS
	SI	1	
VARIABLES CLÍNICAS DE LA PSORIASIS			
	N(120)	VALOR	DESCRIPCIÓN
TIPO DE PS	NO VULGAR	0	LAS VARIANTES CLÍNICAS DE LA PS
	VULGAR	1	
BSA	≤ 10	0	LA SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA
	>10	1	
PASI	≤ 10	0	EL ÍNDICE DE GRAVEDAD CLÍNICA DE LA PS
	>10	1	
ACLARAMIENTO	NO	0	LOS PERIODOS ASINTOMÁTICOS DE LA PS
	SI	1	
MEJORÍA CON SOL	NO	0	LA MEJORÍA CLÍNICA TRAS LA EXPOSICIÓN SOLAR
	SI	1	
TRATAMIENTOS	SOLO TÓPICOS	0	LA TERAPIA DE LA PS
	TÓPICOS + SISTÉMICOS	1	

4.RESULTADOS

4. RESULTADOS

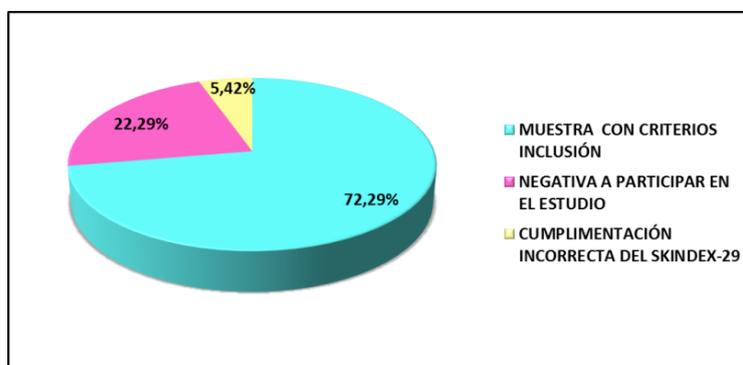
Los resultados de esta tesis se han estructurado en tres apartados que pasamos a detallar. El primero de ellos expone el análisis descriptivo de todas las variables de estudio en la muestra, de cada dominio y un análisis exploratorio de los componentes principales, en el segundo apartado se presentan los datos obtenidos del análisis del univariante en cada una de las variables independientes y las medias de los porcentajes del *Skindex-29*, tanto en cada dominio como en total. Finalmente, en el último apartado, se muestra el análisis multivariante de todas las variables independientes respecto de cada dominio y respecto del porcentaje total del instrumento.

4.1. Análisis descriptivo

4.1.1. Tamaño de la muestra

La muestra inicial incluyó un total de 164 pacientes, un 72,29% (n=120) de los cuales cumplieron los criterios de inclusión, siendo excluido el 27,71% (n=46) restante. El principal motivo de exclusión fue la negativa a la colaboración, un 22,29% (n=37) y la segunda razón fue la cumplimentación incorrecta del cuestionario *Skindex-29*, un 5,42% (n=9). Por lo tanto el tamaño final de la muestra en estudio resultó ser de 120 pacientes (figura 9).

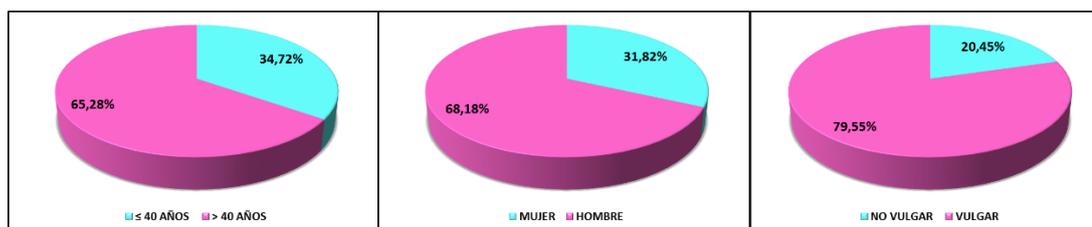
FIGURA 9: TAMAÑO DE LA MUESTRA



4.1.2. Muestra excluida

Los únicos datos que se recogieron de la muestra excluida son los correspondientes a la edad, el sexo y el tipo de psoriasis. La edad media fue de 43,73 años ($\pm 10,71$ SD) oscilando entre 26 y 63 años. El porcentaje del grupo de edad ≥ 40 años resultó ser un 65,28% frente a una minoría de un 34,72% cuya edad era ≤ 40 años. También hubo un predominio del sexo masculino, en un 68,18%, frente al sexo femenino representado en un 31,82%. Por último, el tipo de psoriasis predominante correspondió a una PS vulgar con un 79,55% mientras que en un 20,45% los pacientes padecían una PS no vulgar (figura 10).

FIGURA 10: LA MUESTRA EXCLUIDA



Los resultados de las variables de la muestra excluida presentaron características similares a los hallados en la muestra incluida, con un predominio de pacientes varones, mayores de 40 años y con una PS tipo vulgar.

4.1.3. Descripción de las variables independientes

Los datos obtenidos se han distribuido en base a la clasificación de las variables independientes como sociodemográficas, de la historia clínica y clínicas de la PS.

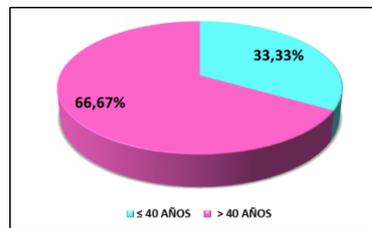
4.1.3.1. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas seleccionadas en este estudio fueron la edad, el sexo y el nivel cultural de los pacientes.

La edad

La edad media en la muestra fue de 50,26 ($\pm 18,61$ SD) años, con valores comprendidos entre los 18 y los 79 años de edad. La edad media de las mujeres resultó ser de 55,69 ($\pm 17,96$ SD) y la de los hombres fue de 47,55 ($\pm 18,53$ SD) (figura11). Aunque la edad media fuera próxima a los 50 años, las mujeres de la muestra eran más mayores que los hombres. En cuanto a los resultados de la categorización de esta variable, se obtuvieron una mayor participación en los pacientes ≥ 40 años con un 66,67% (n=80) frente a un 33,33% (n= 40) que eran < 40 años.

FIGURA 11: LA EDAD



El sexo

Respecto al sexo, en la muestra podemos resaltar que hubo un mayor porcentaje de hombres, 64,17% (n= 77), frente al 35,83 % (n= 43) de mujeres (figura12).

FIGURA 12: EL SEXO



El nivel cultural

El 51,67% (n=62) de la muestra no realizaron estudios superiores mientras que un 48,33% cursaron estudios superiores o universitarios (figura13). Las carreras

universitarias referidas fueron entre otras las licenciaturas en derecho, económicas, farmacia y medicina.

FIGURA 13: LA CULTURA



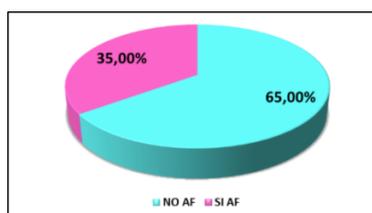
4.1.3.2. Variables de la historia médica

Las variables de la historia médica se extrajeron del historial clínico de los pacientes y se han incorporado durante la visita al dermatólogo en la fecha de recogida de datos.

Los antecedentes Familiares de PS

La PS estuvo presente en un 35,00% (n=42) de los familiares de los pacientes incluidos, mientras que un 65,00 % (n=78) no refirieron tener parientes que padezcan la enfermedad (figura 14).

FIGURA 14: LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE PS

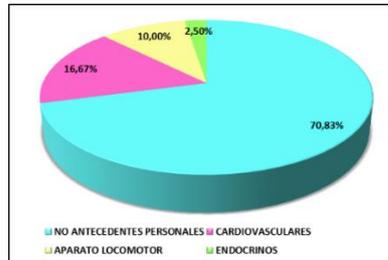


Los antecedentes personales

Un total de 70,83 % (n=85) de los pacientes refirieron no tener enfermedades importantes entre sus antecedentes personales. Un 16,67% (n=20) presentaron enfermedades cardiovasculares concomitantes, sobretodo hipertensión e insuficiencia cardiaca moderada, un 10,00 % (n=20) tuvieron antecedentes de

artritis psoriásica y un 2,50% (n=3) de los pacientes padecieron enfermedades endocrinas, como el hipotiroidismo y la diabetes (figura 15).

FIGURA 15: LOS ANTECEDENTES PERSONALES

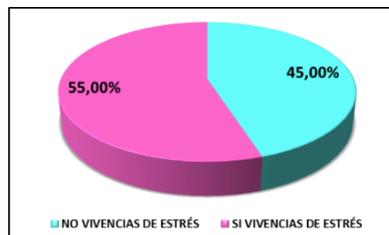


El estrés

Respecto a la variable denominada estrés, un 45% (n= 54) de la muestra incluida no refirió la vivencia de una situación estresante tras la cual hay una exacerbación de la PS mientras que un 55% (n= 66) sí relacionaron la reagudización de la enfermedad con haber vivido una situación de estrés psíquico.

La muerte de un familiar directo, la pérdida de una situación laboral y la ruptura de una relación sentimental resultaron ser las vivencias estresantes más referidas por los pacientes. El periodo de latencia establecido desde el desarrollo de la situación estresante hasta el inicio del brote de PS osciló desde una semana hasta 3 meses (figura 16).

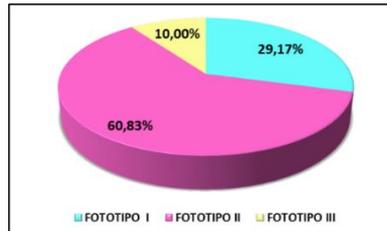
FIGURA 16: EL ESTRÉS



El fototipo

El fototipo predominante en la muestra perteneció al fototipo II, con un 60,83% (n=73), seguido del fototipo I, en un 29,17% (n= 35), y por último del fototipo III, en un 10,00% (n=12) (figura 17).

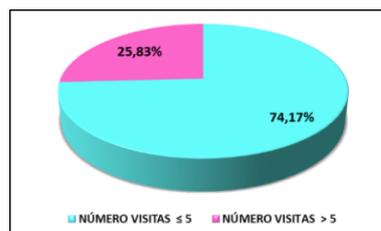
FIGURA 17: EL FOTOTIPO



Las visitas

La media del número total de visitas desde el principio de la enfermedad hasta el día en que se hizo la recogida de datos fue de 5,64 (SD±8,57), con un valor máximo de 48 visitas y un valor mínimo de 1 visita. Para tabular esta variable se tuvo en cuenta aquellos pacientes que visitaron al dermatólogo ≤ 5 veces y los que fueron al especialista > 5 veces, obteniéndose como un 74,17% (n= 89) y un 25,83% (n=31) respectivamente (figura 18).

FIGURA 18: LAS VISITAS

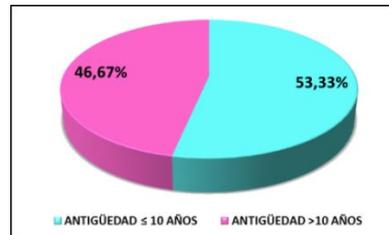


La antigüedad

La antigüedad de la psoriasis, expresada en años, obtuvo una media de 13,93 ($\pm 14,03$ SD) con valor mínimo de 1 año y máximo de 62 años. La categorización de esta variable en pacientes con una antigüedad ≤ 10 años consiguió un resultado de un 53% (n= 64), mientras que el porcentaje de los enfermos con PS

que convivieron con su psoriasis durante > 10 años resultó ser un 46,67% (n= 56) (figura 19).

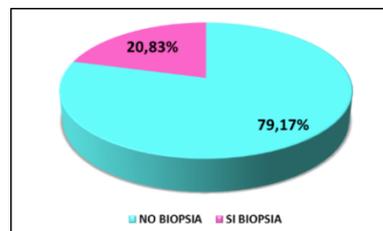
FIGURA 19: LA ANTIGÜEDAD DE LA PS



La biopsia

Respecto a la necesidad de realizar una biopsia diagnóstica, sólo un 20,83% (n=25) de la muestra incluida precisó de esta prueba para su diagnóstico mientras que en una amplia mayoría, un 79,17% (n= 95) de los pacientes, la PS se diagnosticó por los signos clínicos (figura 20).

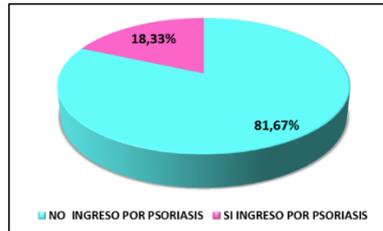
FIGURA 20: LA BIOPSIA



El ingreso

El ingreso hospitalario por motivo de la PS solo existió en un 18,33% (n=22) mientras que la mayoría de la muestra, un 81,67% (n=98), no tuvo ingresos hospitalarios por causa de su enfermedad (figura 21).

FIGURA 21: EL INGRESO HOSPITALARIO

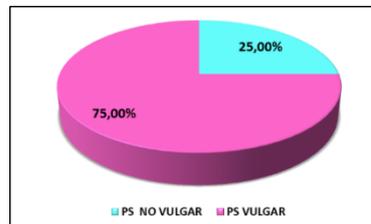


4.1.3.3. Variables clínicas de la psoriasis

Tipo de psoriasis

La mayoría de la muestra presentó una clínica compatible con una PS tipo vulgar, un 75% (n=90) de los casos, siendo un 25% (n=30) del total de los pacientes los que expresaron una clínica PS no vulgar (figura 22). Entre las formas clínicas de PS no vulgar, un 10% (n=12) se correspondió con una PS guttata y un 15% (n=18) con una PS pustulosa palmoplantar.

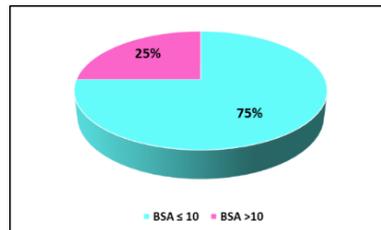
FIGURA 22: TIPOS DE PSORIASIS



La superficie corporal afectada

Los porcentajes del BSA obtuvieron una media de 24,36 ($\pm 20,17$ SD), con valores que oscilan entre 88 de máximo y 2,5 de mínimo. En un 25,00 % (n=30) el BSA resultó ser >10%, mientras que en un 75,00 % (n= 90) de los casos la PS afectó <10% de la superficie corporal del paciente (figura 23).

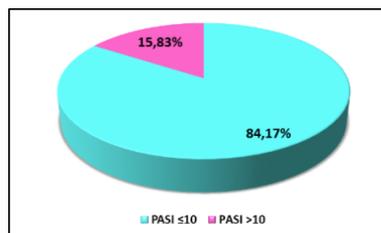
FIGURA 23: BSA



El PASI

La media de los porcentajes obtenidos del PASI en la muestra fue de 6,69 ($\pm 6,41$ SD), con valores mínimos de 0,6 y máximos de 38. Respecto a la distribución de esta variable, un 15,83% (n= 19) de la muestra presentó un PASI >10 mientras que, un 84,07% (n=101) obtuvo un PASI \leq 10 (figura 24).

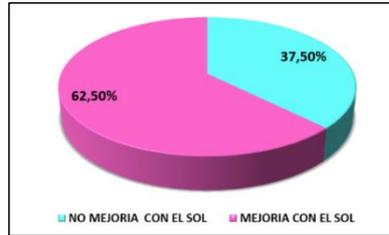
FIGURA 24: PASI



La mejoría con el sol

La exposición solar en la muestra produjo una mejoría clínica de la PS en un 62,50% (n=75) de los pacientes, sin embargo, sólo un 37,50% (n=75) no experimentaron ninguna mejoría tras exponerse a las radiaciones solares (figura 25).

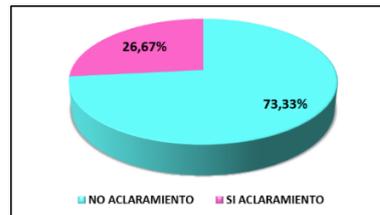
FIGURA 25: LA MEJORÍA CON EL SOL



El aclaramiento

En la mayoría de los casos, un 73,33% (n=88), los pacientes no tuvieron periodos de tiempo sin lesiones de PS., siendo solo un 26,67 % (n=32) de los mismos los que si refieren dichos periodos (figura 26).

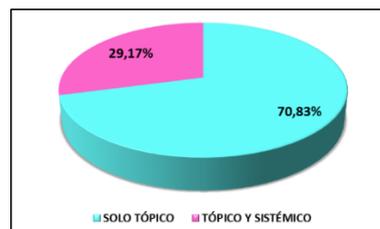
FIGURA 26: EL ACLARAMIENTO



Tratamiento

La totalidad de la muestra utilizó los tratamientos tópicos bien como monoterapia, un 70,83% (n=85), o bien como terapia combinada con otras terapias sistémicas, un 29,17% (n=35) (Figura 27).

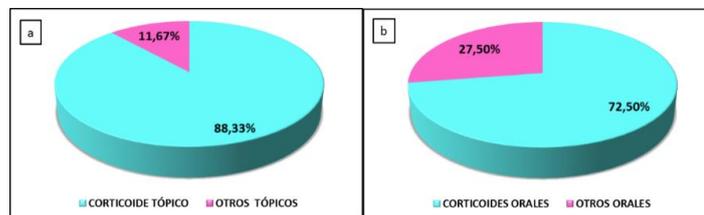
FIGURA 27: EL TRATAMIENTO



Los tratamientos tópicos más ampliamente empleados fueron los corticoides tópicos, un 88,33% (n= 106), mientras que una minoría de los casos, un 11,67% (n= 14), recibieron otros tratamientos tópicos como los derivados de la vitamina D o los retinoides (Figura 27).

Los tratamientos sistémicos más frecuentemente usados resultaron ser los corticoides orales, en un 72.50%, mientras que el 27.50% restante emplearon otros tratamientos orales, como el metrotexato, la ciclosporina y la fototerapia (Figura 28), siendo esta última la terapia menos utilizada.

FIGURA 28: TRATAMIENTOS TÓPICOS (A). TRATAMIENTOS ORALES (B)



En la tabla 26 se muestra un resumen de las frecuencias absolutas de los porcentajes obtenidos para todas las variables independientes. En este resumen las variables cuantitativas están categorizadas.

RESULTADOS

TABLA 26: RESULTADO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
	N(120)	n	%
EDAD	≤40	40	33,33
	>40	80	66,67
SEXO	MUJER	43	35,83
	HOMBRE	77	64,17
CULTURA	NO SUPERIOR	62	51,67
	SUPERIOR	58	48,33
VARIABLES DE LA HISTORIA MÉDICA			
	N(120)	n	%
ANTECEDENTES FAMILIARES PS	NO	78	65,00
	SI	42	35,00
ANTECEDENTES PERSONALES	NO	85	70,83
	CARDIOVASCULARES	20	16,67
	ARTICULAR	12	10,00
ENDOCRINOS	NO	3	2,50
	SI	54	45,00
	SI	66	55,00
ESTRÉS	I	35	29,17
	II	73	60,83
	III	12	10,00
FOTOTIPO	≤ 5	89	74,17
	> 5	31	25,83
VISITAS	≤ 10	64	53,33
	> 10	56	46,67
ANTIGÜEDAD	NO	95	79,17
	SI	25	20,83
BIOPSIA	NO	98	81,67
	SI	22	18,33
VARIABLES CLÍNICAS DE LA PSORIASIS			
	N(120)	n	%
TIPO DE PS	NO VULGAR	30	25,00
	VULGAR	90	75,00
BSA	≤ 10	90	75,00
	>10	30	25,00
PASI	≤ 10	101	84,17
	>10	19	15,83
ACLARAMIENTO	NO	88	73,33
	SI	32	26,67
MEJORÍA CON SOL	NO	45	37,50
	SI	75	62,50
TRATAMIENTOS	SOLO TÓPICOS	85	70,83
	TÓPICOS + SISTÉMICOS	35	29,17

4.1.4. Descripción de la variables dependientes

4.1.4.1. Resultados de los porcentajes medios del *Skindex-29*

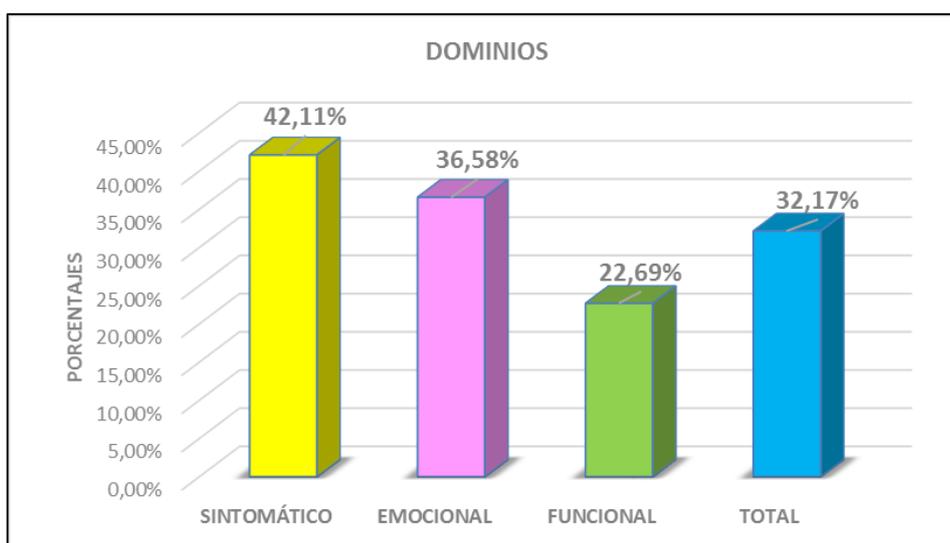
La media de los porcentajes de la totalidad del *Skindex-29* obtuvo un 32,17 ($\pm 12,35$ SD), un 42,11 ($\pm 15,08$ SD) en el dominio sintomático, un 36,58 ($\pm 16,91$ SD) en el dominio emocional y un 22,69 ($\pm 13,47$ SD) en el dominio funcional. Estos datos junto con los valores máximos y mínimos de cada uno de ellos se muestran en la tabla 27.

TABLA 27: RESULTADOS DEL *SKINDEX-29*

	MEDIA	SD	MÍNIMO	MÁXIMO
SINTOMÁTICO	42,11	15,08	14,29	78,57
EMOCIONAL	36,58	16,91	2,08	95,83
FUNCIONAL	22,69	13,47	5	85
TOTALIDAD	32,17	12,35	11,21	83,62

De entre todos los dominios que mide el *Skindex-29* el dominio sintomático fue el que más ha influido en producir una afectación en la CV de los pacientes con PS, seguido en importancia por el emocional y el dominio funcional (figura 29).

FIGURA 29: PORCENTAJES MEDIOS DOMINIOS *SKINDEX-29*

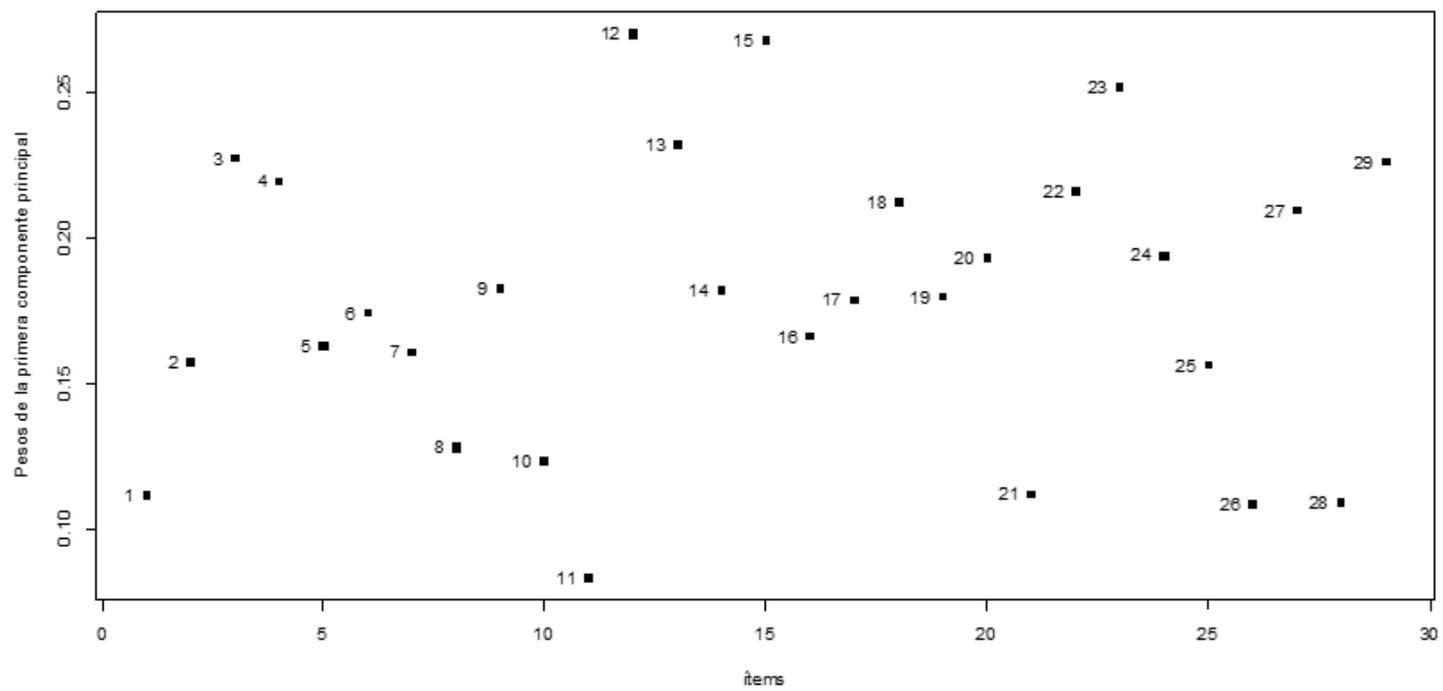


4.1.4.2. Variabilidad de los patrones de respuesta del *Skindex-29*

En la figura 30 se muestran los resultados obtenidos en el análisis de componentes principales de los 29 ítems del cuestionario *Skindex-29*. Esta técnica permite reducir la “dimensionalidad” creando variables como combinación lineal de las 29 variables originales que explican la mayor cantidad de información posible (en estadística la mayor información se relaciona con la mayor varianza). En esta figura se representan los pesos obtenidos para la primera componente principal (la que mayor variabilidad es capaz de explicar, ya que explica el 25% de la variabilidad en los patrones de respuesta) para cada una de las preguntas del cuestionario. Aquellas preguntas con mayor peso poseen mayor variabilidad de respuesta y por tanto discriminan mejor los diferentes patrones de respuesta. Por el contrario, las preguntas con menor peso poseen menor variabilidad de respuesta, es decir, son respondidas mayoritariamente de la misma forma.

Los ítems respondidos con mayor variabilidad de respuesta son el ítem 12 “me avergüenzo de mi enfermedad de la piel”, el 15 “estoy enfadado por mi enfermedad” y el 23 “mi piel está sensible”, mientras que por ejemplo los ítems 11 “mi enfermedad afecta a mi relación con las personas queridas, 26 “mi enfermedad de la piel me sangra” y 28 “mi enfermedad de la piel interfiere con la vida sexual” son respondidos de forma más similar por todos los pacientes.

FIGURA 30: VARIABILIDAD DE LOS PATRONES DE RESPUESTA DEL *SKINDEX-29*



RESULTADOS

En las tablas 28 y 29 se muestran los ítems de mayor y menor variabilidad junto con los porcentajes medios obtenidos.

TABLA 28: MAYOR VARIABILIDAD DE RESPUESTA

	ÍTEM	Nunca / Raramente	A veces	A menudo / Todo el tiempo
12	Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel	54,17	25,00	20,83
15	Estoy enfadado por mi enfermedad en la piel	62,50	20,83	16,67
23	Mi piel está sensible	35,83	32,50	31,67

TABLA 29: MENOR VARIABILIDAD DE RESPUESTA

	ÍTEM	Nunca / Raramente	A veces	A menudo / Todo el tiempo
11	Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas queridas	80,00	16,67	3,30
26	Mi enfermedad de la piel sangra	63,33	25,00	11,67
28	Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual	79,17	19,17	1,67

Los ítems que obtuvieron los porcentajes más elevados son los siguientes: 10 “la piel me pica”, 18 “mi piel está irritada”, 13 “mi piel esta sensible” y 23 “me preocupa que mi piel empeore”. La mayoría de ellos pertenecen al dominio sintomático excepto el que hace relación a la preocupación por la enfermedad el cual pertenece al dominio emocional. En la tabla 30 se exponen las mayores puntuaciones logradas de los mismos.

TABLA 30: ÍTEMES DEL SKINDEX -29 MAYOR PUNTUACIÓN

	ÍTEM	%
10	La piel me pica	54,17
18	Mi piel está irritada	41,67
13	Me preocupa que mi enfermedad empeore	37,50
23	Mi piel está sensible	31,67

Por el contrario los ítems que menor puntuación han obtenido son el 2 “mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño”, el 8 “tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad”, el 14 “tiendo a hacer cosas en solitario por culpa de mi enfermedad”, el 11 mi enfermedad me afecta a mi relación con las personas

queridas” y el 28 “mi enfermedad interfiere en mi vida sexual”, siendo todos ellos pertenecientes al dominio emocional y los porcentajes que se han obtenido aparecen en la tabla 31.

TABLA 31: ÍTEMS DEL *SKINDEX-29* MENOR PUNTUACIÓN

	ÍTEM	%
2	Mi enfermedad afecta a mi sueño	6,67
8	Tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad en la piel	5,00
11	Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas queridas	3,33
28	Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual	1,67

En la figura nº 31 aparece una relación de los porcentajes medios obtenidos en cada pregunta del cuestionario y ordenados de mayor a menor puntuación.

Para realizar un mejor análisis de estos resultados se aplicó una nueva categorización de los ítems del cuestionario, puntuando con el valor de 0 a la suma de los valores obtenidos como “nunca y raramente”, con el valor de 1 cuando el resultado era “a veces” y con el valor de 2 a la suma de las respuestas “a menudo y todo el tiempo. Los datos que se alcanzaron con esta reagrupación se exponen de una manera genérica en la figura 32 y posteriormente estos resultados se analizarán para cada dominio del *Skindex-29*.

FIGURA 31: DESCRIPTIVO DEL PORCENTAJE MEDIO POR ÍTEM DEL SKINDEX-29

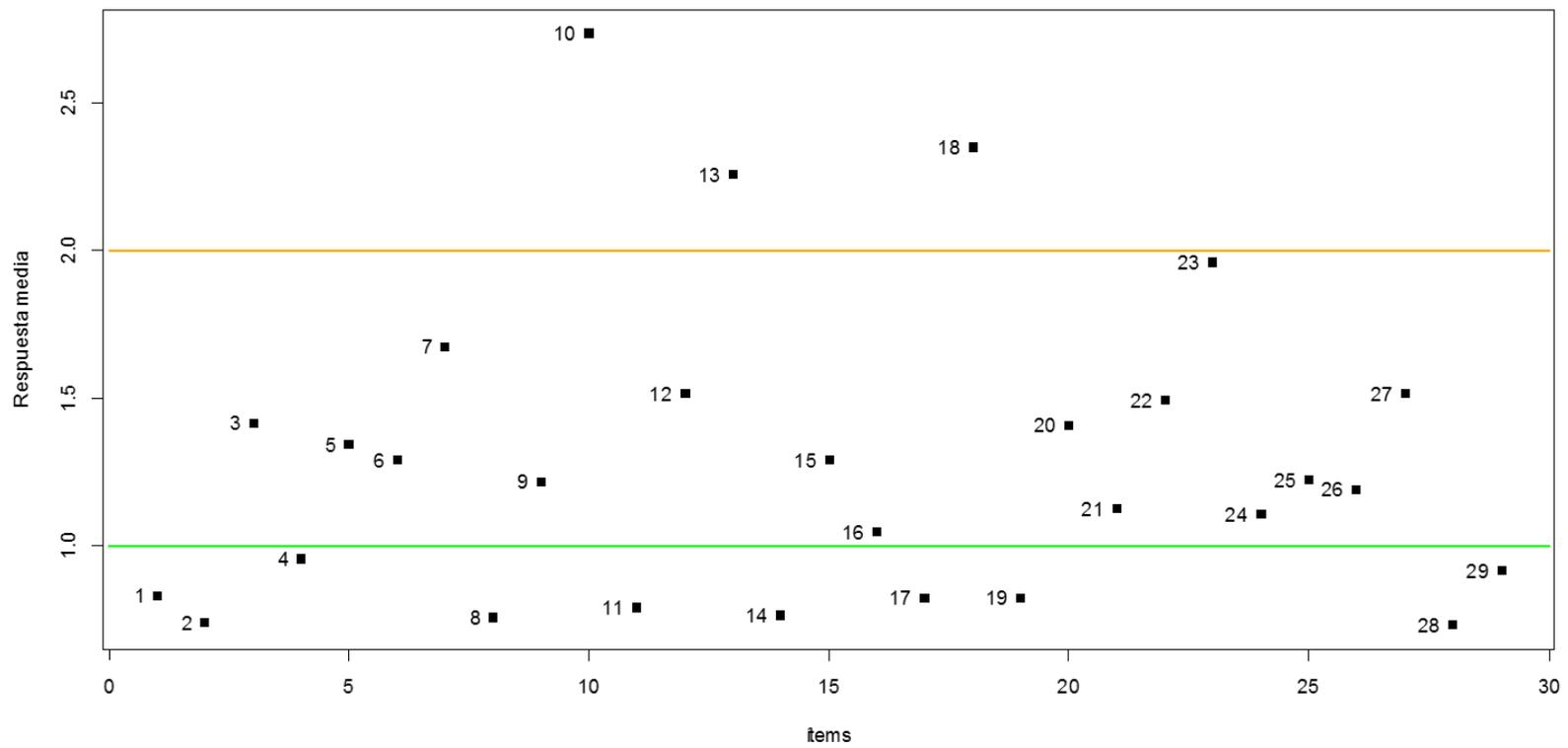
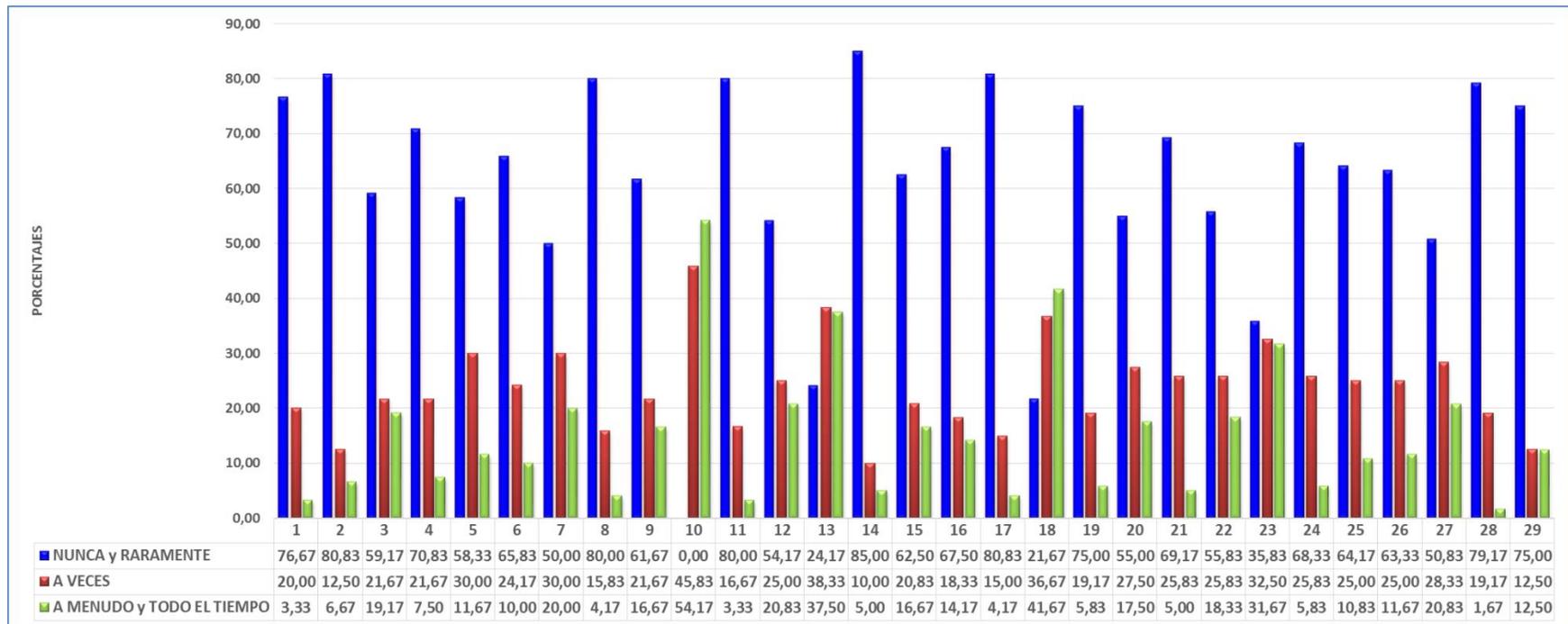


FIGURA 32: RESULTADOS AGRUPADOS DEL SKINDEX-29



4.1.4.3. Descripción del dominio sintomático

Los resultados del estudio descriptivo del dominio sintomático se muestran en la figura 33. El picor ha sido el síntoma que más ha repercutido en la CV de los pacientes. Este síntoma ha obtenido las puntuaciones más altas en la respuesta de “a menudo y todo el tiempo”, en un 54,17% de pacientes, y las puntuaciones más bajas cuando la respuesta era “nunca y raramente”. El segundo ítem afectado ha sido la irritación de la piel, con un 41,67%. El síntoma de la “piel sensible” ha conseguido una puntuación de un 31,67%, seguido en orden de importancia por: la sensación de quemazón, un 20%, la sensación de daño en la piel por el agua, un 14,17%, el sangrado de las lesiones, un 11,67% y por último el dolor que obtuvo un 3,33%. En resumen, se puede decir que el picor ha sido el síntoma indicador de producir una peor CV en la muestra y que el dolor ha resultado ser el síntoma que menos repercusión ha tenido. La relación de estos ítems con el porcentaje mayor obtenido en cada uno de ellos se muestra en la tabla 32.

FIGURA 33: RESULTADOS AGRUPADOS DEL DOMINIO SINTOMÁTICO

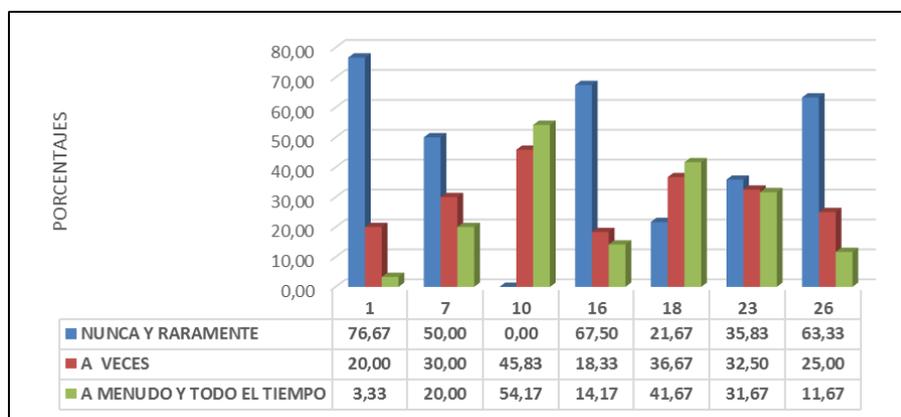


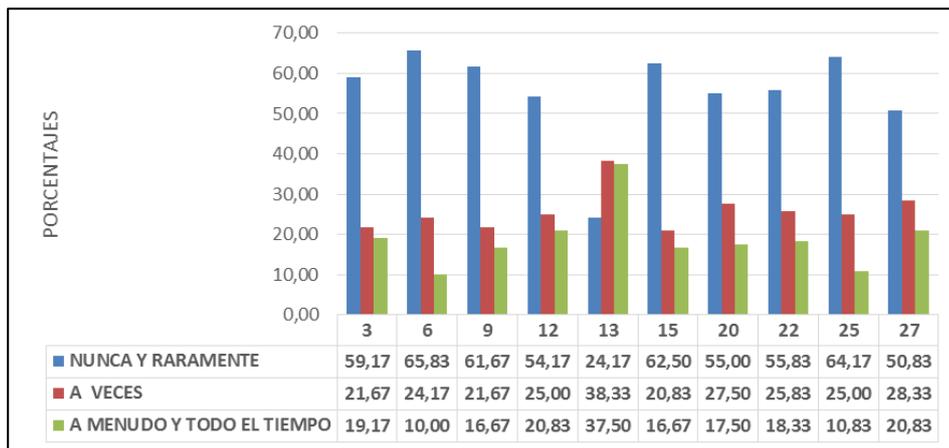
TABLA 32: PORCENTAJES MEDIOS DEL DOMINIO SINTOMÁTICO

	DOMINIO SINTOMÁTICO	%
10	La piel me pica	54,17
18	Mi piel está irritada	41,67
23	Mi piel está sensible	31,67
7	Mi enfermedad de la piel quema o escuece	20,00
16	El agua empeora mi enfermedad de la piel, baño, lavado de manos	14,17
26	Mi enfermedad de la piel sangra	11,67
1	La piel me duele	3,33

4.1.4.4. Descripción del dominio emocional

En la figura 34 se muestran los porcentajes que se han obtenido de la clasificación agrupada de los ítems del dominio emocional. Se aprecia cómo la gran mayoría de las respuestas “nunca y raramente” han conseguido valores más altos que la de “a menudo y todo el tiempo”.

FIGURA 34: RESULTADOS AGRUPADOS DEL DOMINIO EMOCIONAL



Por orden de mayor a menor importancia el primer ítem afectado ha sido la preocupación del paciente a que su PS empeore, en un 37,50%. Después aparece

el sentimiento de vergüenza y el sentirse enojado con su piel, alcanzando ambas respuestas un 20,83%. A continuación con un 19,17%, ha resultado ser la sensación de frustración que la PS desencadenaba en los pacientes. Posteriormente y en igual proporción, un 16,67%, ha aparecido la preocupación de que la PS le deje cicatrices en la piel y la sensación de enfado por padecer la enfermedad. Por último, la sensación de humillación y el sentimiento de depresión que la PS producía en el paciente han obtenido una puntuación de un 10,83%.

En la tabla 33 aparece una relación de los ítems de este dominio ordenados de mayor a menor porcentaje obtenido.

TABLA 33: PORCENTAJES MEDIOS DEL DOMINIO EMOCIONAL

	DOMINIO EMOCIONAL	%
13	Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore	37,50
27	Me enoja mi enfermedad de la piel	20,83
12	Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel	20,82
3	Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave	19,17
22	Estoy frustrado por mi enfermedad	18,33
20	Mi enfermedad me produce situaciones embarazosas	17,50
9	Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad en la piel	16,67
15	Estoy enfadado por mi enfermedad en la piel	16,67
25	Encuentro humillante mi enfermedad de la piel	10,83
6	Mi enfermedad de la piel me deprime	10,00

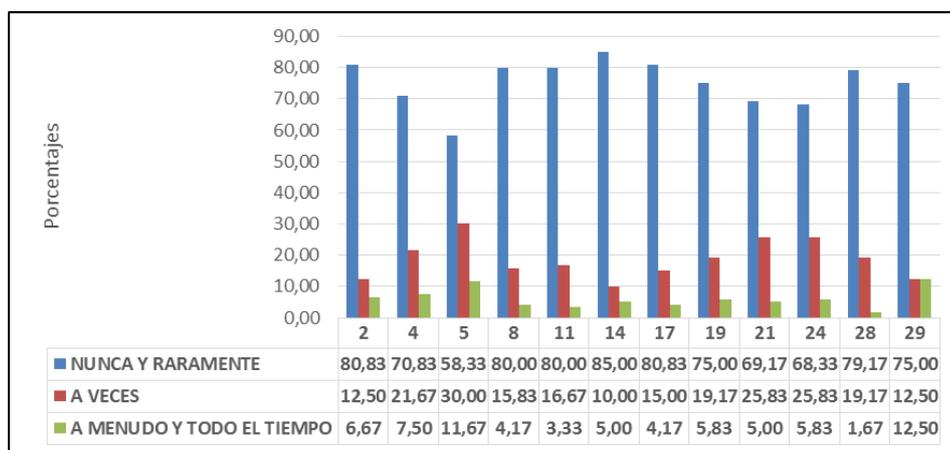
4.1.4.5. Descripción del dominio funcional

En este dominio funcional la sensación de estar cansado por causa de la PS, ha sido el ítem que obtuvo la mayor repercusión en la CV del paciente con un 12,50%. Después con un 11,67% se ha visto limitada su vida social y en un 7,50% su vida laboral o actividades de ocio. Además, un 6,67% de los pacientes ha manifestado tener alteraciones en el sueño. En un 5,83% se ha alterado en igual proporción la

RESULTADOS

relación con los demás y el deseo de estar con la gente. En un 5 % ha provocado la tendencia a hacer cosas en solitario y un aumento en la sensación de que la PS es un estorbo para los seres queridos. Un 4,17%, de los pacientes ha manifestado la tendencia a aislarse en el domicilio, así como la dificultad para mostrar afecto. La limitación en las relaciones con las personas queridas ha obtenido una puntuación de un 3,33% y la PS ha interferido en las relaciones sexuales de los pacientes en un 1,67% (figura 35).

FIGURA 35: RESULTADOS AGRUPADOS DEL DOMINIO FUNCIONAL



En la tabla 34 aparece una relación de los ítems de este dominio y se observa que los mayores porcentajes alcanzados en las respuestas de “nunca y raramente” han sido muy superiores a los resultantes de “a menudo y todo el tiempo, en los cuales el porcentaje medio máximo alcanzado no ha superado el 13,00%.

TABLA 34: PORCENTAJES MEDIOS DEL DOMINIO FUNCIONAL

	DOMINIO FUNCIONAL	%
29	Mi enfermedad me produce cansancio	12,50
5	Mi enfermedad afecta a mi vida social	11,67
4	Mi enfermedad dificulta mi trabajo y mis aficiones	7,50
2	Mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño	6,67
19	Mi enfermedad de la piel afecta mi relación con los demás	5,83
24	Mi enfermedad de la piel afecta a mi deseo de estar con gente	5,83
14	Tiendo a hacer cosas en solitario por culpa de mi enfermedad en la piel	5,00
21	Mi enfermedad de la piel es un problema para las personas que quiero	5,00
8	Tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad de la piel	4,17
17	Mi enfermedad de la piel me dificulta mostrar mi afecto	4,17
11	Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas queridas	3,33
28	Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual	1,67

4.1.5. Interpretación del *Skindex-29*

4.1.5.1. Categorización según la interpretación según Nijsten

En este estudio se han fusionado las opciones de respuesta de impacto grave y muy grave en una sola con el fin de poder comparar mejor los resultados entre los distintos tipos de categorizaciones del *Skindex-29*.

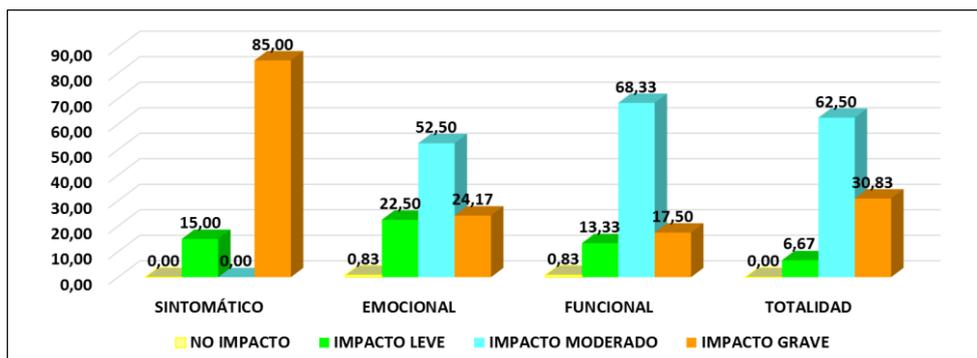
Según los datos obtenidos de la categorización del *Skindex-29* descrita por Nijsten¹²⁷, la PS ha producido mayoritariamente un impacto moderado en la CV de un 62,50% de los pacientes, un impacto grave a un 30,83% y a otro 6,67% un impacto leve. Estos datos se expresan conjuntamente en la tabla 35.

TABLA 35: RESULTADOS SEGÚN NIJSTEN

	DOMINIOS Y TOTALIDAD DEL SKINDEX-29							
	SINTOMÁTICO		EMOCIONAL		FUNCIONAL		TOTALIDAD	
IMPACTO CV		%		%		%	%	%
MUY LEVE	<3	0,00	<5	0,83	<3	0,83	<6	0,00
LEVE	4 a 10	15,00	06-24	22,5	4-10	13,33	11-17	6,67
MODERADO	11 a 25	0,00	25-29	25,5	11-32	68,33	18-36	62,51
GRAVE Y MUY GRAVE	>26	85,00	>50	24,17	≥ 33	17,5	≥37	30,82

El dominio sintomático fue el más afectado (85,00%.) El segundo dominio dañado resultó ser el dominio emocional (24,17%) y finalmente, con un 17,50%, el dominio funcional causó un impacto grave en la CV de los pacientes (figura 36).

FIGURA 36: GRÁFICA DE LA CLASIFICACIÓN DE NIJSTEN



4.1.5.2. Categorización según la interpretación de Prinsen

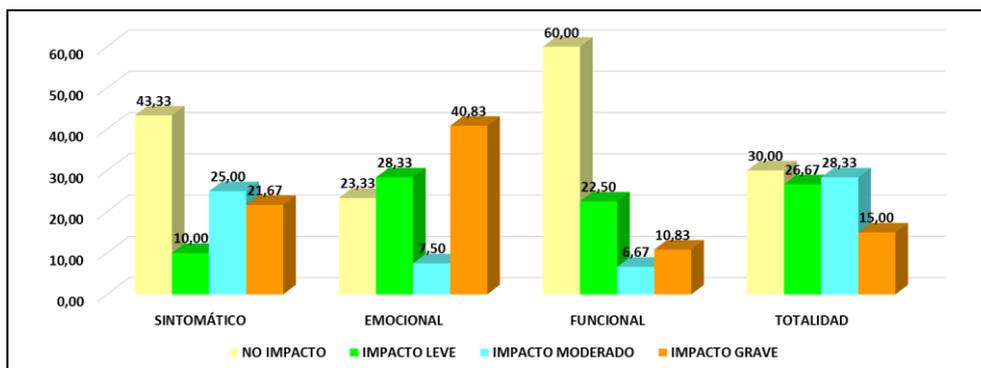
Teniendo en cuenta la categorización del *Skindex-29* basada en Prinsen¹²⁸, en un 30% de los casos la PS no produjo un impacto en la CV de los pacientes mientras que en un 15% de los casos esta enfermedad ocasionó un impacto grave, en un 28,83% consiguió un impacto moderado y en un 26,67% ocasionó un impacto leve en la CV (tabla 36).

TABLA 36: RESULTADOS SEGÚN PRINSEN

RESULTADOS DOMINIOS Y TOTALIDAD DEL SKINDEX-29								
IMPACTO CV	SINTOMÁTICO		EMOCIONAL		FUNCIONAL		TOTALIDAD	
		%		%		%	%	%
MUY LEVE	<39	43,33	<24	23,33	<21	60,00	<25	30,00
LEVE	≥39	10,00	≥24	28,33	≥21	22,50	≥25	26,67
MODERADO	≥42	25,00	≥35	7,50	≥32	6,67	≥32	28,33
GRAVE	≥52	21,67	≥39	40,83	≥37	10,83	≥44	15,00

Respecto a los resultados de cada una de las dimensiones del *Skindex-29*, la dimensión emocional fue la que generó un mayor impacto en la CV de los enfermos (40,83%), seguida por la dimensión sintomática (21,67%) y del dominio funcional (10,83%) (figura 37).

FIGURA 37: GRÁFICA DE LA CLASIFICACIÓN DE PRINSEN



4.2. Análisis univariante

Los resultados de este análisis univariante se presentan divididos en tres grandes grupos según las variables independientes sean sociodemográficas, de la historia clínica o clínicas de la PS. Para cada uno de estos grupos de variables, se muestran los resultados de la relación de cada una de las variables explicativas con cada una de los dominios estudiados del *Skindex-29*, así como con la puntuación total.

4.2.1. Variables sociodemográficas

4.2.1.1. Relación con la totalidad del *Skindex-29*

En la tabla 37 se muestran los resultados que se han obtenido para este grupo de variables sociodemográficas resumidas por la totalidad del *Skindex-29*. No se han encontrado diferencias significativas en el porcentaje medio de este dominio entre hombres y mujeres. En cuanto a la edad, las diferencias entre los mayores y menores de 40 años tampoco se han mostrado significativas aunque sí se hayan en el borde de la significación (p valor=0,0932).

Sin embargo, la relación que sí se ha presentado como significativa (p valor < 0,0001) es la diferencia del porcentaje medio obtenido entre los pacientes cuyos estudios son superiores, con un 27,58%, y aquellos cuyos estudios son no superiores, con un 36,45%, en los que se detecta una mayor afectación en este dominio.

TABLA 37: UNIVARIANTE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS / TOTALIDAD

		TOTALIDAD			
		N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
EDAD	≤40		34,84	14,36	0,0932
	>40		30,82	11,07	
SEXO	MUJER		31,71	11,35	0,765
	HOMBRE		32,42	12,94	
CULTURA	NO SUPERIOR		36,45	13,09	5.33e-05 ***
	SUPERIOR		27,58	9,69	

4.2.1.2. Relación con el dominio sintomático

En el estudio univariante de este apartado no se han presentado diferencias significativas entre las puntuaciones medias obtenidas en los hombres y en las mujeres. Tampoco se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los ≥40 años y los < 40 años aunque sí se han aproximado al borde del nivel de significación (p valor=0,0932).

Por el contrario, se han obtenido diferencias significativas (p valor=0,000245***) entre los porcentajes medios de los pacientes que presentan un nivel de estudios superior, con un 37,00%, y los que sólo tienen estudios no superiores, con un 46,88%, observándose un mayor impacto en los que no tienen estudios superiores (tabla 38).

TABLA 38: UNIVARIANTE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS / DOMINIO SINTOMÁTICO

		DOMINIO SINTOMÁTICO			
		N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
EDAD	≤40	45,62	15,69	0,07	
	>40	40,35	14,54		
SEXO	MUJER	41,86	15,29	0,892	
	HOMBRE	42,25	15,05		
CULTURA	NO SUPERIOR	46,88	15,13	0.000245 ***	
	SUPERIOR	37	13,35		

4.2.1.3. Relación con el dominio emocional

Los resultados que se han conseguido para este grupo de variables sociodemográficas resumidas por el dominio emocional aparecen reflejados en la tabla 39. No se han encontrado diferencias significativas en el porcentaje medio de este dominio entre hombres y mujeres, así como tampoco entre los ≤ 40 y >40 años.

Respecto al nivel cultural sí se ha alcanzado la significación estadística (p valor=0,00112***) entre los pacientes que tienen un nivel de estudios superiores, con un 31,46%, y los que tienen un nivel de estudios no superiores, con un 41,37%, siendo mayor la afectación de estos últimos.

TABLA 39: UNIVARIANTE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS / DOMINIO EMOCIONAL

	DOMINIO EMOCIONAL			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
EDAD	≤40	37,75	17,81	0,595
	>40	36	16,52	
SEXO	MUJER	38,02	17,59	0,488
	HOMBRE	35,77	16,57	
CULTURA	NO SUPERIOR	41,37	17,12	0.00112 **
	SUPERIOR	31,46	15,22	

4.2.1.4. Relación con el dominio funcional

En este dominio funcional no se han objetivado diferencias significativas entre hombres y mujeres. Por el contrario, las diferencias entre los pacientes >40 años y los ≤ 40 años si se han presentado como significativas (p valor=0,04), obteniéndose una mayor afectación en los ≤ 40 años, con un 20,96%, frente a los > 40 años, con un 26,14%.

Además, el porcentaje medio que se ha obtenido entre aquellos enfermos que habían cursado un nivel de estudios superior (18,85%) y los que tenían un nivel de estudios no superiores (26,27%) ha sido significativo (p valor=0,0002), demostrándose una mayor afectación en los pacientes que tenían estudios no superiores (tabla 40).

TABLA 40: UNIVARIANTE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS / DOMINIO FUNCIONAL

	DOMINIO FUNCIONAL			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
EDAD	≤40	26,14	16,52	0,0466
	>40	20,96	11,38	
SEXO	MUJER	20,54	11,42	0,193
	HOMBRE	23,89	14,42	
CULTURA	NO SUPERIOR	26,27	15,12	0,000226**
	SUPERIOR	18,85	10,26	

4.2.2. Variables de la historia médica

4.2.2.1. Relación con la totalidad del *Skindex-29*

En la tabla 41 se exponen los resultados del análisis univariante establecido entre las variables de la historia médica y la totalidad del *Skindex-29*. La relación con las vivencias de estrés ha conseguido ser significativa estadísticamente (p valor=0,01707), obteniendo los pacientes sin antecedentes de vivencias de estrés un porcentaje medio menor, con un 28,83%, frente aquellos con dichos antecedentes en los que se detectaba una mayor afectación en un 34,90%.

Otra significación estadística encontrada ha sido la asociación entre estas variables y el ingreso hospitalario (p valor=0,0497*), habiendo un porcentaje medio mayor en los pacientes hospitalizados (36,83%) frente a los que no precisaron el ingreso por causa de la PS (31,12%).

TABLA 41: UNIVARIANTE VARIABLES HISTORIA MÉDICA / TOTALIDAD

	TOTALIDAD			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
A. FAMILIARES PS	NO	32,48	12,07	0,707
	SI	31,58	12,99	
A. PERSONALES	NO	32,34	12,73	0,833
	CARDIOVASCULARES	31,29	12,19	
	ARTICULAR	30,96	9,29	
	ENDOCRINOS	37,93	17,81	
ESTRÉS	NO	28,83	8,99	0,01707
	SI	34,90	14,02	
FOTOTIPO	I	32,95	11,11	0,858
	II	32,02	13,47	
	III	30,74	8,81	
VISITAS	≤ 5	31,63	12,12	0,424
	> 5	33,70	13,08	
ANTIGÜEDAD	≤ 10	32,74	13,3	0,588
	> 10	31,51	11,26	
BIOPSIA	NO	31,23	12,08	0,106
	SI	35,72	12,98	
INGRESO	NO	31,12	11,94	0,0497*
	SI	36,83	13,34	

4.2.2.2. Relación con el dominio sintomático

Los resultados han alcanzado la significación estadística en relación con dos de las variables de la historia médica. La primera de ellas ha sido la relación establecida entre el dominio sintomático y la vivencia de una situación de estrés previa a la aparición de un brote de PS (p valor=0,0006), con un predominio entre aquellos pacientes que sí la tuvieron (46,59%) frente a los pacientes que no la han vivido (36,64%).

La segunda significación obtenida (p valor=0,04) ha sido la asociación entre el porcentaje medio de aquellos pacientes que no precisaron una biopsia diagnóstica (40,67%) y los que sí necesitaron la realización de la misma, detectándose una mayor afectación de estos últimos, un 45,57% (tabla 42).

TABLA 42: UNIVARIANTE VARIABLES HISTORIA MÉDICA/ DOMINIO SINTOMÁTICO

	DOMINIO SINTOMÁTICO			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
A. FAMILIARES PS	NO	41,39	13,38	0,861
	SI	43,45	17,91	
A. PERSONALES	NO	42,14	14,76	0,837
	CARDIOVASCULARES	43,21	17,26	
	ARTICULAR	38,98	9,68	
	ENDOCRINOS	46,42	30,51	
ESTRÉS	NO	36,64	12	0.0006594
	SI	46,59	15,92	
FOTOTIPO	I	43,57	15,51	0.792
	II	41,58	15,7	
	III	41,07	9,57	
VISITAS	≤ 5	41,33	14,71	0,837
	> 5	44,35	16,12	
ANTIGÜEDAD	≤ 10	41,9	14,3	0,875
	> 10	42,34	16,05	
BIOPSIA	NO	40,67	14,68	0,0414*
	SI	45,57	15,62	
INGRESO	NO	41,32	14,68	0,299
	SI	45,61	16,63	

4.2.2.3. Relación con el dominio emocional

No se ha demostrado que existan diferencias significativas entre el porcentaje medio de este dominio funcional en los grupos de variables definidas en la historia médica (tabla 43).

TABLA 43: UNIVARIANTE VARIABLES HISTORIA MÉDICA / DOMINIO EMOCIONAL

	DOMINIO EMOCIONAL			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
A. FAMILIARES PS	NO	37,4	18,07	0,471
	SI	35,05	14,58	
A. PERSONALES	NO	37,08	17,81	0,682
	CARDIOVASCULARES	34,50	16,13	
	ARTICULAR	34,16	12,35	
	ENDOCRINOS	45,83	12,58	
ESTRÉS	NO	33,98	14,42	0,175
	SI	38,71	18,53	
FOTOTIPO	I	39,07	16,73	0,581
	II	35,68	17,22	
	III	34,79	16,07	
VISITAS	≤ 5	35,98	16,71	0,455
	> 5	38,54	17,6	
ANTIGÜEDAD	≤ 10	38,43	17,8	0,2
	> 10	34,45	15,71	
BIOPSIA	NO	36,07	17,65	0,526
	SI	38,50	13,88	
INGRESO	NO	35,63	17,29	0,197
	SI	40,79	14,68	

4.2.2.4. Relación dominio funcional

La única relación estadística obtenida entre las puntuaciones medias de este dominio funcional y las variables de la historia médica ha sido la asociación con el ingreso hospitalario por causa de la PS (p valor=0,027). Se obtuvo un porcentaje mayor de los pacientes que sí fueron ingresados (28,4%), frente a los que no estuvieron ingresados (21,4%) (tabla 44).

RESULTADOS

TABLA 44: VARIABLES HISTORIA MÉDICA / DOMINIO FUNCIONAL

	DOMINIO FUNCIONAL			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
A. FAMILIARES PS	NO	23,18	13,24	0,587
	SI	21,77	14,01	
A. PERSONALES	NO	22,67	14,21	0,942
	CARDIOVASCULARES	21,66	12,02	
	ARTICULAR	23,61	11,10	
	ENDOCRINOS	26,38	15,35	
ESTRÉS	NO	19,98	9,3	0,103
	SI	24,90	15,83	
FOTOTIPO	I	21,66	12,06	0,773
	II	23,40	14,92	
	III	21,35	8,81	
VISITAS	≤ 5	22,42	12,79	0,716
	> 5	23,45	15,46	
ANTIGÜEDAD	≤ 10	22,65	14,96	0,976
	> 10	22,73	11,68	
BIOPSIA	NO	21,68	12,84	0,113
	SI	26,50	15,33	
INGRESO	NO	21,4	12,59	0,027
	SI	28,40	15,95	

4.2.3. Variables clínicas de la psoriasis

4.2.3.1. Relación con la totalidad del *Skindex-29*

No se ha logrado la significación estadística entre este grupo de variables clínicas de la PS y las puntuaciones medias de la totalidad del *Skindex-29*. Sólo la variable PASI apuntó con valores limítrofes a alcanzar la significación (p valor= 0,08) (tabla 45).

TABLA 45: UNIVARIANTE VARIABLES CLÍNICAS PS / TOTALIDAD

	TOTALIDAD			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
TIPO DE PSORIASIS	NO VULGAR	32,93	14,62	0,699
	VULGAR	31,91	11,58	
BSA	≤ 10	31,33	1,77	0,17
	>10	36,15	14,65	
PASI	≤ 10	31,33	11,77	0,0875
	>10	36,61	14,65	
ACLARAMIENTO	NO	31,75	12,35	0,549
	SI	33,29	12,50	
MEJORÍA CON EL SOL	NO	30,15	10,9	0,167
	SI	33,37	13,07	
TRATAMIENTOS	SOLO TÓPICOS	31,54	11,33	0,779
	TÓPICOS + SISTÉMICOS	33,69	33,69	

4.2.3.2. Relación con el dominio sintomático

Los resultados que se obtuvieron del análisis univariante para este grupo de variables resumidas por el dominio sintomático no han alcanzado una significación estadística (tabla 38). Sin embargo, la asociación con las variables tipo de PS ($p=0,085$), BSA ($p=0,0596$) y PASI (p valor= $0,0665$) consiguieron valores limítrofes a ser significativos (tabla 46).

TABLA 46: UNIVARIANTE VARIABLES CLÍNICAS PS / DOMINIO SINTOMÁTICO

	DOMINIO SINTOMÁTICO			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
TIPO DE PSORIASIS	NO VULGAR	47,26	18,60	0,085
	VULGAR	40,39	13,39	
BSA	≤ 10	37,61	14,02	0,0592
	>10	43,61	15,19	
PASI	≤ 10	41,01	14,35	0,0665
	>10	47,93	17,79	
ACLARAMIENTO	NO	42,57	15,99	0,582
	SI	40,84	12,36	
MEJORÍA CON EL SOL	NO	40,39	14,42	0,336
	SI	43,14	15,46	
TRATAMIENTOS	SOLO TÓPICOS	41,21	14,65	0,313
	TÓPICOS + SISTÉMICOS	44,28	16,07	

4.2.3.3. Relación con el dominio emocional

La relación establecida entre los porcentajes medios de las variables clínicas de la PS y el dominio emocional no resultaron ser significativas (tabla 47).

TABLA 47: UNIVARIANTE VARIABLES CLÍNICAS PS / DOMINIO EMOCIONAL

	DOMINIO EMOCIONAL			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
TIPO DE PSORIASIS	NO VULGAR	33,91	18,05	0,321
	VULGAR	37,47	16,52	
BSA	≤ 10	36,16	16,17	0,476
	>10	38,81	17,19	
PASI	≤ 10	36,17	17,04	0,5333
	>10	38,81	16,46	
ACLARAMIENTO	NO	36,05	16,45	0,57
	SI	38,04	18,30	
MEJORÍA CON EL SOL	NO	34,11	17,12	0,216
	SI	38,06	16,72	
TRATAMIENTOS	SOLO TÓPICOS	36,11	15,83	0,64
	TÓPICOS + SISTÉMICOS	37,71	19,49	

4.2.3.4. Relación con el dominio funcional

No se observó significación estadística entre los porcentajes medios de las variables clínicas y el dominio funcional (tabla 48). La relación estadística establecida con las puntuaciones medias del PASI obtenidas apuntaron a ser significativas (p valor=0,0526).

TABLA 48: UNIVARIANTE VARIABLES CLÍNICAS PS / DOMINIO FUNCIONAL

	DOMINIO FUNCIONAL			
	N(120)	MEDIA	DS	P VALUE
TIPO DE PSORIASIS	NO VULGAR	23,75	14,99	0,621
	VULGAR	22,33	13,00	
BSA	≤ 10	21,65	12,79	0,288
	>10	28,17	15,91	
PASI	≤ 10	21,65	12,79	0,0526
	>10	28,17	15,91	
ACLARAMIENTO	NO	21,87	12,57	0,273
	SI	24,93	15,69	
MEJORÍA CON EL SOL	NO	20,87	10,19	0,256
	SI	23,77	15,07	
TRATAMIENTOS	SOLO TÓPICOS	22,08	12,33	0,444
	TÓPICOS + SISTÉMICOS	24,16	16,02	

En la tabla 49 se exponen todos los resultados que han obtenido una significación estadística en este estudio univariante, así como los valores que se han aproximado a la misma.

TABLA 49: SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DEL ANÁLISIS UNIVARIANTE.

DOMINIO SINTOMÁTICO	
EDAD	0,0711
CULTURA	0,000245***
ESTRÉS	0,0006594
BIOPSIA	0,0414*
TIPO DE PSORIASIS	0,08582
BSA	0,0592
PASI	0,0665
DOMINIO EMOCIONAL	
CULTURA	0,000112***
DOMINIO FUNCIONAL	
EDAD	0,0466*
CULTURA	0,00226**
INGRESO HOSPITALARIO	0,027*
PASI	0,0526
TOTALIDAD	
CULTURA	5,33E-05
ESTRÉS	0,01707
INGRESO HOSPITALARIO	0,0497*
PASI	0,0875

4.3. Análisis multivariante

La estructura de este apartado comprende cuatro partes correspondientes a los resultados del estudio multivariante de las 17 variables explicativas de la totalidad del *Skindex-29*, así como de cada uno de los dominios de CV del cuestionario

4.3.1. Totalidad del *Skindex-29*

En la tabla 50 se muestran estos resultados y el p valor que se obtuvo de cada una de estas variables en el análisis univariante. Hay que resaltar que la variable edad consiguió alcanzar valores limítrofes a la significación estadística, tanto en el análisis multivariante como en el univariante, sin embargo en el estudio multivariante la aproximación obtenida fue mucho mayor.

La combinación de variables que mejor explican estadísticamente el valor obtenido en la totalidad del cuestionario *Skindex-29*, y que han obtenido valores más elevados en esta prueba, corresponden a los pacientes que tienen un nivel cultural de estudios no superiores (p valor <0,0001) y en el límite de la significación estadística, aquellos cuya edad es ≤ 40 años (p valor= 0,0574) y con vivencias estresantes previas al inicio o reagudización de la PS (p valor=0,0519). Mientras que el perfil que ha obtenido un menor porcentaje en esta prueba corresponde a aquellos pacientes con un nivel cultural de estudios superiores, mayores de 40 años de edad y con ausencia de situaciones de estrés previas en su vida.

TABLA 50: ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA TOTALIDAD

TOTALIDAD DEL SKINDEX-29					
	N(120)	VALOR	PORCENTAJE	p valor(multivariante)	p valor (univariante)
EDAD	≤ 40	0	Mayor	0,0574	0,0932
	>40	1	Menor		
CULTURA	NO SUPERIOR	0	Mayor	3.85e-05***	5.33e-05 ***
	SUPERIOR	1	Menor		
ESTRÉS	NO	0	Menor	0,0519	0,01707
	SI	1	Mayor		

4.3.2. Dominio sintomático

En la tabla 51 se muestra el p valor que se ha obtenido del análisis multivariante y del univariante de las variables referidas previamente. La edad y el tipo de PS han sido las variables que obtuvieron la significación estadística en el análisis multivariante y no en el univariante, como hemos comentado este hecho indica que las variables son capaces de explicar parte del comportamiento de la variable respuesta en presencia del resto.

Atendiendo a los valores de los coeficientes en el modelo final, los pacientes que han presentado un mayor porcentaje de afectación en el dominio sintomático han sido los que han tenido vivencias previas de estrés psíquico (p valor= 0,000432***), con una edad \leq 40 años (p valor= 0,024528*), con un nivel cultural no superior (p valor= 0,000372***) y con una PS tipo no vulgar (p valor= 0,000432***). En el extremo opuesto aquellos que han conseguido un menor porcentaje de afectación fueron pacientes que no vivieron situaciones de estrés, con una edad $>$ 40 años, con un nivel cultural de estudios superiores y cuya clínica es una PS vulgar.

TABLA 51: ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL DOMINIO SINTOMÁTICO

DOMINIO SINTOMÁTICO					
	N(120)	VALOR	PORCENTAJE	p valor(multivariante)	p valor (univariante)
EDAD	\leq 40	0	Mayor	0,024528*	0,0711
	$>$ 40	1	Menor		
CULTURA	NO SUPERIOR	0	Mayor	0,000372***	0,000245***
	SUPERIOR	1	Menor		
ESTRÉS	NO	0	Menor	0,000432***	0,0006594
	SI	1	Mayor		
TIPO DE PS	NO VULGAR	0	Mayor	0,044773*	0,08582
	VULGAR	1	Menor		

4.3.3. Dominio emocional

La tabla 52 expone las variables significativas del análisis multivariante del dominio emocional y se observa un mayor porcentaje de repercusión en la CV en aquellos pacientes que han tenido un nivel de estudios no superiores (p valor= 0,0005). Además cabe destacar que la variable denominada tipo de PS ha

aparecido como *border line*, apuntando hacia la significación en aquellos que tenían un tipo de PS vulgar (p valor= 0,097507). Por el contrario, los pacientes que consiguieron porcentajes menores eran los pacientes con un nivel de estudio superior y con un tipo de PS no vulgar.

Aunque la variable “tipo de PS” ha resultado ser limítrofe a la significación estadística, hay que destacar que el p valor de la misma obtenida en el análisis univariante no fue significativo.

TABLA 52: ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL DOMINIO EMOCIONAL

DOMINIO EMOCIONAL					
	N(120)	VALOR	PORCENTAJE	p valor(multivariante)	p valor (univariante)
CULTURA	NO SUPERIOR	0	Mayor	0,000525***	0.00112 **
	SUPERIOR	1	Menor		
TIPO DE PS	NO VULGAR	0	Menor	0,097507	0,321
	VULGAR	1	Mayor		

4.3.4. Dominio funcional

En la tabla 53 se muestra el p valor que ha resultado del análisis multivariante y del univariante de las variables en este dominio funcional. El perfil de pacientes que ha obtenido mejor puntuación en este dominio, y por tanto mayor afectación en la CV, se corresponde a los pacientes con un nivel cultural no superior (p valor=0,08), mientras que aquellos enfermos que han cursado estudios superiores obtuvieron un porcentaje menor. Además, en el límite de la significación estadística se encuentran los pacientes que eran hombres y con una edad ≤ 40 años.

TABLA 53: ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL DOMINIO FUNCIONAL

DOMINIO FUNCIONAL					
	N(120)	VALOR	PORCENTAJE	p valor(multivariante)	p valor (univariante)
EDAD	≤40	0	Mayor	0,088027	0,0466*
	>40	1	Menor		
SEXO	MUJER	0	Menor	0.078812	0,193
	HOMBRE	1	Mayor		
CULTURA	NO SUPERIOR	0	Mayor	0,000143***	0,00226**
	SUPERIOR	1	Menor		

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

La PS es una enfermedad crónica que produce un impacto negativo en la CV. Los porcentajes medios obtenidos de la totalidad del *Skindex-29* demuestran que la enfermedad produce una afectación moderada en la CV de la muestra. El carácter multidimensional de la CV queda patente ya que los tres dominios que mide el *Skindex-29* están alterados, siendo mayor la afectación del sintomático seguido del emocional y del funcional. Este aspecto concuerda con lo reportado por Krueger¹⁸⁸ en cuya serie se afecta también a varios dominios como el emocional, el social y el físico.

La gravedad de dicho impacto obtiene resultados diferentes en función del tipo de interpretación empleado. Los resultados conseguidos son similares a los que se obtienen tras aplicar la interpretación de Nijsten¹²⁶, en la que la PS produce un impacto en la CV mayoritariamente moderado y hay una alteración del dominio sintomático principalmente. Por el contrario, después de aplicar la clasificación de Prinsen¹²⁷, la gravedad del impacto disminuye y el dominio más afectado resulta ser el emocional. La discordancia de los resultados obtenidos puede justificarse en que los puntos de corte empleados en cada interpretación son diferentes. Por lo tanto, habrá que esperar un consenso en la categorización del *Skindex-29*, tal y como había planteado Prinsen¹³² previamente.

El tamaño de la muestra es de 120 enfermos y resulta ser inferior al de la mayoría de las series descritas. Hay que considerar que muchas de ellas son objeto de estudios multicéntricos y otras se basan en bases de datos de grandes registros nacionales. Asimismo, las muestras recabadas de un solo centro oscilan desde 50 en la serie de Devrimci-Ozguven¹⁸¹ hasta 318 la de Feldman¹⁹¹. Sin embargo, en esta tesis, a pesar tener una muestra reducida, es lo suficientemente grande como para detectar, de forma significativa, el impacto negativo que la PS produce en la CV. Además, como se ha comentado en apartados anteriores, es representativa de los pacientes con PS que acuden a las consultas de dermatología en España.

DISCUSIÓN

La tabla nº 54 muestra una relación de los estudios revisados, el tamaño de muestra utilizado, el país de origen y el tipo, diferenciando entre monocéntrico o multicéntrico, de base de datos utilizada.

TABLA 54: TIPO, TAMAÑO Y ORIGEN DE LOS ESTUDIOS

AUTOR	DATOS	N	ORIGEN	AUTOR	DATOS	N	ORIGEN
Devrimci-Ozguven ¹⁸²	monocéntrico	50	Turquia	Geldfand ¹⁴⁴	multicentrico	276	EEUU
Eghlileb ¹⁸⁹	monocéntrico	63	UK	Dauden ¹⁷⁸	multicéntrico	304	España
Shutty ¹⁹⁷	monocéntrico	79	EEUU	Sampogna ¹²³	monocéntrico	305	Italia
Heydendael ¹⁷⁵	multicéntrico	85	Holanda	Feldman ¹⁹¹	monocéntrico	318	EEUU
Vardy ¹⁸⁶	monocéntrico	100	Israel	Al-Mazeedi ¹⁴⁷	monocéntrico	330	Kuwait
Remröd ¹⁸¹	monocéntrico	101	Suecia	Hérmánz ¹⁵⁶	multicéntrico	442	España
Reich ¹⁷⁰	monocéntrico	102	Polonia	Meeuwis ¹⁹⁴	multicéntrico	487	Holanda
Gupta ¹⁹³	monocéntrico	120	EEUU	Ayala ¹⁹²	multicéntrico	787	Italia
Gökdemir ¹⁵⁵	monocéntrico	133	Turquía	Mckenna ¹⁵⁴	multicéntrico	877	EEUU
Ljosaa ¹⁷¹	monocéntrico	139	Noruega	Sampogna ¹²⁴	monocéntrico	936	Italia
Zhu ¹⁶⁸	multicéntrico	142	EEUU	Sanchez-Carazo ¹	multicéntrico	1022	España
Fortune ¹⁶⁰	monocéntrico	150	UK	Daudén ¹⁴⁹	multicentrico	1217	España
Schmid-Ott ¹⁸⁵	monocéntrico	166	Alemania	Augustin ¹⁵²	multicéntrico	1511	Alemania
Miniszewska ¹⁸⁰	monocéntrico	168	Polonia	Norlin ¹⁴⁶	registro nacional	2415	Suecia
Lewis-Beck ¹⁷²	registro general	199	USA	García-Diez ¹⁵¹	multicéntrico	3320	España
Moreno-Ramirez ⁴⁷	multicéntrico	210	España	Zachariae ¹⁴¹	multicéntrico	6497	Países nórdicos
Sanchez-Regaña ¹⁶⁶	multicéntrico	231	Español	Dubertret ¹⁴⁸	multicentrico	17999	Países europeos
Whal ¹⁷⁶	monocéntrico	254	Noruega	Geldfand ¹⁴⁵	multicentrico	27220	EEUU
Mrowietz ¹⁶⁹	multicéntrico	270	América y Europa	Krueger ¹⁸⁸	multicéntrico	40350	EEUU

La mayor variabilidad de las respuestas corresponde a los ítems “me avergüenzo de mi enfermedad de la piel”, “estoy enfadado por mi enfermedad en la piel” y “mi piel esta sensible”. Puede decirse que estos ítems explican en parte la peculiaridad de esta enfermedad, afectando a algunos enfermos muy gravemente en su CV mientras que para otros no influye nada en la misma. Entre todos ellos, el

sentimiento de vergüenza que el paciente experimenta por culpa de la PS obtiene mayor porcentaje medio (20,82%), por lo que se deduce el grado de vergüenza es un indicador importante del deterioro de la CV de la muestra.

Por el contrario, los ítems con menor variabilidad de respuesta son: “mi enfermedad afecta a mi relación con las personas queridas”, “mi enfermedad de la piel sangra”, “mi enfermedad interfiere en mi vida sexual”. Todos los pacientes de la muestra responden muy homogéneamente a estas preguntas y además con muy bajos porcentajes por lo que alteran muy poco la CV de los pacientes.

Estos datos expuestos no se parecen a lo reportado por Whal¹⁴², quien encuentra en su serie que la mayor variabilidad de respuesta de producir una discapacidad en su serie es debido a la acción de las variables clínicas.

5.1. Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos estudiados en esta tesis son la edad, el sexo y el nivel cultural.

Las edades medias resultantes de los trabajos expuestos oscilan desde 33 años en el caso de Al-Mazeedi¹⁴⁷ hasta los 56 años en el caso de Krueger¹⁸⁸ o de Mckenna¹⁵⁴, exceptuando algunos trabajos de Sampogna en los que utiliza una población diana compuesta por ancianos^{121,122}. La edad media obtenida en esta serie fue de 50 años, encontrándose dentro de este intervalo referido.

El sexo masculino resulta ser el sexo predominante de esta serie, coincidiendo en este sentido con el de la mayor parte de la bibliografía revisada.

En la tabla 55 se puede apreciar la relación algunos trabajos expuestos con su variabilidad de sexo dominante y con la edad media en cada uno de ellos.

TABLA 55: RELACIÓN EDAD/SEXO DE LOS ESTUDIOS

AUTOR	EDAD	SEXO	AUTOR	EDAD	SEXO	AUTOR	EDAD	SEXO
Al-Mazeedi ¹⁴⁷	33	hombre	Pujol ¹⁵⁰	45,2	hombre	Geldfand ¹⁴⁴	50	mujer
Heydendael ¹⁷⁵	40	hombre	Reich ¹⁶⁹	45,3	hombre	Zachariae ¹⁶³	50	hombre
Gökdemir ¹⁵⁵	42,7	mujer	Dauden ¹⁷⁸	46	hombre	Augustin ¹⁵²	50,5	hombre
Fortune ¹⁶⁰	43	mujer	whal ¹⁴³	47	hombre	Dubertret ¹⁴⁸	50,9	hombre
Sanchez-Regaña ¹⁶⁶	43,5	hombre	Zhu ¹⁶⁸	46,5	hombre	Eghlileb ¹⁸⁹	51	mujer
Remröd ¹⁸¹	44,1	hombre	García-Diez ¹⁵¹	46,7	hombre	Ljosaa ¹⁷¹	51,4	mujer
Daudén ¹⁵³	44,2	hombre	Hernánz ¹⁵⁶	46,8	hombre	Meeuwis ¹⁹⁴	53,9	hombre
Shutty ¹⁹⁷	45	hombre	Whal ¹⁷⁶	47	hombre	Norlin ¹⁴⁶	54	hombre
Schmid-Ott ¹⁸⁵	45,11	hombre	Vardy ¹⁸⁶	47,95	hombre	Krueger ¹⁸⁸	54	mujer
Pujol ¹⁵⁰	45,2	hombre	Ayala ¹⁹²	49,9	hombre	Mackenna ¹⁵⁴	56	mujer
Daudén ¹⁴⁹	45,1	hombre	Lewis-Beck ¹⁷²	48,48	mujer			

En cuanto al nivel cultural de la muestra, esta serie muestra una mayoría de pacientes con estudios no superiores, siendo estos datos afines a lo publicado, ejemplo de ello son la serie de Walh¹⁴³, García-Diez¹⁵¹ y Miniszewska¹⁸⁰.

Por lo tanto, los datos recabados de este trabajo en cuanto a la edad, el sexo y el nivel cultural de la muestra resultan ser compatibles con los otros trabajos revisados en la literatura.

Los resultados demuestran que la asociación de los factores sociodemográficos de la edad ($p=0,071$) y el sexo ($p=0,09$) con la CV no logra una significación estadística, aunque en el caso de la edad se encuentra en el límite para alcanzarla, siendo los pacientes ≤ 40 años los que presentan un mayor deterioro en su CV. Estos datos concuerdan con lo que describe Al-Mazeedi¹⁴⁷ en su serie, no encontrando una relación significativa con las variables sociodemográficas en cuanto al sexo ($p=0,54$) y la edad ($p=0,67$) correspondiente a una población Kuwaití.

A diferencia de estos hallazgos, Hernández¹⁵⁶ demuestra que cuando aumenta la edad aumenta la CV, es decir, la edad actúa como un factor protector en el impacto de la CV de los pacientes españoles. En este mismo sentido Sampoga¹²² observa que los pacientes mayores de 75 años tienen una mejor CV que los menores de 75 años. Una posible justificación a este papel defensor de la edad es que las personas mayores suelen tener una estabilidad emocional y económica mayor, una necesidad de relacionarse socialmente y laboralmente menor y un tiempo para adaptarse a su enfermedad mayor. Todo ello se traduce en una forma de afrontar su enfermedad más adecuado y en una adaptación a todas las peculiaridades anexas a la enfermedad.

Asimismo, Norlin¹⁴⁶ verifica que hay una significación estadística entre una afectación grave en la CV de los pacientes suecos, el aumento de la edad ($p < 0,001$) y el sexo femenino ($p = 0,039$). Daudén¹⁴⁹ también consigue alcanzar la significación estadística entre el sexo femenino y el detrimento en la CV de los enfermos de PS españoles ($p = 0,048$). Igualmente Gelfand¹⁴⁴ demuestra una relación significativa entre la gravedad de la PS, los pacientes americanos más jóvenes ($p = 0,007$).

El factor nivel cultural es, con diferencia, el mayor indicador de producir impacto negativo en la CV de la muestra, obteniendo la significación estadística tanto en la totalidad del *Skindex-29* como en cada uno de los dominios. El perfil de pacientes que justifica mejor los datos obtenidos fueron los pacientes que tienen un nivel cultural de estudios no superiores y con una edad ≤ 40 años. Este perfil concuerda con el presentado por Wahl¹⁴³, donde los pacientes mayores y con un nivel cultural alto tienen un impacto menor en la CV que los más jóvenes y con un nivel cultural bajo. También se ajusta con los datos alcanzados por Zachariae¹⁴¹, el cual relacionó un detrimento en la CV con un nivel cultural bajo, con el número de bajas laborales y con el aumento de la ingesta de alcohol en las poblaciones de los países nórdicos.

La justificación del porqué los pacientes con mayor nivel cultural tienen una mejor CV puede explicarse porque tienen potencialmente más capacidad para entender mejor la PS y por lo tanto pueden aceptarla mejor en su vida privada y social. Por

eso es muy importante hablar con el pacientes con PS, explicarle su cronicidad, su no contagiosidad, la no existencia de una terapia definitiva , las comorbilidades que conlleva y darle información de donde puede buscar ayuda para afrontarla.

Sin embargo, Pujol¹⁵⁰ demostró que la finalización de los estudios de licenciatura, se relaciona con una mayor gravedad de la PS y con los cuadros ansiosos. Una posible explicación es que el título de licenciado implica un cambio de estado de vida importante, pasando de estudiante a trabajador en la vida real. Es decir, la titulación genera estrés en el paciente y el desenlace se asocia a un posible síndrome de estrés postraumático que debuta con alteraciones psicológicas importantes.

5.2. Factores no sociodemográficos

En este apartado se van a discutir los resultados encontrados en esta tesis relativos a los factores no sociodemográficas descritos en la historia clínica de los pacientes, incluyendo sus antecedentes familiares de PS, sus antecedentes personales, la antigüedad de la enfermedad, su fototipo, el aclaramiento de sus lesiones, las visitas realizadas al dermatólogo, la realización de una biopsia de las lesiones o el ingreso hospitalario de los enfermos y la presencia del estrés en sus vidas.

Los datos recabados en este trabajo revelan que la PS tiene una antigüedad media de 13,93 años, encontrándose dentro del rango de edad de trabajos escritos que oscila desde 11,03 años en la serie Gokdemir¹⁵⁵ hasta 28 años en la serie de García-Diez¹⁵¹. En este estudio, la antigüedad de la enfermedad no resulta ser significativa en relación con un impacto grave de la CV ($p = 0,588$). La duración de este factor puede facilitar a que la mayoría de los pacientes tengan tiempo para entender la enfermedad y para integrarse en la sociedad.

Los antecedentes personales de la muestra estudiada no son un factor estadísticamente significativo ($p = 0,83$) en su asociación con la CV. Si se tiene en cuenta que la gran mayoría de los pacientes no presentan comorbilidades

asociadas, tampoco se les puede sumar el impacto en la CV que por si mismas producen. Hay que destacar, que la hipertensión y la artropatía PS son dos de las enfermedades referidas por los pacientes y que coinciden con lo reportado por Sanchez-Carazo¹ en el estudio "Arizona", relacionando estas comorbilidades de la PS con un mayor deterioro de la CV.

En este trabajo, los antecedentes familiares tampoco se relacionan estadísticamente con la gravedad de la PS ($p=0,707$). Este aspecto es similar con lo expuesto por Hérnanz¹⁵⁶ en el estudio "Secuencia", no alcanzando tampoco la significación ($p=0,07$). Sin embargo, este mismo autor, llega a una conclusión totalmente diferente en cuanto a la relación con la antigüedad de la PS y la gravedad de la enfermedad ($p<0,05$), siendo las enfermedades psiquiátricas el principal detonante de un empeoramiento de la CV.

Fortune¹⁶⁰ también comprueba que no hay una relación significativa entre la percepción de la CV de los pacientes con PS y los antecedentes familiares de la enfermedad ni con el tipo de tratamiento aplicado, por lo que coincide totalmente con los datos obtenidos en este trabajo respecto a estos dos parámetros.

Geldfan¹⁴⁴ encuentra una relación estadísticamente significativa entre el número de visitas al facultativo y una CV peor ($p < 0,0001$). Por el contrario, en esta tesis no se observa una asociación significativa entre ambos parámetros ($p=0,424$).

En este trabajo, no se describe ninguna asociación estadística entre el fototipo del paciente y la afectación de la CV ($p=0,858$). Por el contrario Taboli¹¹⁴ describe una mejora importante en la CV de los pacientes con PS y fototipo III en comparación con los que tienen un fototipo I y II, después de someterse a una balneoterapia previa a un tratamiento con UVB.

Lewis-Beck¹⁷² observa que los brotes de PS son más frecuentes en invierno (78,39%) que en cualquier otra estación del año (21,61%). Teniendo en cuenta que la cantidad de horas solares es distinta en cada época del año, se puede decir que sus pacientes manifiestan un mayor aclaramiento clínico en relación con las horas solares recibidas. Los resultados recabados de este trabajo son similares a

los obtenidos en esta serie, ya que hay un 73,33% que expresa un aclaramiento de las lesiones tras la exposición solar, no resultado ser significativa estadísticamente en relación con el detrimento de la CV ($p= 0,367$).

La asociación entre los tratamientos aplicados y la CV no consigue la significación estadística en este trabajo ($p=0,779$). A diferencia de estos resultados, Mckenna¹⁵⁴ observa que determinados tratamientos aplicados como la fototerapia con UVB se asocian con una CV peor. Ferrándiz⁴ recalca que la terapia con fármacos biológicos repercute favorablemente en la CV de los pacientes con PS. Asimismo Gokdemir¹⁵⁵ no encuentra una relación estadística entre la edad, el sexo, el PASI, la repercusión grave de la CV y la antigüedad de la enfermedad con la adhesión al tratamiento de la PS, siendo los solteros que están insatisfechos con la información recibida sobre su enfermedad y los que no están conformes con la terapia recibida los que presentan una peor CV.

Esta serie describe una relación significativa entre la CV y el ingreso hospitalario de los pacientes ($p= 0,027$), siendo los hospitalizados los que peor CV tienen. Augustin¹⁵² también obtiene resultados similares, observando que los pacientes con estancias más prolongadas en el hospital manifiestan una mayor gravedad de la PS y un aumento de los días de baja laboral. Este hecho es bastante lógico, ya que la PS no suele ser un motivo de ingreso hospitalario y cuando lo hace es porque se trata de una psoriasis grave o con comorbilidades asociadas.

Otro hallazgo significativo estadísticamente es la asociación entre la CV y la realización de una biopsia de las lesiones de PS ($p= 0,04$), no encontrándose referencias bibliográficas a este respecto. Este punto puede interpretarse diciendo que las personas tienen bastante respeto a todos los temas relacionados con la salud, la realización de una biopsia puede crear un sentimiento de incertidumbre sobre la benignidad o malignidad de la enfermedad, repercutiendo en su CV hasta la confirmación del diagnóstico.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que el estrés constituye un factor detonante en el deterioro de la CV de los pacientes con PS, siendo una relación significativa estadísticamente ($p<0,001$). Estos datos son similares a los

descrito por Fortune¹⁶⁰, el cual observa una relación significativa entre un grupo de pacientes “estrés-reactivo” y una salud mental deteriorada ($p=0,001$), y que también se asocia con una mayor discapacidad o limitación de sus actividades cotidianas ($p=0,001$), una edad de inicio temprana ($p=0,03$), con una ingesta de alcohol elevada ($p=0,04$) y con la interferencia de la PS puesto de trabajo ($p=0,02$). Gupta¹⁶¹ observa como hay una mejor CV en las personas “estrés reactivas” mayores >45 años que en las “estrés-reactivas <45 años, no obteniendo la significación estadística en esta relación con respecto al sexo ($p>0,05$).

Zachariae¹⁶³ establece una relación estadística entre los pacientes denominados “estrés-reactivos” y el detrimento de la CV ($p<0,001$), comprobando que las mujeres jóvenes ($p=0,001$), finlandesas ($p<0,001$), con elevado nivel cultural ($p=0,05$), con antecedentes familiares de PS ($p=0,001$) y con una mayor adicción al alcohol, al tabaco y a los antidepresivos son las que presentan peor CV.

Basavaraj¹⁶⁷ también corrobora la importancia del stress en la PS, demostrando que al tratar el estrés se mejora considerablemente la gravedad clínica de la PS. Lee¹²⁰ verifica que las situaciones estresantes vividas hacen que la PS sea menos llevadera por los pacientes. Asimismo, Sampogna¹²³ comprueba que los ancianos con estrés psicosocial tienen una mayor gravedad de la PS. En la serie de Lewis-Beck¹⁷², el estrés está presente en un 60,81%, ocupando el segundo lugar en importancia después otros factores como la influencia de las temperaturas de bajas y secas en la PS (61,81%).

Los pacientes de esta serie identifican determinadas situaciones estresantes en su vidas que influyen en la aparición de una reagudización de su PS, siendo la muerte de un familiar directo, la pérdida de una situación laboral y la ruptura sentimental las más frecuentes. Estos datos son muy análogos a los descritos por Al'Abadie¹⁶⁴, siendo los problemas familiares, los laborales y los académicos los más referidos. También se asemejan a lo reportado por Manolache¹⁶⁵, el cual describe otros otros eventos desencadenantes como la separación, el divorcio, las deudas económicas, el traslado de un ser querido de residencia o la finalización del colegio de los niños. Asimismo Sánchez-Regaña¹⁶⁶ reafirma la importancia de

los trastornos afectivos, seguidos de los problemas laborales, los problemas económicos, confluyendo a veces algunos de ellos.

Los resultados de este trabajo revelan que el periodo de latencia entre la vivencia de una situación estresante y un brote de la PS oscila entre una semana hasta un mes, coincidiendo con lo reportado en la bibliografía revisada cuyo intervalo oscila entre varios días hasta 3 meses. Los resultados de Manolache¹⁶⁵ concretan este periodo en un mes, Seville¹⁵⁹ establece que el margen de tiempo varia desde varios días a un mes y Devrimci-Ozguven¹⁸² establece un periodo mayor de tres meses.

Estos aspectos refuerzan la idea de que la PS es una psicodermatosis secundaria a una vivencia estresante, la cual después de un periodo de latencia variable desencadena un hipotético “síndrome de estrés postraumatico”, manifestándose clínicamente mucho más grave.

5.3. Dominio sintomático

En esta sección se van a contrastar los resultados recabados en el dominio sintomático de la CV así como los correspondientes a los índices de gravedad clínica de la PS, es decir, el PASI y el BSA.

El dominio sintomático es el que consigue los porcentajes medios más altos (42,11%). Este aspecto discrepa del estudio de Miniszewska¹⁸⁰, el cual obtiene un porcentaje medio de un 19.5% en las mujeres y un 19.7% en los hombres en el dominio sintomático. Por otro lado, en esta serie, el análisis multivariante no demuestra que haya diferencias en cuanto al sexo de los pacientes, pero sí en cuanto a la edad y el tipo de PS. Estas variables se consideran indicadoras de producir un detrimento en la CV, siendo los <40 años con una PS tipo vulgar los más afectados.

El signo que más influye en el deterioro de la CV de la muestra es el picor, siendo referido por más de la mitad de la muestra (54,17%). Esto se ajusta con los datos obtenidos por Zhu¹⁶⁸ en cuya serie el picor es el indicador más importante de

deterioro de la CV, obteniendo la significación estadística entre la gravedad del picor y el PASI ($p < 0,01$) y entre el picor y la gravedad de la CV ($p < 0,01$).

Igualmente Reich¹⁷⁰ observa como el 89,2% de su muestra refiere prurito y describe una asociación significativa estadísticamente entre este signo y el deterioro de la CV ($p > 0,01$), el sentimiento de estigmatización ($p < 0,001$), el de rechazo ($p < 0,02$), el de sentirse un ser imperfecto ($p < 0,001$), el de estar sensible por la actitud de los demás ($p = 0,003$), el ocultismo ($p = 0,02$) y el sentirse deprimido ($p < 0,001$). Por el contrario la asociación entre el picor y el PASI no resulta ser significativa en su serie ($p = 0,11$). Asimismo encuadra con los resultados de Mrowietz¹⁶⁹ en el que el prurito aparece en casi la totalidad de su muestra (96%), logrando alcanzar la significación estadística con un detrimento de la CV ($p < 0,001$) y no consiguiendo dicha asociación con respecto al PASI ($p = 0,381$) y al BSA (0,084).

En esta serie, los datos correspondientes a la irritación de la piel (41,67%), la sensibilidad de la piel (31,67%) obtienen porcentajes medios elevados, mientras que los datos correspondientes a la sensación de ardor de la piel (20,00%) y la sensación de que el contacto con agua agrava la PS (14,17%) consiguen unas puntuaciones más bajas. Estos porcentajes resultan ser inferiores a los conseguidos por Sampogna¹⁷⁷, en el que la irritación de la piel tiene un 59%, la sensación de ardor de la piel un 46%, la sensibilidad de la piel un 39% y la sensación de que el agua empeora mi piel un 23%. Coincidiendo en ambos estudios que la irritación de la piel predomina sobre el empeoramiento de la piel con el agua. Cada uno de estos ítems alcanzan la significación estadística en relación con una disminución de la CV, consiguiendo todos ellos un p valor $< 0,02$.

En este estudio, el dolor de las lesiones de PS (3,33%) es el signo clínico menos representativo en afectar a la CV. Estos datos son diferentes de lo reportado por Ljosaa¹⁷¹, en la cual el dolor está presente en el 80% de los casos, alcanzando la significación estadística en relación con el detrimento de la CV, especialmente cuando este es de tipo punzante y muy irritante ($p = 0,010$), produce repercusiones en el sueño ($p = 0,03$), interfiere en su carácter personal ($p = 0,02$) y altera su relación con los demás ($p < 0,001$). Además logra la significación entre las personas

que tienen dolor y el PASI ($p < 0,006$). Otro autor que consigue demostrar en su serie que hay una relación estadística entre la CV y este signo clínico de la PS ($p = 0,021$) es Sanchez-Regaña¹⁶⁶.

En la serie de Lewis-Beck¹⁷² el dolor de la piel está presente en un 46,23%, el picor en un 87,44% y el sangrado de las lesiones en un 48,24%, demostrando una significación estadística entre el dolor y la CV ($p > 0,001$). Sin embargo, al estudiar la relación entre el rendimiento laboral de los pacientes y la gravedad del dolor ($p = 0,001$), la gravedad del picor ($p = 0,004$) y la gravedad de la descamación de las lesiones ($p = 0,002$) sí que logra alcanzar una significación estadística.

El efecto que produce el sangrado de las lesiones en la CV en este trabajo obtiene un porcentaje medio poco elevado (11,67%), repercutiendo levemente en la CV. A diferencia de estos resultados, Ginsburg¹⁷³ llega a una conclusión totalmente distinta, considerándolo un signo clínico fundamental en la estigmatización social de la PS y en la desesperación del paciente, colaborando con la no adhesión al tratamiento y por lo tanto dando lugar a una mayor gravedad de la enfermedad.

Respecto a los resultados obtenidos en este trabajo para el factor BSA, resulta ser limítrofe a obtener la significación estadística ($p = 0,05$), siendo estos resultados opuestos a los obtenidos por Gelfand¹⁴⁴. Este autor corrobora que cuanto mayor es la superficie corporal afectada hay una mayor impacto se produce en la CV, sobretodo en las mujeres jóvenes ($p = 0,04$). En este sentido Hernanz¹⁵⁶, en el estudio "Secuence", verifica la asociación significativa estadísticamente entre un BSA ($p < 0,01$) y un PASI ($p < 0,01$) mayor con CV menor.

En el análisis univariante realizado de este trabajo la significación estadística entre la gravedad clínica de la PS medida con el PASI y la gravedad de la enfermedad medida con el cuestionario de CV mediante el *Skindex-29* ($p = 0,06$) queda cercana a la significatividad ($p = 0,06$). Acorde con estos resultados está el trabajo de Heydendael¹⁷⁵, no obteniéndose la relación significativa entre el PASI y la CV ($p = 0,26$). Sin embargo, cuando las lesiones son más visibles, la correlación entre la salud mental con la descamación de los brazos ($p = 0,04$) y con la localización en el cuero cabelludo ($p = 0,01$) sí que son significativas.

Por el contrario, Wahl¹⁷⁶ observa una relación significativa entre el PASI y la CV de los pacientes que son muy conscientes de las negativas consecuencias de la PS ($p=0,001$) y el impacto emocional que produce ($p=0,020$). Igualmente Herédi¹⁷⁴ verifica esta significación estadística, especialmente cuando las localizaciones están en la parte superior del torso ($p<0,05$).

Otra variable que casi logra ser significativa es el tipo de PS vulgar ($p= 0,08$), lo cual está en desacuerdo con lo publicado por Puig², en cuyo estudio las formas no vulgares, como la PS pustulosa y la PS eritrodérmica presentan un mayor perjuicio psicológico y social de los enfermos. En esta serie, la mayoría de los pacientes presentan un tipo de PS vulgar (75%), los resultados obtenidos refuerzan lo peculiar que es la PS, produciendo un impacto negativo en la CV independiente de su gravedad clínica. Por lo tanto se ratifica la coexistencia de otros factores concomitantes y ajenos a este parámetro que aminoren la CV de los pacientes.

5.4. Dominio emocional

El dominio emocional resulta ser el segundo dominio más afectado de la muestra (36,59%). Antes de interpretar estos hallazgos, hay que recordar que una de las causas de exclusión de este estudio es la coexistencia de enfermedad psiquiátrica concomitante. Este es el punto clave en la valoración del impacto en la CV obtenido, ya que las comorbilidades psiquiátricas pueden incrementar su gravedad considerablemente. La importancia de esta patología asociada se demuestra en el estudio de Hernánz¹⁵⁶, quien en su serie alcanza la significación estadística con un deterioro de la CV ($p<0,01$), con la localización de la Ps en el cuero cabelludo ($p= 0,01$) y con la gravedad del PASI ($p<0,01$).

A diferencia de los resultados de esta serie, Wahl¹⁷⁶ confirma que el dominio más dañado es el emocional ($p=0,002$) y describe una significación estadística entre la CV y el conocimiento del paciente de las consecuencias de su enfermedad ($p>0,001$), observando que muchos de los pacientes tienen un sentimiento muy pesimista de la vida. Asimismo, en el estudio "VACAP"¹⁵⁰ se demuestra la significación estadística entre los cuadros depresivos con el PASI ($p<0,001$), con

el sexo ($p=0,015$) y con la PS en el cuero cabelludo ($p=0,027$). Mientras que los cuadros ansioso se relacionan estadísticamente con el PASI ($p<0,001$), con el sexo ($p=0,023$) y con la finalización de una licenciatura ($p=0,039$).

Los pacientes de este trabajo experimentaron un amplio abanico de sentimientos asociados a la PS, aunque en general con unos porcentajes medios poco elevados. El que obtiene una mayor puntuación en este dominio es el sentimiento de preocupación por un posible empeoramiento de la enfermedad (37,5%). Este punto unido al de la preocupación porque su PS sea una enfermedad grave (19,17%) y añadido a la convivencia con una enfermedad crónica e incurable puede generar una inquietud o angustia en sus vidas. Esta falta de esperanza de que la enfermedad tiene una cura es demostrada por Mazeedi¹⁴⁷, confirmando que hay una significación estadística entre un impacto negativo en la CV y el sentimiento de desamparo ($p=0,02$), de vergüenza ($p=0,01$), y de depresión ($p=0,01$) y de tener un carácter irritable ($p=0,01$). Krueger¹⁸⁸ también resalta la frustración de los pacientes ante una enfermedad incurable

La vergüenza (20,82%), la frustración (18,33%), la experiencia de situaciones embarazosas (17,5%) y la humillación (10,83%) no alcanzan resultados muy altos en este trabajo. Todas estas emociones referidas van ligadas íntimamente a los sentimientos de estigmatización que la PS genera en la sociedad. Existen varios artículos que están en total desacuerdo con el escaso papel que la estigmatización tiene en la PS. En la serie de Schmid-Ott¹⁸⁵ se observa una diferencia significativa entre el nivel del estigma social ($p<0,01$) y el estado laboral con respecto al sexo, siendo las mujeres las más afectadas.

Vardy¹⁸⁶ verifica en su trabajo que la estigmatización de la PS juega un papel principal en el deterioro de la CV, estableciendo una significación estadística entre la CV y cada uno de los factores asociados a la misma: el rechazo, el retraimiento, la autoestima, la repulsión y la ocultación ($p>0,001$). Además sugiere la necesidad de un tratamiento de apoyo psicológico, social y familiar para combatirla. Igualmente Kimball¹⁸ comprueba que uno de los principales factores que influyen en la CV de la PS es el factor psicosocial, especialmente los sentimientos de estigmatización, de vergüenza, de frustración, de miedo y de depresión.

En cuanto al sentimiento de vergüenza, los resultados recabados en la serie de Norlin¹⁴⁶ son diferentes de los obtenidos en esta serie. Este autor describe una correlación estrecha entre este sentimiento y la baja autoestima con los cuadros ansioso depresivos. Asimismo, en el estudio “Reto 6391”¹⁹⁰ refleja que siete de cada 10 pacientes sienten vergüenza por su PS al menos una vez en su vida.

Los datos recabados confirman que, la preocupación de los pacientes por las cicatrices residuales que pueda dejar su PS tampoco resultó ser un sentimiento que altere mucho a la CV de la muestra estudiada (16,67%). Generalmente las cicatrices van unidas al concepto de desfiguración estética de lo cual se deduce que la gran mayoría de los pacientes consideraron que su PS era una enfermedad no desfigurante. Gupta¹⁸³ obtiene unos resultados totalmente opuestos y confirmó que la desfiguración cosmética desencadena un mayor nivel de estrés, una mayor dependencia de otras personas y unos problemas para transmitir sus emociones. Por lo tanto, se puede afirmar que los pacientes de esta serie tienen una estigmatización muy leve, contribuyendo a que la gravedad de la CV obtenida en este estudio resulta ser moderada y no grave.

El sentirse enojado (20,83%) y el estar enfadado (16,67%) son sentimientos que no lograron alcanzar puntuaciones muy elevadas en este trabajo. Por el contrario, Sampogna¹⁸⁷ alcanza valores superiores en el estar enojado (85%) y porcentajes más homogéneos en el sentirse enfadado (<20%). También describe una relación significativa entre el enojo y la CV en cuanto al factor sexo ($p < 0,001$), siendo el femenino el más dañado y otra relación significativa entre el sentirse enfadado y un nivel cultural bajo. La importancia de un factor cultural bajo en el deterioro de la CV también se refleja en esta serie en relación con el dominio emocional, resultando ser los pacientes con un nivel cultural bajo los que se asocia una peor CV ($p = 0,0005$).

El sentimiento de estar deprimido obtiene los porcentajes más bajos por lo que se puede decir que influyó muy poco en la CV de la muestra estudiada (10%). Esto contrasta con lo reportado por Remröd¹⁸¹ el cual confirma que los cuadros depresivos resultan ser significativos estadísticamente en relación con una peor CV, siendo más frecuente en los jóvenes que se sienten amargados ($p = 0,001$),

resentidos ($p= 0,001$), desconfiados ($p=0,007$), con agresividad verbal ($p=0,005$) y con un carácter irritable ($p<0,001$).

Por otro lado, Gupta¹⁸⁴ también destaca las consecuencias de los síndromes depresivos en la PS, estableciendo correlación significativa estadísticamente entre la depresión y las ideas de suicidio ($p<0,0001$) y entre la depresión y la percepción que el paciente tiene de su enfermedad ($p<0,05$).

5.5. Dominio funcional

El dominio funcional es el que en menor proporción afecta a la CV de la muestra (22,69 %). Es importante destacar dos hechos en la valoración de este dominio. Uno de ellos es que la gran mayoría de la muestra no refiere antecedentes personales de otras enfermedades, por lo que la mayor parte de este estudio valora exclusivamente los efectos de la PS en la CV. El segundo es que uno de los criterios de exclusión es que no existan determinadas enfermedades concomitantes invalidantes, descartando las de origen tumoral y autoinmune. Algunas de las cuales forman parte de las comorbilidades asociadas a la enfermedad que potencian las limitaciones funcionales de los pacientes.

Los porcentajes más bajos obtenidos en el dominio funcional se relacionaron especialmente las alteraciones en el sueño, el aislamiento social, la relación con las personas queridas y las alteraciones en la vida sexual. Este hecho puede interpretarse como que la muestra no considerase las limitaciones funcionales son lo suficientemente importantes como para producir un impacto grave en la CV.

A diferencia de este resultado están los obtenidos por Krueger¹⁸⁸ y Al-Mazeedi¹⁴⁷ los cuales comprobaron la gran repercusión que la PS provocaba en la vida laboral, familiar y en las relaciones de amistad de los pacientes con PS. En este mismo sentido está el trabajo de Gupta¹⁶¹, el cual verificó que los pacientes con un nivel cultural bajo y frecuentemente ≤ 40 años son los que tiene mayor repercusión negativa en el dominio funcional, estando totalmente acorde con el perfil de pacientes con el obtenido en el análisis multivariante de esta tesis en este

dominio. Asimismo consigue alcanzar una significación estadística entre la gravedad de la PS y el sentirse cohibido en lugares públicos ($p < 0,01$), evitar ir a sitios públicos ($p = 0,0003$), modificar la vestimenta de manera que cubra la mayor parte de la superficie corporal ($p = 0,02$), la sensación de que la gente le trata como un ser contagioso ($p = 0,005$), el escuchar comentarios negativos sobre su apariencia ($p = 0,0003$) y el sentimiento de estar fuera de lugar en esta sociedad ($p = 0,049$).

La poca repercusión que la PS produce en la vida social de los pacientes (11,67%), contrasta con las conclusiones del estudio "Reto 6391"¹⁹⁰, obteniendo un 84,4% de su serie una repercusión en su vida de pareja y es sus relaciones sociales, un 46,7% en las actividades deportivas, 53,5% en su vida sexual y un 17,3% en su comportamiento laboral. Además sus pacientes refieren que la PS provoca un efecto irreversible en sus vidas, de los cuales un 21,5% considera que aunque remitiese su enfermedad nunca volvería a ser la misma persona.

En este trabajo se recaban cifras muy bajas en cuanto a la afectación en la relación con los demás (3,33 %), a la sensación de que es un problema para las quiero (5,00%) y a la dificultad para mostrar el afecto (4,17%). Es decir la afectación en las relaciones familiares y amigos es muy pequeña. A diferencia de estos resultados Eghlileb¹⁸⁹ verifica en su serie que la PS afecta gravemente en la vida familiar, siendo esta relación significativa estadísticamente ($p > 0,001$), manifestándose tanto a nivel psíquico como a nivel de discapacidad funcional en múltiples aspectos de la CV como por ejemplo la reducción del número de visitas a los familiares, del periodo vacacional o de las actividades de ocio.

En la serie de Ayala¹⁹² se resalta la importante repercusión laboral que genera la PS, produciendo una gran reducción de su rendimiento en el trabajo. Asimismo calcula que la media de ausencia del puesto laboral es de 3 a 6 días. Este aspecto difiere de los resultados expuestos en esta serie, en la que sólo un 7,50% de los pacientes la PS produce una alteración en su trabajo.

Los datos conseguidos por Dubertret¹⁴⁸ demuestran lo contrario a este trabajo, habiendo una gran repercusión en el dominio funcional de los pacientes, en cuanto

a la elección de un traje (56%), a la necesidad de aumentar el número de baños (45%), a la necesidad de cambiarse de ropa más a menudo (40%), a las limitaciones en las actividades deportivas (38%), a las alteraciones en el sueño (34%), a las limitaciones sexuales (27%), a las limitaciones laborales o de la escuela (27%) y a la afectación en las relaciones sociales (26%). En esta serie, la máxima puntuación obtenida en este dominio fue del 12,50%, siendo muy inferior la puntuación mínima obtenida por Dubertret¹⁴⁸.

Los resultados ratificaron la poca repercusión en el sueño de los pacientes (6,67%). Estos datos se asemejan bastante a los obtenidos por Stinco¹⁹⁸, el cual demuestra que no hay significación estadística con la CV y observa como los tratamientos mejoran mucho el picor de las lesiones pero no mejoran el sueño de su serie. Por el contrario, Shetty¹⁹⁷ establece una significación estadística entre la enfermedad y el insomnio ($p=0,01$) y el sueño ligero ($p=0,04$). En la revisión de Godwa¹⁹⁶ comprueba que existe discordancia entre los autores en cuanto al efecto de la PS en el sueño, estando algunos de ellos a favor de que sí, mientras que otros confirman lo contrario.

Los datos recabados en este estudio permiten demostrar la poca afectación que la PS produjo en la vida sexual de los pacientes, obteniendo las cifras más bajas dentro de este dominio funcional (1,67%). Este hecho está en total desacuerdo con la revisión realizada por Molina-Leyva¹⁹⁵, en la que se demuestra la gran influencia que ejerce la enfermedad en la disfunción sexual de los pacientes, llegando incluso a proponer que se considere como un nuevo criterio de gravedad de la PS a la hora de elegir su tratamiento.

Igualmente está en discordancia con los resultados obtenidos por Meeuwis¹⁹⁴, en cuya serie hay un 24,9% que refiere una disminución en la cantidad de relaciones sexuales, estableciendo una asociación significativamente entre las PS genitales y la afectación de la CV ($p=0,001$). También consigue otras asociaciones con las actividades diarias ($p=0,0001$), con las actividades de ocio ($p=0,001$), con las actividades laborales o de la escuela ($p=0,004$) y con el tratamiento ($p=0,002$).

En este mismo sentido Gupta¹⁹³ demuestra que hay un descenso de las relaciones sexuales en un 40,8% de sus pacientes. Este grupo de enfermos sí que consigue la significación estadística entre la CV y un mayor nivel de depresión ($p=0.02$) y una mayor tendencia a buscar apoyo en los demás ($p=0,02$). Igualmente, su serie casi logra alcanzar la relación estadística entre la CV y la ingesta de alcohol ($p=0,07$), con las lesiones inguinales ($p=0.07$), con las lesiones muy descamativas ($p=0.06$) y con lesiones muy pruriginosas ($p=0,07$).

La escasa repercusión obtenida en el dominio funcional puede ser debida a que la edad de la población diana fue mayoritariamente adulta y que normalmente las necesidades de establecer unas relaciones laborales, de amistad y de pareja son menores que en los más jóvenes. Este aspecto se traduce en una menor incapacidad funcional ya que se pueden adaptar a su enfermedad los familiares y amigos y compañeros laborables, con lo cual el paciente se siente más integrado socialmente y experimenta un impacto menor en su CV.

5.6. Limitaciones

La limitación más importante de esta investigación es debida a la fecha de recogida de los datos necesarios para realizarla. En este periodo de tiempo comprendido entre los años 2000 y 2001 se dispone de muy pocos cuestionarios de CV dermatológicos que cumplan los requisitos necesarios para su utilización en España. Esto imposibilita la utilización de otras herramientas de CV específicas de la PS concomitantemente y así poder obtener unos resultados más contrastados.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

- La psoriasis produce un impacto moderado en la calidad de vida de los pacientes.
- El *Skindex-29* es un instrumento genérico de calidad de vida de las enfermedades dermatológicas que puede utilizarse para la medición de la calidad de vida en la psoriasis.
- La afectación que genera la psoriasis en la calidad de vida es multidimensional. El dominio más dañado es el sintomático seguido por el emocional y el funcional. Las manifestaciones clínicas de la psoriasis tienen una mayor influencia en el deterioro de la calidad de vida que la percepción psicológica de la enfermedad y que las limitaciones de su vida cotidiana laboral, familiar y social.
- El picor (dominio sintomático), la preocupación de que la piel empeore (dominio emocional) y el cansancio que genera el paciente por culpa de su PS (dominio funcional) resultan ser los indicadores relacionados con una calidad de vida peor.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre el detrimento de la CV y el nivel cultural, el estrés, el ingreso hospitalario y la realización de una biopsia.
- El nivel cultural del paciente resulta ser la principal variable relacionada con un detrimento en la calidad de vida, siendo una asociación significativa estadísticamente en cada dominio y en la totalidad del cuestionario *Skindex-29*.
- El perfil de pacientes que mejor explica la repercusión negativa que la psoriasis produce en la calidad de vida se corresponde con aquellos que

tienen un nivel cultural no superior, son ≤ 40 años y refieren una situación de estrés previa a una reagudización de su enfermedad.

- Aunque el tamaño de la muestra es limitado, los resultados obtenidos de este estudio corroboran los hallazgos descritos en la bibliografía.

7. BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Sanchez-Carazo JL, López-Estebanz J, Guisado C. Comorbidities and health-related quality of life in Spanish patients with moderate to severe psoriasis: A cross-sectional study (Arizona study). *J Dermatol* 2014; 41:1–6.
- ² Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernánz J.M et al.. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100:277-86.
- ³ Raychaudhuri SP, Farber EM. Prevalence of psoriasis in the world. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15:16-7.
- ⁴ Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M .Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105:504-9.
- ⁵ Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleisher AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41:401-7.
- ⁶ Conway P, Currie CJ. Descriptive epidemiology of hospitalisation for psoriasis. *Curr Med Res Opin* 2008; 24:3487-91.
- ⁷ Consenso Latinoamericano de Psoriasis. Disponible en: http://www.solapso.org/archivos/LATINOAMERICANO-1_2010.pdf. Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁸ Gudjonsson JE, Karason A, Antonsdottir A, Runarsdottir EH, Hauksson VB, Upmanyu R, et al.. Psoriasis patients who are homozygous for the HLA-Cw0602 allele have a 2.5-fold increased risk of developing psoriasis compared with Cw6 heterozygotes. *Br J Dermatol* 2003; 148:233-5.
- ⁹ Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13:450-6.
- ¹⁰ Piruzian ES, Sobolev VV, Abdeev RM, Zolotarenko AD, Nikolaev AA, Sarkisova MK et al.. Study of molecular mechanisms involved in the pathogenesis of immune-mediated inflammatory diseases, using psoriasis as a model. *Acta naturae* 2009; 1:125-35.
- ¹¹ Elder JT. PSORS1: linking genetics and immunology. *J Invest Dermatol* 2006; 126:1205-6.
- ¹² Di Meglio P, Villanova F, Napolitano L et al.. The IL23R A/Gln381 allele promotes IL-23 unresponsiveness in human memory T-helper 17 cells and impairs Th17 responses in psoriasis patients. *J Invest Dermatol* 2013; 133:2381-9.

- ¹³ Davidovici BB, Sattar N, Prinz J, Puig L, Emery P, Barker JN et al.. Psoriasis and systemic inflammatory diseases: potential mechanistic links between skin disease and co-morbid conditions. *J Invest Dermatol* 2010; 130:1785-96.
- ¹⁴ Hernáinz JM. Avances en el tratamiento de la psoriasis. *JANO* 2007; 1647:45-9.
- ¹⁵ Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med* 2005; 352:1899-912.
- ¹⁶ Raychaudhuri SP, Gross J. Psoriasis risk factors: Role of lifestyle practices. *Cutis* 2000; 66:348-52.
- ¹⁷ Ros AM, Eklund G. Photosensitive psoriasis. An epidemiologic study. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:752-8.
- ¹⁸ Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MD, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6:383-92.
- ¹⁹ Alekseyenko AV, Perez-Perez GI, De Souza A. Community differentiation of the cutaneous microbiota in psoriasis. *Microbiome* 2013; 1:31.
- ²⁰ Ruiz V, Manubens E, Puig L. Psoriasis y embarazo: revisión (I). *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105:734-43.
- ²¹ Dermatología. Escrito por: Jean L. Bolognia MD, Joseph L. Jorizzo MD and Ronald P. Rapini MD. En: *Dermatology*. Eds. Elsevier España SA 2004. Sección 3, Capítulo 9, página 126.
- ²² Psoriasis Causes and Known Triggers. Disponible en <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/causes>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ²³ Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J. Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. *Br J Dermatol* 1994; 130:473-7.
- ²⁴ Higgins E. Alcohol, smoking, and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25:107-10.
- ²⁵ Nuño-González A, Gómez de la Fuente E, Vicente-Martín FJ, López-Esteban JL. Psoriasis hiperqueratósica palmoplantar con excelente respuesta a ustekinumab. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103:169.
- ²⁶ Sola-Ortigosa J, Sánchez-Regaña M, Umbert-Millet P. Psoriasis del cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100:536-43.
- ²⁷ Psoriasis on the face. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/specific-locations/face>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ²⁸ Hands, Feet and Nails. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/specific-locations/hands-feet-nails> . Última visita en febrero 2015.

- ²⁹ Sánchez-Regaña M, Umbert P. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99:34-43.
- ³⁰ Sexualidad y psoriasis, cómo afecta a las mujeres. Disponible en: <http://www.accionpsoriasis.org/investigacion/estudios/344-sexualidad-y-psoriasis-como-afecta-a-las-mujeres.html#.VCSIKcJxnIU>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ³¹ Bruce AJ, Oral psoriasis. *Dermatol Clin* 2003; 21:99-104.
- ³² López-Ferrer A, Torrente-Segarra V, Puig L. Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo debe saber (Parte 1). *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101:578–84.
- ³³ Julià M, Darwich E y Mascaró JM. Psoriasis. *JANO* 2009; 1748:15-22.
- ³⁴ Weisenseel P, Laumbacher B, Besgen P, Ludolph-Hauser D, Herzinger T, Roecken M et al.. Streptococcal infection distinguishes different types of psoriasis. *J Med Genet* 2002; 39:767–8.
- ³⁵ Esquius M, Ribera M, Bielsa I, Ferrándiz C. Pustulosis aguda generalizada. *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92:25-9.
- ³⁶ López-Estebanz JL, Ruiz-Gena D. Psoriasis pustulosa, psoriasis palmoplantar, psoriasis eritrodérmica y etanercept. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101:35-39.
- ³⁷ Díaz RM, María Arranz D, Sigüenza M. Psoriasis: algunos signos clínicos e histológicos con nombre propio. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94:420-2.
- ³⁸ Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD et al; Working Group on Comorbidity in Psoriasis. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27:1387-404.
- ³⁹ Finlay AY. Current severe psoriasis and the Rule of Tens. *Br J Dermatol* 2005; 152:861-7.
- ⁴⁰ Frederiksson T, Pettersson U. Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978; 157:238-44.
- ⁴¹ Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology* 2005; 210:194-9.
- ⁴² Puig L. Los tratamientos biológicos de la psoriasis moderada a grave no son alternativas terapéuticas equivalentes. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105:483-6.
- ⁴³ Feldman SR, Fleischer AB Jr, Reboussin DM, Rapp SR, Exum ML, Clark AR et al.. The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *J Invest Dermatol* 1996; 106:183-6.

- ⁴⁴ Robinson A, Kardos M, Kimball AB. Physician Global Assessment (PGA) and Psoriasis Area and Severity Index (PASI): why do both? A systematic analysis of randomized controlled trials of biologic agents for moderate to severe plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66:369-75.
- ⁴⁵ Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51:563-9.
- ⁴⁶ Feldman SR, Krueger GG. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005; 6:65-8.
- ⁴⁷ Moreno-Ramírez D, Fonseca E, Herranz P, Ara M. Realidad terapéutica de la psoriasis moderada-grave en España. Encuesta de opinión. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101:858-65.
- ⁴⁸ Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L, et al.. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100:190-200.
- ⁴⁹ Fischer-Levancini C, Sánchez-Regaña M, Llambí F, Collgros H, Expósito-Serrano, Umbert-Millet V. Psoriasis ungueal: tratamiento con ungüento hidrófilo de tazaroteno al 0,1%. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103:725-8.
- ⁵⁰ Jiménez Gómez N, Ballester Martínez MA, Pérez Gala S, Gárate Ayastuy MT. Psoriasis. *Medicine* 2014; 11:2764-73.
- ⁵¹ Belge K, Brück J, Ghoreschi K. Advances in treating psoriasis. *F1000Prime Reports* 2014; 6:1-8.
- ⁵² Carretero G, Puig L, Dehesa L, Carrascosa JM, Ribera M, Sánchez-Regaña M et al.. Metotrexato: guía de uso en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101:600-13.
- ⁵³ Feltes F, Macías del Toro E, Ramírez Bellver JL, Bernárdez C. Terapia de mantenimiento con ciclosporina en pauta de fin de semana para psoriasis moderada. Disponible en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.10.011>. Última visita en marzo 2015.
- ⁵⁴ Carretero G, Ribera M, Belinchón I, Carrascosa JM, Puig L, Ferrándiz C et al.. Acitretina: guía de uso en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:598-616.
- ⁵⁵ Carrascosa JM, Gardeazába, Pérez-Ferriol A, Alomard A, Manrique P, Jones-Caballero M, et al.. Documento de consenso sobre fototerapia: terapias PUVA y UVB de banda estrecha. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96:635-58.

- ⁵⁶ Acción Psoriasis, en el Parlamento Europeo. Disponible en: <http://www.accionpsoriasis.org/actualidad/308-accion-psoriasis-en-el-parlamento-europeo.html#.U35eADhZrMw>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁵⁷ La OMS reconoce la psoriasis como un enfermedad grave. Disponible en: <http://www.accionpsoriasis.org/actualidad/373-la-oms-reconoce-la-psoriasis-como-una-enfermedad-cronica-grave.html#.U-tzoDjlrMx>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁵⁸ WHOQOL: measuring quality of life. WHO_MSA_MNH_PSF_97.4. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63482> . Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁵⁹ López de Lizaga JL. ¿Puede orientarnos hoy Aristóteles?. La cuestión de la "vida buena" desde la ética del discurso. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ef/n41/n41a10.pdf> . Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁶⁰ The Vantage Point: Perspectives of the Presidency, 1963-1969. Johnson, Lyndon B. Editorial: Holt, Rinehart and Winston, New York, New York, 1971. Disponible en: <http://www.iberlibro.com/Vantage-Point-Perspectives-Presidency-1963-1969-Johnson/7792609003/bd> . Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁶¹ Human Development Report. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh> . Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁶² Flanagan JC. Measurement of quality of life: Current state of the art. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1982; 63:56-59.
- ⁶³ Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D et al.. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment. BMJ 1992; 305:1074-7.
- ⁶⁴ WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/. Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁶⁵ Ghana country assessment report on ageing and health. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126341/1/9789241507332_eng.pdf. Última visita en febrero 2015.
- ⁶⁶ Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Quality of life and health: a necessary debate. Ciencia y Saúde Coletiva. ABRASCO 2000; 5:1-7.
- ⁶⁷ Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion. Copenhagen, 9-13 July 1984. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>. Última visita realizada en febrero del 2015.

- ⁶⁸ Madrigal M, Velandrino A, Ruzafa M. Evaluación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf. Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁶⁹ WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995; 41(10):1.403-1.409.
- ⁷⁰ Jones-Caballero M, Peñas PF. Calidad de vida (I). Calidad de vida en Dermatología. Actas Dermosifiliogr 2002; 93:421-31.
- ⁷¹ Halioua B, Beaumont MG, Lunel F. Quality of life in dermatology. Int J of Dermatol 2000; 39:801-6.
- ⁷² Calidad de vida relacionada con la salud. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hrqol/spanish/>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁷³ Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of life outcomes. N Engl J Med 1996; 334:835-40.
- ⁷⁴ Patient Reported Outcomes y de Calidad de Vida Relacionada con la salud. Disponible en: <http://www.bibliopro.org/cuestionarios/index.html> . Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁷⁵ Guía para los Participantes sobre Investigaciones Clínicas de la Salud Mental. Health and education. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/gu-a-para-los-participantes-sobre-investigaciones-cl-nicas-de-la-salud-mental/index.shtml#pub4>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁷⁶ Finlay AY, Ryan TJ. Disability and handicap in dermatology. Int J Dermatol 1996; 35:305-11.
- ⁷⁷ Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de Enfermedades causadas o agravadas por el Trabajo (PANOTRASTSS). Informe anual 2013. Secretaria de Estado de la Seguridad Social. Dirección general de Ordenación de la Seguridad Social. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf> . Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁷⁸ Restrepo C, Escobar C, Mejía AM, Tamayo S, García HI, Lugo LH et al.. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. Iatreia 2013; 26:467-75.
- ⁷⁹ Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales- a measure of the impact of skin diseases. Br J Dermatol 1997; 136:202–6.
- ⁸⁰ Escalas J, Guerra A, Rodríguez-Cerdeira MC. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. Actas Dermosifiliogr 2010; 101:485-94.

- ⁸¹ Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-Related Quality of Life. *Ann Intern Med* 1993; 118:622-9.
- ⁸² Guyatt GH. The philosophy of health -related quality of life translation. *Qual Life Res* 1993; 2:461-5.
- ⁸³ Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin* 2005; 125:56-60.
- ⁸⁴ Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
- ⁸⁵ SF-36.org "Community News". Disponible en: <http://www.sf-36.org> .Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁸⁶ Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
- ⁸⁷ Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al.. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19:135-50.
- ⁸⁸ Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15:221-9.
- ⁸⁹ Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of life research* 1994; 3:385-93.
- ⁹⁰ General Health Questionnaire (GHQ). Disponible en: http://www.PROQOLID.org/instruments/general_health_questionnaire_ghq .Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁹¹ González M, Ibáñez I. Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación de dos modelos factoriales. *Psiquiatria.com* 2001; 5:1.
- ⁹² Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Med* 1986; 111:135–40.
- ⁹³ How to use EQ-5D. Disponible en: <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html> .Última visita realizada en febrero 2015.
- ⁹⁴ Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale Med Clin* 1999; 112:1:79-85.

- ⁹⁵ Finlay A.Y, Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology* 1994; 19:210-6.
- ⁹⁶ García de Tiedra, Mercadal J, Badía X et al.. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El índice de calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr* 1998; 89:692-700.
- ⁹⁷ Finlay A.Y. Quality of life measurement in Dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997; 136:305–14.
- ⁹⁸ Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997; 133:1433-40.
- ⁹⁹ Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996; 107:707-13.
- ¹⁰⁰ Chren MM. The Skindex instruments to measure the effects of skin disease on quality of life. *Dermatol Clin* 2012; 30:231-6.
- ¹⁰¹ Smidt AC, Lai JS, Cella D, Patel S, Mancini AJ, Chamlin SL. Development and validation of *Skindex-Teen*, a quality-of-life instrument for adolescents with skin disease. *Arch Dermatol* 2010; 146:865-9.
- ¹⁰² Jones-Caballero M, Peñas PF, García-Díez A, Chren MM, Badía X. La versión española de *Skindex-29*. Un instrumento de medida de la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas. *Med Clin* 2002; 118:5-9.
- ¹⁰³ Jones-Caballero M, Peñas PF. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93:481-9.
- ¹⁰⁴ Kim do Y, Lee JW, Whang SH, Park YK, Hann SK, Shin YJ. Quality of life for Korean patients with vitiligo: *Skindex-29* and its correlation with clinical profiles. *J Dermatol* 2009; 36: 317-22.
- ¹⁰⁵ Ishiguro M, Hashizume H, Ikeda T, Yamamoto Y, Furukawa F. Evaluation of the quality of life of lupus erythematosus patients with cutaneous lesions in Japan. *Lupus* 2014; 23:93-101.
- ¹⁰⁶ Lansdorp CA, van den Hondel KE, Korfage IJ, van Gestel MJ, van der Meijden WI. Quality of life in Dutch women with lichen sclerosus. *Br J Dermatol* 2013; 168:787-93.
- ¹⁰⁷ Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, Vonend A, Metz M, Magerl M et al.. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *Br J Dermatol* 2006; 154:294-8.

- ¹⁰⁸ Peyrí J, Leonart M. Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98:476-82.
- ¹⁰⁹ Erturk IE, Arican O, Omurlu IK, Sut N. Effect of the pruritus on the quality of life: a preliminary study. *Ann Dermatol* 2012; 24:406-12.
- ¹¹⁰ Jones-Caballero M, Pedrosa E, Peñas PF. Self-reported adherence to treatment and quality of life in mild to moderate acne. *Dermatology* 2008; 217:309-14.
- ¹¹¹ Paradisi A, Capizzi R, Ricci F, Di Pietro C, Abeni D, Tabolli S. Quality of life in patients with anogenital warts. *Eur J Dermatol* 2013; 23:837-42.
- ¹¹² Nicholson K, Abramova L, Chren MM, Yeung J, Chon SY, Chen SC. A pilot quality-of-life instrument for acne rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:213-21.
- ¹¹³ Andreis F, Rizzi A, Mosconi P, Braun C, Rota L, Meriggi F, Mazzochi M, Zaniboni A. Quality of life in colon cancer patients with skin side effects: preliminary results from a monocentric cross sectional study. *Health and quality of life outcomes* 2010; 8:40.
- ¹¹⁴ Tabolli S, Calza A, Di Pietro C, Sampogna F, Abeni D. Quality of life of psoriasis patients before and after balneophototherapy. *Yonsei Med J* 2009; 50:215-21.
- ¹¹⁵ Bronsard V, Paul C, Prey S, et al.. What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24:17-22.
- ¹¹⁶ Cassano N, Loconsole F, Miracapillo A, Travaglini M, Pezza M, Diguseppe MD et al.. Treatment of psoriasis with different dosage regimens of etanercept: preliminary results from the Taranta Plastic Study Group. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology* 2010; 23:797-802.
- ¹¹⁷ Kopel E, Levi A, Harari M, Ruzicka T, Ingber A. Effect of the Dead Sea climatotherapy for psoriasis on quality of life. *Isr Med Assoc J* 2013; 15:99-102.
- ¹¹⁸ Lambert J, Hol CW, Vink J. Real-life effectiveness of once-daily calcipotriol and betamethasone dipropionate gel vs. ointment formulations in psoriasis vulgaris: 4- and 12-week interim results from the PRO-long study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; 28: 1723–31.
- ¹¹⁹ Menting SP, Sitaram AS, Bonnerjee-van der Stok HM, de Rie MA, Hooft L, Spuls PI. Drug survival not significantly different between biologics in patients with psoriasis vulgaris: a single center database analysis. *Br J Dermatol* 2014; 171:875-83.
- ¹²⁰ Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of psoriasis on quality of life: Relationship between clinical response to therapy and change in health-related quality of life. *Ann Dermatol* 2010; 22:389-96.

- ¹²¹ Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study. *Br J Dermatol* 2007; 157:508-13.
- ¹²² Sampogna F, Tabolli S, Mastroeni S. Quality of life impairment and psychological distress in elderly patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; 215:341-7.
- ¹²³ Sampogna F, Chren MM, Melchi CF et al.. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol* 2006; 154:325-31.
- ¹²⁴ Fernández Peñas FP, Jones-Caballero M, Espallardo O, García-Díez A. Comparison of *Skindex-29*, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Disability Index and Medical Outcome Study Short Form 36 in patients with mild to severe psoriasis. *Br J Dermatol* 2012; 166:884-7.
- ¹²⁵ Janowski K, Steuden S, Bereza B. The Polish version of *Skindex-29*: psychometric properties of an instrument to measure quality of life in dermatology. *Postepy Dermatol Alergol* 2014; 31:12-20.
- ¹²⁶ Nijsten T, Sampogna F, Abeni D. Categorization of *Skindex-29* scores using mixture analysis. *Dermatology* 2009; 218:151-4.
- ¹²⁷ Prinsen CA, Lindeboom R, Sprangers MA, Legierse CM, de Korte J. Health-related quality of life assessment in dermatology: interpretation of *Skindex-29* scores using patient-based anchors. *J Invest Dermatol* 2010; 130:1318-22.
- ¹²⁸ Chren MM. Interpretación of Quality of Life Scores. *J Invest Dermatol* 2010; 130:1207-09.
- ¹²⁹ Prinsen CA, Lindeboom R, de Korte. Interpretation of *Skindex-29* scores: cutoffs for mild, moderate, and severe impairment of health-related quality of life. *J Invest Dermatol* 2011; 131:1945-7.
- ¹³⁰ Kuijpers M, Klinkenberg T, Bouma W, DeJongste M, Mariani M. Single-port one-stage bilateral thoracoscopic sympathectomy for severe hyperhidrosis: prospective analysis of a standardized approach. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2013; 8:216
- ¹³¹ Sampogna F, Abeni D. Interpretation of *Skindex-29* scores. *J Invest Dermatol* 2011; 131:1790-2.
- ¹³² Prinsen CA, Lindeboom R, de Korte J. Interpretation of *Skindex-29* scores: response to Sampogna and Abeni. *J Invest Dermatol* 2012; 132:1500-1.
- ¹³³ Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis: an index of disability. *Clin Exper Derm* 1987; 12:8-11.

- ¹³⁴ Índice para la Discapacidad por Psoriasis. Disponible en: <http://www.bibliopro.org/buscador/206/indice-para-la-discapacidad-por-psoriasis>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ¹³⁵ Vanaclocha F, Puig L, Daudén E, Escudero J, Hernánz JM, Ferrándiz C et al.. Validation of the Spanish version of the Psoriasis Disability Index questionnaire in assessing the quality of life of patients with moderate-severe psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96:659-68.
- ¹³⁶ Ferrándiz C, García-Díez A, Lizán L, Bermúdez-Rey L, Badia x. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin* 2007; 128:325-9.
- ¹³⁷ Reflective evaluation of psoriasis Efficacy of Treatment and Severity (REFLETS). Disponible en: http://www.progolid.org/instruments/reflective_evaluation_of_psoriasis_efficacy_of_treatment_and_severity_reflets#subtabs-4 . Última visita realizada en febrero 2015.
- ¹³⁸ Gupta MA, Gupta AK. The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venereol* 1995; 75:240-3.
- ¹³⁹ Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffith CEM. Assessing illness-related stress in psoriasis: The psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*; 1997; 42:467-475.
- ¹⁴⁰ Daudén E, Herrera E, Puig L, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Caloto MT, et al.. Validation of a new tool to assess health-related quality of life in psoriasis: the PSO-LIFE questionnaire. *Health and quality of life outcomes* 2012; 10:56.
- ¹⁴¹ Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C et al.. Epidemiology and health services research quality of life in 6497 nordic patients with psoriasis. *Br J of Dermatol* 2002; 146:1006-16.
- ¹⁴² Wahl A, Moum T, Hanestad BR, Wiklund I. The relationship between demographic and clinical variables, and quality of life aspects in patients with psoriasis. *Qual Life Res* 1999; 8:319-26.
- ¹⁴³ Wahl A, Loge JH, Wiklund I, Hanestad BR. The burden of psoriasis: A study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43:803-8.
- ¹⁴⁴ Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ et al.. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: A study from the US population. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51:704-8.
- ¹⁴⁵ Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Joe Kist J et al.. The prevalence of psoriasis in African Americans: Results from a population-based study *J Am Acad Dermatol* 2005; 52:23-6.

- ¹⁴⁶ Norlin JM, Steen Carlsson K, Persson U, Schmitt-Egenol M. Analysis of three outcome measures in moderate to severe psoriasis: a registry-based study of 2450 patients. *Br J Dermatol* 2012; 166:797-802.
- ¹⁴⁷ Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *Int J Dermatol* 2006; 45:418-24.
- ¹⁴⁸ Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, van de Kerkhof PCM, Chimenti S, Lotti T et al.. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol* 2006; 155:729–36.
- ¹⁴⁹ Daudén E, Pujol RM, Sánchez-Carazo JL. Demographic characteristics and health-related quality of life of patients with moderate-to-severe psoriasis: The VACAP study. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:807-14.
- ¹⁵⁰ Pujol RM, Puig L, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Vanaclocha F et al. Mental health self-assessment in patients with moderate to severe psoriasis: an observational, multicenter study of 1164 patients in Spain (the VACAP Study). *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:897-903.
- ¹⁵¹ García-Diez A, Ferrándiz C, Vanaclocha F, Lizán L, Badía X, Sellers G. What characterizes the severity of psoriasis? Results from an epidemiological study of over 3,300 patients in the iberian region. *Dermatology* 2008; 216:137–51.
- ¹⁵² Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwappl I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: A multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology* 2008; 216:366–72.
- ¹⁵³ Daudén E, Conejo J, García-Calvo C. Percepción del médico y paciente de la gravedad de la psoriasis, su impacto en la calidad de vida y satisfacción con la atención y el tratamiento recibido. Estudio observacional en España. *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102:270-6.
- ¹⁵⁴ McKenna KE, Stem RS. The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36:388-94.
- ¹⁵⁵ Gokdemir G, Ari S, Köşlü A. Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22:330-5.
- ¹⁵⁶ Hernánz JM, Sánchez-Regaña M, Izu R, Mendiola V, C and García-Calvo C. Clinical and therapeutic evaluation of patients with moderate to severe psoriasis in Spain: the Secuence study. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103:897-904.
- ¹⁵⁷ Fernández-Torres RM, Pita-Fernández S, Fonseca E. Quality of life and related factors in a cohort of plaque-type psoriasis patients in La Coruña, Spain. *Int J Dermatol* 2014; 53:507-11.
- ¹⁵⁸ Farber EM, Nall L. Psoriasis: a stress-related disease. *Cutis* 1993; 51:322-6.

- ¹⁵⁹ Seville RH. Psoriasis and stress. II. *Br J Dermatol* 2006; 98:151–53.
- ¹⁶⁰ Fortune DG, O'Sullivan TM, Griffiths CEM. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific. *Br J Dermatol* 1997; 137:755-60.
- ¹⁶¹ Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *Int J Dermatol* 2005; 34:700–3.
- ¹⁶² Brufau RM, Corbalán J, C Brufau C, Ramírez A, Limiñana RM. Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de Psicología* 2010; 26:335-40.
- ¹⁶³ Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K. Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of nordic psoriasis sufferers. *J Eur Acad Dermatol and Venereol* 2004; 18:27–36.
- ¹⁶⁴ Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994; 130:199-203.
- ¹⁶⁵ Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *Int J Dermatol* 2010; 49: 636–41.
- ¹⁶⁶ Sánchez-Regaña M, Ojeda R, Umberto I, Umberto P, Lupoc W, Solé Fernández J. El impacto psicosocial de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94:11-6.
- ¹⁶⁷ Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol* 2011; 50: 783–92.
- ¹⁶⁸ Zhu B, Edson-Heredia E, Guo J, Maeda-Chubachi T, Shen W, Kimball AB. Itching is a significant problem and a mediator between disease severity and quality of life for patients with psoriasis: results from a randomized controlled trial *Br J Dermatol* 2014; 171;1215–19.
- ¹⁶⁹ Mrowietz U, Chouela EN, Mallbris L, Stefanidis D, Marino V, Pedersen et al.. Pruritus and quality of life in moderate-to-severe plaque psoriasis: post hoc explorative analysis from the PRISTINE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014. DOI: 10.1111/jdv.12761.
- ¹⁷⁰ Reich A, Hrehorow E, Szepietowski JC. Pruritus is an Important Factor Negatively Influencing the Wellbeing of Psoriatic Patients. *Acta Derm Venereol* 2010; 90:257–63.
- ¹⁷¹ Ljosaa TM, Rustoen T, Mörk C, Stubhaug A, Miaskowski C, Paul SM, Wahl AK. Skin pain and discomfort in psoriasis: an exploratory study of symptom prevalence and characteristics. *Acta Derm Venereol* 2010; 90:39-45.
- ¹⁷² Lewis-Beck C, Abouzaid S, Xie L, Baser O, Kim E. Analysis of the relationship between psoriasis symptom severity and quality of life, work productivity, and activity impairment among patients with moderate-to-severe psoriasis using structural equation modeling. *Patient Prefer Adherence* 2013; 7:199-205.

- ¹⁷³ Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993; 32:587–91.
- ¹⁷⁴ Herédi E, Rencz F, Balogh O, Gulácsi L, Herszényi K, Holló P et al... Exploring the relationship between EQ-5D, DLQI and PASI, and mapping EQ-5D utilities: a cross-sectional study in psoriasis from Hungary. *Eur J Health Econ* 2014; 15:111-9.
- ¹⁷⁵ Heydendael VM, de Borgie CA, Spuls P, Bossuyt PM, Bos JD, de Rie MA. The burden of psoriasis is not determined by disease severity only. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9:131-5.
- ¹⁷⁶ Wahl AK, Robinson HS, Langeland E, Larsen MH, Krogstad AL, and Moum T. Clinical Characteristics Associated with Illness Perception in Psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2014; 94:271–75.
- ¹⁷⁷ Sampogna F, Gisondi P, Melchi CF, Amerio G, Girolomoni GP, Abeni D. Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol* 2004; 151:594–9.
- ¹⁷⁸ Daudén E, Herrera E, Puig L et al... Impact of active and stable psoriasis on health-related quality of life: the PSO-LIFE study. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:685-93.
- ¹⁷⁹ Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol* 2002; 41:157-74.
- ¹⁸⁰ Miniszewska J, Juczyński Z, Ograczyk A and Zalewska A. Health-related quality of life in psoriasis: important role of personal resources. *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 551–6.
- ¹⁸¹ Remröd C, Sjöström K, Svensson A. Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol* 2013; 169:344–50.
- ¹⁸² Devrimci-Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Europ Acad Dermatol and Venereol*. 2000; 14:267-71.
- ¹⁸³ Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:1030-46.
- ¹⁸⁴ Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993; 32: 188-90.

- ¹⁸⁵ Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jäger B, Sittig U, Hofste N, Ott R et al.. Significance of the Stigmatization Experience of Psoriasis Patients: A 1-Year Follow-up of the Illness and its Psychosocial Consequences in Men and Women. *Acta Derm Venereol* 2005; 85:27–32.
- ¹⁸⁶ Vardy ED, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2002; 147:736–42.
- ¹⁸⁷ Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Living with Psoriasis: Prevalence of Shame, Anger, Worry, and problems in Daily Activities and Social Life. *Acta Derm Venereol* 2012; 92:299–303.
- ¹⁸⁸ Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: Results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001; 137:280-4.
- ¹⁸⁹ Eghlileb AM, Davies EE, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol* 2007; 156:1245-50.
- ¹⁹⁰ Reto 6391. Estudio sobre la calidad de vida de pacientes de psoriasis. Disponible en: <http://www.accionpsoriasis.org/investigacion/estudios/18-reto-6391-estudio-sobre-la-calidad-de-vida-de-los-pacientes-de-psoriasis>. Última visita realizada en febrero 2015.
- ¹⁹¹ Feldman SR, Fleischer AB Jr, Reboussin DM, Rapp SR, Bradham DD, Exum ML et al.. The economic impact of psoriasis increases with psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37:564-9.
- ¹⁹² Ayala F, Sampogna F, Romano GV, Merolla R, Guida G, Gualberti G et al.. The impact of psoriasis on work-related problems: a multicenter cross-sectional survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; 28:1623–2.
- ¹⁹³ Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997; 36:259-62.
- ¹⁹⁴ Meeuwis KAP, de Hullu JA, Van de Nieuwenhof HP, Evers AWM, Massuger LFAG, Van de Kerkhof PCM et al.. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J of Dermatol* 2011; 164:1247-55.
- ¹⁹⁵ Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; 26:1-7.
- ¹⁹⁶ Gowda S, Goldblum OM, McCall WV, Feldman SR. Factors affecting sleep quality in patients with Psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63:114-23.
- ¹⁹⁷ Shutty BG, West C, Huang KE, Landis E, Dabade T, Browder B et al.. Sleep disturbances in psoriasis. *Dermatol Online J* 2013; 19:1.

- ¹⁹⁸ Stinco G, Trevisan G, Piccirillo F, Di Meo N, Nan K, Deroma L et al.. Psoriasis vulgaris does not adversely influence the quality of sleep. *G Ital Dermatol Venereol* 2013; 148:655-9.
- ¹⁹⁹ Rapp SR, Cottrell C.A, Leary MR. Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2001; 145:610-6.
- ²⁰⁰ Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Discapacidad acumulada en el transcurso vital: la cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 105:128-34.
- ²⁰¹ Warren RB, Kleyn CE, Gulliver WP. Cumulative life course impairment in psoriasis: patient perception of disease-related impairment throughout the life course. *Br J Dermatol* 2011; 164:1–14.
- ²⁰² Development Core Team 2009. A lenguaje and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Viena, Australia. ISBN 3-900051-07-0. Disponible en www.R-project.org . Última visita realizada en febrero 2015.