



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CENTRO DERMATOLÓGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA

“DEPRESIÓN, ANSIEDAD, RIESGO DE SUICIDIO, ALEXITIMIA, DISFUNCIÓN SEXUAL Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL CENTRO DERMATOLÓGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR: DRA. ANA PAULA OROZCO ANAHUATI

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

DIRECTOR: DR. FERMIN JURADO SANTA CRUZ

ASESOR CLÍNICO: DRA. MARÍA GUADALUPE OLGUÍN GARCÍA

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. MARTHA ALEJANDRA MORALES SÁNCHEZ

2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“Depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia, disfunción sexual y satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua”.

Dra. Ana Paula Orozco Anahuati

Vo. Bo.

Dr. Fermín Jurado Santa Cruz.

Profesor Titular del Curso de Especialización en Dermatología.

Vo. Bo.

Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez.

Director de Educación e Investigación.

“Depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia, disfunción sexual y satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua”.

Dra. Ana Paula Orozco Anahuati.

Vo. Bo.

Dra. María Guadalupe Olguín García.

Asesor clínico.

Vo. Bo.

Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez.

Asesor metodológico.
Jefe de Enseñanza e Investigación.

1. DEDICATORIAS

A DIOS: Por regalarme la vida y mi profesión.

A MI FAMILIA: En especial a mi hermano Andrés y a mi papa Mauricio quien me educó para ser una persona de bien y servir, lo cual es indispensable para mi profesión. El fue quien desde un inicio me enseñó con su ejemplo de perseverancia que no tengo límites, que puedo lograr lo que me propongo y cumplir mis sueños. El me regaló las herramientas para lograrlo y me apoyó incondicionalmente en todo momento. Por esto estaré infinitamente agradecida.

A Vitar por el apoyo que me ha brindado.

A Manolo por todas sus atenciones y el cariño que me ha brindado.

2. AGRADECIMIENTOS

A MIS MAESTROS E INSTITUCIÓN:

A todos mis maestros a los largo de mi carrera, en especial a los del Centro

Dermatólogo Pascua quienes me enseñaron con paciencia y me hicieron amar la Dermatología. Considero que esta Institución es la casa que me formó. La respeto, me siento orgullosa y luchare por su prestigio.

En especial a la Dra. Martha Morales, Dra. Guadalupe Olguín, Dr. Maldonado, Dr. Cardona y Dr. Jurado por su apoyo y enseñanza.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS:

Las cuales han estado conmigo a lo largo de todo este camino y las cuales han contribuido a hacerlo agradable.

A MIS PACIENTES:

Quienes con un su progreso, agradecimiento o sonrisa me inspiran para seguir adelante.

3. ÍNDICE

1. Dedicatorias	
2. Agradecimientos	
3. Índice.....	
4. Resumen.....	
5. Antecedentes.....	
6. Planteamiento del problema.....	
7. Justificación.....	
8. Hipótesis.....	
9. Pregunta de investigación	
10. Objetivos.....	
11. Recursos.....	
12. Diseño del estudio	
13. Definición del universo del estudio.....	
14. Criterios.....	
15. Muestra.....	

16. Definición de variables.....	
17. Descripción general del estudio.....	
18. Aspectos éticos.....	
19. Plan de análisis estadístico.....	
20. Resultados.....	
21. Discusión	
22. Conclusiones.....	
23. Bibliografía.....	
24. Anexos.....	

5. ANTECEDENTES

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial, de causa desconocida, con una base genética y desencadenantes ambientales. Es mediada por linfocitos T y una cascada de procesos inflamatorios que provoca aumento en la proliferación de los queratinocitos, así como queratinización anormal de éstos.

Existen múltiples eventos inmunológicos que desencadenan éste proceso y por la participación de células presentadoras de antígenos (células de Langerhans), se ha planteado la existencia de un antígeno, mismo que no ha sido descubierto.

También se le ha llamado enfermedad autoinmune por la auto-agresión que presenta, sin embargo, no hay presencia de auto-anticuerpos circulantes. Lo que se ha comprobado es que, el linfocito T juega un papel esencial, éste pierde la tolerancia inmunológica que conlleva a

alteraciones en la regulación del sistema inmune. En esto, participan queratinocitos, neutrófilos, macrófagos, mastocitos y citocinas; los cuales modifican el microambiente cutáneo. Dentro de esto, predomina la respuesta Th1 y se encuentran citocinas dominantes como la IL1, IL8 y TNF. Con el paso de los años se han encontrado otras vías involucradas como la de Th17.

El componente vascular es relevante, expresando múltiples moléculas de adhesión que contribuyen al proceso inflamatorio. Incluso los capilares y los queratinocitos presentan anomalías estructurales.¹

Existe un determinismo genético que hace al paciente vulnerable a la psoriasis. Esta es una enfermedad poligénica basado en análisis de familiares afectados y se han encontrado más de 40 locus asociados. Estos genes involucrados están relacionados con la inmunidad innata y adaptativa, así como la función de barrera cutánea.

Se ha observado que existe diferente perfil de alteraciones genéticas en distintos tipos de psoriasis, y en estudios farmacogenéticos, se sugiere que también hay un determinismo genético asociado a la respuesta a fármacos.

Una región en el cromosoma 6p21.3 es la más replicable y ha demostrado conferir el mayor riesgo para presentar psoriasis. También se han descrito otros como el 17q (PSORS2), 4q (PSORS3), 1q (PSORS4), 3q (PSORS5), 19p (PSORS6) y 1p (PSORS7).^{2,3}

Su epidemiología es poco conocida sin embargo en una revisión sistemática realizada por Parisi y colaboradores en el año 2013 se encontró una prevalencia en adultos que varió de .91% en Estados Unidos de America a 8.5% en Noruega. La incidencia varió de 78.9/100,000 en Estados Unidos a 230/100,000 en Italia. Se encontró que es más frecuente en países distantes al Ecuador. No existe diferencia en cuanto a sexo, con resultados controvertidos. Se observa en algunos estudios mayor prevalencia en mujeres y en otros viceversa.⁴

La psoriasis es una enfermedad que afecta la piel y en ocasiones puede afectar las uñas y las articulaciones. Su diagnóstico es clínico y la topografía habitual son las salientes óseas. Se caracteriza por eritema, escama e infiltración que confluyen para formar placas, pequeñas o grandes. Otras variedades clínicas son la psoriasis en gotas, la invertida, pustulosa y la eritrodérmica. La prevalencia de artritis psoriática varía de 2% a 29.6%.⁵

Se han utilizado múltiples herramientas de medición para la gravedad y respuesta a tratamiento en estudios de investigación, incluyendo PASI (Psoriasis activity severity index), BSA (Body Surface Area), PGA (Physician's global assessment) LSA (Lattice System Physician's Global Assessment), SAPASI (Self-Administered Psoriasis Area Severity Index), SPI (Salford Psoriasis Index), CoPSI (Copenhagen Psoriasis Severity Index) e ICC (Intra-class correlation coefficient).

De éstas, el PASI, a pesar de que no tiene validez de constructo, se le ha encontrado buena consistencia interna, con variabilidad interobservador moderada e intraobservador limitada, con moderada sensibilidad al cambio. Ninguna de las herramientas utilizadas para medir la gravedad de la psoriasis cumplen todos los criterios de validación, sin embargo, se concluye que el PASI es el más validado y estudiado por lo que se recomienda para la evaluación científica de la gravedad de la psoriasis.⁶

En la práctica, una de las limitaciones del PASI es la poca sensibilidad para enfermedad leve a moderada con escasa extensión, así como su relación no lineal. Otra limitante es que se le da la misma importancia al eritema, escama e infiltración. Se ha discutido también el hecho de que se le da la misma importancia a regiones que pueden requerir terapia más agresiva como es la cara, genitales, manos, pies y uñas. En la práctica clínica, todo esto debe de ser tomado en cuenta.⁷

El PASI se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{PASI} = 0.1 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escama}) \times \text{área [cabeza]} + 0.3 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escama}) \times \text{área [tronco]} + 0.2 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escamas}) \times \text{área [extremidades superiores]} + 0.4 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escama}) \times \text{área [extremidades inferiores]}.$$

El médico otorga un número a cada parámetro:

Área:

- 0: Sin afección
- 1: < 10%
- 2: 10 a 29%
- 3: 30 a 49%

- 4: 50 a 69%
- 5: 70 a 89%
- 6: 90 a 100%

Escama:

- O: Sin escama
- 1: Mínima, en forma de polvo
- 2: Escamas delgadas
- 3: Cubren la mayor parte de la lesión, se adhieren y cubren el eritema
- 4: Muy gruesas

Eritema:

- O: Sin eritema, mancha residual
- 1: Apenas detectable
- 2: Pronunciado, no rojo oscuro
- 3.- Más marcado
- 4.- Típico de la psoriasis en la placa no tratada, después de removidas las escamas

Infiltración:

- O: No palpable
- 1: Muy pequeña
- 2: Fácilmente palpable, con escaso aumento del nivel de la piel
- 3: Definitivamente elevada, con induración fácilmente palpable
- 4: Elevada, induración severa o liquenificación

Un PASI mayor a 10 se considera moderado a grave

La respuesta clínica se mide en términos de cambios en el porcentaje del PASI con respecto al

inicial, al terminar los tiempos de evaluación designados y se clasifican en los siguientes⁸:

Blanqueamiento: $\geq 90\%$ de mejoría en el PASI

Respondedor: $\geq 50\%$ y $< 90\%$ de mejoría en el PASI

No respondedor: Entre $< 50\%$ de mejoría en el PASI y un incremento $< 50\%$

Empeoramiento: $\geq 50\%$ de incremento del PASI

Existe una base de datos de marcadores de inflamación que se han utilizado en psoriasis llamada "OMICS". Estos marcadores

incluyen múltiples interleucinas, citoqueratinas, INF- γ , TGF- β 1, PCR ultrasensible, leptina, resistina y otros. Estos han sido utilizados ampliamente en múltiples estudios de investigación, sin embargo, muchos de ellos no cumplen los criterios para ser marcadores clínicos útiles.⁹

Comorbilidades

Esta enfermedad crónica, cada vez se ha reconocido más como un desorden sistémico y así como desencadenantes, se han encontrado múltiples enfermedades relacionadas con la psoriasis.

Se han encontrado como factores desencadenantes el tabaquismo y el alcohol.

En cuanto al tabaquismo, en una cohorte de 78.532 mujeres realizada por Setty y colaboradores, se encontraron 887 casos incidentes y en el análisis multivariado se encontró un RR de presentar psoriasis de 1.78 (IC 1.46-2.16) en los fumadores actuales y un RR de 1.37 (IC 1.17-1.59) en los fumadores previos. Comparando con los no fumadores, un RR de 2.05 (IC 1.66-2.53) en fumadores con índice tabáquico ≥ 21 . También se ha encontrado relación del tabaquismo con la gravedad de la enfermedad.¹⁰

En cuanto al alcohol, se ha encontrado un RR de 1.76 (95% IC, 1.15-2.69) en persona con ingesta de más de 5 cervezas a la semana.¹¹

La obesidad es una de las comorbilidades más comúnmente asociada, se ha encontrado mayor gravedad de la enfermedad en pacientes con obesidad, así como menor respuesta a la terapia y con mayores efectos adversos. Se ha planteado a la obesidad como desencadenante sin embargo se necesitan aún más estudios.¹²

En distintos metanálisis en pacientes con psoriasis, se ha encontrado un RR de 2.26 (IC 1.70-3.01) para síndrome metabólico en comparación con la población general, un RR 1.59 (IC 1.38-1.83) para la incidencia de DM2 y un OR de 1.58 (IC 1.42-1.76) para la incidencia de hipertensión arterial sistémica. Se ha encontrado mayor asociación de hipertensión arterial sistémica con artritis psoriásica.

Con esto, se ha planteado que los pacientes con síndrome metabólico tengan una alteración en la regulación de la vía AMP cinasa.

En cuanto a la incidencia de enfermedad cardiovascular, la psoriasis se ha considerado como un factor de riesgo, esto es controvertido por la coexistencia de factores de riesgo tradicionales en dichos estudios.¹³⁻¹⁷

La relación de psoriasis y cáncer es debatida, se realizó una revisión sistemática por Pouplard y colaboradores en donde se encontró aumento en la incidencia de carcinoma espinocelular, con una tasa de incidencia estandarizada (SIR, Standardized Incidence Ratio) de 5.3% (IC 95% 2.63-10.7), así como de carcinoma basocelular con un SIR de 2 (IC 95% 1.83-2.2). El riesgo aumentado de carcinoma espinocelular principalmente en relación con la exposición previa a PUVA, ciclosporina y posiblemente metotrexato.

También se encontró un pequeño aumento en el riesgo de cáncer en otros órganos, principalmente en los asociados al tabaquismo e ingesta de alcohol. Con un SIR de 3.05 (IC 95% 1.74-5.32) para vías aéreas superiores, SIR 1.31 (IC 95% 1.11-1.55) para vías urinarias y SIR 1.9 (IC 95% 1.48-2.44) para carcinoma hepatocelular.¹⁸

Existen estudios en cuanto al riesgo de linfoma en pacientes con psoriasis, en el estudio más grande de 900,000 pacientes del General Practice Research Database, se encontró un RR de 1.34 (IC 1.2- 1.5) en psoriasis moderada y de 1.6 (IC .9- 2.9) en psoriasis severa. Esto con un riesgo mayor para linfoma cutáneo de células T con un RR de 4.1 (IC 2.7 a 6.2) en psoriasis moderada y 10.8 (IC 3.9 a 29.7) en psoriasis grave, sin embargo se requieren más estudios.¹⁹

Tratamiento de psoriasis

Se ha visto que los pacientes con psoriasis que presentan disminución del peso corporal, tienen un efecto aditivo en la mejoría del PASI.²⁰

El tratamiento debe de individualizarse, tomando en cuenta la extensión de la enfermedad, así como la gravedad.

Los análogos de vitamina D3 tópicos se encuentran disponibles desde los años 90, son tratamiento de primera línea, estos tienen un receptor localizado en el núcleo por lo que tienen efectos genómicos, así como efecto directo sobre los canales de calcio inhibiendo la proliferación de los queratinocitos, induciendo su diferenciación normal e inhibiendo la respuesta inflamatoria. Su dosis máxima es 100g/semana.

Los corticoides tópicos son de primera línea en psoriasis leve a moderada como monoterapia o en combinación, en sitios como pliegues y genitales donde otros tratamientos tópicos pueden producir irritación, se deben considerar los agentes de baja potencia. La mejoría óptima se puede obtener a las 2 semanas. En un ensayo clínico doble ciego se observó eficacia y buen perfil de seguridad, con el uso de la combinación de calcipotriol y betametasona hasta por 52 semanas. Para evitar taquifilaxia se pueden administrar de una a dos veces por semana.²¹

El tazaroteno es un tratamiento de segunda línea, es un retinoide tópico que se une de forma selectiva a RARB y RAR γ , éste disminuye la proliferación epidérmica e inhibe la diferenciación. La irritación limita su uso y por esto resulta útil la combinación con esteroides tópicos. El área máxima que puede tratarse es 10-20% de superficie corporal y no se puede usar en placa en fase de progresión.

Otras terapias tópicas disponibles son los emolientes, ditranol, alquitrán de hulla, ácido salicílico y urea. Los últimos 3 a diferentes concentraciones.

La fototerapia UVB y UVA con uso concomitante de psoralenos vía tópica u oral se usa en psoriasis moderada a grave. Actualmente se utiliza la UVB de banda estrecha con menores efectos adversos. Esta terapia tiene múltiples contraindicaciones que deben de ser tomadas en cuenta. Uno de los efectos adversos principales a tomar en cuenta es el cáncer de piel no melanoma, en una revisión sistemática realizada por Archier y colaboradores en el año 2012, se encontró un riesgo mayor para carcinoma espinocelular incluso con exposición ultravioleta baja,

éste riesgo persistiendo posterior al término del tratamiento. El riesgo de carcinoma basocelular incrementó posterior a 100 sesiones. Se ha investigado el riesgo de melanoma sin embargo es controvertido y se necesitan estudios prospectivos.^{22,23}

El metotrexato es un inmunosupresor y quimioterapéutico a diferente dosis. Su mecanismo de acción es la inhibición directa e indirecta de enzimas en la vía de los folatos y las purinas. Sus indicaciones son psoriasis moderada o grave, pustulosa, eritrodérmica, artritis psoriásica, psoriasis grave de las uñas o psoriasis que no responde a tratamientos tópicos, fototerapia y/o retinoides. La dosis de inicio es de 5-15mg/semana y la dosis de mantenimiento es de 5 a 25mg/semana. Se ha encontrado mejoría clínica de hasta 75%, la mejoría inicial se puede ver tras 1 a 7 semanas y se puede esperar una mejoría máxima después de 8 a 24 semanas. Se requiere suplementación con ácido fólico durante el tratamiento. Su efectos adverso principal es la inmunosupresión (1.4%) y la fibrosis hepática que afecta a un 25% de pacientes que reciben el fármaco después de 5 años, otros efectos adversos frecuentes del metotrexato son náusea, vómito, dolor abdominal, astenia y cefalea.^{24,25}

La ciclosporina se aisló del hongo *Tolypocladium inflatum* en 1970, es un tratamiento efectivo para la psoriasis grave sin embargo se limita por ser nefrotóxico. Su mecanismo de acción es por unión a la ciclofilina, el complejo ciclosporina-ciclofilina inhibe la calcineurina con la consecuente inhibición de la liberación de citocinas inflamatorias e inhibición de la respuesta quimiotáctica de los leucocitos. Durante el tratamiento se debe de llevar a cabo un monitoreo estrecho incluyendo la presión arterial. Se ha notificado el aumento de carcinoma epidermoide durante el tratamiento con este fármaco.

Los retinoides, por su efecto a nivel de receptores nucleares, inhiben la proliferación epidérmica, la expresión de queratina 16 y de la enzima transglutamina. También tienen efectos inmunosupresores, contienen la migración y activación de polimorfonucleares. Su principal indicación es en la psoriasis eritrodérmica y pustulosa.

Los fumaratos sistémicos se han utilizado durante más de 40 años principalmente en otros países como Alemania.

En caso de falla al tratamiento se han utilizado otros fármacos como el micofenolato de mofetil,

calcitriol oral, hidroxiurea y 6-tioguanina. Estos se han utilizado con resultados variables y con múltiples efectos adversos.

Los inhibidores del factor de necrosis tumoral son una terapia eficaz para psoriasis moderada a grave, de éstos el más efectivo es el infliximab y se puede usar de manera intermitente o con dosis de mantenimiento. Requiere monitorización estrecha y se deben de tomar en cuenta la formación de anticuerpos contra éstos fármacos, así como el riesgo de infecciones como la tuberculosis.

En el año 2009 el ustekinumab, un anticuerpo monoclonal contra interleucina 12/23 fue aprobado. Este es eficaz y hasta por 4 años parece ser bien tolerado, 4 pacientes han tenido exacerbación durante el tratamiento con éste.

En enero 2015 se aprobó el secukinumab, éste anticuerpo monoclonal es dirigido contra la interleucina 17-A, ha demostrado eficacia sin embargo se requieren más estudios.

La búsqueda esta dirigida a bloquear moléculas involucradas en la vía Th17, fármacos como briakinumab, ixekizumab y brodalumab tienen éste mecanismo de acción sin embargo faltan estudios para establecer eficacia y perfil de seguridad.

El apremilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 que disminuye la producción de múltiples citocinas involucradas en la patogénesis, sin embargo es menos eficaz que otros tratamientos como ciclosporina o inhibidores de TNF y es costoso.

Otros posibles blancos terapéuticos son moléculas pequeñas de señalización que promueven la respuesta inflamatoria. De estos, el tofacitinib bloquea JAK y ya se ha observado eficacia en estudios clínicos. Otros blancos terapéuticos incluyen lípidos, PKC y S1PR1 que está involucrado en el movimiento de linfocitos.^{22,26}

Psoriasis y psicopatología

Aparte de la inflamación sistémica que se encuentra en la psoriasis, es cada vez más conocida y mas estudiada su asociación con psicopatología.

Las primeras asociaciones se empezaron a ver después de observar la exacerbación de psoriasis posterior al manejo con litio en pacientes con trastorno bipolar.

La psoriasis se ha relacionado con diferentes problemas psicológicos y, dentro de los más estudiados están la depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia y disfunción sexual.

Otras alteraciones que se han encontrado en psoriasis son: vergüenza por su apariencia 89%, falta de confianza 42%, fricción familiar 26%, estrés 10-90%, estigmatización por los cambios en la imagen corporal, aislamiento social y rasgos de personalidad específicos entre otros.²⁷

Todo esto en conjunto contribuye a la disminución importante en la calidad de vida. En un estudio de 317 pacientes realizado por Rapp y colaboradores, se encontró que esta calidad de vida disminuida es comparable con otras enfermedades crónicas como el cáncer, artritis, enfermedad cardíaca, diabetes mellitus y depresión.²⁸

Otra observación es que, ésta disminución de la calidad de vida, se puede extender a familiares de pacientes afectados.²⁹

El impacto psicológico significativo que conlleva esta enfermedad es mayor que el determinado por la gravedad clínica de la psoriasis o el área anatómica afectada.

Poco es conocido sobre la interacción de la afección física, psicológica y social para crear un impacto negativo sin embargo se reconoce que el estrés psicológico puede exacerbar la enfermedad.³⁰

Incluso, hasta el 60% de los pacientes con psoriasis creen firmemente que el “estrés” es el factor causal de su psoriasis³¹ y, también se ha observado que esta psicopatología se asocia con el establecimiento de la enfermedad a edades más tempranas.³²

Ayudando esta interacción física y psicológica, existe un reporte en la literatura de un paciente con trastorno bipolar, discinesia tardía y psoriasis. Sus periodos depresivos y de ideación suicida estaban relacionados con empeoramiento de la discinesia tardía y de las lesiones psoriáticas. Se sugiere que esto puede estar relacionado con la disminución de la secreción de melatonina por la glándula pineal. Esto es interesante porque existen pocos estudios midiendo marcadores que estén asociados a ambas enfermedades.³³

En cuanto al diagnóstico, en pocos pacientes se logra identificar estos problemas de forma

oportuna e incluso cuando son identificados, menos de una tercera parte reciben una intervención apropiada.³⁴

Aparte de la afección en la calidad de vida, esta psicopatología se asocia a peor respuesta a tratamiento para psoriasis. Incluso datos recientes sugieren que la comorbilidad psiquiátrica puede afectar negativamente la respuesta a ciertos tratamientos específicos para psoriasis como es el caso de la fototerapia.³⁵

Otras áreas de afección son el ámbito laboral, llevando a pérdidas de la productividad y, como sabemos esta enfermedad por ser considerada crónica, conlleva costos elevados al sistema de salud.

Otro aspecto importante y recientemente estudiado es que todos estos trastornos pueden contribuir a aumentar el riesgo cardiovascular que de por sí ya se ha visto elevado en estos pacientes.

Todo esto puede mejorar con una gran variedad de terapias farmacológicas y no farmacológicas por lo que es muy importante conocer la prevalencia en nuestra población para posteriormente implementar métodos de tamizaje dirigidos y tratamiento temprano.

Psoriasis y depresión

La depresión para el DSM-IV (4th Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders classification of psychiatric diseases) es definida como:

Animo depresivo o anhedonia (pérdida de interés) por al menos 2 semanas, acompañado de los siguientes síntomas:

- 1.- Pérdida o aumento de peso
- 2.- Insomnio o hipersomnia
- 3.- Aumento o descenso en la actividad psicomotora
- 4.- Fatiga

5.- Sentimientos de culpa o inutilidad, pérdida de concentración e ideación suicida³⁶

La prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis es inconsistente, varía en los estudios desde 6% hasta 62%.³⁷

Esto depende de la metodología de los estudios (Diseño, tamaño de muestra y, principalmente, la herramienta de medición para determinar la presencia o ausencia de depresión entre otras)

Debemos de recordar que en la psoriasis, aparte de la afección a nivel de piel, sus comorbilidades asociadas (Diabetes Mellitus tipo 2, obesidad, dislipidemia, síndrome metabólico, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular), pueden contribuir al riesgo de depresión o alteraciones del ánimo.

Dentro de éstas, es bien conocida la asociación de la psoriasis con depresión, infarto agudo al miocardio y accidente vascular cerebral.

También es bien conocida la asociación de la depresión en general con el aumento del riesgo cardiovascular por su componente inflamatorio y se desafortunadamente se ha visto que los pacientes con depresión tienen riesgo de diagnóstico tardío de enfermedad cardiovascular.

Por esto, Egeberg y colaboradores en el año 2015 en una Cohorte en Dinamarca de 29,406 pacientes con psoriasis, encontraron un riesgo de 1.57 (IC95% 1.07-2.29) para IAM, de 1.95 (IC95% 1.43-2.66) para EVC y 2.24 (IC95%1.53-3.26) para mortalidad cardiovascular. Estos 3 aumentaron significativamente durante depresión aguda y el riesgo de EVC aumentó también durante depresión crónica. Después de la remisión de la depresión únicamente el riesgo de EVC persistió en comparación con aquellos que nunca han tenido depresión. La detección de depresión fue por diagnóstico clínico o uso de antidepresivos.³⁸

En otros estudios se ha buscado el riesgo de la psoriasis con fibrilación auricular y EVC. Todo esto recalca la importancia del tratamiento de esta comorbilidad.³⁹

Así mismo, muchas de las citocinas pro inflamatorias que se encuentran en psoriasis también se han visto elevadas en pacientes con depresión (Por ejemplo IL2, IL6, IL12 y TNF).⁴⁰

De hecho, existen algunas situaciones que apoyan y sugiere que la psoriasis y depresión comparten un mecanismo inmunológico. Uno de ellos es la observación de disminución de síntomas depresivos posterior al tratamiento con anti-TNF- α - o anti-IL12/23.⁴¹

Otra de ellas es la presencia de reporte en los que el uso de inhibidores de recaptura de serotonina en pacientes con psoriasis se asociaron a disminución en la necesidad de terapia sistémica.⁴²

Al evaluar a un paciente con psoriasis y depresión, debemos de recordar fármacos utilizado como es el caso de los retinoides sistémicos los cuales están asociado con riesgo de depresión por lo que se debe de tomar en cuenta en el análisis de resultados.

Otro aspecto que se ha relacionado con mayor riesgo de depresión o ansiedad es el prurito. Debemos de recordar que la intensidad de éste muchas veces no es proporcional a la gravedad de la psoriasis y que cada vez hay mayor evidencia de que factores psicológicos juegan un papel importante en la etiología de éste.

Los pacientes con depresión y ansiedad pueden tener impacto en la percepción del prurito, así mismo, el prurito puede contribuir a un estado anímico negativo. La prevalencia del prurito se ha reportado del 60-90%.

En un estudio realizado por Remrod y colaboradores se encontró prevalencia de prurito de 97% y, de éstos, el 30% fue prurito considerado severo. Los pacientes con prurito severo tuvieron más riesgo de depresión o ansiedad.⁴³

El gold estándar para el diagnóstico de depresión son los criterios de DSM-IV sin embargo se requiere un Psiquiatra o Psicólogo con experiencia por lo que no es comúnmente utilizado en la práctica dermatológica.

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión por sus siglas en inglés HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) es un cuestionario que se le puede dar al paciente para ser autoadministrado, consiste en 14 preguntas divididas en 2 subescalas de 7 preguntas cada una (Sub escala de depresión y subescala de ansiedad). Para calificar la intensidad de los síntomas se utiliza una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos . Puntajes en cada subescala mayores de 7 indican signos de ansiedad o depresión, puntajes mayores de 10 sugieren un problema clínico.

Esta es usualmente utilizada para evaluar depresión y ansiedad en pacientes con alguna enfermedad⁴⁴ y, también ha sido validado en español.⁴⁵

Las preguntas utilizadas son las siguientes:

Subescala Ansiedad

- 1.- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder
- 2.- Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente
- 3.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones
- 4.- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor
- 5.- Me siento Tenso/a o Nervioso/a
- 6.- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme
- 7.- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo en el estómago”

Subescala Depresión

- 1.- Me siento lento/a y torpe
- 2.- He perdido el interés por mi aspecto personal
- 3.- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o TV
- 4.- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre
- 5.- Me siento alegre
- 6.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

7. -Tengo ilusión por las cosas

En cuanto a prevalencia de depresión, como ya comentamos varía mucho en los estudios y esto es por la herramienta para medir que se utilice, algunos de ellos usan la escala de Beck de depresión sin embargo esta incluye muchos aspectos somáticos (como por ejemplo insomnio o cambios de peso), que son aspectos que pueden tener los pacientes con psoriasis. Es por esto que el HADS es la mejor herramienta usada en pacientes con alguna enfermedad.

En el año 2010 Kurd y colaboradores en una cohorte de una muestra representativa del Reino Unido (150,000 pacientes con psoriasis y 765,000 controles), se encontró un Hazard ratio (Ajustado a edad y sexo) de 1.44 (95% CI 1.32, 1.57) con una incidencia de .9 por cada 1000. A diferencia de otros estudios, aquí el diagnóstico de ideas suicidas, intento de suicidio o suicidio es clínico y no por herramienta de tamizaje. El riesgo es mayor en adultos jóvenes. En este artículo se concluye que aproximadamente 350 muertes se atribuyen a suicidio por psoriasis anualmente en el Reino Unido.⁴⁶

En el año 2012 Golpour y colaboradores realizaron en Irán un estudio de 100 casos y 100 controles, usando el Inventario de depresión de Beck y la escala de ansiedad de Spielberger encontraron prevalencia de depresión en psoriasis de 67% comparado con 12% en los controles. Las mujeres tuvieron mayor porcentaje de depresión similar a lo reportado por Akay y colaboradores.^{47, 48}

En el año 2014 en Grecia, Kokoliakou y colaboradores en una muestra de 108 pacientes con psoriasis usando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión encontraron 24% de pacientes con depresión.⁴⁹

En el año 2014 Dowlatshahi y colaboradores, por la variación importante de prevalencia reportada en diferentes estudios, realizaron un metanálisis en donde se encuentra que el cuestionario más

usado es el HADS, encontrando con éste una prevalencia del 23% con el punto de corte de 8. El segundo más utilizado fue el inventario de depresión de Beck en donde se encontró prevalencia de 36%. La proporción disminuyó usando desenlace clínico, 12% usando los códigos de clasificación (International Classification of Diseases codes), 19% por DSMIV y 9% por uso de antidepresivos. Se concluye que los pacientes con psoriasis son al menos 1 y medio veces más propensos a manifestar signos de depresión clínica. Los estudios en donde se incluyó artritis psoriática no parecen tener más riesgo de depresión comparado con los pacientes con psoriasis sin artritis.⁵⁰

En un estudio de Cohorte en Dinamarca realizada en el año 2015 por Jensen y colaboradores, usando como variable de desenlace el inicio de uso de antidepresivos, la incidencia de depresión en los controles fue de 20.0 (IC95% 19.9–20.0), para psoriasis moderada de 23.9 (IC95% 23.1–24.7) y, para grave 31.6 (IC95% 29.5–33.8). Al ajustar por comorbilidades se concluye que el riesgo de depresión en adultos mayores esta mediado principalmente por las comorbilidades sin embargo en pacientes jóvenes la psoriasis per ser es el factor de riesgo para presentarla.

Debemos de recordar que en Dinamarca la mayoría son caucásicos por lo que habrá que tener cautela al interpretar los resultados.⁵¹

En un estudio de casos y controles realizado por Molina-Leyva y colaboradores en el año 2015, a 80 pacientes con psoriasis moderada a grave y 80 controles, se les aplicó la escala HADS y se encontró depresión en 32.5% vs. 4.9% respectivamente, OR 9.1 (CI 95% 3.0 – 27.7; $p < 0.001$).⁵²

En el año 2007, Schmit y colaboradores analizaron a 265 pacientes con psoriasis y encontraron con un método estandarizado una prevalencia de 32%.⁵³

Psoriasis y ansiedad

La ansiedad a lo largo de la historia se ha enfrentado a una ambigüedad conceptual y dificultad para abordarla. Ha tenido una evolución histórica y ha sido redefinida en múltiples ocasiones.

Distintas corrientes psicológicas se ocupan de ésta y, dada la gran confusión terminológica con la angustia, el estrés, temor, miedo y tensión entre otros; ha sido objeto de diversos estudios.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, es una emoción complicada y no placentera manifestada por presión emocional y síntomas físicos.

En el DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia resaltando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas.³⁶

La prevalencia de ansiedad en pacientes con psoriasis es mayor que la de depresión sin embargo los resultados de los estudios son variables.

El aumento en los radicales reactivos de oxígeno y alteraciones en los sistemas antioxidantes se han visto tanto en pacientes con depresión y ansiedad como en pacientes con psoriasis. En el año 2013 Karababa y colaboradores con 39 pacientes con psoriasis y 25 controles usando en HADS con toma de estudio de laboratorio calcularon la capacidad antioxidante total sérica, la capacidad oxidante total sérica y el índice de estrés oxidativo. Encontraron que en paciente con psoriasis y ansiedad, habían niveles aumentados de índice de estrés oxidativo y de capacidad oxidante total. Esto sin relación con el nivel de ansiedad encontrado.⁵⁴

En cuanto a asociaciones, se ha visto que la gravedad de la ansiedad es mayor en ciertas variedades de psoriasis como es la palmoplantar.⁴⁷

En cuanto a otras variedades clínicas, también se ha visto que es más común en pacientes con artritis psoriática. En el año 2014, McDonough y colaboradores el 306 pacientes con artritis psoriática y 135 sin artritis psoriática encontraron que la prevalencia de ansiedad es mayor en pacientes con artritis psoriática 36.6% en comparación con lo que no tienen artritis 24.4%.⁵⁵

Otra asociación es la de ansiedad con personalidad tipo D. La personalidad tipo D se define como la combinación de inhibición social y afectividad negativa. En un estudio realizado en el 2015 por Molina-Leyva y colaboradores se encontró en 80 pacientes con psoriasis y 80 controles que la personalidad tipo D fue más común en pacientes con psoriasis 38.7% en comparación con controles 23.7%. Los pacientes con psoriasis y personalidad tipo D tuvieron 3.2 veces más riesgo de tener ansiedad que los controles (IC95% 1.3-8.83).⁵⁶

En el año 2010 Kurd y colaboradores en una cohorte encontraron un Hazard ratio (ajustado a edad y sexo) de 1.31 (95% CI 1.29, 1.34) para la presencia de ansiedad en pacientes con psoriasis.⁴⁶

En el año 2012 Golpour y colaboradores realizaron en Irán un estudio de 100 casos y 100 controles, usando el Inventario de depresión de Beck y la escala de ansiedad de Spielberger encontraron prevalencia de ansiedad en psoriasis de 45% comparado con 18% en los controles.⁴⁷

En el año 2014 en Grecia, Kokoliakou y colaboradores en una muestra de 108 pacientes con psoriasis con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión encontraron 31.5% de pacientes con ansiedad.⁴⁹

En un estudio de casos y controles realizado por Molina-Leyva y colaboradores en el año 2015, a 80 pacientes con psoriasis moderada a grave y 80 controles, se les aplicó la escala HADS y considerando un punto de corte de 7, se encontró mayor riesgo de ansiedad en pacientes con psoriasis en comparación con voluntario sanos, 50% vs. 20% respectivamente, OR 4.0 (IC 95% 1.9 – 8.0; $p < 0.001$).⁵²

Psoriasis y riesgo de suicidio

El suicidio se define como el acto de quitarse voluntariamente la vida. Como sabemos, el deseo de

estar muerto y el intento de suicidio preceden al suicidio.

El suicidio se halla entre las diez principales causas de muerte; en México es más común en la adolescencia y juventud⁵⁷ siendo el segundo motivo de mortalidad entre los jóvenes.⁵⁸

En el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada año se suicidan más de un millón de personas, que corresponde al 1.8% del total de muertes.^{59,60}

Se le atribuyen aproximadamente 1,000,000 muertes anualmente en todo el mundo. Es de las causas más comunes de muerte en adultos jóvenes.

En enfermedades de la piel se ha visto riesgo aumentado principalmente en psoriasis, melanoma metastático, dermatitis atópica y acné, sin embargo cualquier padecimiento crónico tiene el potencial riesgo.⁶¹

Al evaluar a un paciente con riesgo de suicidio, se deben de tomar en cuenta otros factores de riesgo como lo son los problemas de salud, psiquiátricos, económico, escolares, laborales o familiares (incluyendo estado marital, muchos de éstos pueden estar de manera concomitante. También debemos de recordar que la tendencia suicida se puede basar en rasgos de personalidad que lo inclinan a reaccionar de esa manera.⁶²

Se ha visto que las alteraciones psicológicas y la disfunción social son los factores que más contribuyen a la ideación suicida.⁶³

Relacionado con psoriasis, debemos de recordar que los retinoides sistémicos están asociado con riesgo de suicidio por lo que se debe de tomar en cuenta en el análisis de resultados.

En cuanto a otros tratamientos usados para la psoriasis solamente existen escasos reporte de caso de asociación como es el caso de un hombre de 53 años que se suicido durante el tratamiento con adalimumab para psoriasis grave.⁶⁴

Existen pocos estudios de la asociación de psoriasis con riesgo de suicidio y aparte de esto, no

existen muchas escalas validadas para detectar el riesgo de suicidio.

En 1989 se realizó la escala de riesgo de suicidio de Plutchik y fue validada en español en 1998.^{65,66}

Esta escala no ha sido utilizada para evaluar riesgo en suicidio en pacientes con psoriasis sin embargo es una de las pocas escalas validadas en español.

En una encuesta a 217 pacientes realizada por Gupta y colaboradores, usando el Carroll Rating Scale for Depression (CRSD) por tener 2 items relacionados a suicidio, se encontró que el 10% tenían el deseo de estar muertos, y 5% de ellos ideación suicida.⁶⁷

En un estudio realizado en el año 2006 por Picardi y colaboradores se encontró una prevalencia del 10% en pacientes con psoriasis pero basado únicamente en una pregunta.⁶³

En el año 2010 Kurd y colaboradores en una cohorte de una muestra representativa del Reino Unido (150,000 pacientes con psoriasis y 765,000 controles), se encontró un Hazard ratio (Ajustado a edad y sexo) de 1.44 (95% CI 1.32, 1.57) con una incidencia de .9 por cada 1000. A diferencia de otros estudios, aquí el diagnóstico de ideas suicidas, intento de suicidio o suicidio es clínico y no por herramienta de tamizaje. El riesgo es mayor en adultos jóvenes. En este artículo se concluye que aproximadamente 350 muertes se atribuyen a suicidio por psoriasis anualmente en el Reino Unido.⁴⁶

Los dermatólogos pueden jugar un rol importante para reconocer el riesgo de suicidio para poder realizar una referencia inmediata al Psiquiatra y poder evitar esta consecuencia fatal.

Psoriasis y disfunción sexual

Para la Organización Panamericana de la Salud, la sexualidad es importante para el bienestar y

calidad de vida. Los problemas sexuales para esta organización son definidos como “la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual”. La causa puede ser psicológica, física o ambas. La depresión o ansiedad pueden estar asociados con el inicio del problema o ser consecuencia del mismo. Acorde con la OMS la sexualidad es una necesidad básica y es importante para mantener salud mental.⁶⁸

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en el año 2005 en mujeres y hombres sin enfermedades se encontró una prevalencia de disfunción sexual en mujeres de 52% y en hombres de 38.8%.⁶⁹

Debemos de recordar que padecimientos como hipertensión arterial, enfermedad vascular, dislipidemia, consumo de alcohol, insuficiencia renal, tabaquismo, efectos secundarios de fármacos, ansiedad y depresión; las cuales son aspectos comunes en los pacientes con psoriasis; también están relacionados con riesgo de padecer disfunción sexual.

Todos los estudios de disfunción sexual en pacientes con psoriasis son de casos y controles o transversales y son pocos los realizado encontrando mayor prevalencia de esta asociación.

No se ha podido establecer de manera adecuada la relación de esta con depresión, ansiedad, comorbilidades, zonas afectadas, efectos adversos de medicamentos y presencia de artritis psoriática.⁷⁰⁻⁷³

En un estudio realizado por Sánchez Bravo y colaboradores, en hombres se encontró relación de disfunción sexual con ansiedad moderada sin embargo no se encontró relación con depresión. Debemos de recordar que ciertos componentes de la respuesta sexual como lo son el interés depende de factores psicológicos únicamente mientras que el resto de componentes como erección y orgasmo depende de aspectos físicos y psicológicos.⁷⁴

La disfunción sexual también se ha visto relacionada con la presencia de lesiones de psoriasis en dicha zona.⁵²

En un estudio observacional de 354 pacientes con psoriasis realizado por Ryan y colaboradores se encontró que el 38% tenían involucro genital y que 63% tenían lesiones actuales o antecedente

de haberlas tenido. De estos 32% reportaron empeoramiento de las lesiones posterior a tener relaciones sexuales, 42% dispareunia y 43% disminución en la frecuencia de relaciones sexuales.⁷⁵

El hecho de que tener lesiones de psoriasis en zonas específicas conlleve mayor riesgo de presentar disfunción sexual concuerda con reportes previos de cambios en la imagen corporal ya sea fisiológicos como el embarazo o no fisiológicos como cicatrices están relacionados con disfunción sexual.⁷⁶

Es importante considerar que la disfunción sexual también se ha visto relacionada a medicamentos usados para el tratamiento de psoriasis como el metotrexato y el etretinato por lo que se debe de hacer correlación.⁷⁷⁻⁷⁹

Existen muchas escalas para evaluar la disfunción sexual, algunas son específicas para hombres sin embargo existen otras que pueden usarse en ambos sexos. Ejemplos de escalas usadas en estudios previos son “International Index of Erectile Function”, “Female Sexual Function Index”, Arizona Sexual Experience Scale, “Sexual Quality of Life Questionnaire for Men”, “Female Sexual Distress Scale”.⁸⁰

y “Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)”. Esta última fue validada por Labbate LA y colaboradores en el año 2001, quienes demostraron la validez concurrente del MGH-SFQ con el CSFQ (Sexual Functioning Questionnaire) , encontrándose correlaciones significativas entre las dimensiones de interés sexual, excitación, orgasmo y satisfacción global de ambos instrumentos.⁸¹

Ésta escala ha sido validada en población española, esto se realizó en un estudio realizado por Sierra JC y colaboradores, en una muestra de 3050 pacientes de 18 a 83 años (45.41% hombres y 54.59% mujeres) encontrando una fiabilidad de consistencia interna de .90 para hombres y .93 para mujeres, esta herramienta demostró identificar un mayor porcentaje de mujeres que de hombres con disfunciones sexuales con un aumento en la prevalencia a medida que aumenta la edad. Se concluye que es una herramienta fiable, válida, breve y sencilla para la evaluación de disfunción sexual en España.

Este fue elaborado a partir del Guided Interview Questionnaire y de la Arizona Sexual Experience

Scale.

El cuestionario consta de 5 preguntas para hombres y 4 preguntas para mujeres que contemplan las diferentes fases del ciclo sexual: interés sexual, capacidad de excitación, capacidad para conseguir orgasmo, capacidad para conseguir y mantener erección (hombres) y satisfacción sexual global. Cada uno es calificado con un puntaje de 0 a 4 (normal). Puntajes más altos indican mejor función sexual de la siguiente manera:

0: Totalmente disminuido

1: marcadamente disminuido

2: Moderadamente disminuido

3: Mínimamente disminuido

4: Normal

Se considera disfunción sexual cuando al menos una de los rubros tiene puntaje menor de 4.

Las preguntas son las siguientes:

Hombres

¿Como ha estado su interés sexual durante el ultimo mes?

¿Como ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el ultimo mes?

¿Como ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el ultimo mes?

¿Como ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el ultimo mes?

¿Como calificaría su satisfacción sexual global en el ultimo mes?

Mujeres

¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?

¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?

¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?

¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?

Como limitantes se refiere en el artículo que puede ser que la herramienta se ajuste más al modelo masculino, no diferenciando, por ejemplo, en el caso de las mujeres la excitación subjetiva de la lubricación en la fase de excitación, tal como plantean los modelos más actuales de la respuesta sexual femenina.⁸²

En un estudio de casos y controles realizado por Molina-Leyva y colaboradores en el año 2015, a 80 pacientes con psoriasis moderada a grave y 80 controles, se les aplicó la escala de Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire. Se encontró en pacientes con psoriasis un OR de 5.5 (IC 5% 2.6-11.3, $p < 0.001$) para tener disfunción sexual, ajustado a depresión o ansiedad OR 2.9 (IC 95% 1.2– 7.0; $p = 0.016$). 18.7% de los pacientes tuvieron involucro genital 18.7% y, en paciente con lesiones en zonas específicas (glúteos, genitales, abdomen o región lumbar) se encontró mayor riesgo de padecerla (OR 7.9 IC 95% 2.3-33.4; $p < 0.001$).

Como criterio de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años sin embargo a pesar de que no se especifica la edad de los pacientes con disfunción sexual, los controles se ajustan a edad y sexo.

Se concluye que pacientes con depresión tienen mayor riesgo de padecer disfunción sexual sin embargo a pesar de ajustarlo, los pacientes con psoriasis tienen riesgo de padecerla. Se sugiere que con estos datos en un futuro se pueda realizar un estudio de ultrasonido doppler en pacientes con disfunción eréctil por psoriasis.⁵²

En el año 2013, Chen y colaboradores realizaron una cohorte nacional en donde se encontró un Hazard ratio de 1.27 (IC95% 1.11-1.46).⁸³

Las indicaciones de referencia a un nivel superior de atención son:⁶⁸

1.- Casos en los que es necesaria una evaluación especializada por urólogo o ginecólogo y/o se contempla la necesidad de una intervención quirúrgica.

- 2.- Cuando se considere necesidad de terapia de reemplazo hormonal.
- 3.- Cuando se considere necesidad de atención por un psicoterapeuta

Un dato interesante fue el reportado por Meeuwis y colaboradores quien encontró que únicamente 9% de los pacientes estaba satisfecho con la atención proporcionada por el personal de salud relacionada con su sexualidad.⁸⁴

Psoriasis y alexitimia

La alexitimia se considera un aspecto de la personalidad, es la incapacidad de representación mental de las emociones que lleva a dificultad en la habilidad de reconocerlas, entenderlas, regularlas y describirlas. Algunos autores la describen como “vacío de sentimientos y pobreza de imaginación” e indican que son pacientes con alta prevalencia de emociones negativas.⁸⁵

La alexitimia puede estar asociada a la somatización. Ésta es la presencia de síntomas somáticos que no pueden ser explicados por una etiología orgánica, se sugiere que los pacientes con este trastorno tienden a desplazar la incapacidad de reconocer emociones hacia diversos síntomas. Tienden a minimizar emociones y enfocar su atención externamente (Pensamiento orientado externamente)

La alexitimia se ha visto asociada con cambios en la actividad simpática, inmunidad y actividad cerebral.

Se debe de distinguir alexitimia primaria de la secundaria. La primera se desarrolla en los primeros años de vida y la segunda se desarrolla posterior a eventos traumáticos o en este caso enfermedades crónicas o incapacitantes. Para algunos autores la alexitimia representa un factor de riesgo para mantener y exacerbar problemas médicos.⁸⁶

En dermatología se ha asociado a parte de la psoriasis, con otros padecimientos como alopecia areata, dermatitis atópica, vitiligo y urticaria crónica. Por esto se sugiere que los Dermatólogos deben de estar atentos a este problema.⁸⁷

Se ha concluido que la alexitimia en psoriasis puede tener influencia ya sea en la aparición de la enfermedad, en su evolución o en su pronóstico.

La escala de alexitimia de Toronto (TAS-20), ha demostrado ser la herramienta mejor validada para medir alexitimia, con buena consistencia interna y fiabilidad.⁸⁸

Esta a sido también validada en español.⁸⁹

Dentro del cuestionario encontramos 3 subescalas: Dificultad en describir sentimientos (Incluye las preguntas 2,4,7,12 y 17), dificultad en identificar sentimiento (Incluye las preguntas 1,3,6,11,9,13 y 14) y pensamiento orientado externamente.

El cuestionario consta de las siguientes preguntas:

- 1.- A menudo estoy confundido con las emociones que estoy sintiendo
- 2.- Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos
- 3.- Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden
- 4.- Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente
- 5.- Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo
- 6.- Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado
- 7.- A menudo estoy confundido con lo que siento en mi cuerpo
- 8.- Prefiero dejar que las cosas pasen solas, sin preguntarme por qué suceden así
- 9.- Tengo sentimientos que casi no puedo identificar
- 10.- Estar en contacto con las emociones es muy importante
- 11.- Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas
- 12.- La gente me dice que exprese más mis sentimientos
- 13.- No sé qué pasa dentro de mi
- 14.- A menudo no sé por qué estoy enojado
- 15.- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos
- 16.- Prefiero ver programas de TV simples pero entretenidos, que programas difíciles de entender
- 17.- Me es difícil expresar mis sentimientos más profundos incluso a mis mejores amigos

- 18.- Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.
- 19.- Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.
- 20.- Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos, disminuye el placer de disfrutarlos.

Cada una de ellas es calificada del 1 al 6 siendo 1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo

La sumatoria de el puntaje de todas las preguntas se puede interpretar de la siguiente manera:

Menor o igual a 51: No hay alexitimia

52 a 60: Posible alexitimia

Mayor o igual a 61: alexitimia

En múltiples estudios se ha encontrado mayor prevalencia, en el realizado por Masmoudi y colaboradores en el año 2009 se encontró de 39.6%.⁸⁵

En el año 2014 en Grecia, Korkoliakou y colaboradores en una muestra de 108 pacientes con psoriasis aplicaron la escala de alexitimia de Toronto en conjunto con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y encontraron 32.4% con alexitimia, 22.2% en el límite y 45.4 sin alexitimia. No se encontró correlación de la gravedad de psoriasis con alexitimia. En múltiples estudios se ha visto la relación de la alexitimia con depresión y ansiedad, se concluye que la relación depende de las sub escalas de Toronto, no en la totalidad de esta.⁴⁹

En México el año 2015 se realizó un estudio por Torres-Hernández y colaboradores en donde se aplicó la escala de alexitimia de Toronto encontrándose prevalencia de alexitimia de 25% en pacientes con psoriasis a diferencia de el grupo control 8%.⁹⁰

Allegranti y colaboradores recomiendan psicoterapia para pacientes con diagnóstico de alexitimia, para ayudar a reconocer y regular sus sentimientos. Se considera que el tratamiento de psoriasis debe de ser multidisciplinario.⁹¹

Psoriasis y satisfacción con el tratamiento

En pacientes con psoriasis se ha visto que éstos consideran que los tratamientos son ineficaces y no logran los resultados esperados.

La satisfacción con el tratamiento recientemente ha adquirido mayor interés para evaluar la calidad de los servicios de salud y de los tratamientos ofrecidos. Así mismo, la satisfacción con el tratamiento se ha visto relacionada con la adherencia a éste y por consecuencia el desenlace.⁹²

Esto aunado a que se ha encontrado discrepancia en la percepción de gravedad entre el médico y el paciente es por lo que ha adquirido cada vez mayor interés el conocer la satisfacción.⁹³

En un estudio realizado por Puig y colaboradores en el año 2013 en donde se aplicó un cuestionario sobre adherencia al tratamiento tópico, se encontró que para mejorar la satisfacción con el tratamiento se deben de dar instrucciones escritas, simplificar e indicar preparados cómodos y agradables. Se concluye que mejorando la satisfacción con el tratamiento mejora la adherencia, eficacia y calidad de vida. En este artículo se enfatiza que la adherencia implica una decisión voluntaria del paciente (A diferencia del cumplimiento).⁹⁴

Existen cuestionarios de satisfacción usados en otros campos de la medicina sin embargo se considera que en psoriasis poco se ha evaluado con respecto a esto por la falta de instrumentos específicos validados para éste propósito.⁹⁵

Se ha especificado que medir la satisfacción depende de muchas variables como son edad, sexo, educación y gravedad de la enfermedad entre otras.

En el año 2011 Renzi y colaboradores encontraron que hasta el 72.7% de los pacientes prefieren estar involucrados en la toma de decisiones con respecto al tratamiento.⁹⁶

A diferencia de los estudios previo, Daudén y colaboradores en el año 2011 , en una muestra de 732 pacientes en España, se encontró que a pesar de que la mayoría estaba en tratamiento tópico, el 47% presentó un grado elevado o muy elevado de satisfacción con el tratamiento que recibían y alrededor del 94% presentaban al menos un grado de satisfacción.³⁴

También se vio en una revisión sistemática realizada por Umar y colaboradores en el año 2012 que no existen estudios sobre la manera en la que influye estudiar la preferencia de los pacientes con la toma de decisiones con respecto al tratamiento por lo que es importante en un futuro poder investigar esta relación.⁹⁷

En un estudio realizado en el año 2013 por Schaarschmidt y colaboradores se mide el impacto que tiene la experiencia de tratamiento con la preferencia y se concluye que la preferencia del tratamiento puede cambiar en el curso del tiempo influenciado por la experiencia de tratamiento por lo que es importante investigar en diferentes centros y países cual es el resultado de la satisfacción con el tratamiento.⁹⁸

En el año 2015 Schaarschmidt y colaboradores evaluaron la satisfacción de tratamiento en 200 pacientes con psoriasis moderada a severa en el Hospital Universitario de Alemania, esta se evaluó con una escala de tipo Likert con 5 niveles de posibles respuestas con puntaje de 0 a 5 (0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho), así como el Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM). Dentro de los participantes lo que calificaron estar con el tratamiento muy satisfechos fueron 51.7% en el grupo de biológicos, 36.1% en el grupo de terapias sistémicas tradicionales, 7.7% con fototerapia y 8.1% en pacientes con tratamientos tópicos ($p < 0.001$). Es interesante saber que si se encontró mayor satisfacción en cuanto a efectos adversos en los usuarios de tratamientos tópicos y que en un análisis bivariado se encontró que los pacientes mayores se encontraban más satisfechos con la terapia tópica.⁹⁹

En el mismo año Finch y colaboradores en Reino Unido evaluaron a 38 pacientes con psoriasis y encontraron nuevamente mayor satisfacción con tratamiento sistémico y fototerapia en comparación con el tratamiento tópico.⁹²

En el estudio NEODERMA realizado por Ribera y colaboradores, se realizó un cuestionario de satisfacción de tratamiento en psoriasis CESTEP, éste basado en su versión validada en inglés

(Satisfaction With Treatment of Psoriasis Questionnaire SSTPQ). Se demostró que la administración es factible y que el instrumento cumplió los criterios metodológicos respecto a su validez y fiabilidad.¹⁰⁰

El cuestionario consta de 12 preguntas

- 1.- ¿Esta usted satisfecho de la forma en que se han cumplido sus expectativas con el tratamiento?
- 2.- ¿Hasta que punto esta usted satisfecho de como el tratamiento ha aliviado las molestias de su enfermedad de la piel (color, dolor, comezón)?
- 3.- ¿Hasta que punto esta usted satisfecho de como el tratamiento ha disminuido la extensión de su psoriasis?
- 4.- ¿Hasta que punto está usted satisfecho de como el tratamiento ha disminuido la intensidad (piel roja, escamas, abultamiento) de su psoriasis?
- 5.- ¿Se ha sentido satisfecho con la rapidez con la que ha mejorado su psoriasis?
- 6.- ¿Hasta que punto está usted satisfecho con el tratamiento para recomendarlo a alguien con una psoriasis similar a la suya?
- 7.- ¿Se considera satisfecho de como le ha sentado el tratamiento en los últimos 3 meses?
- 8.- ¿Está usted satisfecho de lo práctico/cómodo que le ha resultado el tratamiento?
- 9.- Por su psoriasis y por el tratamiento que recibe ¿se considera satisfecho con la frecuencia de visitas a su médico?

10.- ¿Considera que el beneficio del tratamiento de su psoriasis compensa los posibles efectos indeseables?

11.- ¿En que medida está satisfecho con su grado de conocimiento acerca de los tratamientos disponibles para la psoriasis?

12.- ¿Hasta que punto esta usted satisfecho con su tratamiento actual?

Cada pregunta se valora con una escala de tipo Likert con 5 niveles de posibles respuestas con puntaje de 0 a 5 (0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho).

La puntuación total se obtiene sumando la obtenida en cada pregunta y va de 0 (máximo valor posible de satisfacción) a 48 (máximo valor posible de insatisfacción). Al final del cuestionario se incorporo una escala análoga visual (EAV) de 0 a 100 para que el paciente valore la satisfacción global con el tratamiento, considerando 0 como la peor puntuación posible y 100 como la mejor.

El pasado cuestionario, está enfocado principalmente a psoriasis moderada a grave con uso de tratamiento sistémico. La terapia tópica tiene el mejor perfil de seguridad y continua siendo de primera línea. Existe un cuestionario basado en una parte de la versión en ingles: Psoriasis Treatment Satisfaction Survey el cual toma en cuenta aspectos importantes de la terapia tópica:⁹²

¿Qué tan satisfecho estas con el tratamiento tópico (el aplicado directamente en la piel)?

¿Qué tan satisfecho estas con la seguridad del tratamiento tópico? *Piensa en los efectos adversos y molestias del tratamiento

¿Qué tan satisfecho estas con la conveniencia de aplicación? * Piensa en la facilidad de aplicación y el tiempo que toma

¿Qué tan satisfecho estas con la información proporcionada por tu médico sobre tu tratamiento

tópico?

Esto se calificara del 1 al 6 siendo 1: de ninguna manera satisfecho y siendo 6 muy satisfecho

No satisfecho será considerado como un puntaje igual o menor de 2.

Nosotros agregamos otra pregunta, enfocándonos en el hecho de que en nuestro Centro usamos muchas fórmulas magistrales:

¿Hasta que punto esta usted satisfecho con la comodidad de aplicar tratamiento tópico (El cual tiene que esta aplicando directamente en las lesiones)?

Se calificará de la misma manera la respuesta (0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho).

Como vemos, los resultados son controvertidos y, por todo esto se requiere conocer que tan satisfechos se encuentran los pacientes con el tratamiento en diferentes poblaciones para en un futuro poder incorporar medidas que puedan lograr mejoría en los servicios de salud con el consecuente impacto en la adherencia al tratamiento y mejoría clínica.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La psoriasis es una enfermedad cuya prevalencia llega a ser hasta de 8.5%, es cada vez más conocida y mas estudiada su asociación con alteraciones psicológicas que tienen fondo tanto orgánico como psíquico.

Estas alteraciones psicológicas tienen gran repercusión en la calidad de vida la cual es incluso comparable con enfermedades crónicas como cáncer, artritis inflamatoria y diabetes mellitus 2; incluso se ha visto que la disminución en la calidad de vida se puede extender a familiares de pacientes afectados. Estas alteraciones pueden llegar a tener tal magnitud que culminen en riesgo de suicidio.

También se ha observado que estas alteraciones tienen repercusión clínica, se asocian con el establecimiento de psoriasis a edades más tempranas, peor respuesta a tratamiento e incluso pueden contribuir a aumentar el riesgo cardiovascular que ya se encuentra aumentado en esta patología.

Otras áreas de afección son el ámbito laboral llevando a pérdidas de la productividad y costos elevados al sistema de salud.

El problema es que los datos de prevalencia son controvertidos y la causa de esto es principalmente los errores metodológicos encontrados en estudios previos, éstos incluyen el uso de diferentes escalas de medición y la falta de seguimiento. Un ejemplo de esto es la prevalencia inconsistente de depresión en pacientes con psoriasis que va desde 6% hasta el 62%.

Otro problema es que no se ha podido establecer de manera adecuada la relación de estas alteraciones con comorbilidades, zonas afectadas, efectos adversos de medicamentos y presencia de artritis psoriática.

Esta falta de información lleva a que en pocos pacientes se logre identificar estos problemas de forma oportuna e incluso cuando son identificados, por la falta de conocimiento de la relevancia de estas alteraciones, que menos de una tercera parte reciban una intervención apropiada.

Incluso ya se ha visto poca satisfacción de los pacientes en cuanto a la atención proporcionada por el personal de salud relacionada con este tema.

En cuanto a la satisfacción del paciente con el tratamiento también ha sido poco estudiada, se ha visto que éstos consideran que los tratamientos son ineficaces y no logran los resultados esperados. En el caso de nuestra población estudiada, tenemos un alto porcentaje de uso de terapia tópica y existen pocos estudios de satisfacción con esta.

La satisfacción con el tratamiento recientemente ha adquirido mayor interés para evaluar la calidad de los servicios de salud y de los tratamientos ofrecidos. Así mismo, se ha visto relacionada con la adherencia a tratamiento y por consecuencia el desenlace.

7. JUSTIFICACIÓN

La psoriasis tiene diferente presentación basado en el polimorfismo genético que tenga la población estudiada. El tratamiento también difiere y, por los bajos recursos económicos con los que cuenta nuestros pacientes en el Centro, tenemos un alto porcentaje de uso de terapia tópica.

Como sabemos las alteraciones psicológicas es pacientes con psoriasis tienen influencia multifactorial y lo previamente descrito influye en esto. Así mismo, se ha visto mayor riesgo de depresión entre otras alteraciones psicológicas en pacientes con escolaridad baja, desempleo y habitantes de zonas rurales.

El hecho de conocer la prevalencia de alteraciones psicológicas en nuestra población puede contribuir a un diagnóstico temprano y en un futuro la elaboración de guías para implementar métodos de diagnóstico temprano. Así mismo, estas alteraciones psicológicas pueden mejorar con una gran variedad de terapias farmacológicas y no farmacológicas que idealmente se deben de establecer de manera temprana.

El hecho de tener un diagnóstico y tratamiento temprano puede contribuir a mejorar calidad de vida, adherencia a tratamiento y desenlace clínico. Se ha sugerido que incluso puede tener impacto en el riesgo cardiovascular.

El conocer que tan satisfechos se encuentran los pacientes con el tratamiento puede contribuir en un futuro a poder incorporar medidas que puedan lograr mejoría en los servicios de salud con el consecuente impacto en la adherencia al tratamiento y mejoría clínica.

Este estudio se justifica porque actualmente el diagnóstico y tratamiento de psoriasis se debe de redireccionar con un enfoque sistémico y basado en sus resultados se propone que la evaluación de estos pacientes se realice de forma sistemática.

8. HIPÓTESIS

Los pacientes con psoriasis del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua tienen mayor prevalencia de depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia y disfunción sexual. Esto puede influir de manera negativa en la satisfacción con el tratamiento.

9. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cual es el riesgo de presentar depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia, disfunción sexual y, cual es la satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua?

10. OBJETIVOS

Generales:

Determinar la prevalencia de alteraciones psicológicas en adultos con psoriasis y su asociación con la gravedad de la enfermedad

Determinar la presencia de psicopatología de los pacientes mediante las escalas:

- 1.- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión
- 2.- Escala de probabilidad de suicidio
- 3.- Cuestionario de función sexual del Massachusetts General Hospital
- 4.- La escala de alexitimia de Toronto
- 5.- Cuestionario de satisfacción de tratamiento en Psoriasis

Determinar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento
Determinar las características sociodemográficas de los pacientes de psoriasis
Determinar las características clínicas de la enfermedad y sus comorbilidades
Cuantificar la gravedad de la enfermedad en términos de su extensión mediante PASI

Específicos:

Determinar la relación de depresión y ansiedad con disfunción sexual
Determinar la relación de alteraciones psicológicas y satisfacción con el tratamiento
Determinar la relación de alteraciones psicológicas con gravedad en términos de PASI
Determinar la relación de alteraciones psicológicas con afección articular en términos de PASE
Determinar la relación de disfunción sexual con zonas afectadas

11. RECURSOS

Humanos:

Investigador Responsable: Médico adscrito al servicio de Consulta externa del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua
Asesor metodológico: Jefe de enseñanza e investigación del Centro Dermatológico Pascua
Investigador Principal: Residente de Dermatología

Materiales:

Consultorio médico del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” para realizar evaluaciones clínicas
Hojas tamaño carta para recolección de datos
Copias
Computadora con *programa SPSS para recopilación y análisis estadístico*
Lápices y plumas
Lap Top MacBook Air

Físicos:

Aula asignada a Investigación del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”

12. DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal analítico no experimental

13. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico clínico de psoriasis en placas que acudan al Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” y que cumplan los criterios requeridos

14. CRITERIOS**Inclusión:**

Psoriasis de cualquier variedad diagnosticada por histopatología o de manera clínica por Dermatólogo

>18 años

Primaria terminada

Saber leer

Exclusión:

Retraso intelectual

Ingesta de fármacos o sustancias que puedan afectar función mental al momento del estudio

15. MUESTRA

Tamaño de muestra

Este es un estudio cuyo objetivo es la estimación de una proporción. Para la obtención del tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

$$Z\alpha = 1.96^2 = 3.8416$$

p = Proporción, se obtuvo de un artículo realizado por Schmitt y colaboradores en donde se encontró una prevalencia de 32% en pacientes con psoriasis

$$p = .32$$

$$c = \text{Complemento de } .32 = (1-.32) = .68$$

$$d^2 = \text{Precisión} = .05^2 = .0025$$

$$n = \frac{(3.8416)(.32)(.68)}{.0025}$$

$$n = 303$$

Se obtuvo un tamaño de muestra de 303

16. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de medida
Depresión	Animo depresivo o anhedonia e interés) por al menos 2 acompañado de los siguientes 1.- Pérdida o aumento de peso 2.- Insomnio o hipersomnia 3.- Aumento o descenso en la sicomotora 4.- Fatiga 5.- Sentimientos de culpa o pérdida de concentración e juicio	Se realiza cuestionario de depresión validado en español	La escala de depresión de ansiedad y	0-42 1: Sin riesgo 2: Sugiere problema clínico 3: Problema
Ansiedad	Estado de agitación, inquietud del ánimo	Se realiza cuestionario de ansiedad validado en español	La escala de ansiedad y	0-42 1: Sin riesgo 2: Sugiere problema clínico 3: Problema
Suicidio	Acto de quitarse la vida	Se realiza cuestionario de riesgo de suicidio validado en español	Escala de riesgo de suicidio	0-15 1: >6 Riesgo de
Alexitimia	Incapacidad de representación de las emociones que lleva a una disminución en la habilidad de reconocerlas, regularlas y describirlas	Se realiza cuestionario de alexitimia validado en español	La escala de alexitimia de Toronto	20-120 ≤ 51: No hay alexitimia 52-60: Posible alexitimia ≥ 61: Alexitimia
Disfunción sexual	La dificultad durante cualquier acto sexual (deseo, excitación, o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad	Se realiza cuestionario de disfunción sexual validado en español	Cuestionario de disfunción sexual del Institute of Sexual and Reproductive Health (ISRH) General	0-16 (Mujeres) 0-20 (Hombres) Puntajes más altos indican mayor disfunción sexual Puntajes más bajos indican menor disfunción sexual
Satisfacción con el tratamiento	Sentimiento de bienestar o satisfacción que se tiene cuando se ha colmado o cubierto una necesidad. Esto se refiere al tratamiento otorgado para el paciente	Se realiza cuestionario de satisfacción con el tratamiento validado en español	Cuestionario de satisfacción con el tratamiento en	0-48 0: Máximo valor de satisfacción 48: Máximo valor de insatisfacción
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Se pregunta sobre edad	Cuantitativa	Números enteros,
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Se pregunta sobre sexo	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Condición de una persona registrada en el registro civil en función de su situación legal respecto a	Se pregunta sobre estado civil	Cualitativa nominal	Casado Soltero Divorciado Viudo Unión libre
Escolaridad	Conjunto de cursos que un individuo sigue en un establecimiento de enseñanza	Se pregunta sobre escolaridad	Cualitativa ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura Posgrado
Ingreso mensual	Suma de dinero que se recibe mensualmente. En caso de estar en desempleo, también se toma en cuenta el subsidio que recibe por parte de su	Se pregunta sobre ingreso mensual	Cuantitativa	<2,499 <4,999 <7,499 <10,000

				>10,000
Frecuencia de religiosa	Práctica humana de creencias, morales y sobrenaturales. La se toma en cuenta como el veces que esta es practicada todo de tiempo.	Se pregunta sobre de practica religiosa	Cualitativa ordinal	Nunca Diario Una vez a la Una vez al mes Una vez al año Nunca
Comorbilidad	Presencia de una o más des aparte de la enfermedad a) Obesidad: Acumulación excesiva de grasa. Se toma en no un IMC (índice de Masa gual o mayor a 30 IMC: b) Diabetes Mellitus: metabólico caracterizado por mia. Se define como un glucosa ≥ 126 mg/dl en 2 tomas, glucosa ≥ 200 mg/dl o hemoglobina $\geq 6.5\%$. c) Hipertensión arterial Incremento continuo en la cifra arterial $\geq 140/90$ mmHg d) Dislipidemia Alteración en los niveles de sangre	Se preguntó si se conoces HAS, obesidad o dislipidemia Se peso y midió, y se	Cualitativa	Si No
Uso de drogas	Uso de sustancias que tiene mulante, alucinógeno, narcótico nte.	Se pregunta sobre uso evio de drogas	Cualitativa	Si No
Ingesta de alcohol	Ingesta de bebidas que alcohol en su composición	Se pregunta sobre uso evio de alcohol	Cualitativa	Si No
Tabaquismo	Consumo de tabaco de ónica por adicción a la nicotina.	Se pregunta sobre uso evio de tabaco	Cualitativa	Si No
Circuncisión	Cirugía que consiste en cortar n del prepucio del pene	Se pregunta sobre te de circuncisión	Cualitativa dicotómica	Si No
Psoriasis	Enfermedad inflamatoria e produce lesiones en la piel.	Se corrobora por go el diagnóstico de	Cualitativa	Si No
Antecedentes familiares de psoriasis	Antecedente de familiar on psoriasis.	Se pregunta sobre te heredofamiliar de psoriasis	Cualitativa	Si No
Variedad clínica	Forma clínica en la que se las lesiones cutáneas	Se corrobora por go o se revisa en el e la variedad clínica	Cualitativa nominal	Placas Gotas Palmoplantar Pustulosa Ungueal Eritrodérmica Invertido
Piel expuesta	Piel que no esta usualmente or ropa. Incluye cara, orejas, V	Se pregunta sobre de lesiones en piel expuesta	Cualitativa dicotómica	Si No

Piel expuesta	Piel que no esta usualmente por ropa. Incluye cara, orejas, V manos y brazos.	Se pregunta sobre de lesiones en piel expuesta	Cualitativa dicotómica	Si No
Topografía genitales	Incluye pene, escroto, labios pubis, ingle y glúteos.	Se pregunta sobre la de lesiones en genitales	Cualitativa dicotómica	Si No
PASI	Herramienta validada para índice de severidad de la actividad psoriasis	Se realiza escala validada	Cuantitativa	Números enteros
PASE	Cuestionario de evaluación y artritis psoriática validado en	Se realiza escala validada	Cuantitativa	15-75
Prurito	Sensación (comezón) en piel o deseo de rascarse	Se pregunta sobre de prurito del 0-10	Cuantitativa	0-10
Porcentaje de sueldo destinado a tratamiento	El porcentaje del ingreso que se destina al tratamiento de	Se pregunta sobre el de sueldo que destina a	Cuantitativa	0-100%

17. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se envió el protocolo al comité de ética y posterior a la aprobación se reclutaron pacientes que llenaron los criterios de inclusión. Posterior a firma del consentimiento informado se llenó por parte del personal médico la historia clínica completa (hoja de recolección de datos) para obtener las características socio demográficas. La gravedad de psoriasis se calculó con el PASI y el riesgo de afección articular con el PASE. Se aplicaron los siguientes cuestionarios validados en español: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión, escala de suicidio de Plutchick, cuestionario de función sexual del Massachusetts General Hospital, escala de alexitimia de Toronto y cuestionario de satisfacción de tratamiento en Psoriasis. Se les dejó contestar sin interferencias.

18. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se considera sin riesgo

Se solicitó la firma del consentimiento informado, previo a la recolección de datos

19. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descripción

Análisis multivariado:

Media y desviación estandar para las siguientes variables: Edad, PASI, duración de la enfermedad, insatisfacción general y satisfacción global (Variables cuantitativas y de intervalo)

Chi cuadrada: Para obtener el valor de p (probabilidad) para determinar si los resultados se encuentran dentro del rango normal. Los valores de p los encontramos en una tabla de referencia al calcular primeramente la chi cuadrada.

T Student se utilizó para comparar 2 medias

Anova se utilizo para comparar más de 2 medias

20. RESULTADOS

Cuadro 1. Ansiedad y Depresión en Adultos con Psoriasis

Resultado*	Puntaje	% (n=300)
Sin ansiedad o depresión	0-7	35 (105)
Signos de ansiedad o depresión	8-10	16.7 (50)
Sugiere problema clínico	>11	48 (144)

*Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Cuadro 2. Características basales de los 3 grupos de pacientes

Variables	Normal % (n=105)	Signos % (n=50)	Problema Clínico % (n=144)	p
Edad*	52.5 (14.52)	50.74 (16.06)	48.74 (14.92)	0.138
Sexo Masculino	62.9 (66)	46 (23)	43.8 (63)	0.010+
Estado Civil Casado	52.4 (55)	50 (25)	50 (72)	0.94
Escolaridad <=12 años	23.8 (25)	22(11)	26.4 (38)	.814
Desempleo	1.9 (2)	4 (2)	6.3 (9)	.093
Ingreso mensual (pesos)				
Ninguno	2.9 (3)	8 (4)	6.3 (9)	0.027+
<2500	20 (21)	12 (6)	23.6 (34)	
2500-4999	27.6 (29)	42 (21)	31.3 (45)	
5000-7499	11.4 (12)	2 (1)	11.8 (17)	
7500-9999	25.7 (27)	16 (8)	17.4 (25)	
>10000	13 (12.4)	9.5 (10)	13.3 (14)	
AHF Psoriasis	17.1 (18)	20 (10)	22.9 (33)	0.973
Comorbilidades				
DM2	10.5 (11)	8 (4)	16 (23)	0.240
HAS	19 (20)	28 (14)	20.8 (30)	0.434
Obesidad	28.6 (30)	42 (21)	34 (50)	0.354
Dislipidemia	12.4 (13)	14 (7)	18.8 (27)	0.533
Depresión	0	10 (5)	3.5 (5)	0.187
Drogas	3.8 (4)	6 (3)	5.6 (8)	0.775
Consumo de alcohol	45.7 (48)	46 (23)	38.2 (55)	0.284
Tabaquismo	46 (49)	50 (25)	39.6 (57)	0.540
Variedad Clínica				
Placas	89.5 (94)	86 (43)	78 (113)	0.087
Gotas	2.9 (3)	2 (1)	5.5 (8)	
Palmo-plantar	3.8 (4)	4 (2)	6.2 (9)	
Ungueal	1.9 (2)	0	0.7 (1)	

Invertida	1 (1)	4 (2)	3.4 (5)	
Eritrodermia	0	2 (1)	0	
Pustulosa	0	2 (1)	0.7 (1)	
Piel Expuesta	38.1 (40)	36 (18)	39.6 (57)	0.555
Topografía en genitales	5.7 (6)	14 (7)	11.8 (17)	0.413
PASI**	3 (3.75)	3.85 (4.775)	3.4 (3.575)	0.589
Sintomatología (prurito)	81 (85)	86 (43)	93.4 (136)	0.085
Duración (años)*	10.33 (10.23)	9.30 (12.81)	8.96 (10.19)	.203
PASE positivo	1.9 (2)	14 (7)	21.5 (31)	.0001+

*Media (DE), **Mediana (RIC), + p <0.05. DM2: Diabetes Mellitus 2, HAS: Hipertensión arterial sistémica, PASI: Psoriasis Activity Severity Index, AHF: Antecedentes Heredo Familiares, PASE: Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation Tool

Cuadro 3. Asociación entre Depresión/Ansiedad y Disfunción Sexual

Variables	Normal % (n=105)	Signos % (n=50)	Problema Clínico % (n=144)	p
Interés sexual	28.6 (30)	60 (30)	64.6 (93)	0.0001
Excitación sexual	31.4 (33)	51 (26)	68.1 (98)	0.0001
Orgasmo	32.4 (34)	49 (25)	65.3 (94)	0.0001
Satisfacción global	26.7 (28)	53.1 (27)	64.6 (93)	0.0001
Erección	n=66 30 (20)	n=23 39 (9)	n=63 50 (32)	0.003

*Media (DE), **Mediana (RIC), + p <0.05

Cuadro 4. Asociación entre Depresión/Ansiedad y Satisfacción con el tratamiento

Variables	Normal %	Signos % (n=50)	Problema Clínico	p
------------------	---------------------	----------------------------	-----------------------------	----------

	(n=105)		% (n=144)	
Insatisfacción general*	23.3 (23.06)	29.8 (21.91)	29.58 (21.17)	0.083
Tratamiento tópico				
Muy satisfecho	41.1 (39)	17.8 (8)	25 (31)	0.109
Satisfecho	42.1 (40)	53.3 (24)	43.5 (54)	
Ni satisfecho ni insatisfecho	8.4 (8)	17.8 (8)	19.4 (24)	
Insatisfecho	4.2 (4)	8.9 (4)	8.1 (10)	
Muy insatisfecho	4.2 (4)	2.2 (1)	3.2 (4)	
Satisfacción global*	82.04 (23.52)	77.29 (23.19)	77.21 (24.29)	0.291

*Media (DE), **Mediana (RIC), + p <0.05

La correlación entre PASI y el porcentaje de satisfacción global fue de $r=-0.138$ ($p=0.025$).

Al comparar las medias de satisfacción global con PASI < o > 10 puntos, no se encontraron diferencias (79.81 vs. 73.24), $p=0.133$.

Cuadro 5. Riesgo de Suicidio en Adultos con Psoriasis

Resultado*	Puntaje	% (n=300)
Riesgo	>6	9.7 (29)
Sin riesgo	0-5	90.3 (271)

*Escala de Plutchik

Cuadro 6. Características basales de los 2 grupos de pacientes

Variables	Sin Riesgo % (n=271)	Riesgo % (n=29)	p
Edad*	50.31 (14.79)	51.48 (17.05)	0.691
Sexo Masculino	54.1 (146)	24.1 (7)	0.002+
Estado Civil Soltero	29.5 (80)	27.6 (8)	0.459

Escolaridad <=12 años	22.2 (60)	48.3 (14)	.006+
Desempleo	4.1 (11)	6.9 (2)	.862
Ingreso mensual (pesos)			
Ninguno	4.8 (13)	10.3 (3)	0.755
<2500	19.6 (53)	27.6 (8)	
2500-4999	31.4 (85)	34.5 (10)	
5000-7499	10.3 (28)	6.9 (2)	
7500-9999	21 (57)	13.8 (4)	
>10000	12.9 (35)	6.8 (2)	
Comorbilidades			
DM2	12.9 (35)	10.3 (3)	0.692
HAS	22.1 (60)	13.8 (4)	0.297
Obesidad	35.4 (95)	20.7 (6)	0.398
Dislipidemia	15.5 (42)	17.2 (5)	0.921
VIH+	1.1 (3)	3.4 (1)	0.523
Depresión	3.3 (9)	13.8 (4)	0.0001
			+
HADS Problema Clínico	43 (119)	86 (25)	0.0001
			+
MGH-SQF Insatisfacción sexual	46 (126)	75 (22)	0.003+
Satisfacción con el tratamiento**	79.28 (23.39)	76 (27.87)	0.514
Drogas	5.2 (14)	3.4 (1)	0.687
Consumo de alcohol	42.4 (115)	37.9 (11)	0.698
Tabaquismo	44.6 (121)	34.5 (10)	0.536
Psoriasis Placas	81.9 (222)	75.9 (22)	0.001+
Piel Expuesta	38.4 (104)	41.4 (12)	0.512
Topografía en genitales	0.4 (1)	13.8 (4)	0.913
PASI**	4.87 (4.51)	3.87 (3.01)	0.247
Sintomatología (prurito)	87.5 (237)	96.6 (99)	0.599
Duración (años)*	9.21 (10.30)	12.41 (13.40)	.222
PASE positivo	10.3 (28)	41.4 (12)	.0001+

*Media (DE), **Mediana (RIC), + p <0.05. DM2: Diabetes Mellitus 2, HAS: Hipertensión arterial sistémica, PASI: Psoriasis Activity Severity Index, AHF: Antecedentes Heredo Familiares, PASE: Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation Tool

Cuadro 7. Alexitimia en Adultos con Psoriasis

Resultado*	Puntaje	% (n=300)
Sin alexitimia	20-51	18.3% (55)
Posible alexitimia	52-60	19.7% (59)
Alexitimia	≥61	62% (186)

*Escala TAS (Toronto Alexitimia Scale)

Cuadro 8. Características basales de los 3 grupos de pacientes

Variables	No hay % (n=55)	Posible % (n=59)	Alexitimia % (n=186)	p
Edad*	50.51 (15.61)	51.68 (13.98)	50.01 (15.19)	0.757
Sexo Masculino	52.7 (29)	57.6 (34)	48.4 (90)	0.470
Estado Civil Casado	45.5 (25)	54.2 (32)	51.6 (96)	0.766
Escolaridad ≤12 años	23.6 (13)	22 (13)	25.8 (48)	0.307
Desempleo	1.8 (1)	3.4 (2)	5.4 (10)	0.137
Ingreso mensual (pesos)				0.316
Ninguno	9.1 (5)	0	5.9 (11)	
<2500	20 (11)	23.7 (14)	19.4 (36)	
2500-4999	21.8 (12)	25.4 (15)	36.6 (68)	
5000-7499	12.7 (7)	6.8 (4)	10.2 (19)	
7500-9999	23.6 (13)	25.4 (15)	17.7 (33)	
>10000	9 (7)	18.7 (11)	13 (19)	
AHF Psoriasis	16.4 (9)	23.7 (14)	15.1 (28)	0.902
Comorbilidades				
DM2	5.5 (3)	8.5 (5)	16.1 (30)	0.063
HAS	16.4 (9)	15.3 (9)	24.7 (46)	0.184
Obesidad	16.4 (9)	10.2 (6)	8.6 (16)	0.944
Dislipidemia	7.3 (4)	11.9 (7)	19.4 (36)	0.185
Depresión	3.6 (2)	5.1 (3)	4.3 (8)	0.328
Drogas	1.8 (1)	6.8 (4)	5.4 (10)	0.445
Consumo de alcohol	40 (22)	45.8 (27)	41.4 (77)	0.946
Tabaquismo	29.1 (16)	45.8 (27)	47.3 (88)	0.157
Variedad Clínica				0.836
Placas	83.6 (46)	84.7 (50)	81.18 (151)	

Gotas	3.6 (2)	1.7 (1)	4.8 (9)	
Palmo-plantar	9.1 (5)	11.9 (7)	5.9 (11)	
Ungueal	0	1.7 (1)	1 (2)	
Invertida	1.8 (1)	0	2.2 (4)	
Eritrodermia	1.8 (1)	0	0	
Pustulosa	0	0	1.1 (2)	
Piel Expuesta	52.5 (29)	50.9 (30)	45.7 (85)	0.668
Topografía en genitales	21.8 (12)	20.4 (12)	21.1 (39)	0.496
PASI**	4.86 (5.12)	4.51 (3.56)	4.83 (4.42)	0.877
Sintomatología (prurito)	81.8 (45)	88.1 (52)	90.3 (168)	0.593
Duración (años)*	10.32 (9.85)	8.84 (10.22)	9.50 (11.05)	0.760
PASE positivo	5.5 (3)	8.5 (5)	17.2 (32)	0.031+

*Media (DE), **Mediana (RIC), + p <0.05. DM2: Diabetes Mellitus 2, HAS: Hipertensión arterial sistémica, PASI: Psoriasis Activity Severity Index, AHF: Antecedentes Heredo Familiares, PASE: Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation Tool

Cuadro 9. Disfunción Sexual en Adultos con Psoriasis

Resultado*	Puntaje	% (n=300)
Normal	4	83.6% (251)
Disfunción	0-3	15.7% (47)
1 paciente no contestó		

*Escala MGH-SFQ (Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire)

Cuadro 10. Características basales de los 2 grupos de pacientes

Variables	Normal % (n=251)	Disfunción Sexual % (n=47)	p
Edad*	49.19 (14.97)	50.43 (15)	0.0001 +
Sexo Masculino	57.5 (145)	17 (8)	0.0001 +

Estado Civil Casado	52 (131)	46.8 (22)	0.187
Escolaridad <=12 años	22.3 (56)	38.3 (18)	0.140
Desempleo	4.4 (11)	4.3 (2)	0.472
Ingreso mensual (pesos)			0.170
Ninguno	6 (15)	0	
<2500	18.7 (47)	29.8 (14)	
2500-4999	30.2 (76)	40.4 (19)	
5000-7499	11.1 (28)	4.3 (2)	
7500-9999	21.4 (54)	14.9 (7)	
>10000	12.8 (31)	10.7 (5)	
AHF Psoriasis	15.1 (38)	27.7 (13)	0.007+
Comorbilidades			
DM2	11.9 (30)	17 (8)	0.334
HAS	20.6 (52)	25.5 (12)	0.452
Obesidad	11.1 (28)	6.4 (3)	0.319
Dislipidemia	15.5 (39)	17 (8)	0.881
Depresión	4 (10)	6.4 (3)	0.214
Drogas	6 (15)	0	0.086
Consumo de alcohol	45.6 (115)	23.4 (11)	0.009+
Tabaquismo	44 (111)	42.6 (20)	0.890
Variedad Clínica			0.241
Placas	84.1 (212)	74.5 (35)	
Gotas	4.4 (11)	2.1 (1)	
Palmo-plantar	5.6 (14)	19.1 (9)	
Ungueal	1.2 (3)	0	
Invertida	1.6 (4)	4.2 (2)	
Eritrodermia	0.4 (1)	0	
Pustulosa	0.8 (2)	0	
Piel Expuesta	49.2 (124)	42.5 (20)	0.702
Topografía en genitales	21.8 (55)	17.1 (8)	0.382
PASI**	4.97 (4.59)	3.79 (3.04)	0.091
Sintomatología (prurito)	88.1 (222)	89.4 (42)	0.539
Duración (años)*	9.60 (10.42)	9.03 (12.02)	0.749
PASE positivo	11.9 (30)	21.3 (10)	0.011+
Religión	68 (173)	76 (36)	

*Media (DE), **Mediana (RIC), + p <0.05. DM2: Diabetes Mellitus 2, HAS: Hipertensión arterial sistémica, PASI: Psoriasis Activity Severity Index, AHF: Antecedentes Heredo Familiares, PASE: Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation Tool

21. DISCUSIÓN

En cuanto a depresión y ansiedad:

Usando el HADS como herramienta, encontramos que el 48% de los pacientes (n=144) tienen puntaje que sugiere depresión y ansiedad como problema clínico, 16.7% (n=50) tienen puntaje que sugiere signos de depresión y ansiedad y 35% (n=105) de pacientes sin puntaje que no sugiere estas alteraciones.

La prevalencia de depresión en la población general oscila entre 3.3 y 21.4%¹⁰¹ Las variables asociada a depresión en la población mexicana son ser mujer, dedicarse exclusivamente a las labores del hogar, responsabilidad de cuidar a algún enfermo, bajo nivel socioeconómico, desempleo, problemas legales, experiencias de violencia, sustancias adictivas y migración.¹⁰²

El 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%).¹⁰³

Como podemos ver la prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis en nuestro estudio es mayor que la población general.

Los trastornos de ansiedad son los más comunes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) con una prevalencia del 12%, son de los que más temprano inician y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, siendo más común en mujeres que en hombres. En otros estudios la prevalencia varía entre 10.4 y 28.8%. La OMS en el año 2007 determinó una prevalencia de 14.3% para cualquier Trastorno de Ansiedad a lo largo de la vida.

La prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con psoriasis es inconsistente,

varia en los estudios desde 6% hasta 62% dependiendo entre otras cosas de la escala utilizada.

De los estudios previos en los que se utilizó la misma escala que nosotros (Hospital Anxiety and Depression Scale), en el año 2005, Yang y colaboradores aplicando HADS en 93 pacientes con psoriasis encontraron 34% de ansiedad y 9.7% de depresión.¹⁰⁴

En el año 2007, Hawro y colaboradores aplicaron la escala HADS a 32 pacientes con psoriasis y encontraron que es más común la depresión y ansiedad en pacientes mayores, psoriasis más severas, mayor prurito y duración de la enfermedad. Así mismo encontraron que es menos común en pacientes con antecedentes familiares de psoriasis.¹⁰⁵

En el año 2013, Pujol y colaboradores encontraron usando HADS, encontraron 39.8% de depresión y 37.7% de ansiedad.¹⁰⁶

En el año 2014 en Grecia, Kokoliakou y colaboradores en una muestra de 108 pacientes con psoriasis encontraron 24% de pacientes con depresión.⁴⁹

En el año 2014 Dowlatshahi y colaboradores, por la variación importante de prevalencia reportada en diferentes estudios, realizaron un metanálisis en donde se encuentra que el cuestionario más usado es el HADS, encontrando con éste una prevalencia del 23% con el punto de corte de 8.³⁷

En el año 2014, McDonough y colaboradores analizaron 306 pacientes con artritis psoriática y 135 con psoriasis, usando el HADS encontraron prevalencia de 36.6% de ansiedad y 22.2% de depresión en pacientes con artritis psoriática en comparación con 24.4% y 9.6% en pacientes sin artritis ($p= 0.012, 0.002$), esto fue más común en mujeres y en pacientes sin empleo.⁵⁵

En un estudio de casos y controles realizado por Molina-Leyva y colaboradores en el año 2015, a 80 pacientes con psoriasis moderada a grave y 80 controles, se les aplicó la escala HADS y se encontró depresión en 32.5% vs. 4.9% respectivamente, OR 9.1

(CI 95% 3.0 – 27.7; $p < 0.001$).⁵²

En el año 2015, AlShahwan y colaboradores buscaron prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes dermatológicos, se encontró que los pacientes con psoriasis tuvieron los puntajes más altos usando HADS como escala (29% de depresión), OR 2.909 (IC 95% 1.611-5.254).¹⁰⁷

En el año 2016, Tee y colaboradores realizaron un estudio en Singapore en 100 pacientes de 21 a 60 años aplicando la escala HADS, encontrando 17% de ansiedad y 15% de depresión. No se encontró relación con edad, ingreso mensual y duración de la enfermedad.¹⁰⁸

En el año 2016, se analizaron 385 pacientes con psoriasis usando HADS y se encontró ansiedad de 37.4% y depresión de 23.4%. La depresión fue más común en mayores de 55 años y menores de 35 años. Ansiedad fue más común en mujeres y escolaridad primaria o menor.¹⁰⁹

Como vemos, usando la escala HADS la prevalencia de depresión ansiedad en pacientes con psoriasis varía de 9.7% a 39.8% dependiendo de la población estudiada. Usando la escala HADS, en nuestra población hemos encontrado la prevalencia más alta de depresión y ansiedad (48% de los pacientes $n=144$).

En las características basales de los 3 grupos de pacientes: Encontramos mayor número de mujeres en el grupo con puntaje que sugiere un problema clínico o signos de ansiedad o depresión al igual que lo reportado en la literatura y en estudios previos. (Sin depresión o ansiedad $n=105$, sexo masculino $n=66$, 62.9%; signos de depresión o ansiedad $n=50$, sexo masculino $n=23$, 46%; problema clínico depresión o ansiedad $n=144$, sexo masculino $n=63$, 43.8%; $p= 0.010$).

Fue más común puntaje que sugiere signos clínicos o problema clínico en pacientes sin ingreso mensual o ingreso de 2500 a 4999. (Sin depresión o ansiedad $n=105$, ingreso mensual 2500-4999 $n=29$, 27.6%; signos de depresión o ansiedad $n=50$, ingreso 2500

4999 n=21, 42%; problema clínico depresión o ansiedad n=144, ingreso 2500-4999 n=45, 31.3%; p= 0.027).

Fue más común tener puntaje normal en pacientes con ingreso entre 7500 y 9999. (Sin depresión o ansiedad n=105, ingreso mensual 7500-9999 n=27, 25.7%; signos de depresión o ansiedad n=50, ingreso 2500-4999 n=8, 16%; problema clínico depresión o ansiedad n=144, ingreso 2500-4999 n=25, 17.4%; p= 0.027).

Los pacientes que refirieron antecedente de depresión diagnosticada por médico tuvieron puntaje sugerente de signos o problema clínico. (Sin depresión o ansiedad n=105, depresión diagnosticada por médico n=0, 0%; signos de depresión o ansiedad n=50, depresión diagnosticada por médico n=5, 10%; problema clínico depresión o ansiedad n=144, depresión diagnosticada por médico n=5, 3.5%; p= 0.187).

Encontramos que es más común tener depresión y ansiedad en pacientes con escala PASE positiva. (Sin depresión o ansiedad n=105, PASE positivo n=2, 1.9%; signos de depresión o ansiedad n=50, PASE positivo n=7, 14%; problema clínico depresión o ansiedad n=144, PASE positivo n=31, 21.5%; p= 0.0001).

No se encontró diferencia en cuanto las características basales de los 3 grupos con respecto a edad, estado civil, escolaridad, desempleo, antecedentes heredofamiliares de psoriasis, comorbilidades (Diabetes Mellitus 2, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia), uso de drogas alcohol o tabaco, variedad clínica, lesiones en piel expuesta, lesiones en genitales, PASI y prurito.

Se encontró mayor disfunción sexual en el grupo con puntaje que sugiere problema clínico o signos de ansiedad o depresión.

En el estudio previamente mencionado realizado por Molina-Leyva en el año 2015 también se encontró la depresión y ansiedad como un factor de riesgo independiente para presentar disfunción sexual en pacientes con psoriasis.⁵²

De manera inversa, Ermertcan y colaboradores en el año 2006 observaron que la

depresión coexistente no tiene un efecto aditivo negativo en la disfunción sexual.¹¹⁰

No se encontró diferencia en cuanto a la satisfacción con el tratamiento y riesgo de depresión y ansiedad.

Esto llama la atención porque a pesar de presentar puntaje que sugiere ansiedad o depresión como problema clínico, la satisfacción global con el tratamiento fue buena en los 3 grupos (Sin depresión o ansiedad n=105, satisfacción global media 82.04 (23.52); signos de depresión o ansiedad n=50, satisfacción global media 77.29 (23.19); problema clínico depresión o ansiedad n=144, satisfacción global media 77.21 (24.29); $p = .291$).

Así mismo, esto correlaciona con la insatisfacción general la cual fue baja (Sin depresión o ansiedad n=105, insatisfacción general media 23.3 (23.06); signos de depresión o ansiedad n=50, insatisfacción general media 29.8 (21.91), problema clínico depresión o ansiedad n=144, insatisfacción general media 29.58 (21.17); $p = .083$).

En cuanto al tratamiento tópico el cual es algo muy comúnmente usado en nuestra población, se encontraron mayores niveles de satisfacción que de insatisfacción en los 3 grupos. (Sin depresión o ansiedad n=105, muy satisfecho con tratamiento tópico n=39, 41.1%; signos de depresión o ansiedad n=50, muy satisfecho con tratamiento tópico n=8, 17.8%; problema clínico depresión o ansiedad n=144, muy satisfecho con tratamiento tópico n=31, 25%; $p = .109$), (Sin depresión o ansiedad n=105, satisfecho con tratamiento tópico n=40, 42.1%; signos de depresión o ansiedad n=50, satisfecho con tratamiento tópico n=24, 53.3%; problema clínico depresión o ansiedad n=144, satisfecho con tratamiento tópico n=54, 43.5%; $p = .109$).

La correlación entre PASI y el porcentaje de satisfacción global fue de $r = -0.138$ ($p = 0.025$).

Al comparar las medias de satisfacción global con PASI < 0 o > 10 puntos, no se encontraron diferencias (79.81 vs. 73.24), $p = 0.133$.

En cuanto al suicidio:

Usando la escala de riesgo de suicidio de Plutchik, encontramos 9.7% (n=29) de pacientes con riesgo de suicidio, el cual es mayor al reportado para la población general y parecido a estudios previos de psoriasis y depresión.

Existen pocos estudios en México con adecuada metodología sobre la prevalencia de suicidio en la población general. Se conoce que el suicidio es más común en adolescentes y, en la población adulta varía de 1.7% (Estudio de Pacientes en Salas de Urgencias, Pachuca, 1996-1997) hasta 6.1% (Estudio en Pacientes del Hospital General en el D.F., 1986).¹¹¹

En estadísticas de EUA, se ha reportado prevalencia de ideas suicidas en adultos de 3.7% (Rango de 2.1% en Georgia a 6.8% en Utah).¹¹²

En cuanto a diferencia de sexo, acorde con el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), del total de suicidios ocurridos en 2013, 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres.

En el caso de psoriasis y riesgo de suicidio, existen pocos estudios y la prevalencia va de 2.5% a 11.6%. La escala de Plutchik no ha sido utilizada para evaluar riesgo de suicidio en pacientes con psoriasis sin embargo es una de las pocas escalas validadas en español.

En una encuesta a 217 pacientes realizada por Gupta y colaboradores en 1993, usando el Carroll Rating Scale for Depression (CRSD) por tener 2 ítems relacionados a suicidio, se encontró que el 10% tenían el deseo de estar muertos, y 5% de ellos ideación suicida.⁶⁷

En 1998, Gupta y colaboradores analizaron a 480 pacientes dermatológicos y encontraron que 70 pacientes con psoriasis no internados tuvieron 2.5% de ideación suicida comparando con pacientes internados con psoriasis que tuvieron 7.2% de

ideación suicida.¹¹³

En un estudio realizado en el año 2006 por Picardi y colaboradores se encontró una prevalencia del 10% en pacientes con psoriasis pero basado únicamente en una pregunta.⁶¹

En un estudio realizado por Dalgard y colaboradores en el año 2015 se encontró prevalencia de 11.6% de ideación suicida relacionada a manifestaciones cutáneas en pacientes con psoriasis.¹¹⁴

Como vemos existen pocos estudios y la prevalencia de riesgo de suicidio en nuestra población (9.7%) es parecida a la reportada en estudios previos.

En nuestro estudio, a diferencia de lo reportado en la población general, se encontró mayor porcentaje de riesgo de suicidio en mujeres 72.4%. (Sin riesgo de suicidio n=271, sexo masculino n=146, 29.5%; con riesgo de suicidio n= 29, sexo masculino n=7, 24.1%; p= .002).

En los pacientes con riesgo de suicidio encontramos más antecedente de depresión diagnosticada por médico. (Sin riesgo de suicidio n=271, antecedente de depresión diagnosticada por médico n=9, 3.3%; con riesgo de suicidio n=29, antecedente de depresión diagnosticada por médico n=4, 13.8%; p= .0001).

En pacientes con riesgo de suicidio, encontramos mayor prevalencia de depresión y ansiedad por puntaje de HADS. (Sin riesgo de suicidio n=271, HADS sugerente de problema clínico n=119, 43%; con riesgo de suicidio n=29, HADS sugerente de problema clínico n=25, 86%; p= .0001).

En pacientes con riesgo de suicidio encontramos mayor prevalencia de disfunción sexual en la escala de MGH-SQF. (Sin riesgo de suicidio n= 271, MGH-SQF sugerente de insatisfacción sexual n=126, 46%; con riesgo de suicidio n=29, MGH-SQF sugerente de insatisfacción sexual n=22, 75%; p= .003).

Encontramos menor riesgo de suicidio en pacientes con psoriasis en placas. (Sin riesgo de suicidio n=271, psoriasis en placas n=222, 81.9%; con riesgo de suicidio n=29, psoriasis en placas n= 22, 75.9%; p .001), sin embargo la mayoría de nuestros pacientes tuvieron esta variedad.

Se encontró que es más común que los pacientes con riesgo de suicidio tengan menor grado de escolaridad con menos de 12 años de estudio. (Sin riesgo de suicidio n=271, escolaridad <=12 años n=60, 22.2%; con riesgo de suicidio n=29, escolaridad <=12 años n=14, 48.3%; p= 0.006).

Encontramos que los pacientes que tienen riesgo de suicidio tienen más porcentaje de PASE positivo. (Sin riesgo de suicidio n=271, PASE positivo n=28, 10.3%; con riesgo de suicidio n=29, PASE positivo n=12, 41.4%; p= 0.0001).

No se encontró diferencia en cuanto las características basales de los 3 grupos con respecto a edad, estado civil, desempleo, antecedentes heredofamiliares de psoriasis, comorbilidades (Diabetes Mellitus 2, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia), uso de drogas alcohol o tabaco, lesiones en piel expuesta, lesiones engenitales, PASI y prurito.

En cuanto a alexitimia:

Encontramos prevalencia de 62% (n=186) de alexitimia, posible alexitimia de 19.7% (n=59) y sin alexitimia 18.3% (n=55).

Usando la misma escala que nosotros usamos, en los siguientes estudios se ha reportado una prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis que va de 24.8% a 40%. En nuestro estudio, usando la escala de alexitimia de Toronto, es en el que hemos encontrado mayor prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis.

En el año 2005, Richards y colaboradores en una muestra de 300 pacientes con psoriasis encontraron prevalencia de 33%.¹¹⁵

En el año 2009, Masmoudi y colaboradores realizaron un estudio de casos y controles con 53 pacientes en cada grupo, encontrando una prevalencia de 39.6% comparando con control de 13.2%. Se encontró relación con severidad de psoriasis en mujeres $p= 0.049$, edad de 40 años $p=0.024$ y otra alteración psicósomática $p= 0.03.116$. La prevalencia de los controles fue parecida a la población general que es aproximadamente del 10% y probablemente más común en hombres.

En el año 2011, Poot y colaboradores en Bélgica, encontraron en una muestra de 59 pacientes con psoriasis, 66.7% de prevalencia de alexitimia sin embargo tomaron en cuenta también a los pacientes con posible alexitimia lo cual no se ha hecho en otros estudios.¹¹⁷

En el año 2014 en Grecia, Korkoliakou y colaboradores en una muestra de 108 pacientes con psoriasis aplicaron la escala de alexitimia de Toronto en conjunto con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y encontraron 32.4% con alexitimia, 22.2% en el límite y 45.4 sin alexitimia. No se encontró correlación de la gravedad de psoriasis con alexitimia.⁴⁹

En México el año 2015 se realizó un estudio por Torres-Hernández y colaboradores en donde se aplicó la escala de alexitimia de Toronto encontrándose prevalencia de alexitimia de 25% en pacientes con psoriasis a diferencia de el grupo control 8%.⁹⁰

En el año 2016, Sampogna y colaboradores encontraron en una cohorte de 670 pacientes con psoriasis prevalencia de 24.8%. Se encontró relación con alteración en la calidad de vida, depresión y ansiedad, dependencia al alcohol y disminución en productividad laboral.¹¹⁸

En el año 2017, Talamonti y colaboradores en una muestra de 250 pacientes con psoriasis en placas y 215 controles encontraron prevalencia de 32.4% en

comparación con 9.3% de controles. Se encontró relación con mujeres así como involucro de cara manos y genitales.¹¹⁹

En el año 2017, Dehghami y colaboradores buscaron la presencia de alexitimia en pacientes dermatológicos, encontraron 40% de prevalencia en pacientes con psoriasis.¹²⁰

En nuestro estudio, encontramos que los pacientes con alexitimia tienen más porcentaje de tener PASE positivo. (Sin alexitimia n=55, PASE positivo n=3, 5.5%; posible alexitimia n=59, PASE positivo n=5, 8.5%; alexitimia n=186, PASE positivo n=32, 17.2%).

No se encontró diferencia en cuanto las características basales de los 3 grupos con respecto a edad, sexo, estado civil, escolaridad, desempleo, ingreso mensual, antecedentes heredofamiliares de psoriasis, comorbilidades (Diabetes Mellitus 2, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia), antecedente de depresión diagnosticada por médico, uso de drogas alcohol o tabaco, variedad clínica, lesiones en piel expuesta, lesiones en genitales, PASI, prurito y duración de la enfermedad.

En cuanto a disfunción sexual:

Encontramos prevalencia de disfunción sexual 15.7%(n=47) tomando como respuesta en el cuestionario del 0-3. Sin disfunción sexual se encontró 83.6% (n=251).

Encontramos en el grupo de disfunción sexual una media de edad de 50.43 con desviación estándar de 15 y en el grupo sin disfunción sexual una media de edad de 49.19 con desviación estándar de 14.97, $p= 0.0001$.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en el año 2005 en mujeres y hombres sin enfermedades se encontró una prevalencia de disfunción sexual en mujeres de 52% y en hombres de 38.8%.⁶⁹

En un estudio de casos y controles realizado por Molina-Leyva y colaboradores en el año 2015, a 80 pacientes con psoriasis moderada a grave y 80 controles, se les

aplicó la escala de Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire. Se encontró en pacientes con psoriasis un OR de 5.5 (IC 5% 2.6-11.3, $p < 0.001$) para tener disfunción sexual, ajustado a depresión o ansiedad OR 2.9 (IC 95% 1.2– 7.0; $p = 0.016$. 18.7% de los pacientes tuvieron involucro genital 18.7% y, en paciente con lesiones en zonas específicas (glúteos, genitales, abdomen o región lumbar) se encontró mayor riesgo de padecerla (OR 7.9 IC 95% 2.3-33.4; $p < 0.001$).⁵²

En el año 2016, el mismo autor usando la escala de MGH-SFQ en 79 pacientes con psoriasis y 79 controles, encontró prevalencia de disfunción eréctil de 34.2% en pacientes con psoriasis en comparación con 17.7% en controles, $p = < .05$. En el análisis multivariado se encontró asociación con edad, tabaquismo, ansiedad y depresión.¹²¹

En un estudio realizado por Sánchez Bravo y colaboradores, en hombres se encontró relación de disfunción sexual con ansiedad moderada sin embargo no se encontró relación con depresión.⁷⁴

En nuestro estudio encontramos que es más común que las mujeres tengan disfunción sexual (Sin disfunción sexual $n = 251$, sexo masculino $n = 145$, 57.5%; con disfunción sexual $n = 47$, sexo masculino $n = 8$, 17%; $p = 0.0001$).

Encontramos que los pacientes con disfunción sexual tienen más antecedentes heredofamiliares de psoriasis. (Sin disfunción sexual $n = 251$, AHF psoriasis $n = 38$, 15.1%; con disfunción sexual $n = 47$, AHF psoriasis $n = 13$, 27.7%; $p = 0.007$).

Encontramos que los pacientes con disfunción sexual tienen menos consumo de alcohol. (Sin disfunción sexual $n = 251$, consumo de alcohol $n = 115$, 45.6%; con disfunción sexual $n = 47$, consumo de alcohol $n = 11$, 23.4%; $p = 0.009$).

Encontramos que los pacientes con disfunción sexual tienen mayor porcentaje de PASE positivo. (Sin disfunción sexual n=251, PASE positivo n=30, 11.9%; con disfunción sexual n=47, PASE positivo n=10, 21.3%; p= 0.011).

Se requieren más estudios con diferentes escalas para evaluar disfunción sexual.

22. CONCLUSIONES

Encontramos 48% de prevalencia de depresión y ansiedad la cual es mayor a la población general y, usando la misma escala (HADS) es la mayor reportada hasta el momento. Encontramos relación con el sexo femenino, ingreso mensual, antecedente de depresión diagnosticada por médico, disfunción sexual y PASE positivo. Llamó la atención que a pesar de tener puntaje de depresión y ansiedad, la satisfacción global con el tratamiento fue buena a pesar de que en nuestra población el tratamiento más comúnmente usado es tópico con fórmulas magistrales.

Encontramos prevalencia de suicidio de 9.7%, esto es mayor a la población general y parecido a estudios previos de suicidio en psoriasis aunque existen pocos. El riesgo de suicidio fue más común en mujeres 72.4% a diferencia de lo reportado para la población general. Encontramos relación con depresión, ansiedad, disfunción sexual, psoriasis en placas, grado de escolaridad menor a 12 años y pase positivo.

Encontramos prevalencia de alexitimia de 62%, usando la escala de alexitimia de Toronto, este estudio es en el que se ha encontrado mayor prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis. Encontramos relación con PASE positivo.

Encontramos prevalencia de disfunción sexual de 15.7% lo cual es menor para lo reportado en la población general y en un estudio previo de psoriasis aplicando la misma escala. Encontramos relación con sexo femenino, antecedente heredofamiliar de disfunción sexual, menor consumo de alcohol y PASE positivo.

Debemos de recordar que en nuestro estudio no analizamos niños y la población es de bajos recursos socioeconómicos por lo que se puede explicar las diferencias en cuantos a prevalencias reportadas previamente.

Estos resultados apoyan a que los pacientes con psoriasis tienen alta prevalencia de alteraciones psicológicas y, conociendo esto, enfatizamos que a pacientes con psoriasis se les deben de aplicar escalas de tamizaje para llegar a un diagnóstico y tratamiento temprano de estas enfermedades que pueda contribuir a mejorar calidad de vida, adherencia a tratamiento y desenlace clínico. Este estudio apoya a que en la actualidad el tratamiento de psoriasis se debe de redireccionar con un enfoque sistémico

23. BIBLIOGRAFÍA

1. Panzeri RL. Interpretación del mecanismo fisiopatogénico de la psoriasis. Rev Argent Dermatol. 2009; 90 (3): 118-132.
2. Mahil SK, Capon F, Barker JN. Genetics of Psoriasis. Dermatol Clin. 2015; 33(1):1-11.
3. Domínguez MA, Márquez PCE. Psoriasis de grandes placas. Fórmulas magistrales ¿siguen siendo una alternativa terapéutica?. Dermatol Rev Mex. 2009; 53 (5): 251-255.
4. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Aschcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol. 2013; 133(2):377-385.
5. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, Ferrándiz C, Puig L, Sánchez-Carazo JI. Clinical practice guideline for an integrated

approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27(11):1387-404.

6. Puzenat E, Bronsard V, Prey S, Gourraud PA, Aractingi S, Bagot M, Cribier B, Joly P, Jullien D, Le Maitre M, Paul C, Richard-Lallemand MA, Ortonne JP, Aubin F. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010; 24 (2): 10-16.

7. 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.* 2013; 66(6):369-75.

8. *Trujillo S, Díaz-García MA, Rodríguez-García MA, Torres-Gemeil O, Falcón-Lincheta L, Pérez-Hernández M, Pesant-Hernández O.* Psoriasis. Glosario para ensayos clínicos. *Dermatología Peruana* 2007;17(1): 41-44.

9. Rodríguez-Cerdeira C, Molares-Vila A, Sánchez-Blanco E, Sánchez-Blanco B. Study on Certain Biomarkers of Inflammation in psoriasis through “Omics” Platforms. *Open Biochem J.* 2014; 8: 21-34.

10. Setty AR, Curhan G, Choi HK. Smoking and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Am J Med.* 2007; 120(11):953-9.

11. *Qureshi AA, Dominguez PL, Choi HK, Han J, Curhan G.* Alcohol Intake and Risk of Incident Psoriasis in US Women: *a Prospective Study.* *Arch Dermatol* 2010; 146 (12): 1364-1369.

12. Bremmer S, Van Voorhees AS, Hsu S, Korman NJ, MD, Lebwohl MJ, Young M,

Bebo BF, Blauvelt A. Obesity and psoriasis: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 63 (6): 1058-1069.

13. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J. Am Acad Dermatol.* 2013;68(4):654-62.

14. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and the risk of diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2013; 149(1): 84-91.

15. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. The association between psoriasis and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J. Hypertens* 2013; 31(3):433-42.

16. Samarasekera EJ, Neilson JM, Warren RB, Parnham J, Smith CH. Incidence of cardiovascular disease in individuals with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol.* 2013; 133(10):2340-6.

17. Gisondi P, Targher G, Zoppini G, Girolomoni G. Non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis. *J Hepatol* 2009; 51(4):758-64.

18. Pouplard C, Brenaut E, Horreau C, Barnetche T, Misery L, Richard MA, Aractingi S, Aubin F, Cribier B, Joly P, Jullien D, Le Maitre M, Ortonne JP, Paul C. Risk of cancer in psoriasis: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013, 27(3): 36–46.

19. Gelfand JM, Shin DB, Neimann AL. The risk of lymphoma in patients with psoriasis. *J Invest Dermatol* 2006; 126(10):2194-2201.

20. Gisondi P, Del Giglio M, Di Francesco V, Zamboni M, Girolomoni G. Weight loss improves the response of obese patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis to low-dose cyclosporine therapy: a randomized, controlled, investigator-blinded clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2008; 88(5):1242-7.
21. Kragballe K, Austad J, Barnes L, Bibby A, De la Brassinne M, Cambazard F, Fleming C, Heikkila H, Williams Z, Peyri RJ, Svensson A, Toole J, Woel G. Efficacy Results of a 52-Week, Randomised, Double-Blind, Safety Study of a Calcipotriol/Betamethasone Dipropionate Two-Compound Product in the Treatment of Psoriasis Vulgaris. *Dermatology* 2006;213:319–326.
22. Boloña JL, Jorizzo JL, Rapini RP, Horn TD, Mascaró JM, Mancini AJ, Salasche SJ, Saurat JH, Stingl G. *Dermatología.* Madrid; Elsevier, 2004; pp. 125-149.
23. Archier E, Devaux S, Castela E, Gallini A, Aubin F, Le Maitre M, Aractingi S, Bachelez H, Cribier B, Joly P, Jullien D, Misery L, Paul C, Ortonne JP, Richard MA. Carcinogenic risks of psoralen UV-A therapy and narrowband UV-B therapy in chronic plaque psoriasis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26(3):22-31.
24. Nyfors A. Benefits and adverse drugs experiences during long-term methotrexate treatment of 248 patients. *Danish Med Bull.* 1978; 25:201-11.
25. Ashton RE, Millward-Sadler GH, White JE. Complications in methotrexate treatment of psoriasis with particular reference to liver fibrosis. *J Invest Dermatol* 1982;79(4): 229-232.

26. Boehncke WH, Prinz J, Gottlieb AB. Biologic therapies for psoriasis. A systematic review. *J Rheumatol*. 2006;33(7):1447-51.
27. Rabin F, Bhuiyan SI, Islam T, et al. Psychiatric and psychological comorbidities in patients with psoriasis- a review. *Mymensingh Medical Journal*. 2012; 21(4): 780-6.
28. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41(3): 401-7.
29. 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(6):1245-50.
30. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*. 2001;50(1):11-5.
31. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. "What patients with psoriasis believe about their condition". *J Am Acad Dermatol*. 1998;39(2):196–201.
32. Gupta M, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4(12):833-842.
33. Sandyk R, Pardeshi R. Mood-dependent fluctuations in the severity of tardative dyskinesia and psoriasis vulgaris in a patient with schizoaffective disorder: possible role of melatonin. *Int J Neurosci*. 1990; 50(3): 215-21.
34. 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(4):270-276.

35. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Rogers S, Main CJ, Griffiths CE. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol.* 2003; 139(6):752–756.

36. American-Psychiatric-Association, 1994.

37. Dowlathshahi EA, Wakee M, Arends LR, Nijsten T. The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Invest Dermatol.* 2014; 134(6):1542-1551.

38. Egeberg A, Khalid U, Gislason GH, Mallbris L, Skov L, Hansen PR. Impact of Depression on Risk of Myocardial Infarction, Stroke and Cardiovascular Death in Patients with Psoriasis: A Danish Nationwide study. *Acta Derm Venereol.* 2016; 96(2):218-21.

39. Egeberg A, Khalid U, Gislason GH, Mallbris L, Skov L, Hansen PR. Association between depression and risk of atrial fibrillation and stroke in patients with psoriasis: A Danish Nationwide cohort study. *Br J Dermatol.* 2015; 173(2):471-9.

40. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, Lanctot KL. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry* 2010; 67(5):446–457.

41. Langley RG, Feldman SR, Han C, Schenkel B, Szapary P, Hsu MC, Oronne JP, Gordon KB, Kimball AB. Ustekinumab significantly improves symptoms of anxiety,

depression, and skin-related quality of life in patients with moderate-to-severe psoriasis: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63(3):457–465.

42. Thorslund K, Svensson T, Nordlind K, Ekbom A, Fored CM. Use of serotonin reuptake inhibitors in patients with psoriasis is associated with a decreased need for systemic psoriasis treatment: a population-based cohort study. *J Intern Med* 2013; 274:281–287.

43. Remrod C, Sjostrom K, Svensson A. Pruritus in Psoriasis: A Study of Personality Traits, Depression and Anxiety. *Acta Derm Venereol.* 2015; 95(4):439-443.

44. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.

45. Navinés R, Castellví P, Moreno-España J, Gimenez D, Udina M, Cañizares S, Diez-Quevedo C, Valdés M, Solá R, Martín-Santos R. Depressive and anxiety disorders in chronic hepatitis C patients: reliability and validity of the Patient Health Questionnaire. *J Affect Disord.* 2012;138(3):343-51.

46. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Arch Dermatol.* 2010;146(8): 891-95.

47. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatol Res Pract.* 2012; 1-5. doi:10.1155/2012/381905.

48. Akay A, Pekcanlar K, Bozdogan KE, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16(4):347–352.
49. Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *An Gen Psychiatry*. 2014;13:38.
50. Dowlathshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Invest Dermatol*. 2014; 134(6):1542-1551.
51. Jensen P, Ahlehoff O, Egeberg A, et al. Psoriasis and New-Onset Depression: A Danish Nationwide Cohort Study. *Acta Derm Venereol*. 2016; 96(1):39-42.
52. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Carrascosa JC et al. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depresión as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2015;90(3):338-45.
53. Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology: International J Clin Investig Dermatol*. 2007; 215(1):17-27.
54. Karababa F, Yesilova Y, Turan E, et al. Impact of depressive symptoms on oxidative stress in patients with psoriasis. *Redox rep: Communications in Free Radical Research*. 2013; 18(2):51-5.
55. McDonough E, Ayearst R, Eder L, et al. Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol*. 2014; 41(5):887-96.

56. Molina-Leyva A, Caparros-DelMoral I, Ruiz-Carrascosa JC, et al. Elevated prevalence of Type D (distressed) personality in moderate to severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: a comparative pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29(9):1710-7.

57. INEGI, 2005.

58. Programa Nacional de Salud, 2001/2006.

59. OMS, 2009.

60. Córdova AAJ, Estrada TAG, Velázquez AM. Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2013; 15(1): 7-21.

61. Picardi A, Lega I, Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clin Dermatol*. 2013; 31(1):47-56.

62. Shneideman, 1976.

63. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(3):420-6.

64. Ellard R, Ahmed A, Shah R, Bewley A. Suicide and depresión in a patient with psoriasis receiving adalimumab: the role of the dermatologist. *Clin Exp Dermatol*. 2014; 39(5):624-7.

65. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence

Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.

66. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): 143-52.

67. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol.* 1993;32(3):188-90.

68. Organización Panamericana de la Salud. Disfunción sexual. Parte II. Guía de diagnóstico y manejo.

69. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS y col. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2005; 28(4):74-80.

70. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol.* 1997;36(4):259-62.

71. Turel Ermertcan A, Temeltas G, Deveci A, Dinç G, Guler HB, Ozturkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol.* 2006;33(11):772-8.

72. Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences investigators. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology.* 2007;214(2):144-50.

73. Mercan S, Altunay IK, Demir B, Akpinar A, Kayaoglu S. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *J Sex Marital Ther.* 2008;34:160-8.

74. Sánchez BC, Carreño MJ, Henales AC y col. Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22:184-94.
75. Ryan C, Sadlier M, De Vol E, et al. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(6): 978-83.
76. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med.* 2008;5(8):1915-22.
77. Wylie G, Evans CD, Gupta G. Reduced libido and erectile dysfunction: rarely reported side-effects of methotrexate. *Clin Exp Dermatol* 2009;34(7):234.
78. Reynolds OD. Erectile dysfunction in etretinate treatment. *Arch Dermatol.* 1991;127(3):425-6.
79. Guenther L, Han C, Szapary P, Schenkel B, Poulin Y, Bourcier M, et al. Impact of ustekinumab on health-related quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from two phase III clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25(7):851-7.
80. Kurizky PS, Mota LM. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis--a systematic review. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(6):943-8.
81. Labbate LA, Lare SB. Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychother*

Psychosom. 2001;70(4):221-5.

82. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras-Fernández M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria*. 2012;44(9):516-24.

83. Chen YJ, Chen CC, Lin MW, et al. Increased risk of sexual dysfunction in male patients with psoriasis: a Nationwide population-based follow-up study. *J Sex Med*. 2013; 10(5):1212-8.

84. Meeuwis KA, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, Evers AW, Massuger LF, van de Kerkhof PC, et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*. 2011;164(6):1247-55.

85. Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A et al. Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale*. 2009; 35(1):10-7.

86. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.

87. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*. 2008; 47(9):903-10.

88. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994; 38(1): 23-32.

89. Moral de la Rubia J, Retamales Rojas R. Estudio de validación de la Escala de

Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Revista Electrónica de Psicología* 2000; 4(1).

90. Torres-Hernández M, López-García S, Pedroza-Escobar D y col. The role of alexithymia as a psychosomatic factor in psoriasis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53(3):268-72.

91. Allegranti I, Gon T, Magaton-Rizzi G, Aguglia E: Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 1994;186:146–147.

92. Finch T, Shim TN, Roberts L et al. Treatment satisfaction Among Patients with Moderate-to-Severe Psoriasis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2015;8(4):26-30.

93. Ribera M, Caballé G, Fernández-Chico N, Fuente MJ, Ferrándiz C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. *Piel.* 2004;19:242-9.

94. Puig L, Carrascosa JM, Belinchón I y col. Adherencia y satisfacción del paciente y características organolépticas y de uso de los tratamientos tópicos utilizados para la psoriasis: Consenso Delphi del panel de expertos y miembros del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(6):488-496.

95. Althof SE, Corty EW, Levine SB, Levine F, Burnett AL, McVary K, et al. EDITS: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology.* 1999;53(4):793-9.

96. Renzi C , Di Pietro C, Tabolli S. Participation, satisfaction and knowledge level of patients with cutaneous psoriasis or psoriatic arthritis. *Clin Exp Dermatol.* 2011;

36(8):885-8.

97. Umar N, Yamamoto S, Loerbroks A et al. Elicitation and use of patients` preferences in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92(4):341-6.

98. Schaarschmidt ML, Umar N, Schmieder A et al. Patient preferences for psoriasis treatments: impact of treatment experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27(2):187-98.

99. Schaarschmidt ML, Kromer C, Herr R et al. Treatment Satisfaction of Patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2015; 95(5):572-578.

100. Ribera M, Daudén E, Puig L y col. Diseño y validación de un cuestionario para medir la satisfacción con el tratamiento del paciente con psoriasis moderada y grave: estudio NEODERMA. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(1):28-38.

101. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, *et al.* Lifetime prevalence and ag of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 168-176.

102. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:74-80.

103. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *JAffect Disord* 2012;138;35:1-11.

104. Yang Y, Koh D, Khoo L, et al. The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables. *Int J Dermatol.* 2005; 44(11):925-9.
105. Hawro T, Miniszewska J, Chodkiewicz J, et al. Anxiety, depression and social support in patients with psoriasis. *Przegląd Lekarski.* 2007;64(9):568-71.
106. Pujol RM, Puig L, Daudén E, 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).
107. AlShahwan A. The prevalence of Anxiety and Depression in Arab Dermatology Patients. *J Cutan Med Surg.* 2015;19(3):297-303.
108. Tee SI, Lim ZV, Theng CT, et al. *JEADV.* 2016; 30(7):1159-64.
109. Petraskiene R, Valiukeviciene S, Macijauskiene J. Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina.* 2016; 52(4):238-243.
110. Ermertcan AT, Temeltas G, Deveci A, et al. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol.* 2006; 33(11):772-8.
111. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud mental.* 2001;24(6): 4-15.

112. Crosby AE, Han B, Ortega LAG, et al. Suicidal Thoughts and Behaviors among adults aged >18 years. United States, 2008-2009. *Surveillance Summaries*. 2011;60(13):1-22.
113. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atópica dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998; 139(5):846-50.
114. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015; 135(4):984-91.
115. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CEM, et al. Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlatos and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res*. 2005; 58(1):89-96.
116. Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A, et al. Alexithymia and psoriasis: a case- control study of 53 patients. *L'Encéphale*. 2009; 35(1):10-7.
117. Poot F, Antoine E, Gravelier M, et al. A case-control study on family dysfunction in patients with alopecia areata, psoriasis and atópica dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*. 2011; 91(4):415-21.
118. Sampogna F, Puig L, Spuls P, et al. Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *Br J Dermatol*. 2016.

119. Talamonti M, Galluzzo M, Servoli S, et al. Alexithymia and Plaque Psoriasis: Preliminary Investigation in a Clinical Sample of 250 patients. *Dermatology: International Journal for Clinical and Investigative Dermatology*. 2017.
120. Dehghani F, Dehghani F, Kafaie P, et al. Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian J Psychiatr*. 2017;25:42-45.
121. Molina-Leyva A, Molina-Leyva I, Almodovar-Real A, et al. Prevalence and Associated Factors of Erectile Dysfunction in Patients With Moderate to Severe Psoriasis and Healthy Population: A Comparative Study Considering Physical and Psychological Factors. *Arch Sex Behav*. 2016; 45(8):2047-2055.

24. ANEXOS

Consentimiento informado:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	Fecha
Título del proyecto de investigación: “Depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia, disfunción sexual y satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua”	
No. Registro CDP:	No. Dictamen CEI:
Investigador principal: Dra. María Guadalupe Olguín García José María Vértiz 474 Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc C.P. 06780 México, D.F.	
Servicio donde se realizará el estudio: Consulta Externa del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”	
Iniciales del paciente: _____ Número de escrutinio _____	
<p>Estimado paciente:</p> <p>A usted se le está invitando a participar en un proyecto de investigación médica que se está llevando a cabo en la Consulta Externa del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”, con dirección en José María Vértiz 474, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06780, México, D.F. Lo anterior, debido a que tiene diagnóstico de PSORIASIS. Antes de decidir si acepta participar en el estudio, el investigador principal debe informarle sobre las características de éste y verificar que usted haya comprendido en su totalidad la naturaleza de su participación. Posterior a esta explicación, usted de forma libre y voluntaria podrá tomar una decisión al respecto.</p> <p>En caso de que usted acepte participar en este estudio de investigación, deberá firmar este documento de consentimiento informado, del cual se le entregará una copia.</p> <p>A continuación encontrará la explicación del proyecto de investigación. Si tiene dudas sobre alguna palabra, enunciado o no logra comprender en su totalidad el texto, siéntase con la libertad para preguntar todo lo que quiera con la finalidad de aclarar sus dudas.</p> <p>Planteamiento del problema y justificación del estudio.</p> <p>La psoriasis es una de las enfermedades de la piel más comunes, esta es considerada como una enfermedad inflamatoria crónica. A parte de afectar la piel, en ocasiones puede afectar</p>	

las uñas y las articulaciones. También se ha encontrado inflamación en otras partes del organismo por lo que se ha visto relacionada con más riesgo de presentar otras enfermedades inflamatorias como lo son la Diabetes Mellitus 2, Hipertensión Arterial y aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos entre otros.

Por todo lo que conlleva esta enfermedad y por el hecho de ser crónica, se ha visto que es una causa importante de disminución en la calidad de vida. Por esto, se intenta investigar que tan común es la depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia (incapacidad para reconocer emociones que lleva a dificultad para expresarse), disfunción sexual y satisfacción con el tratamiento en pacientes con diagnóstico de psoriasis en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

En otros países se ha encontrado mayor riesgo de padecer esto sin embargo es importante realizar este tipo de estudios en Mexicanos para conocer que tan común es este problema, con el objetivo de beneficiar a los pacientes con psoriasis para realizar un diagnóstico temprano y recibir un tratamiento adecuado, así como prevenir disminución de la calidad de vida.

Objetivo del estudio.

A usted se le está invitando a participar en este estudio titulado “Depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia, disfunción sexual y satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua”, el cual tiene como finalidad saber qué tan común es este problema

Beneficios del estudio

Los resultados de este estudio nos permitirán tener un conocimiento de la cantidad de personas con psoriasis que se ven afectadas por este problema, con el objetivo de dar tratamiento, mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento que conlleve a mejoría de las lesiones.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio, el investigador principal le realizará una historia clínica completa que consiste en preguntas sobre: identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos en caso de ser mujer, antecedentes personales de enfermedad, revisión de estudios de laboratorio y gabinete en caso de contar con ellos, antecedentes relacionado a la psoriasis incluyendo tratamientos previos, exploración física con cálculo de escalas de gravedad de psoriasis. Posterior a esto se realizarán los cuestionarios de depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia, disfunción sexual y satisfacción con el tratamiento.

Riesgos del estudio

Si usted acepta participar en el estudio, se le realizarán los siguientes procedimientos:

Historia clínica completa, procedimiento de rutina y obligado en cada paciente que solicita consulta en esta institución.

Questionarios (Depresión, ansiedad, riesgo de suicidio, alexitimia, disfunción sexual y

satisfacción con el tratamiento)

En caso de que usted haga consciente que requiere ayuda de algún profesional, deberá comunicarlo al investigador principal para brindarle la atención médica necesaria.

PROCEDIMIENTOS DURANTE EL ESTUDIO POR VISITA:

Todos los pacientes deberán acudir a las siguientes visitas:

a. Visita 1. Día 0. Firma de consentimiento informado, historia clínica completa y cuestionarios

b. Visita 2. Se agendará únicamente en caso de que en la primera visita por cuestión de tiempo del paciente, no se pueda completar la firma del consentimiento informado, historia clínica y cuestionarios.

CONFIDENCIALIDAD.

Toda la información correspondiente a su estado de salud será manejada de forma estrictamente confidencial. Sin embargo, mediante esta carta usted otorga su aceptación por escrito, para que el Patrocinador, miembros del Comité de Ética y las autoridades sanitarias que correspondan (en este caso, la Secretaría de Salud) puedan así mismo, tomar fotografías y tener acceso a su expediente médico con el fin de verificar la autenticidad de la información, conocer su evolución clínica, así como evaluar la calidad de los servicios que se le proporcionan. Eventualmente, los resultados y /o fotografías podrán ser utilizados para generar una publicación médica, a juicio de los investigadores y del patrocinador. Todas las personas involucradas están comprometidas a guardar la información de manera confidencial y velar por la seguridad física, moral y psicológica de los participantes voluntarios.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con el fin de garantizar la seguridad de los participantes en el estudio, se realizará bajo las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial (conforme a la declaración de Helsinki 1964, así como las actualizaciones de Edimburgo 2000, Washington 2002 y la última modificación de Tokio 2004) y en apego a la Ley General de Salud. Además los procedimientos de este estudio han sido revisados y aprobados por el Comité Ética en Investigación del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua". Cualquier duda sobre el estudio usted puede contactar directamente al Presidente del Comité la Dra. Blanca María de Lourdes Alonzo Romero Pareyón al tel. 55 38 70 33 en horario de 8 a 14 hrs, de lunes a viernes.

El presente estudio incluye 300 pacientes con psoriasis que libremente acepten participar en él. El voluntario puede rehusar a continuar participando, sin que esto sea penalizado o represente pérdida de algún derecho o beneficio.

El investigador se compromete adicionalmente durante el estudio, a proporcionar información actualizada sobre cualquier avance significativo en el tema a investigar, que podría resultar relevante.

Declaraciones

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria

En caso de que usted decida NO participar en el estudio, la atención médica que recibe en esta institución seguirá siendo la misma y no habrá represalias ni consecuencias negativas para usted.

Usted es libre de retirarse de este estudio de investigación médica en el momento que usted lo desee, pudiendo informar o no los motivos de su decisión al investigador principal. La decisión de retirarse del estudio será respetada y en ningún momento se le solicitará que recapacite.

No recibirá pago o beneficios económicos por su participación en el estudio.

Derivado de su participación en este estudio, usted no deberá realizar ningún pago adicional por la atención médica ni tendrá que hacer gastos adicionales a los que en este momento realiza.

Durante todo el estudio, usted tiene el derecho de solicitar información sobre el mismo, al investigador principal

Toda la información que usted le brinde al investigador, así como su identidad, será tratada con CONFIDENCIALIDAD.

Usted autoriza que la información capturada se utilicen para difundir los resultados de esta investigación en revistas científicas, protegiendo siempre su identidad.

Finalmente, He leído la información que me han proporcionado sobre este estudio de investigación, mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente y he comprendido el objetivo, los beneficios y los riesgos de participar en el estudio. También he sido informado y entiendo que los resultados de la investigación serán publicados y difundidos con fines científicos, pero que bajo ninguna circunstancia será revelada mi identidad como participante del mismo. Y que recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado. Por lo que,

ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Nombre y firma del paciente	Fecha
Nombre y firma del testigo 1	Fecha

Dirección completa	Parentesco con el paciente
Nombre y firma del testigo 2	Fecha
Dirección completa	Parentesco con el paciente
DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR	
<p>El paciente ha recibido información sobre la naturaleza, objetivos, beneficios y riesgos que implica su participación en este estudio de investigación. Que he contestado, en la medida de lo posible, todas las preguntas del paciente sobre el estudio. He comprobado que el paciente ha comprendido los riesgos que implica participar en este estudio. Acepto que he leído y conozco la normatividad vigente nacional e internacional para realizar investigación en seres humanos; así como las buenas prácticas clínicas para la conducción de los mismos y que me apegaré a ellas. Declaro que la firma del presente documento fue después de haber aclarado todas las dudas del paciente.</p>	
Nombre y firma del investigador principal	Fecha

Hoja de recolección de datos y escalas:

Fecha de registro:	No de registro	No de exp	Consultorio	P	S
FICHA DE IDENTIFICACIÓN					
Nombre					
Sexo (F)(M)	Fecha de Nac	Edad	Estado civil	Grupo sanguíneo:	
Lugar de Nacimiento			Lugar de Residencia	Rural () Urbano ()	
Escolaridad			Ocupación		
Teléfono de contacto			Correo electrónico		
Servicio médico (Ning)(IMSS)(ISSTE)(SP)(Grat)(Otro)			Práctica religiosa (Diario) (1/s) (1/m) (1/a) (Nunca)		
Ingreso mensual		Nivel socioeconómico			
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES					
(Si)(No)	Obesidad	(si) (no)	Parentesco		
	DM2	(si) (no)	Parentesco		
	HAS	(si) (no)	Parentesco		
	Dislipidemia	(si) (no)	Parentesco		
	Psoriasis	(si) (no)	Parentesco		
	Otros	(si) (no)	Parentesco		
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS					
Tabaquismo (Si)(No)	Inicio (Edad)	Termino (Edad)	Cigarros/día		IT
Alcohol (Si)(No)	Inicio (Edad)	Termino (Edad)	Cant	Frec (d)(m)(a)	Tipo
					Embriaguez (Si)(No)
Drogas (Si)(No)	Inicio (Edad)	Término (Edad)	Frec (d)(m)(a)		Tipo
					Vía de admor
Consumo de refresco (Si)(No)	Cant(ml)	Frec (d)(m)(a)	Ejercicio (Si)(No)	Tipo	Min/sem
Consumo de comida chatarra	(si)(no)	Frec (d)(m)(a)	Circuncisión (Si)(No)		
Combe(+)(-)	Animales(Si)(No)	Cual	Humo de leña (Si)(No)	Años	
Transfusión (Si)(No)	Fecha(s) y causa		Tatuajes/Perf (Si)(No)		
Vacunas Infancia	(Completo) (Incompleto) (Desconoce)				
Vacunas Adulto: Años en que se aplicaron las dosis (completa / incompleta)					

Influenza		VPH	
Hepatitis B		Td	
Neumococo		Otros	

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

G() P() C() A()	FUM:	Embarazo actual (Si)(No)	Método anticonceptivo	P.Sexual:
DOCaCU (Fecha/Resultado/Tx)		DOCaMa (Resultado/Fecha)		

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alergias(Si)(No)	Fármaco causal/Reacción			
VIH (Si) (No) (D)	Tamizaje (Si)(No)	Fecha de Dx:	C. V. /Fecha: /	CD4/Fecha /

Tratamiento actual	¿Notó coincidencia en la aparición de la psoriasis y el diagnóstico de VIH? (Si) (No)
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Otras dermatosis (Si)(No), Cáncer (Si)(No), Cáncer de piel (Si)(No), Diabetes Mellitus (Si)(No), Intolerancia a CHO's (Si)(No), Hipertensión arterial (Si)(No), Dislipidemia (Si)(No), Cardiopatía isquémica (Si)(No), Insuficiencia cardiaca (Si)(No), Gota o Hiperuricemia (Si)(No), Esteatosis hepática (Si)(No), Hepatopatía (Si)(No), Hepatitis actual o previa (Si)(No), Nefropatía(Si)(No), Neumopatía (Si)(No), Úlcera péptica (Si)(No), Enfermedad gastrointestinal (Si)(No), Cataratas (Si)(No), Anemia (Si)(No), Enfermedad autoinmune (Si)(No), Infección actual (Si)(No), Depresión (Si)(No), Uso de antidepresivos (Si)(No)(Actual)(Previo), Enfermedad Psiquiátrica (Si)(No), Otros (Si)(No).

Enfermedad	Fecha de Dx (M/A)	Tratamiento	Complicaciones

Ingesta de otros fármacos o hierbas:

Antibióticos últimos 6m(Si)(No)	Cual y porque		
IBP últimos 6m (Si)(No)	Tipo	FRECUENCIA	tiempo de uso

PSORIASIS

Fecha inicio:	Fecha consulta 1ª vez	Médico consulta 1ª vez (General) (Dermatólogo) (Otro)
Fecha de Dx:	Infección previa (Si)(No)	Médico que realizó Dx (General) (Dermatólogo) (Otro)
Médicos consultados antes de Dx (Número):		Variedad clínica

Dx HP (Si)(No)	No. HP	¿Entendió que es la psoriasis? (Si)(No)
Número de exacerbaciones/año		Fecha de inicio de Tx
Prurito (0)(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)		Lesión en genitales (No) (Actual) (Previo)
Porcentaje de sueldo que destina a tratamiento		Piel fotoexpuesta (No) (Actual) (Previo)

TRATAMIENTO PSORIASIS

Fármacos	Inicio (Fecha)	Término	Dosis	E. Adversos	
Emolientes					
Reductores					Tiempo (AH): Uso mayor 4% (Si)(No)
Análogos de VitD					
Retinoides					(VO)(Tópico)
Inhib de calcineurina tópicos					
Esteroides tópicos o sistémicos					(VO) (Tópico)
PUVA					No sesiones R A:
Metotrexato					Dosis acum
Biológicos					

Otros

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Edema de miembros inferiores, ortopnea, disnea, hosp. (Si)(No)	Dolor epigástrico agudo, sangrado GI (Si)(No)
----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Otros

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Leucocitos	Hematocrito	Ácido úrico	BD	Perfil de hepatitis (+)(-), (B)(C)
Neutrófilos %	Plaquetas	Colesterol total	BI	EGO (normal) (anormal)
Linfocitos %	VSG	HDL	FA	Alt EGO
Monocitos %	PCR	LDL	GGT	FR
Eosinófilos %	Hb glucosilada	Triglicéridos	Proteínas totales	Otros
Basófilos %	Glucosa	ALT	Albúmina	
Eritrocitos	Urea	AST	APE	

Hemoglobina	Creatinina	BT	PPD(mm)	Fecha	Fecha:
-------------	------------	----	---------	-------	--------

ESTUDIOS DE GABINETE

Rx de tórax/Fecha	Rx art/Fecha	ECG/Fecha
-------------------	--------------	-----------

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA(mm/Hg):		FC(LPM):		FR(RPM):		Fototipo
Peso(kg)	Talla(m)	IMC	Cintura(cm)	Cadera(cm)	I cintura-cadera	I cintura-talla

Signos clínicos de insuficiencia cardiaca (Si)(No)

Otros:

PASI (PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX)

Área	SC A %	Eritema	Induración	Escama	Subtotal	Fecha de aplicación
Cabeza						Puntaje total
Tronco						Interpretación
M.T.						
M.P.						

DLQI

Puntaje:	Interpretación:
-----------------	------------------------

PASE

Puntaje:	Interpretación: (Reaplicar) (Considerar referencia) (Referencia)
-----------------	-------------------------------------------------------------------------

ESCALAS PSICOLÓGICAS

HADS	Puntaje (0-42):	(Sin problema) (Signos) (Problema clínico)
SPS	Puntaje (36-144):	(Bajo) (Intermedio) (Alto)
Plutchick	Puntaje (0-15):	(Sin riesgo) (Riesgo)
MGH-SFQ	Puntaje(0-16-20):	Disfunción sexual (Si) (No)
TAS-20	Puntaje (20-120):	(No hay alexitimia) (Posible alexitimia) (Alexitimia)
Satisfacción con el tx	Puntaje (0 48):	Satisfacción global: (0-100):
Índice de discapacidad	Puntaje:	

Fecha de aplicación de cuestionarios:

Médico que realizó:

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE ARTRITIS PSORIÁTICA (PASE)

Por favor marque o encierre en un círculo **SOLO UNA** de las 5 opciones en el siguiente cuestionario de 15 ítems. La respuesta a estas preguntas nos ayudara a conocer mejor sus síntomas. Solo le tomará 5-6 minutos completarlo.

Gracias por su tiempo.

Sub-escala de síntomas	Nunca	Casi Nunca	No Sé	Casi Siempre	Siempre
1. Me siento cansada/o la mayor parte del día	1	2	3	4	5
2. Me duelen mis articulaciones	1	2	3	4	5
3. Me duele la espalda	1	2	3	4	5
4. Mis articulaciones se hinchan o inflaman	1	2	3	4	5
5. Siento mis articulaciones "calientes"	1	2	3	4	5
6. A veces todo un dedo de la mano o del pie se me hincha y se parece a una "salchicha"	1	2	3	4	5
7. He notado que el dolor en mis articulaciones se mueve de una a otra. Por ejemplo: me duele la muñeca unos días y luego me duele la rodilla y así sucesivamente.	1	2	3	4	5
Puntaje de síntomas (Max 35)	Sume los puntajes de preguntas 1-7 y escríbalo en el casillero A				A:

Sub escala de función	Nunca	Casi Nunca	No Sé	Casi Siempre	Siempre
8. Siento que mis problemas articulares afectaron mi capacidad para trabajar	1	2	3	4	5
9. Mis problemas articulares han afectado mi capacidad para valerme por mi mismo, como por ejemplo: vestirme o lavarme los dientes	1	2	3	4	5
10. He tenido dificultad en ponerme anillos en los dedos o en usar reloj de pulsera	1	2	3	4	5
11. He tenido dificultad para subir o bajar del auto	1	2	3	4	5
12. No puedo ser tan activo como era antes	1	2	3	4	5
13. Me siento rígido o entumecido por mas de 2 horas después de levantarme por la mañana	1	2	3	4	5
14. La mañana es la peor parte del día para mi	1	2	3	4	5
15. Me toma varios minutos poder moverme al máximo de mi capacidad, en cualquier momento del día	1	2	3	4	5
Puntaje de función (Max 40)	Suma los puntajes de las preguntas 8-15 y escríbalo en el casillero B				B.:
Puntaje total (Max 75)	Sume el puntaje del casillero A y B y anotelo en el casillero C				C:

INTERPRETACION:

- **<36:** Volver a aplicar el cuestionario cada 3 meses o en la próxima consulta si no es mayor a 3 meses
- **37-43:** Considerar referencia a Reumatólogo o volver a aplicar el cuestionario en la próxima consulta
- **>44:** Referir a Reumatólogo

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber como se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a como se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a como realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso.
 - 3 Todos los días
 - 2 Muchas veces
 - 1 A veces
 - 0 Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
 - 0 Como siempre
 - 1 No lo bastante
 - 2 Solo un poco
 - 3 Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - 3 Definitivamente y es muy fuerte
 - 2 Si, pero no es muy fuerte
 - 1 Un poco, pero no me preocupa
 - 0 Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 - 0 Al igual que siempre lo hice
 - 1 No tanto ahora
 - 2 Casi nunca
 - 3 Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 - 3 La mayoría de las veces
 - 2 Con bastante frecuencia
 - 1 A veces, aunque no muy a menudo
 - 0 Solo en ocasiones
6. Me siento alegre.
 - 3 Nunca
 - 2 No muy a menudo
 - 1 A veces
 - 0 Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
 - 0 Siempre
 - 1 Por lo general
 - 2 No muy a menudo
 - 3 Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
 - 3 Por lo general, en todo momento
 - 2 Muy a menudo
 - 1 A veces
 - 0 Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
 - 0 Nunca
 - 1 En ciertas ocasiones
 - 2 Con bastante frecuencia
 - 3 Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
 - 3 Totalmente
 - 2 No me preocupo tanto como debiera
 - 1 Podría tener un poco más de cuidado
 - 0 Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
 - 3 Mucho
 - 2 Bastante
 - 1 No mucho
 - 0 Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
 - 0 Igual que siempre
 - 1 Menos de lo que acostumbraba
 - 2 Mucho menos de lo que acostumbraba
 - 3 Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
 - 3 Muy frecuentemente
 - 2 Bastante a menudo
 - 1 No muy a menudo
 - 0 Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
 - 0 A menudo
 - 1 A veces
 - 2 No muy a menudo
 - 3 Rara vez

Puntaje: Se obtiene sumando todos los números (0-42): _____

Interpretación:

0-7: Sin ansiedad o depresión

8-10: Signos de ansiedad o depresión, requieren consideración

11 o más: Sugieren un problema clínico

Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)

Hombres

¿Como ha estado su interés sexual durante el ultimo mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

¿Como ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el ultimo mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

¿Como ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el ultimo mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

¿Como ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el ultimo mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

¿Como calificaría su satisfacción sexual global en el ultimo mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

Mujeres

¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?

- 0: Totalmente disminuido
- 1: Marcadamente disminuido
- 2: Moderadamente disminuido
- 3: Mínimamente disminuido
- 4: Normal

Puntaje: Se obtiene sumando todos los números 0-20 (Hombres) 0-16 (Mujeres) : ____

Interpretación:

Se considera disfunción sexual cuando al menos una de los rubros (Deseo sexual, excitación, orgasmo, satisfacción sexual, erección) tiene puntaje menor de 4

Puntajes más altos indican mejor función sexual

Puntajes más bajos indican peor función sexual

Satisfacción de tratamiento en psoriasis CESTEP

1.- ¿Esta usted satisfecho de la forma en que se han cumplido sus expectativas con el tratamiento?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

2.- ¿Hasta que punto esta usted satisfecho de como el tratamiento ha aliviado las molestias de su enfermedad de la piel (color, dolor, comezón)?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

3.- ¿Hasta que punto esta usted satisfecho de como el tratamiento ha disminuido la extensión de su psoriasis?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

4.- ¿Hasta que punto está usted satisfecho de como el tratamiento ha disminuido la intensidad (piel roja, escamas, abultamiento) de su psoriasis?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

5.- ¿Se ha sentido satisfecho con la rapidez con la que ha mejorado su psoriasis?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

6.- ¿Hasta que punto está usted satisfecho con el tratamiento para recomendarlo a alguien con una psoriasis similar a la suya?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

7.- ¿Se considera satisfecho de como le ha sentado el tratamiento en los últimos 3 meses?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

8.- ¿Está usted satisfecho de lo práctico/cómodo que le ha resultado el tratamiento?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

9.- Por su psoriasis y por el tratamiento que recibe ¿se considera satisfecho con la frecuencia de visitas a su médico?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

10.- ¿Considera que el beneficio del tratamiento de su psoriasis compensa los posibles efectos indeseables?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

11.- ¿En que medida está satisfecho con su grado de conocimiento acerca de los tratamientos disponibles para la psoriasis?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

12.- ¿Hasta que punto esta usted satisfecho con su tratamiento actual?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

13.- ¿Hasta que punto esta usted satisfecho con la comodidad de aplicar tratamiento tópico (El cual tiene que esta aplicando directamente en las lesiones)?

0: muy satisfecho, 1: satisfecho, 2: ni satisfecho ni insatisfecho, 3: insatisfecho, 4: muy insatisfecho

14.- Valore su satisfacción global con el tratamiento de 0 a 100, considerando el 0 como la peor puntuación posible y el 100 como la mejor puntuación posible _____

Puntaje: Se obtiene sumando la obtenida ÚNICAMENTE en las preguntas 1 a la 12 (0-48): _____

Interpretación:

0: Máximo valor posible de satisfacción

48: Máximo valor posible de insatisfacción

Se interpreta comparando con tratamiento

Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)

- 1.- A menudo estoy confundido con las emociones que estoy sintiendo
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 2.- Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 3.- Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 4.- Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 5.- Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 6.- Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 7.- A menudo estoy confundido con lo que siento en mi cuerpo
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 8.- Prefiero dejar que las cosas pasen solas, sin preguntarme por qué suceden así
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 9.- Tengo sentimientos que casi no puedo identificar
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 10.- Estar en contacto con las emociones es muy importante
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 11.- Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 12.- La gente me dice que exprese más mis sentimientos
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 13.- No sé qué pasa dentro de mí
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo

- 14.- A menudo no sé por qué estoy enojado
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 15.- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 16.- Prefiero ver programas de TV simples pero entretenidos, que programas difíciles de entender
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 17.- Me es difícil expresar mis sentimientos más profundos incluso a mis mejores amigos
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 18.- Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 19.- Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo
- 20.- Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos, disminuye el placer de disfrutarlos
1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ligeramente en desacuerdo, 4: Ligeramente de acuerdo 5: De acuerdo, 6: Muy de acuerdo

Puntaje: Se obtiene sumando todos los puntos (20 – 120):_____

Interpretación:

Menor o igual a 51: No hay alexitimia

52 a 60: Posible alexitimia

Mayor o igual a 61: Alexitimia

Escala de Plutchik

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO"

- 1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?
SI NO
- 2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
SI NO
- 3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?
SI NO
- 4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?
SI NO
- 5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?
SI NO
- 6.- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?
SI NO
- 7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?
SI NO
- 8.- ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?
SI NO
- 9.- ¿Está deprimido/a ahora?
SI NO
- 10.- ¿Está separado/a, divorciado/a o viudo/a?
SI NO
- 11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?
SI NO
- 12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?
SI NO
- 13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?
SI NO
- 14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?
SI NO
- 15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?
SI NO

Puntaje: Cada "SI" equivale a 1 punto, "NO" equivale a 0 puntos. Se obtiene sumando los puntos (0-15): ____

Intepretación:

6 puntos o más: Riesgo

Hoja usada por el médico para cálculo de PASI:

PASI (Psoriasis area and severity index)

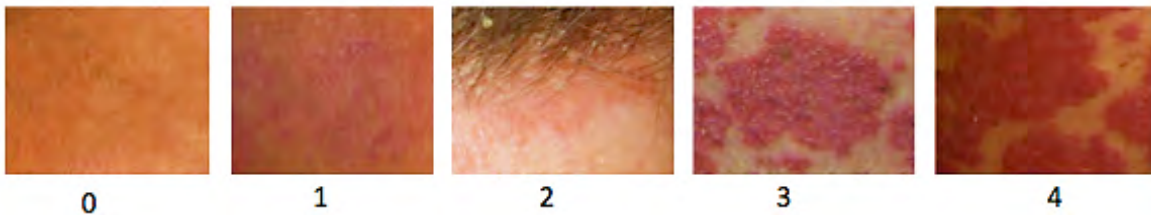
Paso 1: El médico otorga un número a cada parámetro y se coloca el número correspondiente en las casillas dependiendo la zona a medir:

Área: 0: Sin afección, 1: Menos del 10% , 2: 10 a 29%, 3: 30 a 49%, 4: 50 a 69%, 5: 70 a 89%, 6: 90 a 100%

Escama: 0: Sin escama, 1: Mínima, en forma de polvo, 2: Escamas delgadas, 3: Cubren la mayor parte de la lesión, se adhieren y cubren el eritema, 4: Muy gruesas



Eritema: 0: Sin eritema, mancha residual, 1: Apenas detectable, 2: Pronunciado, no rojo oscuro, 3: Más marcado, 4: Típico de la psoriasis en la placa no tratada, después de removidas las escamas



Infiltración: 0: No palpable, 1: Muy pequeña, 2: Fácilmente palpable, con escaso aumento del nivel de la piel, 3: Definitivamente elevada, con induración fácilmente palpable, 4: Elevada, induración severa o liquenificación



Área	SCA %	Eritema	Induración	Escama	Subtotal
Cabeza					
Tronco					
Extremidades superiores					
Extremidades inferiores					
Puntaje total					

Paso 2: Se realiza la siguiente multiplicación para colocar los resultados en la casilla de subtotal

PASI = 0.1 x (eritema + infiltración + escama) x área [cabeza]

0.3 x (eritema + infiltración + escama) x área [tronco]

0.2 x (eritema + infiltración + escamas) x área [extremidades superiores]

0.4 x (eritema + infiltración + escama) x área [extremidades inferiores]

Paso 3: Se suman las casillas de subtotal para obtener el Puntaje total