



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPULVEDA”
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

“EL PAPEL DE LA ALEXITIMIA COMO FACTOR
PSICOSOMÁTICO EN LA PSORIASIS”

R-2013-3601-32

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

MARCELA TORRES HERNANDEZ



ASESOR

M. EN C. MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

“DR. BERNARDO SEPULVEDA”

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TITULO

**“EL PAPEL DE LA ALEXITIMIA COMO FACTOR PSICOSOMÁTICO EN LA
PSORIASIS”**

R-2013-3601-32

TESIS QUE PRESENTA

MARCELA TORRES HERNANDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

ASESOR: M. EN C. MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2014

DRA. DIANA MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XX1

M. EN C. MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. EN C. MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

1. DATOS DE ALUMNO

Torres

Hernández

Marcela

520212883

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina UNAM. Psiquiatría y Salud Mental

2.DATOS DEL ASESOR

Vázquez

Estupiñan

Martin Felipe

2. DATOS DE LA TESIS

El papel de la Alexitimia como factor psicossomático en la psoriasis

R-2013-3601-32

35 paginas

2014

INDICE

Resumen	i
1. Introducción	1
1.1 Impacto de la somatización en los servicios de atención a la salud	1
1.2 Conceptualización de la somatización	2
1.3 Etiología de la somatización	3
1.4 Concepto de Alexitimia	4
1.5 Enfermedades psicosomáticas y Alexitimia	5
2. Marco teórico	7
2.1 La Alexitimia en el campo de la Dermatología	7
2.2 Psicodermatología	7
2.3 Definición de Psoriasis	8
2.4 Alexitimia y Psoriasis	8
3. Justificación	10
4. Planteamiento del problema	11
5. Objetivos	11
6. Material y métodos	12
6.1 Tipo de estudio y tamaño de la muestra	12
6.2 Criterios de inclusión y exclusión	12
6.3 Variables	13
6.4 Instrumentos de medición	14
6.5 Método de recolección de datos	15
6.6 Análisis de resultados	15

6.7 Aspectos éticos	16
7. Resultados	17
8. Discusión	24
9. Conclusiones	27
10. Bibliografía	28
Anexos	30

RESUMEN

Título: El papel de la Alexitimia como factor psicossomático en la Psoriasis

Introducción: La somatización se define como la presencia de síntomas somáticos que no pueden ser explicados por una etiología orgánica. Varias teorías que explican la somatización una de ellas es la Alexitimia, en la que individuos carecen de las representaciones mentales de las emociones debido a un déficit en el procesamiento cognitivo de estos. Esto conduce a una capacidad limitada para comprender y regular las emociones y que puede contribuir en el desarrollo o mantenimiento de la enfermedad psicossomática por desregulación de los sistemas biológicos y de comportamiento.

Justificación: Los estudios que asocian a la Alexitimia con la psoriasis son escasos, incompletos o muestran resultados contradictorios. La identificación de dicha asociación tendría importantes implicaciones clínicas en el curso de la enfermedad y para mejorar el abordaje terapéutico.

Hipótesis: La Alexitimia es una característica frecuente en pacientes con Psoriasis y esta desempeña un factor psicossomático al asociarse con niveles elevados de ansiedad crónica

Objetivo del estudio: Demostrar que la Alexitimia es una característica que se presenta más frecuentemente en pacientes con Psoriasis respecto a la población en general y que la coexistencia de Alexitimia-Psoriasis se asocia a niveles altos de ansiedad como rasgo.

Material y métodos: Se aplicaron los siguientes instrumentos de medición a pacientes con Psoriasis de la consulta externa de Dermatología del Hospital de Especialidades CMNSXXI: Escala de Alexitimia de Toronto-20, Inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE) y se compararon con individuos sin Psoriasis.

Resultados: El porcentaje de individuos con Alexitimia en el grupo con psoriasis fue del 25% mientras que en el grupo control de 8% ($p=0.002$). Las diferencias entre los niveles de ansiedad-rasgo en individuos con Psoriasis y Alexitimia no resultaron significativas al compararlos con aquellos que solo presentan Psoriasis. Existe correlación entre las puntuaciones de la TSA-20 y del IDARE- rasgo ($r=0.6957$, $p < 0.0001$).

Conclusiones: Los individuos con Psoriasis presentan con mayor frecuencia Alexitimia que la población en general. Los niveles de ansiedad como rasgo de personalidad en individuos con Psoriasis son similares, independientemente de la presencia de Alexitimia.

1. INTRODUCCION

La somatización se ha definido de varias maneras, pero todas ellas tienen en común la presencia de síntomas somáticos que no pueden ser explicados por una etiología orgánica. La somatización es un fenómeno universal, identificable en cualquier cultura o civilización y a través del tiempo. Tiene diferentes funciones sociales y está fuertemente influenciado por el sistema de creencias particular de cada individuo. Por lo tanto, la visión acerca de la somatización debe ser amplia para tener en cuenta no sólo las características individuales, sino también las sociales y culturales [1-3].

1.1 Impacto de la somatización en los servicios de atención a la salud

La somatización se asocia con malestar subjetivo y discapacidad. Es una cuestión importante para la salud pública, ya que comúnmente se traduce en aumento de los gastos en atención de salud que son desproporcionadas al promedio de la población, consumo del tiempo y energía de los proveedores de atención de la salud y altas tasas de complicaciones por iatrogenia. Además de los costos directos, están los enormes costos indirectos para la economía en forma de pérdida de productividad laboral. La atención resulta no solo costosa, sino que también es difícilmente exitosa. Por lo general, los pacientes no están satisfechos con los servicios médicos que reciben y cambian de médico constantemente, a la vez que frustran a los profesionales de la salud con sus frecuentes quejas e insatisfacción con el tratamiento [1, 4].

Al menos una tercera parte de los síntomas en la atención primaria son médicamente inexplicables. La prevalencia de los trastornos de somatización en la

población general varía del 2% a más del 50%, probablemente debido al estudio diferentes criterios [3].

1.2 Conceptualización de la somatización

La concepción biopsicosocial de somatización hace hincapié en la interacción de la fisiología, la cognición, las emociones, la conducta y el medio ambiente. Los pacientes que somatizan tienen mayores niveles de excitación fisiológica y son menos propensos a habituarse a un estímulo estresante que los sujetos control. Esta excitación fisiológica se agrava por la tendencia a amplificar la información somato sensorial, es decir, estos pacientes son hipersensibles a las sensaciones corporales que experimentan como intensas, nocivas y perturbadoras. Además, forman evaluaciones cognitivas negativas de sus sensaciones físicas. Por ejemplo, pueden creer que el dolor, la fatiga y/o incomodidad de cualquier tipo son signos de enfermedad. Además de la mala interpretación de las sensaciones somáticas, algunos pacientes piensan catastróficamente en la medida en que se mantienen persistentes las sensaciones físicas imaginando que pueden ser un signo de una enfermedad potencialmente mortal o disfuncional. Las cogniciones disfuncionales pueden provocar emociones negativas o ser provocadas por estas, este ciclo de “cognición-emoción” puede interactuar en un complejo con conductas inadaptadas. Por ejemplo, los pensamientos de una posible enfermedad dar lugar a sentimientos de ansiedad, disforia y frustración, que es probable que generen y mantengan la excitación fisiológica y la sintomatología física. Con la intención de evitar lesiones o la exacerbación de los síntomas, los pacientes suelen retirarse de sus actividades normales, tal tiempo lejos de sus actividades proporciona

oportunidades para la atención adicional centrándose en su salud física, buscando el contacto repetido con los médicos y exámenes [2, 4].

Los médicos por su parte, al intentar realizar evaluaciones exhaustivas y evitar malos juicios clínicos, pueden alentar el comportamiento de los somatizadores ordenando procedimientos diagnósticos innecesarios. Las pruebas médicas constantes puede arraigar al paciente en "el papel de enfermo" y reforzar las creencias mal adaptadas, de que cualquier síntoma físico indica patología orgánica. Además, los procedimientos médicos innecesarios, pueden resultar en iatrogenia [3, 4].

1.3 Etiología de la somatización

Un gran número de factores se han estudiado para explicar el fenómeno de somatización y se han propuesto múltiples etiologías potenciales; tales como un componente biológico o genético, incluyendo un número de rasgos de personalidad, la exposición de la primera infancia a los modelos de comportamiento de la enfermedad, exposición al trauma, tal como el abuso sexual o físico, el procesamiento emocional disfuncional. Algunos pacientes presentan cada estilo, en diferentes momentos [2].

La teoría contemporánea de neurociencia cognitiva sugiere que el procesamiento emocional constituye una importante fuente de información sobre las reacciones de uno y el propio entorno. Un procesamiento emocional incompleto o distorsionado, priva a los individuos de los datos que son importantes para la resolución efectiva de problemas. La poca comprensión del dominio emocional también puede resultar negativa ya que los estados afectivos sin resolver prolongan la excitación fisiológica que acompaña al afecto negativo. Los médicos

a menudo informan que el afecto de somatizadores parece incongruente con las circunstancias desencadenantes, siendo ya sea desproporcionada o exagerada. Las impresiones clínicas y la literatura sugieren que los somatizadores no integran y/o expresar plenamente sus respuestas cognitivas y afectivas con su entorno. Uno de los constructos más elaborados y bien investigados para la descripción de las dificultades relacionadas con la personalidad del procesamiento y la regulación de la emoción es la Alexitimia [2, 5, 6].

1.4 Concepto de Alexitimia

La Alexitimia, se define como un constructo de personalidad caracterizado por dificultades para identificar, verbalizar y expresar emociones, escasa capacidad para el pensamiento simbólico, reflejado como una tendencia del pensamiento orientado a los acontecimientos externos. Es un déficit, incapacidad o deficiencia en el procesamiento emocional con apoyo en la investigación básica de laboratorio. Por ejemplo, se ha demostrado en las personas alexitímicas una reducción de activación o priming afectivo cuando se presenta una expresión facial inicial seguida de un estímulo o target verbal, y mostraron deterioro de la capacidad para detectar las emociones negativas en las expresiones faciales, especialmente bajo condiciones de tiempo [7]. La evidencia de los estudios de imágenes cerebrales indica que las personas alexitímicas presentan una reducción de la actividad cerebral en regiones de la corteza cingulada durante imaginación o de inducción emocional [8, 9].

Una suposición esencial que subyace en la teoría de la Alexitimia, es que individuos alexitímicos carecen de las representaciones mentales de las emociones debido a un déficit en el procesamiento cognitivo de estos. Esto se

creer que conduce a una capacidad limitada para comprender y regular las emociones, pueden no ser capaces de reconocer el impacto psíquico de las circunstancias generadoras y tender a desplazar la atención de estas a diversos síntomas. El resultado es la inclinación a minimizar la importancia del abordaje terapéutico de los trastornos emocionales, centrándose estrictamente a las manifestaciones físicas. La Alexitimia puede estar asociada a la somatización por centrarse o amplificar las sensaciones somáticas asociadas con problemas emocionales de excitación o al interpretar erróneamente estos síntomas de la enfermedad. También se ha conjeturado que experiencias emocionales complejas se asocian con una exagerada activación o desregulación autonómica. Además, la Alexitimia puede afectar el comportamiento de la enfermedad a través de mecanismos sociales y así contribuir a los síntomas somáticos. El interés en las asociaciones, entre la Alexitimia y somatización ha sido bastante extensas [7, 9, 10].

1.5 Enfermedades psicósomáticas y Alexitimia

Algunos autores han indicado que la Alexitimia puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de la enfermedad psicósomática. Consistente con esta hipótesis, los pacientes con enfermedades psicósomáticas reportan mayores niveles de Alexitimia comparación con los controles sanos.

La Alexitimia se asocia a pacientes con dolor crónico miofacial, trastorno temporomandibular, artritis reumatoide, migraña, lupus eritematoso sistémico, dolor lumbar, fibromialgia y dolor por cáncer. La Alexitimia también se ha demostrado que predice la depresión, la ansiedad y el impedimento físico en pacientes con diversas condiciones de dolor crónico. El amplio espectro de condiciones en las

que la Alexitimia predice dolor y funcionamiento sugiere que este concepto puede extenderse más allá de los pacientes con condiciones psicosomáticas para incluir a las poblaciones con clara patología orgánica [10, 11].

Sin embargo la dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, a pesar estar relacionados con la depresión y la ansiedad, no son del todo dependientes de cualquiera de éstos

La mayoría de los artículos publicados en las últimas 4 décadas, apoyan la asociación entre la Alexitimia y somatización, pero también hay algunas excepciones. Aunque Alexitimia se ha demostrado que se asocia con una serie de resultados negativos, cierto debate existe en cuanto al mecanismo de estas asociaciones.

Se ha argumentado que la Alexitimia esencialmente causa depresión debido a los efectos directos de una incapacidad para experimentar emociones que conducen a la desregulación de los sistemas biológicos y de comportamiento, así como del estado de ánimo [12]. Otros han propuesto que el rasgo de la afectividad negativa (o neuroticismo) crea un sesgo en las respuestas que contribuye tanto a un auto-informe de la Alexitimia y el auto-reporte de un resultado negativo (interferencia del dolor, la mala calidad de vida, etc.) [7, 9].

2.MARCO TEORICO

2.1 La Alexitimia en el campo de la Dermatología

La investigación de la Alexitimia en dermatología es todavía escasa y muestra resultados contradictorios, los datos preliminares indican que parece estar asociada con alopecia areata, psoriasis, dermatitis atópica, vitíligo y urticaria crónica [13-16].

Los hallazgos actuales sugieren implicaciones importantes en la práctica clínica de la Dermatología para el tratamiento de algunos trastornos dermatológicos específicos, en donde además de tratar problemas concomitantes como la ansiedad y la depresión, se debe tener conciencia de la Alexitimia y su posible asociación con dicho padecimiento dermatológica ya que esta dimensión parece importante, ya sea en la aparición de la enfermedad, en su evolución o en su pronóstico [13, 14, 17-19].

2.2 Psicodermatología

La psicodermatología se divide en tres categorías de acuerdo con la relación entre las enfermedades de la piel y los trastornos mentales: 1) trastornos psicofisiológicos, enfermedades de la piel desencadenados por diferentes estados emocionales (ej. psoriasis, eczema); 2) trastornos psiquiátricos primarios responsables de trastornos de en la piel auto inducidos (ej. tricotilomanía) y 3) trastornos psiquiátricos secundarios causados por el aspecto de la piel (ej. ictiosis, acné conglobata, vitíligo) que pueden conducir a estados de ansiedad o depresión [16].

2.3 Definición de Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad poligénica hereditaria multifactorial que puede estar influenciada por un gran número de factores ambientales que resulta en inflamación severa en el que se encuentran involucrados las citocinas IL-17 e IL-22, IL-23 y linfocitos Th17, así como queratinocitos en poco diferenciados e hiperproliferativos en el piel, y en algunos pacientes afecta articulaciones. Afecta a 1.5-2% de la población de los países industrializados [20]. Es importante tener en cuenta que la psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que puede tener un impacto sustancial emocional en un individuo, tales como problemas en la imagen corporal y autoestima, el estigma y vergüenza y otros que no están necesariamente relacionada con la extensión de la enfermedad de la piel [21]. La psoriasis tiene mayores asociaciones con enfermedades psiquiátricas como la ansiedad, depresión, suicidio, tabaquismo y abuso del alcohol. Se ha encontrado que tienen una mayor prevalencia entre los pacientes con psoriasis que otras afecciones dermatológicas, que a menudo pasa por desapercibida y no es tratada [19, 22-24].

2.4 Alexitimia y Psoriasis

Existen escasos estudios respecto a la relación de la Alexitimia y la psoriasis [25]. Algunos resultados confirman una alta prevalencia de Alexitimia en pacientes con psoriasis (33-40%) en comparación con los controles [26, 27], se reporta la existencia de factores estrés presentes previos a la aparición de la psoriasis, pero descarta la relación entre el grado de severidad o cronicidad y la puntuación de Alexitimia [27, 28]. Se sugiere que la Alexitimia, puede aumentar la susceptibilidad a las exacerbación de la psoriasis posiblemente a través de la regulación

emocional deteriorada, en la que el estrés como respuesta adaptativa activa el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y el sistema nervioso simpático, afectando el sistema inmunológico y posibles estados de enfermedad [29]. Estos estudios proporcionan datos muy limitados que apoyen un papel de la Alexitimia como factor psicosomático en la psoriasis [30]. La comprensión de cómo la actividad del eje del sistema neuro-psico-inmunológico incide en enfermedades de la piel puede facilitar la coordinación de las estrategias de tratamiento entre los dermatólogos y psiquiatras.

3. JUSTIFICACIÓN

La Psoriasis es un padecimiento dermatológico frecuente que afecta del 1.5 al 2 % de la población en el mundo. En México se conservan los mismos porcentajes afectando al 2% de la población aproximadamente más de dos millones de hombres y mujeres se encuentran afectados. Es una de las primeras 10 causas de consulta dermatológica. Se han realizados estudios en los que se demuestra un alta comorbilidad con trastornos mentales. Sin embargo los estudios que asocian la Alexitimia como factor asociado a la psoriasis son escasos a nivel mundial. Muchos de estos estudios muestran claras asociaciones pero otros muestran resultados negativos, por lo que aún existe debate al respecto. Por otra parte a nivel nacional no existen estudios al respecto.

En el Hospital de Especialidades del Centro Medico SXXI la Psoriasis también representa una de las principales causas de consulta dermatológica. La realización de este estudio permitirá conocer la frecuencia de la Alexitimia en este grupo de pacientes, de tal forma que su tendría implicaciones clínicas importantes en el curso de la enfermedad y así como en el mejoramiento el abordaje psicoterapéutico, no limitándose este solamente al manejo de la ansiedad y/o depresión.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es la Alexitimia una característica frecuente en pacientes con Psoriasis y esta, desempeña un factor psicossomático al asociarse con niveles elevados de ansiedad crónica?

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General:

Demostrar que la Alexitimia es una característica que se presenta más frecuentemente en pacientes con Psoriasis respecto a la población en general y que la coexistencia de Alexitimia-Psoriasis se asocia a niveles altos de ansiedad como rasgo (crónica).

Específicos:

- Estimar la frecuencia de Alexitimia.
- Identificar los niveles de ansiedad como rasgo-estado.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 Tipo de estudio y tamaño de la muestra.

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal, comparativo, observacional (Encuesta comparativa), en pacientes subsecuentes con diagnóstico de Psoriasis que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital de Especialidades del CMNSXXI, durante los meses de abril y mayo del 2013. El grupo control estuvo constituido por los familiares acompañantes de pacientes de la consulta externa de Dermatología del mismo hospital en el mismo periodo.

El tamaño de la muestra de ambos grupos fue por conveniencia.

6.2 Criterios

Para el grupo experimental

Criterios Inclusión	No inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con diagnóstico de Psoriasis• Que firmen consentimiento• Mayores de edad• Que sean alfabetos	<ul style="list-style-type: none">• Padezcan enfermedades autoinmunes, oncológicas endocrinológicas excepto DM2, obesidad, dislipidemias y Síndrome metabólico.• Analfabetas.• Menores de edad.• Estén bajo tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos.	Pacientes que durante el transcurso del estudio decidan ya no participar.

Para el grupo control

<ul style="list-style-type: none">• Pacientes sin diagnóstico de psoriasis• Que firmen consentimiento• Mayores de edad• Que sean alfabetos	<ul style="list-style-type: none">• Padezcan enfermedades autoinmunes, oncológicas endocrinológicas excepto DM2, obesidad,	Pacientes que durante el transcurso del estudio decidan ya no participar.
---	--	---

- dislipidemias y Síndrome metabólico.
- Analfabetas.
- Menores de edad.
- Estén bajo tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos o inmunomoduladores.

6.3 Definición operacional de las variables y escala de medición

Variable	Descripción	Medición e instrumento	
Ansiedad estado	Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizada por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.	Aleatoria, categórica, cualitativa, ordinal, discreta, finita.	Inventario de ansiedad estado rasgo (IDARE) 20-31 muy baja 32-43 baja 44-55 media 56-67 alta
Ansiedad rasgo	Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.	Aleatoria, categórica, cualitativa, ordinal, discreta, finita.	68-80 muy alta, Para cada característica de la ansiedad.
Alexitimia	Constructo cognitivo que se caracteriza por dificultad para identificar y comunicar verbalmente los sentimientos, pobreza de la fantasía y un estilo de pensamiento concreto, centrado en los detalles externos.	Aleatoria, categórica, cualitativa, nominal, discreta, finita.	Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20 >61 Alexitimia ≤60 no alexitímico
Psoriasis	Alteración inflamatoria crónica de la piel, caracteriza por placas eritemato-escamosas en diferentes partes de la piel.	Aleatoria, categórica, nominal, discreta, finita.	Diagnóstico y criterio médico. 1. presente 2. ausente

6.4 Instrumentos de medición

- Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20

Se trata de un cuestionario auto aplicable el cual consta de 20 ítems, cada uno de ellos se contesta a través de una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que muestra el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado. La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, y se plantea un punto de corte de 61 para diagnosticar a un sujeto como alexitímico. Los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 se deben invertir antes de realizar la sumatoria.

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)

El Cuestionario IDARE comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

La ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano. La ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E).

Las puntuaciones de las dos escalas del IDARE pueden variar desde 20 hasta 80 puntos. Están intercalados los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y comparando el valor resultante con una tabla con puntos de corte establecidos para determinar el nivel de ansiedad.

Nivel de ansiedad	Puntuación
Muy bajo	20-31
Baja	32-43
Media	44-55
Alta	56-67
Muy alta	68-80

6.5 Sistema de captación de información.

A los pacientes con diagnóstico de Psoriasis que acudieron de forma subsecuente a la consulta externa de Dermatología y cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó una breve entrevista y se les aplicó en la misma ocasión el cuestionario sociodemográfico y de salud, Escala de Alexitimia de Toronto-20, el Inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE).

Serán captados de la sala de espera, a los familiares acompañantes de los pacientes que acudieron a la consulta externa de Dermatología para conformar el grupo control. A los individuos que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó en mismo protocolo que a los pacientes con Psoriasis.

6.6 Análisis estadístico de la información.

Se llevó a cabo una verificación la calidad de la captura de datos a través de la revisión aleatoria de un 10% del total de los expedientes, un análisis exploratorio de datos para verificar resultados aberrantes. La descripción univariada fue a través de pruebas de estadística descriptiva medidas de tendencia central, dispersión y proporciones en el paquete Excel 2010.

El análisis estadístico de las variables categóricas, fue a través de Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher, para las variables ordinales se utilizó la prueba de U-

Mann Whitney. El análisis estadístico inferencial y las gráficas se realizaron con el software estadístico GraphPad Prisma 5.

6.7 Consideraciones éticas

Este proyecto se ajustó a las normas éticas internacionales, institucionales y a la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos.

7. RESULTADOS

Acudieron a consulta externa de Dermatología 25 pacientes con diagnóstico de psoriasis, de los cuales 9 no cumplieron con los criterios de inclusión. El grupo control estuvo formado por 25 individuos que acudieron como acompañantes de pacientes que acudieron a la consulta de Dermatología. En ambos grupos predominó el sexo masculino con más del 70%. El promedio de edad fue de 54 años (± 12) el grupo de Psoriasis el cual fue mayor que el del grupo control 39 (± 12). En los pacientes con Psoriasis la mayoría está casado (87%) mientras que en el grupo control el 44% fue casado y 32% solteros. El 43.75 % de pacientes del grupo con Psoriasis un nivel académico por debajo del nivel medio superior, mientras que el 72% en el grupo control tienen un nivel por arriba del medio superior. En cuanto a la ocupación el 50% de los pacientes están jubilados o desempleados y corresponde un 28% en el grupo control a empleados, comerciantes y 24 % a estudiantes o desempleados. El 68% de los individuos que integraron el grupo control no padecía alguna enfermedad, por otro lado en el grupo con Psoriasis la Diabetes mellitus se encontró en un 47% de los pacientes seguida de Hipertensión arterial sistémica y Dislipidemias con un 25% cada una. El porcentaje de consumo de tabaco fue más frecuente en el grupo con psoriasis (31 %), mientras que el del alcohol lo fue en el grupo control (40%). La presencia de antecedentes de diagnóstico de algún trastorno mental y tratamiento con psicofármacos resultó ser mayor en el grupo de Psoriasis 31 y 37% respectivamente con una diferencia significativa al compararlos con el grupo control ($p=0.0261$ y $p=0.0094$) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud		
Característica	Psoriasis	Control
	n (%)	n (%)
Sexo		
masculino	12 (75)	18 (72)
femenino	4 (25)	7 (28)
Edad	54.06 ± 12.55	39.96 ± 12.23
Estado civil		
Soltero	2 (12.5)	8 (32)
casado o unión libre	14 (87.5)	15 (60)
Viudo	0	1 (4)
separado	0	1 (4)
Escolaridad		
Alfabeto	1 (6.25)	0
primaria completa	1 (6.25)	0
primaria incompleta	3 (18.75)	0
secundaria completa	2 (12.5)	4 (16)
seria incompleta	0	3 (12)
medio superior completa	2 (12.5)	8 (32)
medio superior incompleta	0	5 (20)
superior completa	5 (31.5)	4 (16)
superior incompleta	2 (12.5)	1 (4)
Ocupación		
Jefes, funcionarios o directivos	1 (6.25)	0
Técnicos o profesionistas	2 (12.5)	5 (20)
Auxiliares administrativos	3 (18.75)	2 (8)
Comerciantes, empleados y ventas	1 (6.25)	7 (28)
Vigilancia y servicios personales	0	1 (4)
Artesanos	0	1 (4)
Operadores industriales, ensambladores y choferes	1 (6.25)	2 (8)
Actividades elementales y apoyo	0	1 (4)
Estudiantes, jubilados, desempleados	8 (50)	6 (24)
Enfermedades comórbidas		
HAS	4 (25)	1 (4)
DM2	7 (43.75)	2 (8)
Obesidad	3 (18.75)	0
Dislipidemia	4 (25)	6 (24)
Otras	3 (18.75)	0
Sano	3 (18.75)	17 (68)
Consumo de tabaco	5 (31.25)	4 (16)
Consumo de alcohol	2 (12.5)	10 (40)
Antecedente de trastorno mental $p=0.0261$	5 (31.25)	1 (4)

Tratamiento previo con psicofármacos	p=0.0094	6 (37.5)	1 (4)
--------------------------------------	----------	----------	-------

El tiempo de evolución promedio de Psoriasis en los pacientes fue de 19 (± 11) años, el tratamiento sistémico más utilizado fue Metotrexate (31%9 seguido de Etanercept en un 25%, solo un 25% de los pacientes no había sido sometido a tratamiento sistémico y más del 40% había recibido el tratamiento por más de una año (Tabla 2).

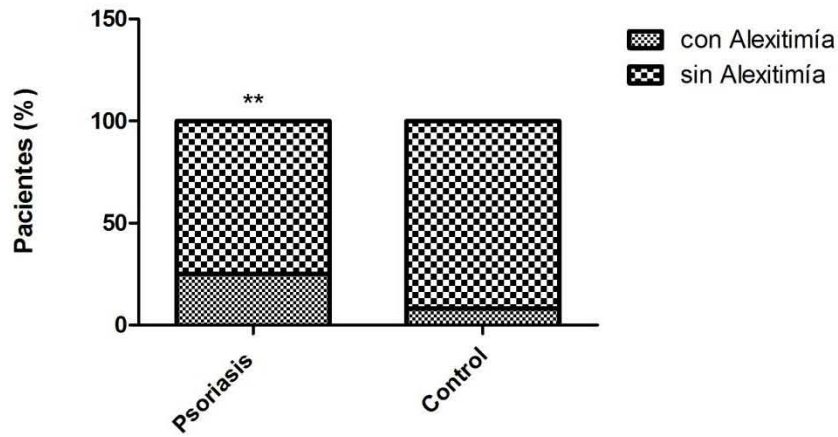
Tiempo de evolución de Psoriasis	19 \pm 11.8
Fármaco usado en el tratamiento sistémico	n (%)
Ciclosporina	2 (12.5)
Metotrexate	5 (31.25)
Etanercept	4 (25)
Adalimumab	2 (12.5)
Infliximab	2 (12.5)
Solo tratamiento tópico	4 (25)
Tiempo de tratamiento sistémico	
6 meses o menos	3 (18.75)
1 año	2 (12.5)
más de 1 año	7 (43.75)
nunca	4 (25)

La puntuación promedio de la TSA-20 en el grupo con Psoriasis fue de 36.8 (± 21) y en el grupo control 36.6 (± 18). El porcentaje de individuos con Alexitimia en el grupo con psoriasis fue del 25% mientras que en el grupo control de 8%, encontrándose una diferencia significativa al comparar ambos grupos con una p=0.002 (Figura 1). En el IDARE- estado los resultados en ambos grupos fueron muy parecidos encontrándose más del 80% en niveles de ansiedad-estado muy baja o baja (Figura 2). Respecto al IDARE- rasgo también resultó que en ambos

grupos más de un 70% estuvieron dentro de los niveles de muy bajo y bajo, solo un 12.5% del grupo con psoriasis presento niveles altos de ansiedad-rasgo y un 8% en el grupo control, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas al ser comparados (Tabla 3) (Figura 3).

Tabla 3. Puntuaciones de la escala de Alexitimia y ansiedad		
Frecuencia de Alexitimia y niveles de ansiedad		
Puntuación	Psoriasis	Control
	n (%)	n (%)
TSA-20	36.81 ± 21.19	36.6 ± 18.63
Con Alexitimia p=0.002	4 (25)	2 (8)
IDARE- estado	33.18 ± 8.47	35.28 ± 9.74
muy baja 20-31	6 (37.5)	9 (36)
baja 32-43	8 (50)	12 (48)
media 44-55	2 (12.5)	2 (8)
alta 56-67	0	2 (8)
muy alta 68-80	0	0
IDARE- rasgo	37.31 ± 12.47	36.56 ± 9.99
muy baja 20-31	8 (50)	10 (40)
baja 32-43	4 (25)	8 (32)
media 44-55	2 (12.5)	6 (24)
alta 56-67	2 (12.5)	1 (4)
muy alta 68-80	0	0

Figura 1. Porcentaje de Alexitimía en ambos grupos



** $p < 0.002$ cuando se comparó a los pacientes con Psoriasis contra los que no presentan Psoriasis

Figura 2. Comparación de los niveles de Ansiedad-Estado entre el grupo con Psoriasis y el control

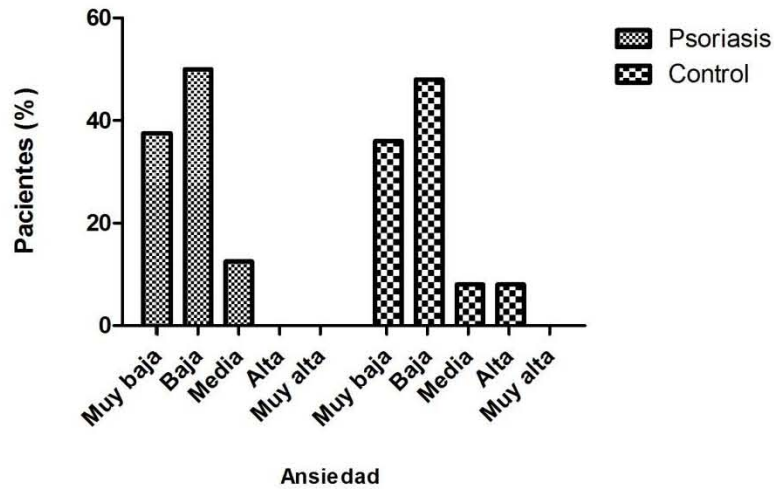
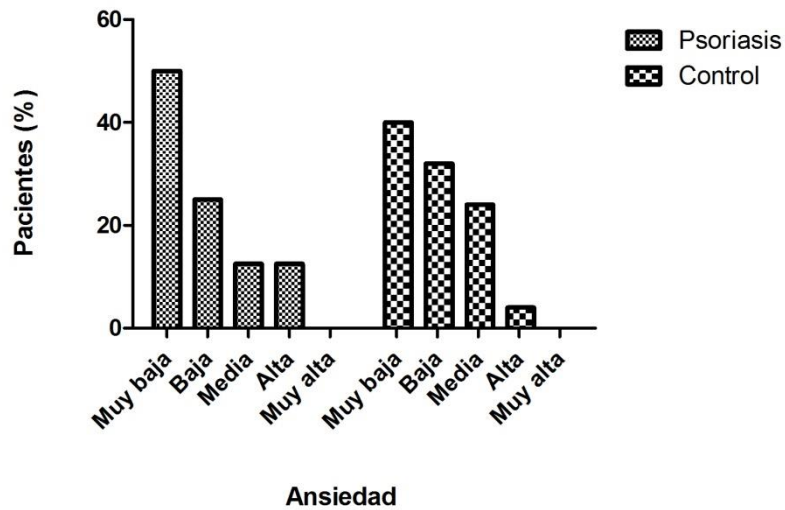


Figura 3. Comparación de los niveles de Ansiedad-Rasgo entre el grupo con Psoriasis y el control



Los individuos alexitímicos tanto del grupo control como del de Psoriasis predominantemente arrojaron niveles de ansiedad-estado entre muy baja, baja o media (Figura 4), por otra parte el 50% de los del grupo con Psoriasis se situaron en niveles de alta ansiedad- rasgo, mientras que el 100% del grupo control alcanzaron niveles de ansiedad medios (Figura 5). Al comparar estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas (Tabla 4).

Puntuación	Psoriasis	Control
IDARE – estado	n (%)	n (%)
muy baja 20-31	1 (25)	0
baja 32-43	1 (25)	1 (50)
media 44-55	2 (20)	1 (50)
alta 56-67	0	0
muy alta	0	0
IDARE - rasgo		
muy baja 20-31	0	0
baja 32-43	0	0
media 44-55	2 (50)	2 (100)
alta 56-67	2 (50)	0
muy alta	0	0

Figura 4. Comparación de los niveles de Ansiedad-Estado en individuos con Alexitimía

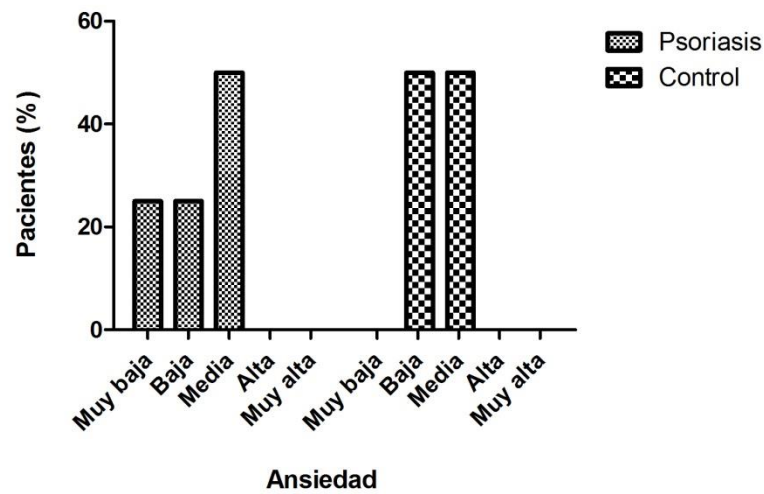
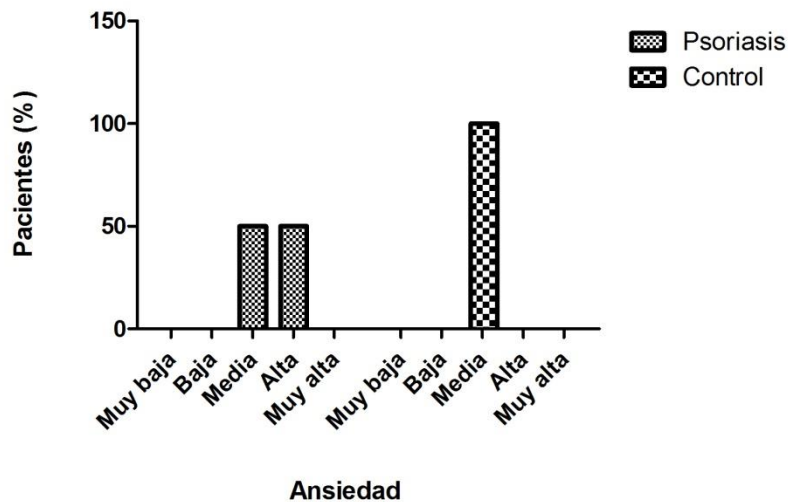


Figura 5. Comparación de los niveles de Ansiedad-Rasgo en individuos con Alexitimía



Se calcularon coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la TSA-20, el IRADE- estado y el IDARE- rasgo, encontrándose una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de Alexitimía y la de ansiedad-rasgo ($r= 0.6957$, $p < 0.0001$), no así con la puntuación de ansiedad-estado.

8. DISCUSION

Este estudio es el único que se ha realizado en México y Latinoamérica en el que se comparan los niveles de Alexitimia en pacientes con Psoriasis con un grupo control y que además intenta relacionar la presencia de esta con niveles altos de ansiedad crónica como característica de la personalidad en dichos individuos.

El porcentaje de Alexitimia observado en el grupo con Psoriasis (25%) fue mayor al del grupo control (8%) con una diferencia estadísticamente significativa. Este resultado está de acuerdo con lo descrito en otros estudios respecto a la alta frecuencia sin embargo existe variación en los porcentajes reportados, ya que el rango se ha establecido entre 33 - 39% [26].

Son escasos los estudios que han relacionado a la ansiedad crónica con en curso clínico de la Psoriasis y no existe alguno en el que se haya relacionado además con la Alexitimia [31]. Se esperaba que las puntuaciones más altas del IDARE-rasgo se presentaran en los pacientes con psoriasis y además Alexitimia. Sin embargo aún que se observó una pequeña diferencia esta no fue estadísticamente significativa al ser comparada con el grupo control. Por otra parte hallamos una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de Alexitimia y los niveles de ansiedad como rasgo de la personalidad. Esta observación apoya lo planteado por varios autores respecto al papel que ejerce la Alexitimia en el curso de la Psoriasis, ya que los individuos alexitímicos se caracterizan por una baja capacidad de adaptación adecuada a los diversos estresores ambientales incluyendo el propio padecimiento dermatológico, favoreciendo así cambios en la actividad de diversos sistemas como el nervioso, simpático, endocrino e inmune que desencadenan o exacerban la psoriasis [9, 12, 29]. Estos resultados podrían

ampliarse a otras enfermedades con una clara influencia psicosomática tales como el asma, la dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, fibromialgia, etc.[11].

Encontramos que los pacientes con psoriasis al ser comparados con el grupo control presentan una mayor proporción de antecedentes de diagnósticos de trastornos mentales y/o tratamiento psicofarmacológico. Esta característica está ampliamente descrita en la literatura y se reportan altas prevalencias para trastornos de ansiedad, depresivos, consumo de sustancias y suicidio [19, 23, 31]. Se predecía que el consumo de alcohol y tabaco fuera más frecuente en personas con Psoriasis que en el grupo control como ya ha sido reportado en estudios previos [23], pero en este estudio no fue así, por el contrario la frecuencia más alta se presentó en el grupo control. Esto podría asociarse a la ausencia de diferencias entre los grupos en cuanto a los niveles de ansiedad.

Los resultados arrojados por este estudio deben ser tomados con cautela, ya que presenta como principal limitante un tamaño de muestra pequeño, por lo que la fortaleza del mismo no es la que hubiéramos deseado.

A pesar de que nuestro estudio no logro demostrar que los niveles de ansiedad como rasgo de la personalidad son más altos en aquellos individuos con Alexitimia y Psoriasis sin embargo dadas las limitaciones previamente mencionadas no es posible descartar esa posibilidad. Hacen falta estudios más grandes para poder hacer tales conclusiones.

Está plenamente comprobada la influencia del estrés en la Psoriasis [19, 27, 32], sin embargo como muchas otras enfermedades la etiología es multifactorial, por lo que el estudio, abordaje terapéutico y prevención es complejo. En un futuro podría

demostrarse la influencia y relaciones específicas del estrés como factor medio ambiental precipitante o desencadenante, dentro de un determinado trasfondo genético que conduce a una enfermedad específica como la Psoriasis [33].

9. CONCLUSIONES

- Los individuos con Psoriasis presentan con mayor frecuencia Alexitimia que la población en general.
- Los niveles de ansiedad como rasgo de personalidad en individuos con Psoriasis son similares, independientemente de la presencia de Alexitimia.
- Existe correlación entre las puntuaciones de la TSA-20 y del IDARE- rasgo.
- Los antecedentes de diagnóstico de algún trastorno mental o tratamiento con psicofármacos son más frecuentes en el grupo de Psoriasis.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Heinrich, T.W., *Medically unexplained symptoms and the concept of somatization*. WMJ, 2004. **103**(6): p. 83-7.
2. Dragos, D. and M.D. Tanasescu, *The critical role of psychosomatics in promoting a new perspective upon health and disease*. J Med Life, 2009. **2**(4): p. 343-9.
3. Woolfolk, R.L., L.A. Allen, and J.E. Tiu, *New directions in the treatment of somatization*. Psychiatr Clin North Am, 2007. **30**(4): p. 621-44.
4. Smith, G.R., Jr., R.A. Monson, and D.C. Ray, *Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization*. Arch Intern Med, 1986. **146**(1): p. 69-72.
5. Mattila, A.K., et al., *Alexithymia and somatization in general population*. Psychosom Med, 2008. **70**(6): p. 716-22.
6. De Gucht, V. and W. Heiser, *Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature*. J Psychosom Res, 2003. **54**(5): p. 425-34.
7. Lumley, M.A., L.C. Neely, and A.J. Burger, *The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems*. J Pers Assess, 2007. **89**(3): p. 230-46.
8. Larsen, J.K., et al., *Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies*. J Psychosom Res, 2003. **54**(6): p. 533-41.
9. Kano, M. and S. Fukudo, *The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders*. Biopsychosoc Med. **7**(1): p. 1.
10. Bailey, P.E. and J.D. Henry, *Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample*. Psychiatry Res, 2007. **150**(1): p. 13-20.
11. Kojima, M., *Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies*. Biopsychosoc Med. **6**(1): p. 21.
12. Guilbaud, O., et al., *Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia*. Biomed Pharmacother, 2003. **57**(7): p. 292-5.
13. Willemsen, R., D. Roseeuw, and J. Vanderlinden, *Alexithymia and dermatology: the state of the art*. Int J Dermatol, 2008. **47**(9): p. 903-10.
14. Bahmer, J.A., J. Kuhl, and F.A. Bahmer, *How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria?* Acta Derm Venereol, 2007. **87**(4): p. 317-24.
15. Gupta, M.A. and A.K. Gupta, *Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management*. Am J Clin Dermatol, 2003. **4**(12): p. 833-42.
16. Kiec-Swierczynska, M., et al., *[The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases]*. Med Pr, 2006. **57**(6): p. 551-5.
17. Manolache, L., D. Petrescu-Seceleanu, and V. Benea, *Life events involvement in psoriasis onset/recurrence*. Int J Dermatol. **49**(6): p. 636-41.
18. Chaudhury, S., et al., *Psychological factors in psoriasis*. Indian J Psychiatry, 1998. **40**(3): p. 295-9.
19. Kurd, S.K., et al., *The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study*. Arch Dermatol. **146**(8): p. 891-5.
20. Nograles, K.E., B. Davidovici, and J.G. Krueger, *New insights in the immunologic basis of psoriasis*. Semin Cutan Med Surg. **29**(1): p. 3-9.

21. Kotrulja, L., et al., *A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients*. Acta Derm Venereol. **90**(3): p. 251-6.
22. Rieder, E. and F. Tausk, *Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments*. Int J Dermatol. **51**(1): p. 12-26.
23. Hayes, J. and J. Koo, *Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits*. Dermatol Ther. **23**(2): p. 174-80.
24. Parafianowicz, K., et al., *[Psychiatric comorbidities of psoriasis: pilot study]*. Psychiatr Pol. **44**(1): p. 119-26.
25. Russo, P.A., R. Ilchef, and A.J. Cooper, *Psychiatric morbidity in psoriasis: a review*. Australas J Dermatol, 2004. **45**(3): p. 155-9; quiz 160-1.
26. Masmoudi, J., et al., *[Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients]*. Encephale, 2009. **35**(1): p. 10-7.
27. Picardi, A., et al., *Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis*. Psychosomatics, 2005. **46**(6): p. 556-64.
28. Richards, H.L., et al., *Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20*. J Psychosom Res, 2005. **58**(1): p. 89-96.
29. Hall, J.M., et al., *Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous System in Atopic Dermatitis and Psoriasis*. Dermatol Res Pract. **2012**: p. 403908.
30. Picardi, A., et al., *Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study*. J Psychosom Res, 2003. **55**(3): p. 189-96.
31. Golpour, M., et al., *Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study*. Dermatol Res Pract. **2012**: p. 381905.
32. Heller, M.M., E.S. Lee, and J.Y. Koo, *Stress as an influencing factor in psoriasis*. Skin Therapy Lett. **16**(5): p. 1-4.
33. Taylor, A.G., et al., *Top-down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: development of an integrative framework for psychophysiological research*. Explore (NY). **6**(1): p. 29-41.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION CLINICA

México DF a _____ de _____ del 2013

Por medio de la presente expreso mi consentimiento para participar en el estudio titulado "El papel de la alexitimia como factor psicosomático en la Psoriasis" registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda", Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número R-2013-3601-32.

El objetivo del estudio es "Demostrar que la alexitimia es una característica frecuente en pacientes con Psoriasis, la cual representa un factor de riesgo para la salud mental y curso de la enfermedad dermatológica".

Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista clínica y contestar una serie de escalas clinimétricas que evaluarán la salud mental y algunas características sociodemográficas.

Declaro que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo y los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo por parte del IMSS.

El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y que los datos serán manejados en forma confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Así también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Para cualquier duda o aclaración podre comunicarme con Marcela Torres Hernández al 56276906 ext. 21515, 21451 o dirigirme al departamento de Psiquiatría del Hospital de especialidades de CMNSXXI.

Nombre y firma del paciente

Dr. Felipe Vázquez Istupián

Marcela Torres Hernández R/Psq

Testigo

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD

Folio:

Nombre

Edad

Afiliación

Teléfono

Estado civil

- 1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Viudo 5) Divorciado 6) Separado

Escolaridad

- Primaria 1) Completa 2) Incompleta Secundaria 3) Completa 4) Incompleta
 Bachillerato o carrera técnica 5) Completa 6) Incompleta
 Universidad 7) Completa 8) Incompleta 9) Posgrado 10) Sabe leer y escribir

Ocupación

- 6) Actividades agrícolas, ganaderas, forestales,

1) Funcionarios, directores y jefes

caza y pesca

2) Profesionistas y técnicos

7) Artesanales

3) Auxiliares en actividades administrativas

8) Operadores de maquinaria industrial,

4) Comerciantes, empleados y agentes de ventas

ensambladores y conductores de transporte

5) Servidos personales y vigilancia

9) Actividades elementales y de apoyo

Labora
actualmente

1) Sí

2) No

Padece alguna de la siguientes enfermedades

- 1) Hipertensión arterial 2) Diabetes mellitus tipo 2 3) Obesidad
 4) Dislipidemia 5) Colelacia 6) Otras:

¿Consumo regularmente tabaco? 1) Sí 2) No

¿Consumo regularmente alcohol? 1) Sí 2) No

¿Ha sido diagnosticado con depresión, ansiedad u otro trastorno mental? 1) Sí 2) No

¿Ha recibido tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos? 1) Sí 2) No

CONTESTAR LO SIGUIENTE SOLO SI PADECE PSORIASIS

Tiempo de diagnóstico de Psoriasis

Años

Meses

Tratamiento actual de la Psoriasis

- TOPICO 1) Emoliente 2) Análogo Vitamina D 3) Esteroides 4) Ácido salicílico
 5) Retinoides 6) Alquitran de hulla 7) Taxoteres 8) Citraminas sintéticas

SISTÉMICO

- 1) Ciclosporina 2) Metotrexato 3) Acitretina 4) Fumagacil

- 5) Adalimumab 6) Infliximab 7) Ilistekinumab 8) Otras: _____

Ha recibido tratamiento sistémico en los últimos

- 1) 6 meses 2) 1 año 3) más de 1 año 4) Nunca

Apéndice – Escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos

Lea atentamente cada uno de las siguientes 20 afirmaciones acerca de su modo de ser habitual. Señale con un círculo el grado en que está de acuerdo o no con las mismas. Conteste lo más sinceramente posible.

	Desacuerdo			Acuerdo		
	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas sin preguntarme por qué suceden de ese modo	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar	-3	-2	-1	+1	+2	+3
10. Estar en contacto con las emociones es esencial	-3	-2	-1	+1	+2	+3
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	-3	-2	-1	+1	+2	+3
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos	-3	-2	-1	+1	+2	+3
13. No sé qué pasa dentro de mí	-3	-2	-1	+1	+2	+3
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado	-3	-2	-1	+1	+2	+3
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	-3	-2	-1	+1	+2	+3
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos	-3	-2	-1	+1	+2	+3
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	-3	-2	-1	+1	+2	+3
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	-3	-2	-1	+1	+2	+3
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	-3	-2	-1	+1	+2	+3
20. Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos	-3	-2	-1	+1	+2	+3

7.1.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.</p>		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

7.1.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

2

ANSIEDAD-RASGO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted en general</i>, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.</p>		
21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre