



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PROGRAMA DE DOCTORADO: DERMATOLOGIA

TÍTULO:” CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS”.

TESIS DOCTORAL presentada para la obtención del grado de Doctora en Medicina
por la *Universitat de València*

Almudena Mateu Puchades

Dirigido por:

Dr. Juan José Vilata Corell.
Dra. Carmen Leal Cercós.
Dr. Agustín Llopis González.

Valencia 2015

JUAN JOSE VILATA CORELL, CATEDRÁTICO DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGIA DE LA *UNIVERSITAT DE VALÈNCIA*,

MARI CARMEN LEAL CERCÓS, CATEDRÁTICA DE PSIQUIATRÍA DE LA *UNIVERSITAT DE VALÈNCIA*,

Y

AGUSTÍN LLOPIS GONZÁLEZ, PROFESOR TITULAR DEL ÁREA DE MEDICINA Y SALUD PÚBLICA DE LA *UNIVERSITAT DE VALÈNCIA*

CERTIFICAMOS:

Que la presente Tesis Doctoral titulada:” **CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS**”, que presenta Doña Almudena Mateu Puchades para optar al Grado de Doctora por la *Universitat de València*, ha sido realizada bajo nuestra dirección en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia y la *Facultat de Medicina i Odontologia* de Valencia y que se encuentra finalizada y lista para su presentación a fin de que pueda ser juzgada por el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, firman la presente en Valencia, a 23 de Abril de 2015.

Fdo: Dr. Juan José Vilata Corell

Fdo: Dra. Mari Carmen Leal Cercós

Fdo. Dr. Agustín Llopis González

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

AGRADECIMIENTOS

Aquí me enfrento al que quizá sea el capítulo más complicado de este trabajo. Resulta difícil sintetizar en unas breves líneas mi enorme gratitud hacia todas aquellas personas que me han ayudado y han compartido conmigo la ilusión de este proyecto.

A mis directores de tesis, Dr. Juan José Vilata, por sus sabios consejos, su experiencia y su implicación, a la Dra. Carmen Leal por sus valiosas recomendaciones sobre como estructurar este proyecto y al Dr. Agustín Llópis y la Dra. María Morales por sus correcciones y ayuda a la hora de dirigir el rumbo de este trabajo.

A mi Jefa de Servicio, la Dra. Amparo Marquina Vila, por animarme en todo momento, por estimularme y confiar en mí.

A todo el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Doctor Peset, a los que están y a los que se fueron y siguen muy presentes en mí.

A mis padres, Juana y Paco a los que es imposible pagar su amor y dedicación como se merecen.

A mi hermano Kiko, al que quiero y admiro enormemente.

A José Luis, mi media naranja, por su complicidad, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de nuestra vida juntos.

A los pacientes, los verdaderos protagonistas de este trabajo.

A todos ellos, GRACIAS

ÍNDICE

Índice

I.-INTRODUCCIÓN.....	12
I.1.- Epidemiología.....	12
I.2- Etiopatogenia.....	13
I.2.1: Factores genéticos.....	15
1.2.2.- Factores ambientales.....	16
I.3.- Tipos clínicos.....	16
I.4.- Herramientas para valoración de la extensión.....	21
I.4.1. - <i>Psoriasis Area and Severity Index</i> (PASI):.....	21
I.4.2. - <i>Body Surface Area</i> (BSA):.....	22
I.5.- Comorbilidades.....	23
I.5.1- Comorbilidades físicas.....	23
I.5.2.- Comorbilidades psíquicas.....	33
1.6.- Tratamientos.....	37
I.6.1.- Tratamiento tópico.....	37
I.6.2.- Tratamientos sistémicos.....	39
I.7.- Calidad de vida en los pacientes con psoriasis.....	43
II.-HIPOTESIS DE TRABAJO.....	47
III.-MATERIAL Y MÉTODO.....	50
III.1.- Ámbito y periodo de estudio.....	50
III.2.-Diseño del estudio.....	50
III.3.-Tamaño de muestra.....	50
III.4.- Criterios de inclusión.....	51
III.4.1.-Criterios de inclusión de casos:.....	51
III.4.2.-Criterios de inclusión de controles:.....	51
III.5.-Criterios de exclusión.....	51
III.5.1.-Criterios de exclusión de los casos:.....	51
III.5.2.-Criterios de exclusión de controles:.....	52
III.6.-Descripción de las variables del estudio.....	52
III.7.-Metodología.....	63
III.8 Aspectos ético-legales.....	66
IV. RESULTADOS.....	68
IV.1- Descripción de la muestra de casos-contrroles.....	68

IV.1.1-Tablas de las características sociodemográficas de pacientes con psoriasis y controles.....	68
IV.1.2-Tablas de los datos antropométricos de pacientes con psoriasis y controles....	69
IV.1.3.-Tabla de hábitos tóxicos de pacientes con psoriasis y controles	71
IV.1.4.-Tabla de comorbilidades físicas pacientes con psoriasis y controles	73
IV.1.5.-Tabla de comorbilidades psíquicas de pacientes con psoriasis y controles	75
IV.1.6.- Tabla medida de calidad de vida mediante cuestionario genérico Ruiz Baca pacientes con psoriasis y controles.....	79
IV.2.-Descripción de la muestra de pacientes con psoriasis: CASOS.....	82
IV.2.1.- Descripción de las características clínicas relacionadas con la psoriasis	82
IV.2.2.- Descripción de las características antropométricas de los pacientes con psoriasis	85
IV.2.3.- Descripción de los hábitos tóxicos en los pacientes psoriásicos.....	86
IV.2.4.-Descripción de las comorbilidades físicas en los pacientes psoriásicos estratificadas por sexo	86
IV.2.5.- Descripción de las comorbilidades psíquicas en pacientes con psoriasis estratificadas por sexo	87
IV.2.6.- Descripción de las puntuaciones para los cuestionarios de calidad de vida en los pacientes psoriásicos estratificados por sexo.	90
IV.3.-Análisis de la influencia potencial de los factores para el riesgo de Depresión, Ansiedad y calidad de vida en la muestra de psoriásicos.....	92
IV.3.1.- Influencia potencial de los factores para depresión y ansiedad	92
IV.3.2- Influencia potencial de los factores para la merma de calidad de vida.....	97
IV.4.-Análisis del Riesgo asociado a la Exposición a la Psoriasis	103
V.-DISCUSION.....	111
V.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE MUESTRA CASOS-CONTROLES	111
V.2.-IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA, DEPRESION Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES PSORIASICOS	129
V.3.- ANÁLISIS DEL RIESGO ASOCIADO A LA EXPOSICIÓN DE LA PSORIASIS: muestra de casos-contróles.....	139
VI.-LIMITACIONES.....	142
VII.-CONCLUSIONES.....	143
VIII.-BIBLIOGRAFIA	146
IX.-ANEXOS	162
A/ CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CONTROLES “Calidad de vida en los pacientes con psoriasis”:	162
B/ CONSENTIMIENTO INFORMADO CASOS “Calidad de vida en los pacientes con psoriasis”:	163

C/Información sobre el estudio, procedimientos y responsabilidades del paciente	164
D/Informe de aprobación de Comité Ético de investigación clínica.....	165
E/ Inventario de Depresión de <i>Beck</i> (IDB).....	166
F/ Inventario de ansiedad de <i>Beck</i>	170
G/ Cuestionario Salamanca de trastornos de personalidad	171
H/ Dermatology Quality Life Index (DLQI).....	172
I/ Cuestionario de calidad de vida Ruiz Baca.....	173
J/ Cuestionario de recogida de datos:	176

ABREVIATURAS:

- **IL:** interleucina.
- **h:** habitante.
- **IFN:** interferón.
- **TNF:** factor de necrosis tumoral.
- **HLA:** antígenos leucocitarios humanos.
- **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.
- **PASI:** *Psoriasis Area Severity Index*.
- **BSA:** *Body Surface Area*.
- **APso:** artropatía psoriasica.
- **AR:** artritis reumatoide.
- **EULAR:** *European League Against Rheumatism*.
- **HTA:** hipertensión arterial.
- **SM:** síndrome metabólico.
- **DLP:** dislipemia.
- **CT:** colesterol total.
- **TG:** triglicéridos.
- **LDL:** lipoproteínas de bajo peso molecular.
- **VLDL:** lipoproteínas de muy bajo peso molecular.
- **HDL:** lipoproteínas de alto peso molecular.
- **DM:** diabetes mellitus.
- **EII:** enfermedad inflamatoria intestinal.
- **IMC:** índice de masa corporal.
- **ECV:** enfermedad cardiovascular.
- **UBE:** unidad de bebida standard.
- **PCR:** proteína C reactiva.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **EMA:** *European Medicines Agency*.
- **FDA:** *Food and Drug Administration*.
- **ACI:** acitretino.
- **MTX:** metotrexato.
- **DLQI:** *dermatology life quality index*.
- **IDB:** inventario de depresión de *Beck*.
- **IAB:** inventario de ansiedad de *Beck*.
- **CV:** calidad de vida.
- **CVRS:** calidad de vida relacionada con la salud.
- **IPDE:** *International Personality Disorder Examination*.
- **TR:** trastorno
- **CIE:** clasificación internacional de enfermedades
- **DSM:** *diagnostic and statistical manual of mental disorders*
- **CLCI:** discapacidad acumulada en el transcurso vital.
- **OR:** *odds ratio*.
- **DS:** desviación estándar.
- **CI:** intervalo de confianza.

INTRODUCCIÓN

I.-INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de base genética, caracterizada por alteraciones en la diferenciación y crecimiento epidérmico, además de alteraciones bioquímicas, inmunitarias y vasculares. (1),(2).

I.1.- Epidemiología

Existen pocos estudios sobre la incidencia de la psoriasis con resultados muy dispares, afectando alrededor del 2% de la población mundial, con una proporción similar entre hombres y mujeres, considerándose una enfermedad de distribución universal. Sin embargo, su prevalencia varía ampliamente en los diferentes estudios publicados. En esta dispersión, aparte de la influencia de las diferencias genéticas, raciales, climáticas y medioambientales, influyen sin duda las distintas metodologías utilizadas(3)(4).

En los EE.UU, la psoriasis afecta aproximadamente al 2% de la población, aunque se han publicado tasas incluso del 4,6%. Se estimó una tasa de incidencia anual, ajustada por sexo y edad de 60,4 por 100.000 habitantes(h) en el estudio realizado en Rochester entre los años 1980 y 1983 y de 230-321 casos por 100.000h/año en otro estudio realizado en Italia unos años después, entre el 2001-2005 (2). Otros estudios, han informaron una tasa de incidencia de 14 por 10.000 habitantes/ año(5).

Las prevalencias más altas se han descrito en las islas *Faroe* (2,8%) y en los países del norte de Europa, con una prevalencia media del 2%, especialmente en Alemania (3,5%) y Dinamarca (3,2% en hombres y 2,5% en mujeres), parece ser menor en países asiáticos (0,3%), y en las poblaciones andinas de Sudamérica y Samoa, donde no se ha encontrado ningún caso de psoriasis(6).

Los estudios realizados en África hallaron una prevalencia mayor en los países del este (2,0%), comparados con los del oeste (0,3%), lo que explicaría la baja prevalencia en afroamericanos (0,7% frente al 2,5% en americanos blancos), la mayoría originarios de los países del oeste(6).

En España, estudios de prevalencia de psoriasis llevados a cabo hace 15 años la cifran entre el 1,17-1,43%, de la población general con cifras más elevadas entre los 20 y los 50 años de edad y en las regiones centrales de España (1,9%), caracterizadas por un clima más frío y seco(7).

Un estudio publicado en el año 2014(3) por los mismos autores cifra la prevalencia de la psoriasis en España sensiblemente superior a la estimada previamente. Las estimaciones de prevalencia obtenida, del 2,3%, han permitido proyectar una cifra de personas diagnosticadas de psoriasis en España en torno a 1.080.000 casos. Al comparar ambos estudios, vemos que muestran cifras de prevalencia global en España sensiblemente diferentes, sin embargo, la comparación de las prevalencias entre los distintos grupos de edad y distribución geográfica según las características climáticas no parece haber cambiado.

Los autores, proponen que este incremento en la prevalencia pudiera atribuirse, por un lado al afloramiento de casos de psoriasis ya existentes ante una mayor divulgación de la enfermedad tanto en la prensa especializada como en la prensa general por la emergencia de nuevas terapias como son los fármacos biológicos, como también, por un mejor conocimiento de la enfermedad por parte de los facultativos(3).

I.2- Etiopatogenia

La etiología es multifactorial, en la cual, se ven implicados mecanismos complejos de interrelación, factores genéticos y ambientales.

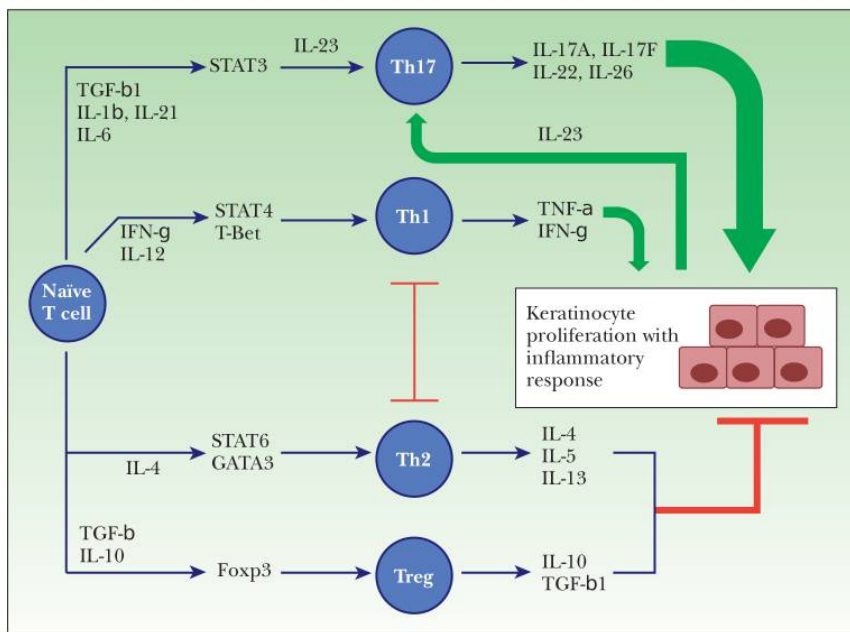
La psoriasis se caracteriza por una proliferación epidérmica marcada y un trastorno de la diferenciación con activación inmune de los queratinocitos, que se acompaña de numerosas alteraciones de naturaleza inflamatoria e inmunológica, con participación tanto de la inmunidad innata como de la adquirida.

Intervienen de forma fundamental los linfocitos T, como sugirieron hace 25 años los datos de eficacia de la ciclosporina y confirmaron posteriormente los resultados terapéuticos de inmunomoduladores selectivos de los linfocitos T. También se ha demostrado recientemente la marcada eficacia de los agentes biológicos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral *alfa* (TNF- α) que interviene como mediador pleotrópico de la inflamación en diversos órganos, así como de los anticuerpos anti-p40, que bloquean la diferenciación y expansión de los linfocitos Th1 y Th17 a través de la interleucina 12 (IL-12) y la IL-23, respectivamente(8),(9).

El reciente descubrimiento de una subpoblación de linfocitos T que expresan IL-17, y cuya expansión viene determinada por la acción de la IL-23 producida por las células

presentadoras de antígeno y las células dendríticas sobre los precursores T *naïve*, ha revolucionado la patogenia de la psoriasis. Se ha demostrado una marcada expansión de los linfocitos T citotóxicos que expresan de forma independiente IL-17 e IL-22 en la epidermis psoriásica. La expansión de los linfocitos Th1 retroalimentaría este proceso, al estimular la síntesis de IL-12 e IL-23 por las células presentadoras de antígeno mediante la producción de interferón(IFN) (9),(10).

Papel de los subtipos de células T CD4 en la psoriasis



Fuente: Imagen extraída de Mak *et al*(2009)(11).Las citoquinas pro-inflamatorias producidas a partir de Th1 y Th17 dominan el perfil de citoquinas en la psoriasis. Median en la hiperproliferación de queratinocitos y desencadenan un "círculo vicioso" de la inflamación. La IL-23 liberada por los queratinocitos psoriásicos y células centinela, tales como células dendríticas y macrófagos, es crítica para el mantenimiento de la función Th17. Los bajos niveles de citoquinas anti-inflamatorias liberadas por las células Th2 y Treg potencialmente contrarrestan pero no pueden equilibrar los efectos de las citoquinas Th1 / Th17. Flechas verdes denotan acciones estimulantes, líneas de bloqueo rojos denotan acciones inhibitorias.

I.2.1: Factores genéticos

La psoriasis vulgar no es una enfermedad genéticamente homogénea y existen evidencias de que los diferentes subfenotipos de la enfermedad pueden estar asociados a diferentes variaciones genéticas.

Con base en los estudios de gemelos, la herencia en la psoriasis ha sido estimada en 60%-90%. La tasa de concordancia genética se ha cifrado en un 70% en los gemelos monocigóticos, frente a 12 % -30% para gemelos dicigóticos. Si ambos padres tienen la psoriasis, la descendencia tiene un 50% de posibilidades de desarrollar la enfermedad. El riesgo se reduce a un 16% si sólo uno de los padres tiene la psoriasis. Si ninguno de los padres está afectado, pero un niño desarrolla psoriasis entonces sus hermanos tienen un riesgo 8% de desarrollar la enfermedad. Los hombres tienen un mayor riesgo de transmisión de la psoriasis que las mujeres descendientes, lo que probablemente se debe a la impronta genómica(2).

Estudios amplios genómicos, han demostrado siete principales *loci* de susceptibilidad para la psoriasis. Un locus de susceptibilidad importante para la psoriasis se encuentra en el cromosoma 6p21 y se conoce como PSORS1. Esta región se cree que puede estar implicada en la heredabilidad de la psoriasis en un 35% -50% de los casos. El segundo locus de susceptibilidad a la psoriasis, PSORS2, y se localiza en la región 17q24-q25, donde también se ha identificado un locus de susceptibilidad para la dermatitis atópica. En estudios de ligamiento realizados en familias de diversa procedencia geográfica se han identificado otros *loci* tales como PSORS 3(4q34), PSORS 4 (1q21), PSORS 5 (3q21), PSORS 6 (19p13), PSORS 7 (1p32), PSORS 9 (4q31).

Estudios de antígenos leucocitarios humanos (HLA) han demostrado que la psoriasis vulgar se asocia con varios antígenos HLA, más frecuentemente HLA-Cw6, que confiere un riesgo relativo de presentar la enfermedad en los pacientes homocigotos 2,5 veces superior al de los pacientes heterocigotos. Además, los pacientes HLA-Cw6 positivos tienen unas determinadas características clínicas definidas por un inicio precoz de la enfermedad, la presencia de placas más extensas y una mayor incidencia de fenómeno de *Koebner*. En los pacientes HLA-Cw6 negativos se ha descrito una mayor frecuencia de alteraciones ungueales y de artritis psoriásica(12),(13).

Recientemente se ha confirmado la identificación del alelo HLA-Cw6 como el locus responsable de la asociación en PSORS1(14).

1.2.2.- Factores ambientales

Numerosos factores ambientales se han implicado tanto en el desencadenamiento como en el agravamiento de la psoriasis.

Las situaciones que generen estrés pueden precipitar el comienzo de la psoriasis o la exacerbación de la misma(15). Además, las infecciones estreptocócicas del tracto aéreo digestivo superior son capaces tanto de agravarla como de desencadenarla, especialmente las formas de psoriasis en gotas en niños y adolescentes. La infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) parece relacionarse con la exacerbación de la psoriasis, pero no actúa como un desencadenante, dado que la prevalencia de psoriasis en estos pacientes es similar a la población general. Sin embargo, los pacientes con VIH tienen un comienzo más brusco, mayor afectación palmo-plantar, ungueal y de los pliegues y mayor frecuencia de formas pustulosas y artropáticas graves. Los traumatismos, aproximadamente la cuarta parte de los pacientes con psoriasis presenta fenómeno de *Koebner*, que se refiere a la aparición de nuevas lesiones de psoriasis en sitios de traumatismo, especialmente en pacientes con enfermedad activa o durante épocas de brote(16). Algunos fármacos, especialmente beta-bloqueantes, litio, antiinflamatorios no esteroideos, antipalúdicos y tetraciclinas, se han relacionado con la inducción o exacerbación de la psoriasis(17). Esta cuestión parece ser un problema creciente, ya que la lista de fármacos que se han descrito como desencadenantes de la psoriasis es cada vez más larga e incluye fármacos como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, clonidina, antagonistas del calcio, terbinafina etc..(18)

I.3.- Tipos clínicos

Las manifestaciones clínicas son muy variables, en cuanto a morfología, localización y extensión. Estas formas clínicas, pueden presentarse de forma aislada o coincidir en un mismo individuo(2).

I.3.1.-Psoriasis en placas o psoriasis vulgar: Es la forma más frecuente, representando aproximadamente el 90% de los casos de psoriasis. Las lesiones típicas consisten en placas eritematosas bien delimitadas con escamas blanco-nacaradas, distribuidas simétricamente en el cuero cabelludo, las superficies extensoras de las extremidades, el ombligo y la región lumbar, aunque pueden aparecer en cualquier localización.

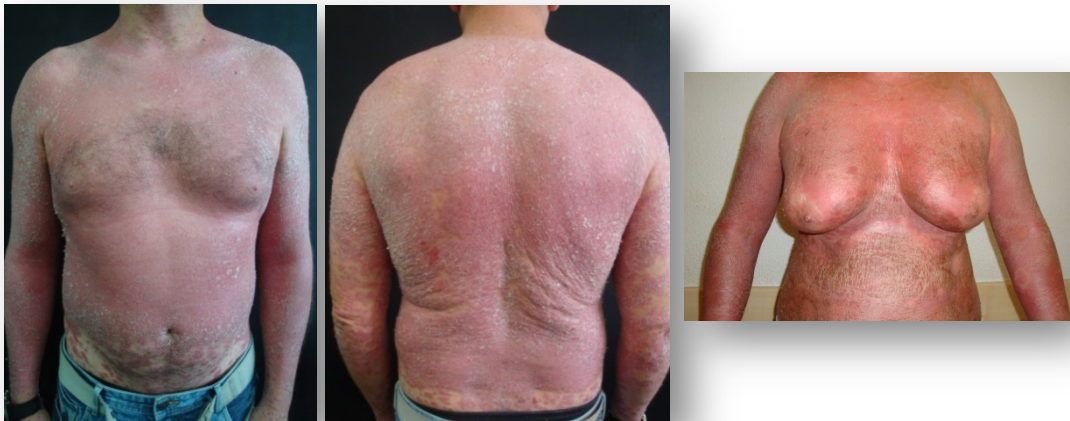


I.3.2.-Psoriasis *guttata*: Afecta sobre todo a niños y adolescentes, generalmente dos semanas después de una infección de vías respiratorias superiores por estreptococo β -hemolítico. Consiste en pápulo-placas de pequeño tamaño (0,5-1,5 cm), localizadas en el tronco y la parte proximal de las extremidades. El curso suele ser autolimitado, resolviéndose a los 3-4 meses del comienzo, aunque el pronóstico a largo plazo no se conoce por completo y se estima que hasta un tercio de los casos pueden desarrollar una psoriasis en placas.

I.3.3.-Psoriasis flexural o invertida: Se caracteriza por placas eritematosas, brillantes, no descamativas y de límites netos, localizadas en áreas intertriginosas (axilas, ingles, pliegues submamarios y región génito-crural). Puede ser muy dolorosa e invalidante, sobre todo si se asocia a fisuración en el fondo del pliegue.



I.3.4.-Psoriasis eritrodérmica: Es la forma generalizada de la enfermedad, caracterizada por eritema, edema y descamación, que afecta a >90% totalidad de la superficie corporal. Puede ocurrir como la primera manifestación de la enfermedad o aparecer en pacientes con psoriasis en placas por empeoramiento progresivo o en relación con infecciones, fármacos o supresión de corticoides entre otros. Puede comprometer la vida por alteraciones en la termorregulación, hidroelectrolíticas y hemodinámicas por lo que con frecuencia requiere ingreso hospitalario.



I.3.5.-Psoriasis pustulosa: Se caracteriza por la aparición de pústulas estériles sobre una base eritematosa, que pueden desarrollarse de *novo* o en pacientes con psoriasis. Los dos tipos clínicos principales son los siguientes:

- Psoriasis pustulosa palmo-plantar que cursa con placas simétricas, formadas por confluencia de pústulas, localizadas en la eminencia tenar de las manos y los talones y en los bordes laterales de los pies. Es más frecuente en mujeres (9:1) en la cuarta o quinta década de la vida, en un 95% de los casos fumadoras actuales o exfumadoras. Aunque en un 25% de los casos se asocia con la psoriasis en placas, según algunos estudios se trata de un proceso con causas diferentes, por lo que la pustulosis palmo-plantar podría considerarse una comorbilidad más que una forma de psoriasis.



- Psoriasis pustulosa generalizada (de *Von Zumbusch*), suele aparecer en pacientes con psoriasis en placas, en relación con tratamientos tópicos irritantes o por la retirada del tratamiento con corticoides sistémicos. Es una forma aguda, que cursa con fiebre y una erupción de pústulas diseminadas, sobre piel eritematosa y edematosa. Puede dar lugar a complicaciones sistémicas importantes, como sobreinfección, sepsis, trombosis venosa profunda y oliguria.

I.3.6.-Psoriasis ungueal: En estudios transversales, aproximadamente un 50% de los pacientes con psoriasis tienen alteraciones ungueales, especialmente aquellos con artropatía(19). Se estima que el 80-90% de todos los enfermos con psoriasis presentan alteraciones ungueales en algún momento de la evolución. Entre el 1-5% de los pacientes psoriásicos sólo tienen alteraciones en las uñas, planteando problemas de diagnóstico diferencial. Las manifestaciones más frecuentes son el piqueteado o *pits*, aunque el hallazgo más característico es el signo de la mancha en aceite, consistente en áreas amarillentas en el lecho ungueal. Otras posibles manifestaciones son hiperqueratosis, onicólisis, leuconiquia, onicomadesis, etc.



I.4.- Herramientas para valoración de la extensión

Existen numerosas herramientas para evaluar de forma objetiva la gravedad de la psoriasis en función de las características particulares de las lesiones, localización y extensión de las mismas. En la práctica clínica se utilizan:

I.4.1. - *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)*:

El PASI fue definido en 1978 por Fredriksson y Pettersson(1978)(20) como un instrumento de medida de la intensidad de la enfermedad en un trabajo que valoraba el tratamiento de la psoriasis grave con retinoides orales. Desde entonces se ha convertido, pese a sus limitaciones, en el estándar para la medida de la gravedad de la psoriasis, en especial desde que la *Food and Drug Administration (FDA)* estableció el PASI75 (porcentaje de pacientes que alcanzan una mejoría superior o igual al 75% del PASI basal) como parámetro de eficacia en los ensayos clínicos de los nuevos fármacos biológicos.

El PASI valora el eritema, la induración y la descamación de las lesiones por separado en diferentes zonas del cuerpo (cabeza y cuello, extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores incluyendo glúteos) y las relaciona con el área afectada en cada una de ellas. Para ello se usa una fórmula en la que se asigna a cada área un porcentaje de la superficie corporal total (también se puede expresar en forma decimal con respecto a la unidad): a la cabeza, un 10%; a las extremidades superiores, un 20%; al tronco, un 30%, y a las extremidades inferiores, un 40%. Además valora el eritema, la infiltración y la descamación de las lesiones en una escala de 0 a 4, en la que 1 es leve, 2 moderado, 3 marcado y 4 muy marcado o grave. La extensión de las lesiones en la zona determinada se valora de 0 a 6, siendo 0 la ausencia; 1 <10%; 2, 10 a <30%; 3, 30 a <50%; 4, 50 a 70%, 5, 70 a <90%, y 6, 90 a 100%.

La fórmula con la que se calcula el PASI es:

$$\text{PASI} = 0,1 \times S_c \times (E_c + I_c + D_c) + 0,2 \times S_s \times (E_s + I_s + D_s) + 0,3 \times S_t \times (E_t + I_t + D_t) + 0,4 \times S_i \times (E_i + I_i + D_i)$$

Donde S es la puntuación correspondiente a la extensión, E la correspondiente al eritema, I la correspondiente a la infiltración o grosor, y D la correspondiente a la descamación en cada zona, y los subíndice c, s, t, e i a las regiones cabeza/cuello,

extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores, incluyendo nalgas, respectivamente.

El PASI tiene una serie de ventajas que lo han convertido en el “patrón oro” de los ensayos clínicos, como son la comparabilidad histórica de las determinaciones, la buena correlación con otras medidas, el haber sido validado en múltiples ocasiones, la buena correlación entre observadores, la escasa (2%) variabilidad entre observadores y el hecho de que sea relativamente fácil de realizar.

Las principales críticas que ha recibido el PASI se originan, por una parte en que no ha sido validado adecuadamente como indicador de la gravedad percibida por el paciente, pero sobre todo en su escasa sensibilidad, con un efecto “suelo” marcado (en general los PASI son inferiores a 40, de modo que la escala es redundante, y el índice es poco sensible por debajo de 12 (21),(22).

I.4.2. - *Body Surface Area (BSA)*:

El cálculo del BSA consiste en el cálculo directo de la superficie corporal afectada, y constituye una primera aproximación a la cuantificación de la gravedad (extensión) de la psoriasis en placas. Normalmente se calcula aproximadamente el porcentaje de cada parte del cuerpo afectado por la psoriasis mediante “la regla de los 9” utilizada para evaluar quemaduras. Una forma simplificada de evaluar la superficie es emplear la palma de la mano (con los dedos) del paciente como equivalente a un 1% de la superficie corporal, y calcular aproximadamente cuántas palmas de la mano ocupa la psoriasis en el paciente determinado. En realidad el cálculo de la superficie correspondiente a la palma de la mano está sobreestimado, y corresponde efectivamente a un 0,75% de la superficie corporal; una dificultad adicional del cálculo del área de la superficie corporal estriba en la problemática de calcular el porcentaje afectado cuando hay áreas de piel indemne entre placas pequeñas o *guttata*, o bien cuando hay zonas de alteraciones pigmentarias residuales, que no corresponden a áreas afectadas propiamente dichas.

I.5.- Comorbilidades

De forma progresiva a lo largo de los últimos años, se están identificando numerosas enfermedades o condiciones que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes psoriásicos. Por este motivo, el concepto de enfermedad psoriásica se ha modificado de forma radical, dejando de considerarse una enfermedad exclusivamente cutánea, a considerarse una enfermedad sistémica con asociación a múltiples comorbilidades(23),(24),(25).

Durante años, sólo se aceptó artropatía psoriásica como complicación o asociación con psoriasis cutánea, sin embargo, en la actualidad debido a un mayor y mejor conocimiento de las bases patogénicas de la psoriasis, se conoce ampliamente su asociación con otras enfermedades, como es enfermedad cardiovascular en relación a todos sus factores de riesgo como *diabetes mellitus*, dislipemia, hipertensión arterial, obesidad y el síndrome metabólico(24),(26).

Como método didáctico ,se han clasificado las comorbilidades en base a su origen, en comorbilidades físicas y comorbilidades psíquicas(27).

I.5.1- Comorbilidades físicas

I.5.1.1.- Artropatía psoriásica:

Artritis psoriásica (APso) se define como la artritis inflamatoria asociada a la psoriasis y se clasifica dentro de las espondiloartropatías seronegativas asociadas a HLA-B27(28).

Se estima que alrededor del 30% de pacientes con psoriasis pueden desarrollar afectación articular a lo largo de la enfermedad. Por tanto, si la psoriasis aparece en el 1-3% de la población y el 30% de estos individuos tienen APso, la APso tiene una prevalencia en la población general del 0,3-1%, similar a la de la Artritis Reumatoide (AR).

APso afecta en la misma proporción a hombres y mujeres, con un promedio de edad de aparición de 36-40 años y se caracteriza clínicamente por la afectación tanto de las articulaciones periféricas como del esqueleto axial.

Los síntomas iniciales constan de artralgias inflamatorias y/o artritis asimétrica de grandes y pequeñas articulaciones, asociada o no a raquialgia inflamatoria, con rigidez matutina en las localizaciones afectas.

La descripción clásica de APso incluye 5 tipos de patrones clínicos:

1. Patrón oligoarticular: habitualmente las primeras articulaciones en afectarse son las de los dedos de manos y pies en forma de artritis, que puede acompañarse de inflamación de los tendones flexores y la sinovial dando lugar a los típicos dedos en salchicha (dactilitis).

2. Poliartritis simétrica: ha pasado a considerarse el tipo de patrón articular más frecuente. Afecta manos, muñecas, caderas y pies. Puede distinguirse de la AR por la afectación de articulaciones interfalángicas distales con relativa asimetría, ausencia de nódulos cutáneos y factor reumatoide (FR) negativo, aunque pueden ser indistinguibles.

3. Patrón de afectación de interfalángicas distales: aunque es el patrón característico de la APso, solo aparece en el 5-10% de los casos, principalmente en los hombres. Suele acompañarse de afectación ungueal.

4. Artritis *mutilans*: Se caracteriza por la presencia de reabsorción ósea en la articulación afecta y desaparición de parte de esta, dando lugar al patrón radiológico de lápiz y copa.

5. Espondilitis con o sin sacroileítis: se produce en el 5% de los pacientes con APso con predominio en hombres. La presencia de espondilitis, sacroileítis o ambas, puede darse simultáneamente con cualquiera de los subgrupos anteriormente mencionados.

Se han propuesto unos criterios diagnósticos por parte del grupo de *Classification of Psoriatic Arthritis* (CASPAR). Tienen una especificidad del 98,7% y sensibilidad del 91,4% para el diagnóstico de APso. Además, su eficacia ha sido probada para ser utilizados tanto en estadios iniciales como avanzados de la enfermedad(29).

Criterios CASPAR: tabla extraída de López Ferrer *et al*(2010) (28).

<p>Enfermedad inflamatoria musculoesquelética establecida (articulación, columna vertebral o entesis) Más 3 o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evidencia de psoriasis:<ol style="list-style-type: none">a. Psoriasis actual[*]b. Historia personal de psoriasis^{**}c. Historia familiar de psoriasis^{**}(a,b o c)2. Distrofia ungueal asociada a psoriasis3. Factor reumatoide negativo4. Dactilitis (actual o antigua)5. Evidencia radiológica de neoformación yuxta-articular
<p>[*]La historia actual de psoriasis en el paciente puntúa 2 mientras el resto de parámetros puntúan 1.</p> <p>^{**}La historia personal y familiar de psoriasis no puntúan si existe psoriasis actual.</p>

La afectación cutánea, generalmente (80% de los casos) se manifiesta antes que la articular, es el dermatólogo a quien habitualmente le compete la atención a estos pacientes, por lo que debe conocer y manejar de manera inicial los síntomas articulares, con el fin de proporcionar a sus pacientes el máximo beneficio terapéutico y la oportunidad de una derivación precoz al reumatólogo para una evaluación y tratamiento especializados. Por otra parte, la presencia de afectación articular constituye un criterio determinante del tratamiento sistémico, con independencia de la extensión o gravedad de las manifestaciones cutáneas en un momento determinado, por lo que el conocimiento clínico de la APso permite al dermatólogo ofrecer el mejor tratamiento disponible para cada paciente(28),(30).

En la actualidad en muchos centros hospitalarios, siguiendo las recomendaciones de la *European League Against Rheumatism* (EULAR) de 2012 donde se aconseja un abordaje multidisciplinar(31), se han proyectado consultas monográficas dirigidas por dermatólogos y reumatólogos con intención de aumentar la colaboración entre los principales especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos, estando hoy en funcionamiento. Esta colaboración está obteniendo unos resultados positivos, mejorando el manejo de los pacientes que presentan problemas diagnósticos y/o de control de la enfermedad, además de aumentar el diagnóstico precoz de la artritis, permitiendo pautar un tratamiento adecuado a tiempo(32).

I.5.1.2.- Obesidad:

Definimos obesidad como una enfermedad crónica, caracterizada por un exceso de peso debido a un aumento de los depósitos de energía en el cuerpo que se almacenan en forma de masa grasa corporal. El diagnóstico de obesidad se establece por la medición del índice de masa corporal (IMC) que se define como el peso en kilogramos dividido por altura en metros al cuadrado. La Organización Mundial de la Salud(OMS) propuso clasificar a la población adulta según puntos de corte del IMC(33), que definió las siguientes categorías:

- 18,5 y 24,9 kg/m² es diagnóstico de normopeso
- 25 y 29,9 kg/m² es diagnóstico de sobrepeso
- 30 kg/m² es diagnóstico de obesidad
- >40 kg/ m² es diagnóstico de obesidad mórbida

En España se ha observado un incremento tanto de la obesidad como del sobrepeso en los últimos años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística(INE) publicados en Marzo de 2013 en relación a la encuesta nacional de salud de años 2011-2012, de cada 100 adultos de 18 y más años, 17 padecen obesidad y 37 presentan sobrepeso(34)

Recientemente, se ha demostrado que el tejido adiposo no es solo un reservorio pasivo de energía, sino que, por el contrario, se trata de un auténtico órgano endocrino y metabólico de gran actividad. También se sabe que la obesidad constituye en sí misma un proceso de inflamación crónica de bajo grado, donde uno de los principales protagonistas desde el punto de vista celular es el macrófago del tejido adiposo(35).

Además, hoy en día parece existir suficiente evidencia científica para afirmar que la inflamación inherente a la obesidad participa de forma activa en el desarrollo de los fenómenos fisiopatológicos responsables del síndrome metabólico, la morbilidad cardiovascular, por ello algunos parámetros de inflamación crónica se han postulado como marcadores de riesgo cardiovascular, siendo la elevación de los niveles séricos de la proteína C reactiva(PCR), la IL-6, el TNF- y la leptina, la disminución de los niveles de adiponectina e IL-10, los que representan una mayor correlación con las alteraciones que constituyen el síndrome metabólico, incluida la obesidad(35).

En los últimos años se ha establecido un vínculo firme entre psoriasis y obesidad que ha coincidido con la consideración de ambas dolencias como procesos inflamatorios crónicos y con importantes repercusiones en la salud del individuo, en gran medida a través del incremento del riesgo cardiovascular y de los elementos del síndrome metabólico. Aunque existe todavía mucha controversia al respecto, las evidencias apuntan hacia una relación bidireccional. De este modo, diversos estudios epidemiológicos han permitido concluir que la obesidad es un factor de riesgo independiente, que conlleva un alto riesgo de presentar psoriasis y que le confiere un mal pronóstico a esta dermatosis a largo plazo, mientras que, según las conclusiones de otros trabajos, la obesidad podría ser una consecuencia de la psoriasis(33).

La asociación entre la obesidad y la psoriasis ha sido objeto de varias revisiones y es un tema de creciente interés. La primera referencia se describió en un estudio sueco, que incluyó a 159.200 individuos seguidos durante un período de 10 años(36). Otro estudio incluyó a 16.851 pacientes con psoriasis, en el que además se constató que los pacientes psoriásicos menores de 35 años eran más propensos a presentar obesidad que los mayores de 65 años en comparación con los controles sanos(37). En conjunto, estos

estudios han sugerido que existe una correlación positiva entre el peso corporal, la prevalencia y la gravedad de la psoriasis(38),(33).

Pero, a pesar de toda la evidencia epidemiológica disponible no existen suficientes datos para responder qué es primero si la psoriasis o la obesidad.

Por un lado, existen autores(39), que defienden que los factores relacionados con psoriasis que podrían conducir a la obesidad, serían el aislamiento social progresivo, la adquisición de malos hábitos alimenticios, la depresión, el aumento del consumo de alcohol y la disminución de la actividad física. Ellos recogieron, en un estudio de casos controles una mayor ingesta de grasas totales, grasas saturadas y alcohol en los casos que los controles, objetivándose además una menor actividad física en la población psoriásica, pero por otro lado, se baraja la hipótesis que la obesidad, como estado inflamatorio crónico de bajo grado predispondría a padecer psoriasis. La presencia y persistencia de un estado inflamatorio crónico en la obesidad que conlleva a un desbalance de adipocinas y citocinas podrían ser la clave de ésta asociación, ya que hoy en día se sabe que en este estado inherente de inflamación que sucede en la obesidad existe una superproducción de citoquinas inflamatorias tales como TNF α , IL-1, IL-6, IL-8, que a su vez son citoquinas implicadas de forma directa o indirecta en los procesos fisiopatológicos responsables de la psoriasis(35).

En definitiva y aunque existe todavía mucha controversia al respecto, las evidencias apuntan que la relación obesidad-psoriasis es bidireccional. (35)

I.5.1.3.- Enfermedad cardiovascular (ECV):

Actualmente se ha estimado que la psoriasis es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad arterial coronaria e infarto agudo de miocardio. En este sentido, se ha comprobado que los pacientes con psoriasis moderada y/o grave tienen un mayor riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular que la población general(40).

Desde hace años se ha relacionado psoriasis con riesgo cardiovascular; sin embargo, se atribuía a otros factores, como la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol en los pacientes con psoriasis(41).

Aunque algunos estudios son contradictorios, se ha demostrado que la psoriasis aumenta el riesgo relativo de infarto de miocardio, sobre todo en pacientes más jóvenes y

con psoriasis más graves y podría ser un factor independiente de riesgo cardiovascular(42).

De modo similar, la psoriasis es un factor de riesgo de accidentes cerebrovasculares y se asocia con una mayor prevalencia de calcificación arterial coronaria, que predispone a la aterosclerosis(43),(26). Además, la psoriasis se asocia con un mayor riesgo de mortalidad por diversas causas y especialmente por eventos cardiovasculares.

I.5.1.4.-Hipertensión arterial:

Es ampliamente aceptado que la hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo cardiovascular, así como de otras enfermedades que conllevan también un incremento pronunciado del riesgo cardiovascular.

Aunque no en todos los estudios se encuentra asociación entre hipertensión y psoriasis y en muchos de ellos existen factores de confusión, los pacientes con psoriasis parecen presentar mayor prevalencia de hipertensión que la población general(44).

I.5.1.5.- Dislipemia:

Dislipemia (DLP) es una alteración genética o adquirida de la síntesis o degradación de las lipoproteínas que conduce a un aumento del colesterol plasmático total (CT), de los triglicéridos (TG) o de ambos a la vez, que suele corresponder a un aumento del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), a un incremento del colesterol unido a lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y/o a una disminución del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL). El aumento de CT o cLDL y el descenso de cHDL se consideran factores de riesgo cardiovascular modificables y causales: modificables, porque es posible intervenir sanitariamente sobre ellos, y causales, porque hay abundante evidencia sobre su papel en la aterogénesis.

La prevalencia de dislipemia, aumenta con la edad hasta alcanzar un máximo en la sexta década en los varones y la séptima en las mujeres, existiendo una relación directa entre la prevalencia de DLP y el aumento del IMC.

Existen varios estudios acerca de la asociación entre la dislipemia y la psoriasis con resultados un tanto dispares posiblemente debidos por un lado a las diferencias de las

distintas poblaciones estudiadas y la no homogeneidad en cuanto a los criterios diagnósticos de dislipemia(25).

Por este motivo, las prevalencias de DLP varían entre el 6,4 y el 50,9% en psoriasis (sin especificar gravedad); entre el 5,2 y el 29,9% en psoriasis leve, y entre el 6,0 y el 29,9% en pacientes con psoriasis grave.

Además, el tratamiento de la dislipemia podría conllevar efectos beneficiosos para la psoriasis, teniendo en cuenta los mecanismos de enfermedad de la psoriasis, es biológicamente posible que las estatinas tuvieran un efecto positivo, a través de su efecto antiinflamatorio inmunomodulador, ya que inhiben la producción de citocinas inflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa(TNF-*alfa*), interleuquina 17(IL-17) y también inhiben la activación y la migración de las células Thelper-1(Th1) (45).

1.5.1.6.- Diabetes mellitus:

Diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico caracterizado por la existencia de hiperglucemia producida por un defecto en la secreción y/o la acción de la insulina. La hiperglucemia crónica se asocia a largo plazo con daño, disfunción y fallo de diversos órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Hoy sabemos que una gran parte de las complicaciones asociadas a la DM se pueden prevenir. Para ello es imprescindible el diagnóstico temprano de la enfermedad, un estricto control sobre los valores de glucemia y una alta implicación del paciente(46).

Se ha sugerido la relación entre la psoriasis y la diabetes basándose en un mecanismo patogénico mediado por Th-1 compartido por ambas entidades y que promueve, por un lado la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico y por otro lado, la cascada de citoquinas inflamatorias responsables en parte de la aparición de la psoriasis. Sería, la situación de inflamación crónica que existe en la psoriasis, con activación de las células Th-1 y Th-17 en la piel y con una producción de citoquinas tales como el TNF, proteína C-reactiva (PCR), y la interleuquina (IL) -6 entre otras la que estaría implicada en el proceso patogénico común (47).

Un estudio reciente llevado a cabo en población danesa (10) concluye que los pacientes con psoriasis tienen un riesgo aumentado de aparición de DM en comparación con la población general. Estas tasas de incidencia fueron más altas en las personas con psoriasis grave.

Del mismo modo que ocurre con la dislipemia, la intervención farmacológica de la DM, podría tener efectos beneficiosos sobre la psoriasis. Aunque escasos y siendo necesarios más estudios al respecto, ya se han comunicado casos de pacientes tratados con tiazolidinedionas (pioglitazona) en los que ha mejorado la psoriasis(48).

I.5.1.7.- Síndrome metabólico:

Síndrome metabólico(SM) se define clínicamente por los criterios del *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* considerándose de gran importancia la obesidad abdominal (OA), de modo que es un dato muy evocador para el diagnóstico, ya que se diagnostica cuando esta se encuentra presente, más dos de los otros criterios. En la tabla siguiente se recogen los criterios clínicos del Síndrome metabólico (106).

Tabla 1: Criterios clínicos de Síndrome metabólico: Fuente Moreno-Giménez *et al* (2010) (22).

Obesidad abdominal (medida como perímetro de la cintura)	> 102 cm en hombres	> 88 cm en mujeres
Triglicéridos	≥ 150 mg/dl	
Colesterol HDL	< 40 mg/dl en hombres	< 50 mg/dl en mujeres
Tensión arterial	≥ 130/≥ 85 mmHg	
Glucemia en ayunas	≥ 110 mg/dl*	
*≥ 100 mg/dl según el nuevo límite de la <i>American Diabetes Association</i> . HDL: lipoproteínas de alta densidad.		

Su valor radica en que es un marcador de mayor riesgo cardiovascular que sus componentes por separado.

I.5.1.8.- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal:

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) agrupa una serie de enfermedades que se caracterizan por inflamación crónica del tubo digestivo. Las dos más comunes son la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de *Crohn* (EC). Aunque la patogenia de la EII no se comprende completamente, se sabe que hay factores genéticos y ambientales, como la modificación de las bacterias luminales y el aumento de la permeabilidad intestinal, que desempeñan un papel importante en la mala regulación de la inmunidad intestinal, lo que lleva a lesión gastrointestinal. Análisis genéticos han descubierto factores de riesgo compartidos por la psoriasis y la EII.

Existen diferentes estudios epidemiológicos sobre las enfermedades inflamatorias del intestino (EII) y psoriasis pero no es hasta la década de los 90 cuando los estudios ponen atención a los aspectos genéticos e inmunológicos de ambas entidades(49). Las correlaciones genéticas más importantes implican el *loci* cromosómico 6p22, 16q, 1p31, 5q33. Este fondo, representa el sustrato inmunológico común para determinados procesos implicados en la psoriasis y la EII.

Actualmente el papel de nuevas citoquinas y T poblaciones células, como la IL-17A, IL-22, y las células Th22, podrían desempeñar un papel patogénico importante en la psoriasis y la EII(50). Ambas entidades comparten moléculas dentro del arsenal terapéutico disponible lo que continúa apoyando la hipótesis de una patogénesis común.

I.5.1.9.- Hábitos tóxicos:

I.5.1.9.1: Hábito tabáquico

El consumo de tabaco es un factor de riesgo de hipertensión, enfermedad vascular periférica, ictus e infarto de miocardio. Además, se ha relacionado con numerosos procesos dermatológicos, como retraso en la cicatrización de heridas, hidrosadenitis supurativa, envejecimiento y patología tumoral, entre otros(51),(52).

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva con una prevalencia elevada en todo el mundo. El consumo de tabaco se asocia a numerosas enfermedades, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura evitable en los países desarrollados. Aunque el mecanismo exacto por el cual el tabaco favorece la aparición de psoriasis no se conoce, parece estar relacionado con la existencia de sustancias oxidantes en el humo del tabaco, como monóxido de carbono y especies reactivas de oxígeno así como con la producción de citocinas proinflamatorias implicadas en la patogenia de la psoriasis (TNF- α , IL-2, IL-6, IL-8 e interferón *gamma*(IFN- γ)(53).

La psoriasis parece asociarse con un mayor consumo de tabaco y alcohol, lo que contribuye al aumento de la prevalencia de síndrome metabólico e incrementa el riesgo de mortalidad(54).

Además, los fumadores tienen un mayor riesgo de desarrollar psoriasis y la intensidad y la duración del hábito tabáquico se asocian con la duración y cronicidad de la psoriasis(38).

I.5.1.9.2.- Habito enólico:

Conocemos que el consumo de alcohol se asocia con importantes problemas de salud, tanto físicos como mentales, así como con problemas sociales y personales.

La asociación entre el consumo de alcohol y la psoriasis se ha discutido con frecuencia desde la década de los 80(55)(56).

Algunos estudios han observado, que la prevalencia de psoriasis es mayor en pacientes con consumo excesivo de alcohol, relacionándose el alcohol con el desarrollo de la psoriasis y mayor gravedad de la misma(55). Sin embargo, no está claro si el consumo de alcohol actúa como un factor patogénico o si el hecho de padecer psoriasis conduce a algunos pacientes a aumentar el consumo de alcohol, perpetuando así la enfermedad. Aunque los resultados son contradictorios, numerosos estudios han sugerido una correlación significativa entre el abuso de alcohol y el desarrollo de psoriasis, especialmente en varones(57).

En cuanto al papel fisiopatogénico que pueda desempeñar el alcohol en la gravedad de la psoriasis, es bien conocido su efecto depresor del sistema inmunitario y la mayor predisposición a las infecciones de los pacientes alcohólicos. Teniendo en cuenta que las infecciones, especialmente por estreptococos, actúan empeorando las lesiones de psoriasis, uno de los efectos nocivos del alcohol en la psoriasis podría estar mediado por su aumento de la susceptibilidad a las infecciones. Por otra parte, el alcohol produce vasodilatación y aumento de la permeabilidad vascular, y también favorece la migración y la infiltración de la dermis por granulocitos. Además, la exposición crónica al alcohol aumenta el contenido de ácido araquidónico e inhibe la adenilciclasa, y por tanto reduce el adenosinmonofosfato cíclico. Todas estas consecuencias fisiopatológicas del alcohol pueden favorecer lesiones habituales de las placas de psoriasis (hiperplasia de queratinocitos, infiltrado de granulocitos e hiperplasia y expansión anormal de los vasos sanguíneos de la dermis).

I.5.1.10.- Otros:

Se ha sugerido que la psoriasis se ha asociado a un mayor riesgo de padecer linfoma en relación a su fisiopatología, sus tratamientos o una combinación de ambos factores.

Se revisaron 153.197 psoriásicos y encontraron que 7,9/100.000 de éstos pacientes acababan por desarrollar linfoma, cifras escasamente superiores a las esperadas, posiblemente el uso de terapias inmunodepresoras (metotrexato, ciclosporina o biológicos) puedan a largo plazo determinar esta complicación(58).

I.5.2.- Comorbilidades psíquicas

La psoriasis, además de afectar al bienestar físico, puede afectar a todas las facetas de la calidad de vida (trabajo, familia, relaciones sexuales, bienestar emocional, etc.) con profundas implicaciones psicosociales, por lo que el impacto que la psoriasis produce en el bienestar mental es comparable al de otras enfermedades crónicas como cáncer y DM(59).

En una revisión sistemática sobre la comorbilidad psiquiátrica en psoriasis se encontró que la psoriasis puede tener un efecto adverso en la imagen que el paciente tiene de sí mismo, su autoestima y estabilidad emocional. La comorbilidad psicosocial experimentada por los pacientes no siempre es proporcional o viene determinada por la gravedad de la psoriasis, y los pacientes califican el impacto psicosocial de la psoriasis como uno de los peores aspectos de la enfermedad(60).

La existencia de comorbilidades psiquiátricas se ha relacionado con una peor respuesta al tratamiento y, a la inversa, la mejoría de la gravedad de la psoriasis disminuiría la frecuencia de las alteraciones psiquiátricas(61),(62).

Frecuentemente, la visibilidad de las lesiones psoriásicas provoca el rechazo social y una sensación de estigmatización en los pacientes, por lo que el efecto en la calidad de vida es muy variable, dependiendo de la edad de aparición y la visibilidad de las lesiones(63). Se ha demostrado que la estigmatización se correlaciona significativamente con el distrés psicológico y el grado de depresión(1)(27).

Se intenta encontrar nexo de unión fisiopatológico para estos trastornos y la psoriasis, encontrando en estudios animales y humanos que los niveles elevados y mantenidos de determinadas citoquinas inflamatorias, especialmente la IL-1 y el TNF- α están asociados a la depresión(64)(65). Pero por otro lado, el padecimiento de una enfermedad crónica

como la psoriasis, la visibilidad de las lesiones y muchos otros factores asociados hacen que la sintomatología psiquiátrica parece sea más frecuente en estos pacientes, por tanto volvemos de nuevo, como ocurre en las comorbilidades físicas a plantear que la asociación y la relación sea bidireccional, partiendo de un estado fisiopatogénico común se retroalimentaría de manera positiva, haciendo posible el mantenimiento de estas asociaciones(66).

1.5.2.1.- Depresión y ansiedad:

Estudios casos y controles han encontrado asociación significativa entre depresión y ansiedad y la psoriasis(67)(67). La prevalencia de depresión encontrada en estos estudios varía ampliamente entre el 9 y el 62%(60),(68). Cada vez existe mayor evidencia de que algunas alteraciones psiquiátricas en la psoriasis, como la depresión, pueden estar relacionadas, en parte, con la inflamación crónica de la psoriasis y la presencia de citocinas proinflamatorias que interaccionarían en el cerebro con vías fisiopatológicas implicadas en la depresión.

La depresión afecta a muchos pacientes con psoriasis. Un estudio de 100 pacientes con psoriasis encontraron que el 51% se identificó con la declaración: "Me siento totalmente a solas con mi psoriasis", 47% dijo que "cuando mi piel ha estado mal, hay momentos en los que siento que no vale la pena vivir" (69).

Estudios observacionales, han puesto de manifiesto que los pacientes psoriásicos tienen un aumento de dos veces en el uso de antidepresivos(70).

Debido a la escasez de estudios sobre depresión en la población dermatológica en España, los datos referidos se basan fundamentalmente en estudios previos realizados sobre la depresión en la población general y en pacientes con patología dermatológica. Con respecto a la influencia del sexo en la aparición de depresión, los estudios revisados señalan que el sexo femenino tiene hasta dos veces más la probabilidad, respecto al sexo masculino, de padecer este tipo de trastorno (71),(66),(72).

El suicidio representa alrededor de 1.000.000 muertes en el mundo cada año y es una de las principales causas de muerte en los adultos jóvenes. Se ha identificado un mayor riesgo de suicidio en varias enfermedades de la piel entre las cuales, se encuentra la psoriasis. Este mayor riesgo se ha visto en aquellos pacientes en los que la condición de la piel se asociaba con malestar emocional clínicamente significativo, cambios en la imagen corporal, dificultades en las relaciones cercanas, y deterioro actividades diarias.(73) Una imagen corporal negativa, puede conllevar insatisfacción, sentimientos

de exclusión social y la estigmatización, sentimientos que se han asociado con un mayor riesgo de suicidio en los pacientes dermatológicos(74),(69).

Un estudio reciente, sobre la contribución de los trastornos psicológicos a la carga de la enfermedad de la piel cifra la ideación suicida en un 12,7% de todos los pacientes Para los diagnósticos individuales, sólo los pacientes con psoriasis tuvieron asociación significativa con la ideación suicida(61)

Existen estudios intervencionistas que ponen de manifiesto que las intervenciones psicológicas y medicamentos antidepresivos (administración de escitalopram) pueden mejorar gravedad de los síntomas percibidos, calidad de vida y mayor cumplimiento del tratamiento en pacientes seleccionados (sufrimiento de la psoriasis y la perturbación de ánimo), sin ser necesariamente un médico capaz de ver un impacto sobre la psoriasis severidad(75).

1.5.2.2.- Rasgos de personalidad:

La personalidad pudiera estar implicada tanto como factor de riesgo para padecer la enfermedad y /o factor de riesgo de padecer otras comorbilidades psíquicas asociadas así como en las estrategias de afrontamiento que el enfermo con psoriasis desarrolle para hacer frente a la enfermedad crónica.

Son pocas las publicaciones que se centran en el estudio de rasgos de personalidad en pacientes con psoriasis, sin embargo, estos rasgos pueden ser un factor importante a la hora de la evaluación de un paciente con psoriasis, pero podría ser lógico pensar que por las características de la enfermedad y su historia natural , los pacientes con psoriasis tengan un temperamento y un carácter distinto en comparación con la población no psoriásica como ya apuntan algunos autores que han escrito a este respecto(76)(77)(76).

En el 60% de los casos de psoriasis, el inicio de la enfermedad es antes de los 30 años, y en el 14% antes de los 10 años; por tanto, la cronicidad, la necesidad de constante atención médica desde edades tempranas de la vida y la apariencia física alterada serán un factor que pueda influir en el desarrollo psicosocial en algunos pacientes(78). Muchos investigadores han intentado delinear alguna personalidad específica característica de la psoriasis y, aunque la mayoría han llegado a la conclusión que los pacientes con psoriasis no presentan una personalidad característica, algunos han reportado altos niveles de agresión hacia el exterior, tendencia a la depresión, ansiedad y obsesión, posiblemente relacionadas con una alteración en la imagen corporal(79).

El mecanismo patogénico por el cual estas comorbilidades psíquicas pudieran ser más frecuentes en los pacientes con psoriasis no está aun completamente esclarecido. Para muchos autores, todas estas entidades podrían tener un nexo patogénico común favorecido por el estado proinflamatorio crónico y mantenido que se da en la psoriasis liberando citoquinas con efectos sistémicos que promoverían su asociación, pero otros autores plantean la posibilidad, que estas comorbilidades son causa de la acumulación de hábitos tóxicos y estilos de vida poco saludables en estos pacientes(1)(80).

1.6.- Tratamientos

El manejo terapéutico de la psoriasis implica habitualmente, la aplicación de tratamientos tópicos solos o asociados a tratamientos sistémicos, en función de la gravedad de la misma.

Existen evidencias que la adherencia a los tratamientos representa probablemente un factor fundamental a la hora de valorar la eficacia de los mismos.

Muchos pacientes de larga evolución, perciben los tratamientos tópicos como ineficaces en relación al tiempo empleado en ellos y los tratamientos sistémicos como potencialmente peligrosos y en muchos casos con resultados que los pacientes consideran no óptimos(81).

Podemos pensar, que este factor terapéutico, podría ser un factor que afectara a la calidad de vida del paciente.

En términos generales, las posibilidades terapéuticas existentes para la psoriasis se centra en cuatro pilares: tratamiento tópico fototerapia tratamientos sistémicos convencionales y, más recientemente, tratamientos biológicos.

1.6.1.- Tratamiento tópico

El tratamiento tópico constituye un pilar básico del tratamiento de la psoriasis leve y un papel adicional, no por ello despreciable, en aquellos pacientes con psoriasis moderada grave en tratamiento sistémico, ya que se ha visto en algún estudio que su asociación provoca una mayor rapidez en el blanqueamiento de las lesiones o incluso la posibilidad de reducir las dosis de las terapias sistémicas(82).

El tratamiento tópico requiere una participación activa y una motivación adicional por parte del paciente.

La variedad de tratamientos tópicos existentes refleja las dificultades a la hora de encontrar un excipiente idóneo para asegurar la adherencia del paciente al tratamiento y la satisfacción con el mismo. Esto obliga al médico a considerar además de la eficacia del producto, las características cosméticas del mismo(83).

I.6.1.1.- Corticoides tópicos:

Tienen un efecto antiinflamatorio, antiproliferativo e inmunosupresor. Suelen constituir la primera línea de tratamiento. Para maximizar la eficacia y seguridad de estos agentes, se han de valorar distintos aspectos, como son la naturaleza y extensión de la psoriasis, localización, edad del paciente, vehículo utilizado, frecuencia y duración de la aplicación.

En general, los corticoides tópicos utilizados son aquellos de mediana y alta potencia.

Los efectos adversos derivados del uso prolongado de los corticoides tópicos son, la atrofia cutánea es el efecto secundario más frecuente, esto es debido, al efecto antiproliferativo directo sobre los fibroblastos. Además, por el efecto de absorción sistémica también podemos tener efectos sistémicos como es el Síndrome de Cushing iatrógeno y la supresión del eje hipotálamo hipófisis.

En general, para evitar el desarrollo de estos efectos secundarios, las guías terapéuticas recomiendan que la terapia corticoidea tópica se restrinja a las formas clínicas de afectación de < del 10% del área corporal.

I.6.1.2.- Análogos de la vitamina D:

Los análogos de la vitamina D aprobados para el uso en psoriasis son: el calcipotriol, calcitriol y tacalcitol. Actúan a través de receptores de la vitamina D presente en los queratinocitos epidérmicos y linfocitos para corregir la hiperproliferación epidérmica, queratinización anómala, y la angiogénesis, además de tener una acción de inducción de la apoptosis.

La mayoría de los efectos de los análogos de la vitamina D protegen contra la atrofia cutánea inducida por la terapia corticoidea. El efecto adverso local más frecuente de los análogos de la vitamina D, es la irritación, siendo más frecuente en zonas de menor grosor cutáneo.

Actualmente conocemos la eficacia de la combinación terapéutica en un solo producto de análogos de la vitamina D y corticoides tópicos, debido entre otras razones a una acción complementarias entre ambos activos. Además, la suma de los dos componentes parece mejorar la tolerabilidad de manera que cada principio activo, parece neutralizar los efectos adversos del otro agente(84).

I.6.1.3.- Retinoides tópicos:

El tazaroteno, fue el primer retinoide aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de la psoriasis en placas. Se trata de un profármaco de la vitamina A que rápidamente hidroliza hacia su forma activa, el ácido tazaroténico. Tiene acción antiproliferativa, normaliza la diferenciación de los queratinocitos y aporta además cierta acción antiinflamatoria. El principal efecto adverso, es la irritación local, por lo que en la práctica diaria se suele utilizar en terapia combinada, generalmente con un corticoide tópico, mejorando de esta forma, las tasas de eficacia global y disminuyendo la incidencia de efectos adversos.

I.6.1.4.- Antralinas:

El ditranol, es una sustancia natural que se encuentra en la corteza del árbol subamericano araroba. Se emplea desde hace más de 100 años por el efecto local antiproliferativo en los queratinocitos epidérmicos y su acción antiinflamatoria. Su principal inconveniente es la capacidad de irritar y manchar la piel.

I.6.1.5.- Inhibidores de la calcineurina:

El tacrólimus y pimecrolimus actúan bloqueando selectivamente los linfocitos T y la producción de citocinas, sin alterar la síntesis de colágeno y sin producir atrofia cutánea. Debido a su peso molecular, no ha mostrado eficacia en la psoriasis en placas, pero sí parecen tener buenos resultados en la psoriasis facial e intertriginosas como demuestran algunos estudios(85).

I.6.2.- Tratamientos sistémicos

Bajo el concepto de tratamientos sistémicos se incluyen todos aquellos tratamientos cuya administración no es exclusivamente tópica y cuya acción suele ser generalizada.

Como medidas consensuadas, se acepta que un PASI superior a 10, o una superficie cutánea afecta superior al 10% sirven para calificar la enfermedad como moderada severa. Pero, en ocasiones, la percepción de la enfermedad por parte del paciente, no es proporcional a la extensión de su psoriasis, por lo que la percepción subjetiva por parte

del paciente y el efecto que eso provoque en su calidad de vida, es un factor importante a tener en cuenta a la hora de la definición de la gravedad(21).

El propósito del tratamiento, es minimizar la extensión, la gravedad de la enfermedad, hasta tal punto que no altere sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.

I.6.2.1.- Tratamiento sistémicos clásicos:

I.6.2.1.1.-Metotrexato (MTX):

El MTX interfiere en la vía metabólica del ácido fólico inhibiendo la dihidrofolato reductasa, de este modo interfiere en múltiples reacciones intracelulares dependientes de ácido fólico, entre ellas la síntesis de ácido desoxitimidílico, indispensable para la síntesis de ácido desoxiribonucleico (DNA). Su eficacia en la psoriasis parece no solo depender de la inhibición de la proliferación de los queratinocitos, sino también de la reducción de la quimiotaxis de los monocitos, así como de la liberación de mediadores inflamatorios por parte de los neutrófilos entre otros. Por tanto tiene una triple acción: antiinflamatoria, antiproliferativa e inmunosupresora.

Aunque hoy en día, la eficacia del MTX en la psoriasis está fuera de duda, casi el 30% de los pacientes podrán presentar algún tipo de efecto adverso durante el tratamiento. Estas reacciones dependerán en gran medida de las concentraciones intracelulares alcanzadas y el tiempo que se mantiene. La mayoría de las reacciones adversas a dosis bajas semanales son leves (gastrointestinales y mucocutáneas) y las graves más relevantes serán las hematológicas, pulmonares y especialmente la hepatotoxicidad.

Por todo ello, por lo que hay que ser escrupuloso a la hora de la selección de los pacientes y en la adoptar medidas que disminuyan la toxicidad(86).

I.6.2.1.2.-Retinoides: Acitretina (ACI).

La ACI actúa modulando la proliferación de los queratinocitos epidérmicos. Los retinoides ejercen en los tejidos hiperproliferativos, como la placa de psoriasis, una acción antiproliferativa, mientras que en los tejidos sanos inducen la proliferación. En la lesión de psoriasis esto se traduce en una disminución del grosor, de la descamación y del eritema de la placa. Sin embargo, algunos trabajos atribuyen a los retinoides un papel en la modulación de la respuesta linfocitaria T, la inhibición de la quimiotaxis y la activación

de los leucocitos polimorfonucleares. La ACI no se considera un fármaco citotóxico ni inmunosupresor, a diferencia de los demás medicamentos sistémicos usados para el tratamiento de la psoriasis(87).

Todos los retinoides son teratogénicos y están clasificados como categoría X en la clasificación de riesgo fetal de la FDA.

La mayor parte de los efectos secundarios de la ACI son dosis-dependiente y, por lo general, son bien tolerados a las dosis recomendadas. Las reacciones adversas (clínicas y analíticas) se asocian con menor frecuencia a las dosis bajas (25 mg/d) que a las altas (50 mg/d). Sin embargo, la dosis tóxica de ACI está muy próxima a la dosis terapéutica, y por esta razón la mayoría de los pacientes experimentan algunos efectos secundarios durante el período inicial, mientras se está ajustando la dosis. Dichos efectos normalmente son reversibles en cuanto se reduce la dosis o se interrumpe el tratamiento, si bien pueden provocar el abandono del tratamiento.

Los efectos más frecuentes son los mucocutáneos: queilitis, xerosis, y prurito que llegan a presentarse en el 75% de los pacientes. Un porcentaje no despreciable de pacientes pueden desarrollar hipercolesterolemia, con disminución de las lipoproteínas de alta densidad.

En general, La ACI es un fármaco seguro si se realiza una correcta indicación, selección del paciente, ajuste de dosis, control periódico y se evitan los potenciales riesgos de toxicidad, en especial, el embarazo en mujeres.

1.6.2.1.3.-Ciclosporina:

Su mecanismo de acción se basa en un efecto inmunosupresor sobre los linfocitos T. La ciclosporina fue aprobada para su uso en psoriasis a principios de los años 90. Por su alta eficacia y rápido inicio de acción, está especialmente indicada en las formas graves y agudas. Sus potenciales efectos secundarios a largo plazo, obligan a usarlo en periodos cortos de tiempo.

Los efectos adversos suelen ser leves y reversibles. Entre los efectos secundarios más graves y frecuentes se encuentran la nefrotoxicidad y la hipertensión arterial, sobre todo en relación con dosis elevadas y mantenidas. Otros efectos secundarios incluyen hipertensión arterial, inmunosupresión (aumento del riesgo de infecciones, carcinomas cutáneos y linfomas), hipertrichosis, alteraciones bioquímicas, disfunción hepática e hipercolesterolemia.

I.6.2.1.4.-Fototerapia:

La fototerapia con ultravioleta, al igual que la fotoquimioterapia (en la que se combina un agente fotosensibilizante bien tópico o sistémico) constituye un pilar fundamental en el tratamiento de la psoriasis. Los rayos UV ejercen su efecto inmunosupresor local a través de la actuación sobre las células de Langerhans e indirecto en numerosas citocinas y moléculas de adhesión, comportando un cambio en el fenotipo Th1 a Th2. Otros efectos de la luz, es la acción antiproliferativa epidérmica y de la angiogénesis (88).

Los efectos adversos dependen del tipo de radiación utilizada y de la administración concomitante de psoralenos o acitretino. De modo general, comprenden fototoxicidad, prurito, fotoenvejecimiento, mayor riesgo de carcinogénesis cutánea y riesgo de cataratas(89).

I.6.2.2.- Tratamiento sistémico biológico:

En los últimos años cada vez se emplean con mayor frecuencia los denominados tratamientos biológicos, obtenidos mediante tecnología recombinante de ADN, que bloquean de manera más específica etapas importantes en la patogenia de la psoriasis.

La utilización de fármacos biológicos en el tratamiento de la psoriasis moderada –grave ha supuesto una mejora en el arsenal terapéutico disponible, permitiendo conseguir una mejoría rápida y mantenida, con un perfil favorable de eficacia(87). Estos tratamientos están indicados en pacientes con psoriasis moderada-grave, en los que han fracasado o bien existe contraindicación o intolerancia a los tratamientos sistémicos convencionales(90).

Según la *European Medicines Agency (EMA)*, los fármacos biológicos están indicados en el tratamiento de la psoriasis en placas moderada grave (PASI>10 o BSA >10) o *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*>10, en los pacientes que no han respondido, o que tienen contraindicación, o que presentan intolerancia a otra terapia sistémica convencional, incluyendo ciclosporina, metotrexato y fototerapia.

En la actualidad existen cuatro fármacos biológicos aprobados en España para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave que pertenecen a dos categorías:

- Los inhibidores del TNF *alfa* (infliximab, etanercept y adalimumab).
- Los inhibidores de la IL12/IL23 (ustekinumab).

En términos generales los agentes biológicos, tienen como dianas terapéuticas mediadores inmunológicos específicos implicados en la compleja cascada patogénica de la psoriasis, estos mediadores inmunológicos son bloqueados por estos fármacos, bloqueando el proceso inflamatorio de la producción de psoriasis, sin embargo hay que tener en cuenta, que este bloqueo inmunológico puede inducir un riesgo aumentado de infecciones en los pacientes.

Por lo que un punto importante a la hora de su prescripción, es la selección adecuada de los pacientes mediante una adecuada y exhaustiva historia clínica y la realización de una batería de exploraciones previas a sentar la indicación, como son, el despistaje de patología infecciosa no conocida y/ o latente, procesos neoplásicos activos, cardiopatías, procesos desmielinizantes, con el intención de detectar posibles situaciones que contraindiquen el inicio del tratamiento así como la presencia de otras comorbilidades que pudieran modificar la eficacia del tratamiento.

Hoy en día, no existe ningún fármaco biológico que deba de considerarse de primera elección en el tratamiento de la psoriasis ni se puede hacer una escala terapéutica con los diferentes fármacos biológicos, sino que la elección del fármaco dependerá de factores como, el coste, la seguridad a corto y largo plazo, la rapidez de acción y el efecto sobre las comorbilidades asociadas y de las variables que dependen de cada paciente tales como edad, sexo, comorbilidades asociadas y el estilo de vida entre otras.

I.7.- Calidad de vida en los pacientes con psoriasis

En el año 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el estado de salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(91). Hace ya varias décadas que los médicos entendemos que la evaluación de "la salud" no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicas.

En un intento de dar respuesta a estas valoraciones más amplias de la medición de salud surgió, a mediados de los años setenta, el término "calidad de vida" (CV). Se entendió como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

La CV puede comprenderse, siguiendo su posterior definición por la OMS (1994), como "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia CV (es decir, que refleja la opinión del individuo sobre los distintos aspectos de su CV).

La Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es una variable de gran relevancia en la medicina actual, de especial interés en aquellas patologías crónicas, entre ellas la psoriasis.

Muy poco se sabía acerca del impacto que la psoriasis provocaba en la calidad de la vida de los pacientes hasta que en 1999 se publicó un artículo en la revista *Journal of the American Academy of Dermatology* donde se comparó por primera vez el impacto de la psoriasis en la calidad de vida del individuo con otras patologías crónicas y mostraban que el impacto que la psoriasis provocaba en la calidad de vida era comparable a la *diabetes mellitus* y a los procesos oncológicos(59).

Hasta ese momento, a pesar de la necesidad de dicha información, muy pocos estudios comparativos habían al respecto.

Un estudio de 32 pacientes publicado en el año 1990 sugería que los pacientes con psoriasis sufrían menor discapacidad que los pacientes con insuficiencia cardíaca pero tenían al menos el mismo nivel de la discapacidad que los pacientes con angina o hipertensión(61).

Ese mismo año, se publicó un estudio algo más elaborado de adultos con "dermatitis o erupciones en la piel", en el cual, se indicaba que la enfermedad de la piel tenía un impacto tanto en el bienestar mental como en la salud física del individuo(92).

Uno de los mayores estudios llevado a cabo en esos años, estudió la CVRS en 644 adultos con psoriasis leve moderada. Se midió la CVRS por medio de la Encuesta de Salud *Short Form* Cuestionario (SF-36) y en contraste con los anteriores estudios, concluyeron que la psoriasis provocaba poco o ningún negativo impacto sobre la CVRS en comparación con la población general de los EE.UU(93). Este estudio tuvo muchas críticas debido a defectos en la forma.

Por todo lo anteriormente expuesto a finales de la década de los 90, se llevó a cabo un estudio más elaborado acerca de este tema(59) y concluyeron que el impacto de la

psoriasis en la CVRS existía, y se evidenciaba tanto en las medidas específicas de la enfermedad, como en las medidas genéricas de CVRS. El impacto negativo implicaba a diferentes ámbitos, el físico, la dimensión psicológica y social y podía ser mayor que la creada por una enfermedad mortal. Ellos concluyeron que el tratamiento eficaz de la psoriasis debería de prestar atención a las características múltiples de la enfermedad, entre ellas la CVRS. Ésta conclusión, fue el punto de partida para que en las últimas décadas, en la literatura médica, cobrara importancia la medición de la calidad de vida en la psoriasis, paradigma cutáneo de “enfermedad de evolución crónica caracterizada por exacerbaciones y remisiones”.

No cabe duda que la psoriasis es una enfermedad multifactorial que va más allá de los síntomas físicos, pudiendo comprometer el bienestar psicoemocional de los pacientes. Su impacto físico y psicológico, afecta a todos los ámbitos de la vida del paciente, incluyendo tanto las áreas íntimas de la persona como son el bienestar emocional, las relaciones personales, la sexualidad y el ocio como las de relación con el exterior como son el área laboral, familiar, social y económica(1).

HIPÓTESIS

II.-HIPOTESIS DE TRABAJO

La psoriasis es una enfermedad sistémica crónica que conlleva exacerbaciones y remisiones a lo largo de la vida del paciente. Sólo se conocía la artropatía psoriásica como otra entidad nosológica asociada a la psoriasis cutánea. Sin embargo, en la actualidad se conoce ampliamente otras enfermedades relacionadas, patologías orgánicas, como es la enfermedad cardiovascular englobando en ella a todos sus factores de riesgo, así como patologías de la esfera psíquica que con frecuencia se manifiestan en estos pacientes.

Estas patologías asociadas, ha cambiado de forma importante el abordaje que el dermatólogo debe hacer del paciente con psoriasis, llevando a cabo una visión integral desde el punto de vista orgánico del paciente, con la intención de obtener un diagnóstico temprano de las posibles comorbilidades, para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Este cambio conceptual puede influir en la calidad de vida del paciente y así predecir algún “fenotipo de paciente” quizás más predispuesto a tener una merma en su calidad de vida, pudiendo identificar factores de riesgo disponiendo de herramientas para su identificación, permitiría preverlos y actuar sobre ellos de una forma más directa y activa.

Con todo este mejor conocimiento médico –paciente, se podrían evitar estrategias negativas de afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente evitando de esta forma conductas inadecuadas con el fin de conseguir un mayor bienestar.

Por todo lo anterior nos propusimos los siguientes objetivos:

OBJETIVOS:

- 1.-Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis comparados con grupo control sano.
- 2.- Estudiar la asociación entre la psoriasis, la morbilidad física y la morbilidad psíquica comparados con grupo control sano.
- 3.- Tratar de identificar factores de riesgo en la merma de calidad de vida dentro del grupo de los pacientes con psoriasis.

MATERIAL Y METODO

III.-MATERIAL Y MÉTODO

Tras la aprobación por el Comité de Ética del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia iniciamos el presente estudio (código 65/13). Documento de aprobación en Anexos (documento D).

III.1.- Ámbito y periodo de estudio

Se realizó un estudio observacional con recogida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis del Departamento de Salud del Hospital Universitario Doctor Peset de la ciudad de Valencia que abarca una población de 371.000 personas.

El diagnóstico de psoriasis fue realizado por un especialista de Dermatología.

Base de datos: Historia clínica informatizada *ORION CLINIC*: utilizándose para la identificación de pacientes y para la revisión de la historia clínica previa.

El periodo de recogida de datos fue de Junio 2013 a Junio de 2014.

III.2.-Diseño del estudio

Estudio de casos controles 1:1 apareadas por edad +/- 5 y por sexo (mujer y varón).La metodología de recogida de los controles mediante un muestreo al azar.

III.3.-Tamaño de muestra

Se incluyó 113 pacientes con diagnóstico de psoriasis en el grupo de referencia y 113 personas sanas en grupo control, totalizando 226 unidades en el estudio.

La base de datos fue la Historia clínica informatizada del Departamento de Salud del Peset (pacientes vistos por el Servicio de Dermatología tanto en el ámbito del Centro de especialidades, como en consultas externas del hospital).

El grupo control fueron individuos sanos que aceptaron participar. Se realizó para ellos, una tabla de emparejamiento según edad y sexo.

Se realizó una entrevista personal y una valoración dermatológica tanto para pacientes con psoriasis como para el grupo control.

III.4.- Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión para ambas muestras adoptamos los siguientes:

III.4.1.-Criterios de inclusión de casos:

Se definió caso como el individuo que cumplieran los requisitos:

- Pacientes diagnosticados de psoriasis por dermatólogo.
- Edad $> 0 = 18$ años.
- Pacientes colaboradores con capacidad de responder a los cuestionarios.
- Firma de consentimiento informado.

III.4.2.-Criterios de inclusión de controles:

Se definió control como el individuo que cumplieran los requisitos:

- Personas sanas, sin patología médica grave crónica.
- Personas sin antecedentes personales ni familiares de psoriasis.
- Edad $> 0 = 18$ años.
- Personas sanas colaboradoras con capacidad de responder a los cuestionarios.
- Firma de consentimiento informado.

III.5.-Criterios de exclusión

Como criterios de exclusión para ambas muestras adoptamos los siguientes.

III.5.1.-Criterios de exclusión de los casos:

- Pacientes con patología psiquiátrica grave.
- Pacientes con patología orgánica crónica grave.

- Edad inferior a 18 años.
- Pacientes incapaces de rellenar cuestionarios.
- Pacientes que no firmaran consentimiento informado.

III.5.2.-Criterios de exclusión de controles:

- Personas con patología psiquiátrica grave.
- Personas con patología orgánica crónica grave.
- Individuos con psoriasis en alguna etapa de su vida o con antecedentes familiares de psoriasis.
- Edad inferior a 18 años.
- Personas incapaces de rellenar cuestionarios.
- Personas que no firmaran consentimiento informado.

Estos criterios se adoptaron con intención de evitar aquellas patologías crónicas y graves ya diagnosticadas previamente al inicio del estudio que pudieran ser un sesgo de interpretación de los resultados. Como patología orgánica grave se consideró patología oncológica en tratamiento o que hubieran llevado tratamientos en los últimos cinco años.

Como patología psiquiátrica grave se consideró: trastornos esquizofrénicos y otros trastornos psicóticos y trastorno bipolar diagnosticado antes del inicio del estudio en tratamiento y seguimiento por psiquiatra.

III.6.-Descripción de las variables del estudio

En la primera visita se le realizó al paciente una encuesta personal y exploración cutánea completa. Los datos recogidos de la historia clínica y la entrevista personalizada y exploración cutánea se recogían en un documento (anexo J).

Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron informados correctamente y debían firmar consentimiento informado previo a la inclusión en el mismo (anexos A, B y C).

Las variables recogidas fueron las siguientes:

1.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- **Edad:** Se recogió la fecha de nacimiento con agrupación en los siguientes rangos de edad:
 - <30 años
 - 30-45 años
 - 46-59 años
 - > 60 años
- **Sexo:**
 - Hombre
 - Mujer
- **Estado civil:**
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Divorciado/a
 - Viudo/a
- **Nivel de estudios:** Se recogió los siguientes niveles de estudios:
 - Primarios
 - Secundarios
 - Universitarios
- **Ocupación:**
 - Inactivos: incluimos a estudiantes, amas de casa y jubiladas
 - Activos
 - Parados

2.- DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

- **Peso:** medido en kilogramos
- **Talla:** medido en centímetros
- **Índice de masa corporal:** se calculó dividiendo el peso en kg entre la talla en metros al cuadrado. Su valor varía en función de la edad, el sexo y de la proporción de tejido adiposo y muscular. Se utiliza para medir el estado nutricional, y de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Bajo peso (<18,5)
- Peso normal (18,5-24,9)
- Sobrepeso (25-29,9)
- Obesidad (30-39,9)
- Obesidad mórbida (>40)

3.- HABITOS TÓXICOS:

➤ **Tabaquismo:**

- Fumador: se considera fumador, aquel individuo que declaró fumar a diario independientemente de la cantidad de cigarrillos.
- Ex fumador: se consideraron ex fumadores aquellos que habían abandonado el hábito tabáquico al menos 1 año antes del estudio(94).
- No fumador

➤ **Alcoholismo:**

- Leve: 17 U/semana para hombres y 11 U/semana para mujeres.
- Moderado 17 y 28 U/semana en los hombres y entre 11 y 17 U/semana en mujeres.
- Severo. Igual mayor a 28 U/semana para los hombres y 17 U/semana para las mujeres.

El cálculo del alcohol consumido se hizo empleando la cuantificación en unidades (unidad de bebida estándar [UBE]; 1 UBE = U =10 gramos de alcohol puro(95).

➤ **Otras drogas:** se preguntaba por el consumo de otras drogas diferentes al tabaco y alcohol.

- Si
- No

4.- ASOCIACIONES CON COMORBILIDADES FÍSICAS :

- Artropatía psoriásica.
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Dislipemia

- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- Otras

Se consideraba si / no en función de si llevaban tratamiento específico para las comorbilidades descritas. Estos datos, se extrajeron de la Historia Clínica informatizada programa *ORION CLINIC* donde se recoge tanto la Atención Hospitalaria como las visitas ambulatorias a las distintas especialidades incluyendo Atención Primaria.

Se ha hecho un corte a la hora de cuantificar el número de comorbilidades para valorar el efecto que tiene la presencia de “dos o más comorbilidades” en el paciente con psoriasis. Se han hecho dos subgrupos en función de tener dos o más comorbilidades asociado, basándonos en algún estudio de la bibliografía revisada, donde ven que la presencia de al menos dos comorbilidades podría ser un factor relacionado con la merma de la calidad de vida(96).

5.- HISTORIA NATURAL DE LA PSORIASIS: datos recogidos sólo a los casos.

- **Año de diagnóstico:** se calculaba “los años de evolución”: año de diagnóstico- año actual.
 - Menos de 5 años
 - Entre 5-10 años
 - Más de 10 años
- **Antecedentes familiares de psoriasis:**
 - Si: de primer o segundo orden
 - No
 - Desconoce
- **Tratamientos recibidos:**
 - Tópicos
 - Sistémicos convencionales
 - Sistémicos biológicos
 - Tratamiento combinado: tópico + sistémico

Hemos realizado una estratificación del número de tratamientos sistémicos. Hemos cuantificado el número de tratamientos sistémicos que a lo largo de la historia natural de su enfermedad han recibido. Se han hecho las siguientes subescalas: <de 2 tratamientos sistémicos a lo largo de los años, entre 2-4 tratamientos sistémico y > de 4 tratamientos sistémicos.

Los tratamientos recibidos previos al inicio del estudio se recogieron de forma retrospectiva tras la revisión de la historia.

El motivo de estas subescalas, ha sido poder identificar de forma indirecta la gravedad de la psoriasis, asumiendo por el método utilizado, que a mayor cantidad de tratamientos sistémicos recibidos a lo largo de su vida mayor ha sido la gravedad de la psoriasis.

➤ **Localización de la psoriasis.**

- Áreas visibles
- Áreas no visibles

▪ La localización de la psoriasis se identificaba mediante la inspección cutánea completa en la consulta.

▪ En aquellos pacientes que por estar en esos momentos en tratamiento no presentaban lesiones, se recurría a la historia clínica y a la entrevista con el paciente para identificar las áreas de afectación predominante.

➤ **Gravedad de la psoriasis:**

- Leve: aquellos cuadros que están en tratamiento tópico y no hayan recibido tras la revisión de su historia clínica tratamientos sistémico.
- Moderada -grave: hemos agrupado conjuntamente a ambas intensidades porque en ambas está indicado la introducción de tratamiento sistémico. Hemos considerado intensidades moderadas-

graves aquellas psoriasis que estaban en tratamiento sistémico activo y aquellas que tras la revisión de la historia clínica hubieran recibido en alguna ocasión tratamiento sistémico. Hemos considerado que la indicación por parte del Dermatólogo experto se hizo según las indicaciones recomendadas de PASI > 10, BSA > 10 o DLQI>10(97).

El diseño del estudio, no nos permitía identificar el PASI o BSA como datos a evaluar en el momento de la entrevista, ya que parte de la muestra estaba recibiendo tratamiento, con lo que no hubiera sido una medición acorde a la realidad de la psoriasis.

6-. DATOS DE LA ESFERA PSÍQUICA:

Todos los cuestionarios se entregaban tanto a los casos como a los controles personalmente, se les explicaba verbalmente además de por escrito al inicio de los test el método de realizarlos.

Además se les daba la posibilidad de rellenarlos en el hospital, donde se les facilitaba una habitación sin personal, ni pacientes que pudieran interrumpirles dentro del Servicio de Dermatología para su cumplimentación o bien se les daba la posibilidad de rellenarlos en casa, recomendándoles que se hiciera en condiciones de privacidad evitando de esta manera interferencias externas.

Los cuestionarios se adjuntan en el apartado de Anexos (documentos E, F, G, H, I).

6a.- Cuestionario Inventario de depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck (IDB) es uno de los cuestionarios autoadministrados más ampliamente utilizados en la práctica clínica, con un elevado grado de validez y unas características psicométricas adecuadas(98).

Consta de 21 ítems con 4 posibles respuestas no excluyentes que se puntúan en una escala de 0 a 3(0= bajo y 3= elevado). La puntuación final va desde 0 a 63 con los siguientes niveles:

Tabla 1: Niveles de puntuación para IDB

- **1-10: Estos altibajos son considerados normales.**
- **11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.**
- **17-20: Estados de depresión intermitentes.**
- **21-30: Depresión moderada.**
- **31-40: Depresión grave.**
- **+ 40: Depresión extrema.**

En la parte de análisis estadístico de casos y controles se ha tomado el nivel de corte mínimo a 5, ya que el número de controles sanos que obtenían una puntuación > 10 era 1. Este nivel se extrajo de considerar como puntuación mínima el percentil de la muestra de controles, que fue 5, y esto lo consideramos “presencia muy incipiente” de sintomatología depresiva. De esta forma, podríamos captar el efecto que tiene sobre el riesgo de merma de calidad de vida

6b.- Cuestionario Inventario de ansiedad de Beck

El inventario de ansiedad de Beck (IAB) se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión(99).

Se le pide al sujeto que está siendo evaluado, que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo). Se asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. La puntuación final va desde 0 a 63 con los siguientes niveles:

Tabla 2: Niveles de puntuación para IAB

- **0-7: nivel mínimo.**
- **8-15: nivel leve**
- **16-25: nivel moderado.**
- **26-63: nivel alto.**

Los datos de estos cuestionarios, se interpretaron como presencia positiva de sintomatología ansiosa o depresiva en función a las puntuaciones obtenidas en los test (el diagnóstico cierto debería que ser confirmado por entrevista clínica).

6c.-Cuestionario Salamanca para trastornos de personalidad

Se trata de un cuestionario para el *screening* de trastornos de personalidad. Fue validado en 2007 y se correlacionó con el *International Personality Disorder Examination (IPDE)*, considerándose un adecuado test de cribado, con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 76,3%, Además, es un cuestionario auto aplicado, de corta duración (< 10 minutos) y fácil interpretación.

Es un cuestionario que: a) sigue los criterios internacionales de diagnóstico mencionados en el *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (DSM-IV) y en la clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10), b) es sencilla e implica un tiempo breve de ejecución y c) presenta sensibilidad y especificidad adecuadas.

Este Cuestionario, de Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa y M.A Esperanza Gómez Gazol, de 2004, es una herramienta de detección de 11 trastornos de la personalidad a través de 22 ítems(100). Según la nomenclatura del DSM-IV trastornos (TR): paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista y dependiente; y según la nomenclatura de la CIE-10: trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, anancástico y ansioso. Cada trastorno es evaluado por medio de dos preguntas con cuatro posibilidades de respuesta (falso: 0 puntos; verdadero a veces: 1 punto; verdadero con frecuencia: 2 puntos; verdadero siempre: 3 puntos).

Los rasgos de personalidad se obtienen de las puntuaciones del test Salamanca. Hay tres agrupaciones de rasgos, A, B y C, cuyos puntos se obtienen por suma de los de unas preguntas determinadas para cada grupo. Con el fin de establecer un umbral para el que la presencia de un rasgo pueda considerarse “excesiva”, se utiliza el percentil 75 de las puntuaciones obtenidas por los controles (considerados el homónimo sano de los pacientes o casos). Para el grupo A, se considera rasgo marcado si excede de 4 puntos, y de 6 puntos para los rasgos B y C.

Ha sido utilizado en otros estudios de patologías crónicas, por ejemplo, en el estudio de la presencia de rasgos de personalidad en personas con migraña y su relación de migraña crónica o abuso de medicación(101).

6d.- Cuestionarios de calidad de vida

Nosotros, hemos utilizado dos cuestionarios de calidad de vida, uno genérico (Ruiz – Baca) y otro específico (DLQI) para las enfermedades cutáneas. Como apuntan ya algunos artículos, los pacientes con psoriasis tienen afectada su CVRS con independencia del cuestionario que se utilice para medirla (132). En una revisión de los cuestionarios de calidad de vida para la investigación en psoriasis, se observó que la aplicación de cuestionario un genérico con uno específico para enfermedades dermatológicas cubriría todos los aspecto implicados en la calidad de vida (81).

Del mismo modo, otros autores también proponen la utilización conjunta de un calidad genérico de instrumento de vida proporciona información que complementaria a la procedente de cuestionarios dermatológicas, pudiendo dar una mayor comprensión en la evaluación de la carga de la psoriasis. Esta misma recomendación ya se recogía en la literatura dermatológica unos años antes (81).

Cuestionario genérico de calidad de vida: CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA RUIZ –BACA

Este cuestionario se administró tanto a casos como a controles y ha sido el objeto de comparación de la calidad de vida entre los casos y los controles.

Consta de 35 ítems + 4 si el sujeto tiene pareja

Las esferas de estudio que contempla el cuestionario, quedan agrupadas en las siguientes preguntas:

I. Apoyo Social (AS): escala definida por nueve ítems para personas sin pareja (20-28) y cuatro más para las personas con pareja (36-39). Los contenidos específicos de estos ítems hacen referencia al tipo de relaciones que se establecen con la familia y los amigos, así como, al nivel de soporte social recibido.

II. Satisfacción General (SG): escala definida por trece ítems (1, 2, 4, 11, 17-19, 30-35) cuyos contenidos tienen que ver con el grado global de satisfacción percibido desde aspectos relacionados con el interés ante la vida, el trabajo, las actividades desempeñadas, el dinero y la propia forma de ser. Su puntuación final se encontrará entre 13 y 65 puntos.

III. Bienestar Físico/Psíquico escala definida por siete ítems (9-16) que centran sus contenidos en la satisfacción con el propio estado de salud y con el nivel auto percibido de salud, energía, sueño, inquietud y angustia. La puntuación que se obtiene de esta escala va a oscilar entre 7 y 35 puntos

IV. Distensión laboral/tiempo libre escala definida por seis ítems (3, 5-8 y 29) que hacen referencia en sus contenidos al grado de actividades placenteras y al tiempo del que el sujeto dispone para el ocio y descanso así como a la relación existente entre estos aspectos y el trabajo o actividad desempeñada habitualmente por el individuo. Su puntuación oscilará entre 6 y 30 puntos.

Este Cuestionario fue creado en el año 1991 por Ruiz MA. y Baca E. como instrumento de evaluación para la tesis doctoral del primero de estos autores "Calidad de Vida". Universidad Autónoma de Madrid, 1993. Consta de 35 ítems más otros cuatro a contestar sólo por los sujetos con pareja(102). Dichos ítems proponen al que responde el cuestionario una serie de afirmaciones respecto a su vida diaria que éste debe calificar de 1 a 5 puntos, equivalentes 1 a nada, 2 a poco, 3 a algo, 4 a bastante y 5 a mucho. Proporciona así una serie de variables que a la hora de corregirse son agrupadas para definir estas cuatro diferentes escalas: I. Apoyo Social (AS): escala definida por nueve ítems para personas sin pareja (20,-28) y cuatro más para las personas con pareja (36-39).

Los contenidos específicos de estos ítems hacen referencia al tipo de relaciones que se establecen con la familia y los amigos así como al nivel de soporte social recibido. La puntuación total de esta escala oscilará entre 9 y 45 puntos para las personas sin pareja y entre 13 y 65 puntos para los sujetos con ella.

Con la suma de las puntuaciones obtenidas en estas cuatro escalas se obtiene un quinto valor que representa la puntuación total alcanzada en el cuestionario o calidad de Vida

global. Su puntuación se encontrará entre 35 y 175 puntos para las personas sin pareja y entre 39 y 195 puntos para aquellas que sí la tengan.

Tanto para este valor como para el de las cuatro escalas mencionadas, mayor puntuación supone mejor situación del sujeto ante los aspectos de su vida que se valoran.

El test Ruíz-Baca muestra un espectro más amplio de la calidad. Para la agrupación de las puntuaciones del test se ha partido del umbral indicado en su metodología, que establece que la puntuación normal debe alcanzar 130 puntos para los individuos sin pareja y 146 con pareja. Esta puntuación se obtiene si el individuo contesta la opción 4 (“Bastante”) en las preguntas que suman puntuación y la opción 3 (“Algo”) en aquellas que restan.

Si se extrapola este razonamiento para cada uno de los cuatro apartados en los que se divide el test (apoyo social, satisfacción general, bienestar físico -psíquico y distensión laboral - tiempo libre), pueden establecerse los siguientes umbrales:

Tabla 3: umbrales de puntuación para Ruiz-Baca

	Deteriorada	Normal
Total		
Sin Pareja	35-129	130-175
Con Pareja	39-145	146-195
Apoyo Social		
Sin Pareja	9-34	36-45
Con Pareja	13-50	52-65
Satisfacción General	13-51	52-65
Bienestar Fí/Psí.	7-24	25-35
Distensión Lab-TiempoL	6-20	21-30

Cuestionario específico de calidad de vida: DLQI

Este cuestionario fue contestado sólo por los casos, y fue la fuente junto con el anterior para el estudio de la calidad de vida sólo en la población psoriásica.

En la literatura revisada, son diversos los cuestionarios de CVRS tradicionalmente utilizados en pacientes con psoriasis: *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*, *Skindex 29*, *Psoriasis Disability Index (PDI)*, *Impact psoriasis questionnaire (IPSO)*, *12-Item Psoriasis Quality of Life Questionnaire (PQoL-12)*, etc...

El más utilizado es el DLQI que es un cuestionario de calidad de vida específico para pacientes con enfermedades dermatológicas, aunque algunos autores sugieren que tiene limitaciones, ya que tiene una menor sensibilidad para detectar los resultados de los cambios clínicos (79).

A pesar de las limitaciones comentadas, es un cuestionario específico de dermatología, ampliamente utilizado en ensayos clínicos, adaptado y validado en español, para medir el impacto de las enfermedades cutáneas en la calidad de vida del paciente.

Consiste en 10 preguntas que abarcan 6 dominios de la vida del paciente, durante la semana previa:

- Síntomas y sentimientos (preguntas 1,2)
- Actividades diarias (preguntas 3,4)
- Tiempo libre (preguntas 5,6)
- Trabajo o estudios (pregunta 7)
- Relaciones personales (pregunta 8,9)
- Tratamiento de la psoriasis (pregunta 10).

Las puntuaciones de cada pregunta varían de 0 (no afectado) a 3 (muy afectado) y el resultado final de 0 hasta 30, donde las puntuaciones mayores significan mayor alteración de la calidad de vida.

Tabla 4: Niveles de puntuación para DLQI

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Puntuación 0-1: No efecto.• Puntuación 2-5: Poco efecto.• Puntuación 6-10: Moderado.• Puntuación 11-20: Mucho.• Puntuación 21-30: Gran efecto. |
|--|

III.7.-Metodología

Inicialmente, se realizó un estudio descriptivo para determinar si había diferencias estadísticamente significativas entre los promedios y porcentajes de los casos (psoriásicos) y los controles (no psoriásicos) para cada grupo de factores que se recogieron. A continuación, se analizaron los factores para identificar posibles

asociaciones entre ellos que estuvieran en relación con una mayor merma de calidad de vida, depresión y ansiedad. Este análisis de factores de riesgo, se realizó tanto para el total de la muestra (casos-contrroles) como para los pacientes con psoriasis (sólo casos) Finalmente, en una tercera etapa, se realizó un análisis adicional para determinar el peso específico de la psoriasis en la calidad de vida, depresión y ansiedad para el total de la muestra. Este análisis ha sido realizado por otros autores(103)

El paquete estadístico utilizado para el análisis ha sido R, en concreto se han utilizado las librerías “*epicalc*”, “*MASS*” “*gmodels*” y “*reshape*” además de la librería básicas “*base*” y “*stats*”.

➤ DESCRIPTIVO:

A lo largo del análisis se han utilizado distintas técnicas descriptivas y de inferencia estadística. Las primeras resultan en tablas de frecuencia (recuentos y porcentaje) y en medidas de dispersión (media y varianza para las variables continuas normalmente distribuidas y mediana y percentiles para las que no mostraban distribución normal) de las distintas variables analizadas, las segundas en estimaciones de riesgo ajustado en cada caso.

➤ ANALITICO UNI/ MULTIVARIANTE:

Sobre las medidas descriptivas se han aplicado distintos contrastes con el fin de detectar diferencias significativamente estadísticas entre grupos comparados.

- Para el contraste de normalidad se ha utilizado el test de *Shapiro-Wilks*.
- Para el contraste de homogeneidad de varianzas entre grupos se ha utilizado el test de *Bartlett*.
- Para el contraste de igualdad de medias se ha utilizado el test basado en el estadístico *T de Student* y para el contraste de igualdad de medianas se ha utilizado Prueba de los rangos de *Wilcoxon*.
- Para el contraste de asociación entre variables cualitativas se ha utilizado es el *test Chi-cuadrado de Pearson* o la prueba exacta de *Fisher*.
- Para el análisis factorial se ha utilizado técnicas de análisis de varianza o ANOVA desarrollados por *Fisher*.

Con las variables descritas se han aplicado técnicas de inferencia estadística para estimar el riesgo de depresión, ansiedad y deterioro en la calidad de vida, utilizando modelos de regresión logística (*logit*). Su descripción y aplicación concreta en el ámbito de las ciencias de la salud es ampliamente aceptado como puede constatarse en diversas publicaciones.

Las técnicas de análisis en el contexto de casos y controles se han aplicado como en otros trabajos de la literatura(104).

Para el ajuste de los modelos de regresión logística, *logit*, se han tomado en consideración las estrategias para en análisis en dos fases(104).

III.8 Aspectos ético-legales

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la Comunidad Valenciana (Código de protocolo 63/13).Anexos (documento D).

Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todos los pacientes, empleando un modelo también aprobado por el mencionado CEIC, y se garantizó la confidencialidad de la información según la Ley de protección de datos 15/1999.

En todos los procedimientos de este estudio se han seguido las normas generales del Hospital Universitario Doctor Peset y las específicas del Servicio de Dermatología del mismo.

RESULTADOS

IV. RESULTADOS

IV.1- Descripción de la muestra de casos-contróles

IV.1.1-Tablas de las características sociodemográficas de pacientes con psoriasis y controles

1.-Variables de emparejamiento de casos y controles

Sexo			
Hombre	99 (44.2)	56 (49.1)	43 (39.1)
Mujer	125 (55.8)	58 (50.9)	67 (60.9)
Edad			
Años	48.3 ±13.7	48.8 ± 13.5	47.8 ± 14.0
Agrupación			
<30 años	26 (11.6)	12 (10.5)	14 (12.7)
30-45 años	63 (28.1)	33 (28.9)	30 (27.3)
46-59 años	79 (35.3)	39 (34.2)	40 (36.4)
≥60 años	56 (25.0)	30 (26.3)	26 (23.6)

VARIABLES CONTINUAS SE EXPRESAN EN MEDIA ± DESVIACIÓN ESTÁNDAR; VARIABLES CUANTITATIVAS SE EXPRESAN EN NÚMERO (PORCENTAJE).

2.-Características sociodemográficas de casos/ controles

	TOTAL	CASO	CONTROL
Nivel Estudios	N = 223	n = 113	n = 110
Primarios	42 (18.8)	38 (33.6)	4 (3.6)
Secundarios	69 (30.9)	41 (36.3)	28 (25.5)
Superiores	112 (50.3)	34 (30.1)	78 (70.9)
Ocupación	N = 221	n = 111	n = 110
Inactiva/o	38 (17.2)	25 (22.5)	13 (11.8)
Ocupada/o	154 (69.7)	69 (62.2)	85 (77.3)
Parada/o	29 (13.1)	17 (15.3)	12 (10.9)
Ocupación			
Estado Civil	N = 221	n = 111	n = 110
Casada/o	130 (58.8)	64 (57.7)	66 (60.0)
Soltera/o	64 (29.0)	29 (26.1)	35 (31.8)
Viuda/o	10 (4.5)	8 (7.2)	2 (1.8)
Divorciada/o	17 (7.7)	10 (9.0)	7 (6.4)

VARIABLES CUANTITATIVAS EXPRESADAS EN NÚMERO (PORCENTAJE)

- Características sociodemográfica de la población a estudio:

Como se observa en las tablas hay 114 pacientes con psoriasis y 110 controles sanos. De los 114 casos el 49,1% han sido hombres(n=56) y un 50,9% han sido mujeres(n=58) con una edad media de 48,8± 13.5 años. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles en relación a sexo, edad y estado civil.

Se identifica un menor nivel de estudios en los pacientes con psoriasis que en la población sana tomada como control, el 33,6% de los pacientes con psoriasis tienen un nivel de estudios primarios frente al 3,6% de los controles. Los estudios universitarios son más frecuentes en la población control.

Existe un mayor número de inactivos (amas de casa, estudiantes y jubilados) en los pacientes con psoriasis que en la población control. El número de parados en los pacientes con psoriasis es 17(15,3%) frente a 12 (10,9%) de los controles.

IV.1.2-Tablas de los datos antropométricos de pacientes con psoriasis y controles

1.-Datos antropométricos de casos y controles estratificados por sexos

	TOTAL N = 212		CASO n = 102		CONTROL n = 110		OR (95% CI) ó p-value ⁽¹⁾
Peso							
Kilogramos	74.2	±16.2	80.1	±18.6	69.5	±13.3	0.001*
Talla							
Centímetros	168.1	±9.1	168.4	±9.6	167.8	±8.7	0.655
IMC**							
Continua	26	±4.7	27.6	±5.1	25.6	±3.9	0.001*
Agrupada ⁽¹⁾							
Bajo Peso	3	(1.4)	-	-	3	(2.7)	-
Normopeso	95	(44.8)	35	(34.3)	60	(54.5)	1 ref
Sobrepeso	74	(34.9)	38	(37.3)	36	(32.7)	1.89 (0.98-3.68)
Obesidad	39	(18.4)	28	(27.5)	11	(10.0)	4.69 (1.99-11.8)
Obes. Mórb.	1	(0.5)	1	(1.0)	-	-	-

**Índice de masa corporal. (1)IMC agrupada: <18.50 Bajo Peso, [18.50-24.99] Normopeso, [25.00-29.99] Sobrepeso, [30.00-39.99] Obesidad y >40.00 Obesidad Mórbida.

Variables continuas se expresan en media ± desviación estándar; variables cuantitativas se expresan en número (porcentaje)

2.-Características antropométricas de casos/ controles

Mujer	TOTAL N = 120	CASO n = 53	CONTROL n = 67	OR (95% CI) ó p-value ⁽¹⁾
Peso				
Kilogramos	66.3 ±11.9	73.1 ±16.5	63.2 ±10.5	0.001*
Talla				
Centímetros	162.5 ±5.9	162.0 ±6.6	162.8 ±5.6	0.520
IMC				
Continua	24.9 ±4.5	26.2 ±4.6	23.9 ±4.2	0.005*
Agrupada				
Bajo Peso	3 (2.5)	- -	3 (4.5)	-
Normopeso	66 (55.0)	24 (45.3)	42 (62.7)	1 ref
Sobrepeso	34 (28.3)	19 (35.8)	15 (22.4)	2.35 (0.95-5.99)
Obesidad	17 (14.2)	10 (18.9)	7 (10.4)	2.65 (0.79-9.34)
Obes. Mórb.	- -	- -	- -	-
Hombre	N = 92	n = 49	n = 43	
Peso				
Kilogramos	84.4 ±15.3	88.8 ±16.9	79.2 ±11.3	0.002*
Talla				
Centímetros	175.2 ±7.2	174.9 ±7.7	175.5 ±6.7	0.712
IMC				
Continua	27.5 ±4.7	29.0 ±5.2	25.7 ±3.1	0.001*
Agrupada				
Bajo Peso	- -	- -	- -	-
Normopeso	29 (31.5)	11 (22.5)	18 (41.9)	1 ref
Sobrepeso	40 (43.5)	19 (38.8)	21 (48.8)	1.47 (0.50-4.41)
Obesidad	22 (23.9)	18 (36.7)	4 (9.3)	7.44 (1.83-38.3)*
Obes. Mórb.	1 (1.1)	1 (2.0)	- -	-

Variables continuas se expresan en media ± desviación estándar; variables cuantitativas se expresan en número (porcentaje). (1) OR (95%CI) indica la Odds Ratio cruda e intervalo de confianza al 95%. * = Significativo al 95%.

- Características de los datos antropométricos de pacientes con psoriasis y controles

El "Peso" es mayor en los pacientes con psoriasis que en los controles (80,1±18,6 Kilogramos frente a 69,47±13,4 Kilogramos) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0.05)

Además, se observa que el riesgo de padecer obesidad (incluyendo obesidad y obesidad mórbida) por parte de los casos es significativamente mayor que en los controles.

Cuando se analiza la muestra estratificada por sexos, se mantiene la superioridad del peso medio de los casos frente a los controles, y el riesgo de padecer obesidad por parte de los casos varones es superior al de sus homónimos controles (OR = 7.44), mientras que esta diferencia no es significativa entre casos y controles mujer.

No observamos ningún caso de infrapeso en los casos de psoriasis, frente a los 3 casos recogidos en la población control.

IV.1.3.-Tabla de hábitos tóxicos de pacientes con psoriasis y controles

1.-Tabla de hábitos tóxicos de pacientes con psoriasis y controles

	TOTAL	CASO	CONTROL	OR (95% CI) ⁽¹⁾
Toda la muestra				
Hábito tabáq.	N = 224	n =114	n =110	
Fuma	61 (27.2)	38 (33.3)	23 (20.9)	2.32 (1.14-4.77)*
No Fuma	94 (42.0)	39 (34.2)	55 (50.0)	1 ref
Ex Fuma	69 (30.8)	37 (32.5)	32 (29.1)	1..63 (0.83-3.20)
Hábito Alcohól.	N = 219	n =113	n =106	
No Bebe	147 (67.1)	80 (70.8)	67 (63.2)	1 ref
Leve	61 (27.9)	24 (21.3)	37 (34.9)	0.54 (0.28-1.04)
Moderado	6 (2.70)	4 (3.50)	2 (1.90)	1.67 (0.23-18.9)
Grave	1 (0.50)	1 (0.90)	- -	-
Ex Bebe	4 (1.80)	4 (3.50)	- -	-
Otras Drogas	N = 224	n =114	n =110	
Sí	4 (2.00)	4 (3.50)	- -	-
No	220 (98.0)	110 (96.5)	110 (100)	-
Mujer				
Hábito tabáq.	N = 125	n =58	n =67	
Fuma	29 (23.2)	19 (32.8)	10 (14.9)	3.54 (1.27-10.4)*
No Fuma	55 (44.0)	19 (32.8)	36 (53.8)	1 ref
Ex Fuma	41 (32.8)	20 (34.4)	21 (31.3)	1.79 (0.73-4.47)
Hábito Alcohól.	N = 121	n =57	n =67	
No Bebe	95 (78.5)	46 (80.7)	49 (76.6)	1 ref
Leve	26 (21.5)	11 (19.3)	15 (23.4)	0.78 (0.29-2.04)
Moderado	- -	-	-	-
Grave	- -	-	-	-
Ex Bebe	- -	-	-	-
Otras Drogas	N = 125	n =58	n =67	
Sí	- -	-	-	-
No	125 (100)	58 (100)	67 (100)	-
Hombre				
Hábito tabáq.	N = 99	n =56	n =43	
Fuma	32 (32.3)	19 (33.9)	13 (30.2)	1.38 (0.49-3.98)
No Fuma	39 (39.4)	20 (35.7)	19 (44.2)	1 ref
Ex Fuma	28 (28.3)	17 (30.4)	11 (25.6)	1.46 (0.49-4.43)
Hábito Alcohól.	N = 98	n =56	n =42	
No Bebe	52 (53.1)	34 (60.8)	18 (42.9)	1 ref
Leve	35 (35.7)	13 (23.2)	22 (52.4)	0.32 (0.12-0.83)*
Moderado	6 (6.10)	4 (7.10)	2 (4.70)	1.06 (0.14-12.7)
Grave	1 (1.00)	1 (1.80)	-	-
Ex Bebe	4 (4.10)	4 (7.10)	-	-
Otras Drogas	N = 99	n =56	n =43	
Sí	4 (4.00)	4 (92.9)	-	-
No	95 (96.0)	52 (7.1)	43 (100)	-

(1) OR (95%CI) indica la Odds Ratio cruda e intervalo de confianza al 95%. * = Significativo al 95%.

- Hábitos tóxicos de pacientes con psoriasis y controles:

Entre los factores relacionados con el estilo de vida, el hábito tabáquico se encuentra en el 33,3% de los casos frente al 20,9% de los controles. Los no fumadores suponen en el grupo de psoriasis el 34,2% del total frente al 50% del grupo control.

Si estratificamos por sexos, se observa un mayor porcentaje de fumadores tanto en casos mujeres como en casos hombres frente a los controles mujeres y hombres (32,8% frente al 14,9% para mujeres y 33,9% frente al 30,2% para los hombres). Hay una diferencia significativa entre las mujeres con psoriasis y sus controles llegando a duplicar el porcentaje de fumadoras en la población psoriasica.

Los casos muestran una proporción de fumadores significativamente mayor que los controles tanto al considerar toda la muestra (OR = 2.32), como al analizar la muestra de mujeres (OR = 3.54).

En cuanto al hábito enólico se evidencia que contestan que “no consumen alcohol” el 70,8% de los casos frente al 67% de los controles que contestan que no consumen. Hacen un consumo “leve” de alcohol el 21,2% de los casos frente al 34,9% de los controles.

En relación a consumo de otras drogas sólo se han obtenido 4 contestaciones afirmativas, todas ellas de los casos, lo que supone un 3,5% del total de los casos siendo todos ellos varones.

IV.1.4.-Tabla de comorbilidades físicas pacientes con psoriasis y controles

	TOTAL N = 224	CASO n =114	CONTROL n =110	OR (95% CI) ⁽¹⁾
Toda la muestra				
Núm. Com. [0-1]	188 (83.9)	87 (76.3)	101 (91.8)	1 ref
≥ 2	36 (16.1)	27 (23.7)	9 (8.2)	3.48 (1.48-8.84)*
HTA (Sin)	179 (79.9)	83 (72.8)	96 (87.3)	1 ref
Con	45 (20.1)	31 (27.2)	14 (12.7)	2.56 (1.22-5.56)*
Dislipemia (Sin)	179 (79.9)	86 (75.4)	93 (84.5)	1 ref
Con	45 (20.1)	28 (24.6)	17 (15.5)	1.78 (0.87-3.72)
ECV (Sin)	220 (98.2)	111 (97.4)	109 (99.1)	-
Con	4 (1.8)	3 (2.6)	1 (0.9)	-
Diabetes M. (Sin)	223 (99.6)	113 (99.1)	110 (100)	-
Con	1 (0.4)	1 (0.9)	-	-
Obesidad⁽²⁾ (Sin)	184 (82.1)	85 (74.6)	99 (90.0)	1 ref
Con	40 (17.9)	29 (25.4)	11 (10.0)	3.07 (1.38-7.21)*
Mujer				
Núm. Com. [0-1]	110 (88.0)	48 (82.8)	62 (92.5)	1 ref
≥ 2	15 (12.0)	10 (17.2)	5 (7.50)	2.58 (0.74-10.2)
HTA (Sin)	102 (81.6)	44 (75.9)	58 (86.6)	1 ref
Con	23 (18.4)	14 (24.1)	9 (13.4)	2.05 (0.74-5.87)
Dislipemia (Sin)	103 (82.4)	48 (82.8)	55 (82.1)	1 ref
Con	22 (17.6)	10 (17.2)	12 (17.9)	0.95 (0.34-2.66)
Obesidad⁽²⁾ (Sin)	108 (86.4)	48 (82.8)	60 (89.6)	1 ref
Con	17 (13.6)	10 (17.2)	7 (10.4)	1.79 (0.56-5.95)
Hombre				
Núm. Com. [0-1]	78 (78.8)	39 (69.6)	39 (90.7)	1 ref
≥ 2	21 (21.2)	17 (30.4)	4 (9.3)	4.25 (1.22-18.7)*
HTA (Sin)	77 (77.8)	39 (69.6)	38 (88.4)	1 ref
Con	22 (22.2)	17 (30.4)	5 (11.6)	3.31 (1.03-12.5)*
Dislipemia (Sin)	76 (76.8)	38 (67.9)	38 (88.4)	1 ref
Con	23 (23.2)	18 (32.1)	5 (11.6)	3.6 (1.12-13.5)*
ECV (Sin)	95 (96.0)	53 (94.6)	42 (97.7)	-
Con	4 (4.0)	3 (5.4)	1 (2.3)	-
Diabetes M. (Sin)	98 (99.0)	55 (98.2)	43 (100)	-
Con	1 (1.0)	1 (1.8)	-	-
Obesidad⁽²⁾ (Sin)	76 (76.8)	37 (66.1)	39 (90.7)	1 ref
Con	23 (23.2)	19 (33.9)	4 (9.30)	5.01 (1.45-21.8)*

(1) OR (95%CI) indica la Odds Ratio cruda e intervalo de confianza al 95%. * = Significativo al 95%. (2) Obesidad: IMC >30.

- Comorbilidades físicas pacientes con psoriasis y controles:**

La presencia de dos o más comorbilidades, es más frecuentes en los casos (23%) que en los controles (8%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (OR 3.48 CI 95% 1,48-8,84; P<0.05).

El 27,2% de los casos eran hipertensos frente al 12,7% de los controles. Existe un riesgo más elevado de tener HTA en los casos que en los controles (OR 2,56).Estratificando por sexos, éstas diferencias se mantiene para los hombres con psoriasis (30,4%) frente a la población de referencia (11,6%).

La dislipemia fue más frecuente en los pacientes con psoriasis con un 24,6% de la muestra de casos frente al 15,5% de los controles no siendo esta diferencia estadísticamente significativa, sin embargo al estratificar por sexos estas diferencias se vuelven significativas en los casos varones psoriásicos frente a los controles varones.

No se encontró ningún caso de EICI, sólo un caso de DM en los casos y tres casos de enfermedad cardiovascular en los pacientes con psoriasis el 2,6% de los casos frente al 0,9% de los controles, todos ellos varones.

La obesidad es más frecuente en los pacientes con psoriasis que en los controles. Los casos muestran un riesgo más elevado de obesidad (OR 3.07 CI 95% 1,38-7.21 $p < 0.05$).

Estas diferencias son más evidentes en los hombres con psoriasis donde se alcanzan porcentajes del 33,3% frente al 9,3% de los controles varones con un riesgo de 5.01 (CI 95% 1,45-21,8 $p < 0.05$).

En el grupo de mujeres psoriásicas, no se observan diferencias estadísticamente significativas independientemente de la comorbilidad considerada. Entre ellas, la comorbilidad más frecuente continua siendo la HTA (24,1%).

IV.1.5.-Tabla de comorbilidades psíquicas de pacientes con psoriasis y controles

1.-Ansiedad y depresión de casos y controles

	TOTAL	CASO	CONTROL	p-value ⁽²⁾
Toda la muestra				
Ansiedad	N = 222	n =111	n =111	
Puntuación	4 (2-9)	6 (3-15)	3 (1-6)	0.001*
Agrupación				
Normal (≤7)	152 (68.8)	57 (51.4)	95 (85.6)	
Leve	38 (16.7)	24 (21.6)	14 (12.6)	
Moderada	20 (9.00)	18 (16.2)	2 (1.80)	
Grave	12 (5.40)	12 (10.8)	-	
Depresión	N = 218	n =109	n =109	
Puntuación	4.5 (2-9)	8 (3-14)	3 (1-5)	0.001*
Agrupación				
Normal (≤11)	178 (81.5)	70 (64.2)	108 (99.1)	-
Leve	22 (10.0)	21 (19.2)	1 (0.90)	
Moderada	4 (1.90)	4 (3.70)	-	
Intensa	9 (4.20)	9 (8.30)	-	
Grave	4 (1.90)	4 (3.70)	-	
Extreme	1 (0.50)	1 (0.90)	-	
Mujer				
Ansiedad	N = 123	n =55	n =68	
Puntuación	5 (2-13)	10 (3-19)	3 (1-7)	0.001*
Agrupación				
Normal (≤7)	77 (63.1)	23 (41.8)	54 (79.4)	-
Leve	24 (19.7)	10 (18.2)	14 (20.6)	
Moderada	13 (9.80)	13 (23.6)	-	
Grave	9 (7.40)	9 (16.4)	-	
Depresión	N = 119	n =54	n =65	
Puntuación	4 (2-10)	10 (5.3-15)	3 (1-5)	0.001*
Agrupación				
Normal (≤11)	94 (79.0)	30 (55.5)	64 (98.5)	-
Leve	14 (11.8)	13 (24.1)	1 (1.50)	
Moderada	3 (2.50)	3 (5.60)	-	
Intensa	6 (5.00)	6 (11.1)	-	
Grave	2 (1.70)	2 (3.70)	-	
Extreme	-	-	-	
Hombre				
Ansiedad	N = 99	n =56	n =43	
Puntuación	4 (1-7)	5 (2-8.3)	3 (0-5)	0.033*
Agrupación				
Normal (≤7)	75 (75.8)	34 (60.7)	41 (95.3)	-
Leve	14 (13.1)	14 (25.0)	-	
Moderada	7 (8.10)	5 (8.9)	2 (4.70)	
Grave	3 (3.00)	3 (5.4)	-	
Depresión	N = 99	n =55	n =44	
Puntuación	5 (2-8)	6 (2.5-11)	3 (1-6)	0.005*
Agrupación				
Normal (≤11)	84 (86.6)	40 (72.7)	44 (100)	-
Leve	8 (6.20)	8 (14.5)	-	
Moderada	1 (1.00)	1 (1.80)	-	
Intensa	3 (3.10)	3 (5.50)	-	
Grave	2 (2.10)	2 (3.60)	-	
Extrema	1 (1.00)	1 (1.80)	-	

(1) Puntuaciones obtenidas con el Test Beck de depresión y ansiedad, respectivamente. Agrupaciones según metodología de los test. (2) El p-valor corresponde al contraste de diferencia de medianas (Test de Wilcoxon). * = Significativo al 95%.

- Niveles de depresión y ansiedad de pacientes con psoriasis y controles

Los niveles de depresión de los casos son mayores que los de los controles.

El 35,8% de la muestra de casos tiene puntuaciones por encima de la normalidad mientras que menos del 1% de la población control tiene puntuaciones por encima de la normalidad. Estas diferencias se mantienen significativas al estratificar por sexos. Llama la atención que sólo un control muestra algún síntoma de depresión.

Los niveles de ansiedad de los casos son mayores que los de los controles.

El 48,6% de la muestra de casos tiene puntuaciones por encima de la normalidad mientras que menos de un 15% de la población control tiene puntuaciones por encima de la normalidad. Estas diferencias se mantienen significativas al estratificar por sexos.

En la tabla siguiente se muestra recuento en relación a la pregunta 9 del inventario de depresión de Beck en relación a la ideación suicida y 7 pacientes con psoriasis manifiestan este tipo de pensamiento, 6 en alguna ocasión (5 hombres y 1 mujer) y 1 con frecuencia (mujer).

1.1.-Análisis de la pregunta 9 del IDB en casos y controles

	CASO	CONTROL	TOTAL
Puntuación = 0	105 (93.8)	104 (95.4)	209 (94.6)
Mujer	54	63	117
Hombre	51	41	92
Puntuación = 1	6 (5.40)	5 (4.60)	11 (5.00)
Mujer	1	4	5
Hombre	5	1	6
Puntuación = 3	1 (0.90)	-	1 (0.40)
Mujer	1	-	1
Hombre	-	-	-

Variables cuantitativas se expresan en número (porcentaje).

2.-Rasgos de personalidad según cuestionario Salamanca pacientes con psoriasis y controles

	TOTAL	CASO	CONTROL	OR (95% CI) ó p-value ⁽²⁾
Toda la muestra				
Rasgo A	N = 221	n =111	n =109	
Puntuación	2 (1-4)	3 (1-5)	2 (1-4)	0.34
Agrupación				
≤ 4	169 (76.5)	82 (73.2)	87 (79.1)	1 ref
> 4	52 (23.5)	30 (24.6)	22 (20.9)	1.34 (0.68-2.63)
Rasgo B	N = 221	n =111	n =116	
Puntuación	5 (2-7)	6 (3-8.25)	4 (2-6)	0.001*
Agrupación				
≤ 6	160 (76.5)	69 (65.7)	91 (79.1)	1 ref
> 6	61 (23.5)	36 (34.3)	25 (20.9)	2.92 (1.5-5.78)*
Rasgo C	N = 221	n =109	n =112	
Puntuación	5 (3-7)	6 (3-9)	4 (2-6)	0.001*
Agrupación				
≤ 6	144 (65.2)	58 (53.2)	86 (78.2)	1 ref
> 6	77 (34.8)	51 (46.8)	26 (21.8)	3.27 (1.76-6.17)*
Mujer				
Rasgo A	N = 123	n =56	n =67	
Puntuación	2 (1-4)	2 (0-5)	2 (1-4)	0.438
Agrupación				
≤ 4	96 (78.0)	40 (71.4)	56 (83.6)	1 ref
> 4	27 (22.0)	16 (28.6)	11 (16.4)	2.04 (0.79-5.39)
Rasgo B	N = 123	n =51	n =72	
Puntuación	5 (2-8)	6 (4-9)	4 (2-6)	0.001*
Agrupación				
≤ 6	86 (69.9)	31 (60.8)	55 (82.1)	1 ref
> 6	37 (30.1)	20 (39.2)	17 (17.9)	3.7 (1.52-9.19)*
Rasgo C	N = 123	n =54	n =69	
Puntuación	5 (3-8)	7 (4-9)	4 (2.5-6)	0.001*
Agrupación				
≤ 6	76 (61.8)	24 (44.4)	52 (77.6)	1 ref
> 6	47 (38.2)	30 (55.6)	17 (22.4)	4.62 (1.98-10.9)*
Hombre				
Rasgo A	N = 98	n =56	n = 42	
Puntuación	3 (2-5)	3 (2-4.3)	3 (2-5)	0.994
Agrupación				
≤ 4	73 (74.5)	42 (75.0)	31 (72.1)	1 ref
> 4	25 (25.5)	14 (25.0)	11 (27.9)	0.80 (0.29-2.21)
Rasgo B	N = 98	n =54	n =44	
Puntuación	4 (2-6.5)	5 (2.8-7)	3 (2-6)	0.175
Agrupación				
≤ 6	74 (75.5)	38 (70.4)	36 (83.7)	1 ref
> 6	24 (24.5)	16 (29.6)	8 (16.3)	2.3 (0.78-7.31)
Rasgo C	N = 98	n =55	n =43	
Puntuación	4 (2.5-7)	5 (3-8)	4 (2-6)	0.107
Agrupación				
≤ 6	68 (69.4)	34 (61.8)	34 (79.1)	1 ref
> 6	30 (30.6)	21 (38.2)	9 (20.9)	2.33 (0.96-6.62)

1) Puntuaciones obtenidas con el Test Salamanca y agrupación en rasgos A, B y C por suma de puntuaciones según la metodología del propio test. (2) OR (95%CI) indica la Odds Ratio cruda e intervalo de confianza al 95% para variables cuantitativas y el p-valor corresponde al contraste de diferencia de medianas (Test de Wilcoxon). * = Significativo al 95%.

- Rasgos de personalidad pacientes con psoriasis y controles

Del total de la muestra, observamos que los casos tienen mayor riesgo de mostrar rasgos de personalidad marcados del grupo B y C frente a los controles. Esta diferencia es significativa para el grupo de mujeres, no así en el hombre.

Los rasgos de personalidad menos frecuentes son los pertenecientes al grupo A

IV.1.6.- Tabla medida de calidad de vida mediante cuestionario genérico Ruiz Baca pacientes con psoriasis y controles

1.-Puntuación de casos y controles en el cuestionario genérico de calidad de vida Ruiz Baca (1).

	TOTAL N = 224		CASO n =114		CONTROL n =110		P-value ⁽²⁾
Toda la muestra							
Total							
Con Pareja	152.1	±22.9	147.0	±17.8	156.7	±16.8	0.004*
Sin Pareja	131.4	±17.2	122.7	±25.5	139.4	±15.3	0.001*
Apoyo Social							
Con Pareja	54.1	±5.1	51.9	±6.7	55.2	±5.6	0.029*
Sin Pareja	35.9	±5.6	35.3	±5.9	37.3	±4.1	0.020*
Satisf. Gral.	48.2	±8.4	46.2	±9.1	50.0	±7.2	0.001*
Bien. Fí/Psí	27.1	±5.5	25.3	±5.9	28.9	±4.3	0.001*
Disten. Lab/TLi	21.5	±4.8	20.5	±5.0	22.5	±4.4	0.001*
Mujer							
Total							
Con Pareja	149.4	±17.1	146.7	±17.8	153.6	±14.8	0.063
Sin Pareja	130.1	±23.1	122.1	±24.1	137.9	±14.2	0.036*
Apoyo Social							
Con Pareja	53.2	±6.3	52.5	±6.3	54.4	±6.0	0.132
Sin Pareja	36.1	±5.0	36.4	±4.5	36.6	±4.4	0.575
Satisf. Gral.	47.4	±8.0	45.3	±8.8	49.2	±5.9	0.027*
Bien. Fí/Psí	26.8	±5.4	24.3	±5.8	28.4	±3.9	0.002*
Disten. Lab/TLi	21.6	±4.6	20.2	±5.3	22.5	±4.2	0.039*
Hombre							
Total							
Con Pareja	156.3	±16.7	147.3	±18.2	160.5	±15.3	0.049*
Sin Pareja	132.8	±22.8	123.4	±27.6	140.8	±19.3	0.026*
Apoyo Social							
Con Pareja	55.4	±5.0	51.3	±7.0	56.2	±4.9	0.178
Sin Pareja	35.9	±5.2	33.7	±7.7	37.9	±3.9	0.008*
Satisf. Gral.	49.2	±8.8	47.1	±9.4	50.9	±8.3	0.034*
Bien. Fí/Psí	27.4	±5.6	26.3	±5.7	29.4	±4.8	0.001*
Disten. Lab/TLi	21.4	±5.0	20.7	±4.7	22.4	±4.7	0.025*

(1)Puntuaciones obtenidas con el Ruíz-Baca. (2) El p-valor corresponde al contraste de diferencia de medianas (Test de Wilcoxon). * = Significativo al 95%

1.1.-Agrupación⁽¹⁾ según puntuación obtenida en el test Ruiz-Baca.

	TOTAL	CASO	CONTROL	OR (95% CI) ó P-value ⁽²⁾
Toda la muestra				
Total	N = 178	n =81	n =93	
Normal	113 (63.5)	41 (48.2)	72 (77.4)	1 ref
Deteriorada	65 (36.5)	44 (51.8)	21 (22.6)	3.68 (1.86-7.42)*
Apoyo Social	N = 203	n =100	n =103	
Normal	133 (65.5)	57 (57.0)	76 (73.8)	1 ref
Deteriorada	70 (34.5)	43 (43.0)	27 (26.2)	2.12 (1.13-4.02)*
Satisf. Gral.	N = 197	n =95	n =102	
Normal	75 (38.1)	27 (28.4)	48 (47.1)	1 ref
Deteriorada	122 (61.9)	68 (71.6)	54 (52.9)	2.24 (1.19-4.24)*
Bien. Fí/Psí	N = 219	n =110	n =108	
Normal	157 (71.7)	65 (58.6)	92 (85.2)	1 ref
Deteriorada	62 (28.3)	46 (41.4)	16 (14.8)	4.07 (2.04-8.35)*
Disten. Lab/TLi	N = 202	n =97	n =105	
Normal	153 (75.7)	63 (64.9)	90 (85.7)	1 ref
Deteriorada	49 (24.3)	34 (35.1)	15 (14.3)	3.24 (1.55-6.93)*
Mujer				
Total	N = 98	n =42	n =56	
Normal	63 (64.3)	18 (42.9)	45 (80.4)	1 ref
Deteriorada	35 (35.7)	24 (57.1)	11 (19.6)	5.45 (2.04-14.9)*
Apoyo Social	N = 111	n =49	n =62	
Normal	77 (69.4)	28 (57.1)	49 (79.0)	1 ref
Deteriorada	34 (30.6)	21 (42.9)	13 (21.0)	2.83 (1.14-7.12)*
Satisf. Gral.	N = 110	n =48	n =62	
Normal	41 (37.3)	11 (22.9)	30 (48.4)	1 ref
Deteriorada	69 (62.7)	37 (77.1)	32 (51.6)	3.15 (1.27-8.06)*
Bien. Fí/Psí	N = 120	n =55	n =65	
Normal	85 (70.8)	29 (52.7)	56 (86.2)	1 ref
Deteriorada	35 (29.2)	26 (47.3)	9 (13.8)	5.58 (2.15-15.2)*
Disten. Lab/TLi	N = 111	n =46	n =65	
Normal	87 (78.4)	28 (60.9)	59 (90.8)	1 ref
Deteriorada	24 (21.6)	18 (39.1)	6 (9.20)	6.32 (2.08-21.3)*
Hombre				
Total	N = 80	n =38	n =37	
Normal	50 (62.5)	23 (53.5)	27 (73.0)	1 ref
Deteriorada	30 (37.5)	20 (46.5)	10 (27.0)	2.35 (0.84-6.78)
Apoyo Social	N = 92	n =51	n =41	
Normal	56 (60.9)	29 (56.9)	27 (65.9)	1 ref
Deteriorada	36 (39.1)	22 (43.1)	14 (34.1)	1.46 (0.58-3.76)
Satisf. Gral.	N = 87	n =47	n =40	
Normal	34 (39.1)	16 (34.0)	18 (45.0)	1 ref
Deteriorada	53 (60.9)	31 (66.0)	22 (55.0)	1.59 (0.61-4.13)
Bien. Fí/Psí	N = 99	n =56	n =43	
Normal	72 (72.7)	36 (64.3)	36 (83.7)	1 ref
Deteriorada	27 (27.3)	20 (35.7)	7 (16.3)	2.86 (0.99-8.94)
Disten. Lab/TLi	N = 91	n =51	n =40	
Normal	66 (72.5)	35 (68.6)	31 (77.5)	1 ref
Deteriorada	25 (27.5)	16 (31.4)	9 (22.5)	1.57 (0.56-4.64)

Análisis de Cuestionario Ruiz Baca para casos y controles:

Considerando el promedio de las puntuaciones obtenidas, se observan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales y en todas las dimensiones del test.

El riesgo de tener una calidad de vida global deteriorada medida mediante el Cuestionario genérico de Ruiz Baca por el hecho de padecer psoriasis es de 3.68 (CI 95% 1.86-7.42). De las cuatro dimensiones de la calidad de vida que contempla este cuestionario la parte que con más frecuencia se ve deteriorada en los casos es la que se refiere a la satisfacción general. Las otras facetas más deterioradas según el cuestionario son las referidas al apoyo social y bienestar físico/ psíquico.

Sin embargo el riesgo de tener una calidad de vida deteriorada es sobre todo significativo en el ámbito del bienestar físico/ psíquico (OR 4,07 CI95% 2.04-8.35 p <0.005).

Al analizar la muestra por sexos, se observa que no se aprecian diferencias significativas en el riesgo de merma de los hombres caso frente a los controles, mientras que las diferencias son evidentes en el grupo de mujeres para todas las dimensiones de calidad recogidas en el test.

IV.2.-Descripción de la muestra de pacientes con psoriasis: CASOS.

IV.2.1.- Descripción de las características clínicas relacionadas con la psoriasis

	MUJER n = 58 (50.9%)	HOMBRE n = 56 (49.1%)	P-value	TOTAL N = 114 (100%)
Edad	46.2 ± 13.1	51.2 ± 13.6	0.049 ⁽¹⁾	48.8 ±13.5
<30 años	7 (12.5)	5 (8.6)	0.301 ⁽²⁾	12 (10.5)
30-45 años	20 (35.7)	13 (22.4)		33 (28.9)
46-59 años	27 (48.2)	36 (62.1)		63 (54.2)
≥60 años	2 (3.6)	4 (6.9)		6 (6.3)
Años Diagnós. ⁽³⁾	21 (6 - 34)	16 (9- 26)	0.424 ⁽¹⁾	19.4 ±13.7
< 5 años	9 (17.0)	7 (12.7)	0.772 ⁽²⁾	16 (14.8)
5-9 años	7 (13.2)	9 (16.4)		16 (14.8)
≥10 años	37 (69.8)	39 (70.9)		76 (70.4)
An. Familiares ⁽⁴⁾			0.902	
Sí	24 (47.1)	27 (50.9)		51 (49.0)
1º grado	16 (64.0)	21 (77.8)		37 (71.2)
2º grado	9 (36.0)	6 (22.2)		15 (28.8)
No	19 (37.3)	19 (35.8)		38 (36.5)
Desconoce	8 (15.7)	7 (13.2)		15 (14.5)
Localización			0.562	
Visible ⁽⁵⁾	44 (75.9)	45 (80.4)		89 (78.1)
Ungueal	8 (18.8)	7 (15.6)		15 (16.9)
Cuero Cabe.	22 (50.0)	13 (28.9)		35 (39.3)
No Visible	14 (24.1)	11 (19.6)		25 (21.9)
Trat. recibido ⁽⁶⁾				
Tópico	50 (86.2)	50 (89.3)	0.830	100 (87.7)
Sistémico Clá.	33 (56.9)	43 (76.8)	0.040*	76 (66.7)
Sistémico Bio.	12 (20.7)	18 (32.1)	0.240	30 (26.3)
Tópico+Sisté.	28 (48.3)	37 (66.1)	0.084	65 (57.0)
Trat. activo				
Tópico	41 (70.7)	38 (67.9)	0.900	79 (69.3)
Sistémico Clá.	20 (34.5)	23 (41.1)	0.594	43 (37.7)
Sistémico Bio.	9 (15.5)	12 (21.4)	0.415	21 (18.4)
Tópico+Sisté.	27 (46.6)	32 (57.1)	0.345	59 (51.8)
Gravedad			0.061	
Leve	24 (41.4)	13 (23.2)		37 (32.5)
Moder.-Grave	34 (58.6)	43 (76.8)		77 (67.5)
Artropatía Psori.	10 (17.2)	11 (19.6)	0.741	21 (18.4)

VARIABLES CONTINUAS SE EXPRESAN EN MEDIA ± DESVIACIÓN ESTÁNDAR. VARIABLES CUANTITATIVAS SE EXPRESAN EN FRECUENCIA (PORCENTAJE). EL P-VALUE CORRESPONDE AL CONTRASTE DE IGUALDAD DE MEDIAS PARA LAS VARIABLES CONTINUAS (PEARSON'S T-TEST BAJO LA HIPÓTESIS DE NORMALIDAD Y WILCOX TEST EN CASO CONTRARIO), O AL CONTRASTE DE INDEPENDENCIA PARA LAS VARIABLES CUANTITATIVAS (CHI-SQUARED TEST O FISHER TEST, SEGÚN CORRESPONDA). * P-VALUE < 0.05. (1) VARIABLE TRATADA COMO CONTINUA. (2) VARIABLE AGRUPADA, TRATADA COMO CUANTITATIVA. (3) N = 108. (4) N = 104. (5) LAS PROPORCIONES DE PACIENTES CON AFECTACIÓN "UNGUEAL" O "CUERO CABELLUDO" SE OBTIENEN SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES DE "ÁREA VISIBLE". (6) LOS TRATAMIENTOS PUEDEN COEXISTIR.

La media de edad de los casos mujeres ha sido 46,2±13,1 siendo el grupo de edad más numeroso el que abarca las edades comprendidas entre 46-59 años (48,2%). Para los hombres la media de edad es 51,2±13,6 siendo el mismo rango de edad entre 46-59 años el más numeroso (62,1%) al igual que en las mujeres. Los menores de 30 años suponen el 12,5% de las mujeres (7 casos) y el 8,6% de los hombres (5 casos) mientras que los > de

60 años son 2 casos en mujeres (3.6% de todos los casos mujeres) y 4 casos en hombres (6,9% de los casos hombres).

En cuanto a los años de diagnóstico de la psoriasis, es de destacar que el 69,8% de las mujeres con psoriasis y el 70,9% de los hombres con psoriasis tienen una historia de enfermedad de más de 10 años de evolución con una media de años de diagnóstico de 21 años (DS 6-34) para las mujeres y 16 años (DS 9-26) para los hombres.

En cuanto a los antecedentes familiares de psoriasis el 47,1% de las mujeres con psoriasis tienen antecedentes familiares siendo en un 64% familiar de primer grado. Los hombres con psoriasis tienen antecedentes familiares en un 50,9% de los casos siendo en el 77,8% de primer grado. No tienen antecedentes familiares el 36,5% de la muestra y desconocen la existencia de antecedentes familiares un 14,5% de los pacientes.

En cuanto a la localización de la psoriasis, se localiza con más frecuencia en áreas visibles que en no visibles tanto en mujeres como en hombres (75,9% afectación de área visible en mujeres y 80,4% afectación de área no visible en hombre). La afectación de áreas no visibles en mujeres fue del 24,1% y en hombres de 19,6%. La afectación del cuero cabelludo se ha visto en el 39,3% de los casos y la afectación ungueal en un 16,9%.

En relación a los tratamientos recibidos, más del 80% de los pacientes tanto mujeres como hombres han recibido tratamiento tópico (86,2% de las mujeres con psoriasis y al 89,3% de los hombres).

De los tratamientos sistémicos, los que con más frecuencia se han prescrito han sido los sistémicos clásicos en un 66,7% llega casi a triplicar a la terapia sistémica biológica que se ha prescrito en un 26,3% de los casos. Ambas terapias, han sido prescritas a un mayor número de hombres que de mujeres.

Han coexistido terapia sistémica y tópica en un 48,3% de los tratamientos de mujeres con psoriasis y en un 66,1% de hombres.

Si analizamos el tratamiento activo considerando que es el que está llevando el paciente en el momento del estudio, se obtienen resultados muy similares a los anteriores, el tratamiento tópico es el que con más frecuencia se prescribe. De los tratamientos sistémicos, los clásicos están prescritos en un 37,7% de los casos y los biológicos en un 18,4%. Además, la prescripción de terapias sistémicas se hace más a hombres que a las mujeres.

La presencia de artropatía psoriásica, se ha objetivado en un total de 21 casos, 10 de ellos mujeres (17,2%) y 11 de ellos varones (19,6%).

La gravedad de la psoriasis, se ha recogido un 32,5% de casos leves y un 67,5% de casos moderados-graves. Los casos leves han sido más frecuente en mujeres, 41,4%, frente al 23,2 % de casos leves en hombres. Los casos moderados –graves han sido más frecuentes en hombres con un porcentaje de 76,8% frente al 58,6% de psoriasis moderada –grave en mujeres.

Número de tratamientos sistémicos recibidos en los casos de psoriasis moderado-grave:

	MUJER n = 58 (50.9%)	HOMBRE n = 56 (49.1%)	P-value	TOTAL N = 114 (100%)
Sin Tratamiento sistémico	26 (44.8)	15 (26.8)	0.482	41 (36.0)
< 2 Tratamientos	21 (36.2)	25 (44.6)		46 (40.3)
2-4 Tratamientos	8 (13.8)	11 (19.6)		19 (16.7)
> 4 Tratamientos	3 (5.2)	5 (8.9)		8 (7.0)

P-value corresponde al contraste de independencia test exacto de Fisher

El 44,6% de los hombres con psoriasis ha llevado <de 2 tratamientos frente al 36,2% de las mujeres. El 16,7% han llevado entre 2-4 tratamientos sistémicos y el 7% de la muestra ha llevado > 4 tratamientos sistémicos.

IV.2.2.- Descripción de las características antropométricas de los pacientes con psoriasis

	MUJER	HOMBRE	P-value	TOTAL
Peso⁽¹⁾	n = 56 (52.3%)	n = 51 (47.7%)		N = 107 (100%)
Kilogramos	73.1 ±16.5	88.8 ±16.9	0.001*	80.1 ± 18.6
Talla	n = 53 (51.5%)	n = 50 (48.5%)		N = 103 (100%)
Centímetros	162.0 ± 6.6	174.9 ± 7.7	0.001*	168.4 ± 9.7
IMC⁽¹⁾⁽²⁾	n = 53 (52.0%)	n = 49 (48.0%)		N = 102 (100%)
IMC	26.2 ±4.6	29.0 ±5.2	0.001*	27.6 ±5.1
Agrupación				
Bajo Peso	0 (0.0)	- -	0.001*	0 (0.0)
Normopeso	24 (45.3)	11 (22.4)		35 (34.3)
Sobrepeso	19 (35.8)	19 (38.8)		38 (37.3)
Obesidad	10 (18.9)	18 (36.7)		28 (27.5)
Obes. Mórb.	- -	1 (2.0)		1 (1.0)

VARIABLES CONTINUAS NORMALMENTE DISTRIBUIDAS SE EXPRESAN EN MEDIA ± DESVIACIÓN ESTÁNDAR. VARIABLES CUANTITATIVAS SE EXPRESAN EN FRECUENCIA (PORCENTAJE). *P-VALUE < 0.05. CORRESPONDE AL CONTRASTE DE IGUALDAD DE MEDIAS PARA LAS VARIABLES CONTINUAS (PEARSON'S T-TEST), O AL CONTRASTE DE INDEPENDENCIA PARA LAS VARIABLES CUANTITATIVAS (CHI-SQUARED TEST O FISHER TEST, SEGÚN CORRESPONDA). (1) CONTRASTE PARAMÉTRICO APLICADO SOBRE UNA TRANSFORMACIÓN BOX-COX (VER ANEXO). (2) BAJO PESO <18.5, NORMOPESO 18.5-24.99, SOBREPESO 25-29.99, OBESIDAD 30-39.99 Y OBESIDAD MÓRBIDA >40

Se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación al peso y la talla y consecuentemente en relación al índice de masa corporal (IMC). Hay un predominio de normopeso en las mujeres psoriásicas, un 45,3% frente al 22,4% en los hombres psoriásicos. El sobrepeso supone el 37,3% en igual proporción para hombres que para mujeres, sin embargo el rango de obesidad es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres (36,7% en hombres frente al 18,9% en mujeres). Sólo de hemos recogido un caso de obesidad mórbida en un hombre.

IV.2.3.- Descripción de los hábitos tóxicos en los pacientes psoriásicos

	MUJER	HOMBRE	P-value	TOTAL
Hábito Tabáq.	n = 58 (50.9%)	n = 56 (49.1%)		N = 114 (100%)
Fumador	19 (32.8)	19 (33.9)	0.889	38 (33.3)
No fumador/a	19 (32.8)	20 (35.7)		39 (34.2)
Ex fumador/a	20 (34.5)	17 (30.4)		37 (32.5)
Alcohol	n = 57 (50%)	n = 56 (50%)		N = 113 (100%)
No alcohol	46 (76.7)	34 (60.7)	0.026*	80 (70.8)
Leve	11 (19.3)	13 (23.2)		24 (21.2)
Moderado	- -	4 (7.1)		4 (3.5)
Grave	- -	1 (1.8)		1 (0.9)
Ex Bebedor/a	- -	4 (7.1)		4 (3.5)
Otras Drogas	n = 58 (50.9%)	n = 56 (49.1%)		N = 114 (100%)
Si	- -	4 (7.1)	-	4 (3.5)
no	58 (100)	52 (92.9)		110 (96.5)

Variables cuantitativas se expresan en frecuencia (porcentaje). *P-value < 0.05. Corresponde al contraste de independencia para las variables cuantitativas (Chi-Squared Test o Fisher Test, según proceda).

En relación al hábito tabáquico el 34,2% de los pacientes son no fumadores, frente al 33,3% que son fumadores activos. El 32,5% son ex fumadores. La proporción entre hombres y mujeres en relación al hábito tabáquico es muy similar.

En relación al hábito alcohólico el 70,8% responde “no consumir alcohol”, frente al 25,6% que responde consumir, siendo el consumo “leve” el más frecuente. En general, los hombres responden consumir alcohol con más frecuencia que las mujeres psoriásicas.

El 3,5% de la muestra de casos de psoriasis responde “consumir otras drogas” de ellos el 100% son hombres.

IV.2.4.-Descripción de las comorbilidades físicas en los pacientes psoriásicos estratificadas por sexo

	MUJER	HOMBRE	P-value	TOTAL
	n = 58 (50.9%)	n = 56 (49.1%)		N = 114 (100%)
HTA	14 (24.1)	17 (30.4)	0.455	31 (27.2)
Dislipemia	10 (17.2)	18 (32.1)	0.296	28 (24.6)
Enferm. CV	- -	3 (5.4)	-	3 (2.6)
Diabetes M.	- -	1 (100)	-	1 (0.9)
EICI	- -	- -	-	- -
Obes: IMC > 30	10 (17.2)	19 (33.3)	0.048*	29 (25.4)

Variables cuantitativas se expresan en frecuencia (porcentaje). * P-value < 0.05. Corresponde al contraste de independencia (Chi-Squared Test).

Las comorbilidades físicas más frecuentes en nuestra muestra son la hipertensión arterial en un 27,2%, la Obesidad en un 25,4% y la dislipemia en un 24,6%. Todas las comorbilidades predominan en los varones.

El número de casos de *diabetes mellitus* y de enfermedad cardiovascular ha sido escaso, 0,9% y 2,6% respectivamente.

IV.2.5.- Descripción de las comorbilidades psíquicas en pacientes con psoriasis estratificadas por sexo

1.-Puntuaciones de los cuestionarios BECK para ansiedad y depresión en los pacientes psoriásicos estratificados por sexos

	MUJER	HOMBRE	P-value ⁽²⁾	TOTAL
Ansiedad⁽¹⁾	n = 55 (49.5%)	n = 56 (50.5%)		N = 111 (100%)
Puntuación	10 (3-19)	5 (2.0-8.3)	0.006*	6 (3-15)
Agrupación				
Normal (≤ 7)	23 (41.8)	34 (60.7)	0.025*	57 (51.4)
Leve	10 (18.2)	14 (25.0)		24 (21.6)
Moderada	13 (23.6)	5 (8.9)		18 (16.2)
Grave	9 (16.4)	3 (5.4)		12 (10.8)
Depresión⁽¹⁾	n = 54 (49.5%)	n = 55 (50.5%)		N = 109 (100%)
Puntuación	10 (5.3-15)	6 (2.5-11)	0.068 ⁽³⁾	8 (3-14)
Agrupación				
Normal (≤ 11)	30 (55.6)	40 (72.7)	0.345	70 (64.2)
Leve	13 (24.1)	8 (14.5)		21 (19.3)
Moderada	3 (5.6)	1 (1.8)		4 (3.7)
Intensa	6 (11.1)	3 (5.5)		9 (8.3)
Grave	2 (3.7)	2 (3.6)		4 (3.7)
Extrema	0 (0.0)	1 (1.8)		1 (0.9)

Variables continuas no distribuidas normalmente, se expresan en mediana (p25-p75). Variables cuantitativas se expresan en frecuencia (porcentaje). *P-value < 0.05. Corresponde al contraste de diferencia de medianas de Wilcoxon. (1) Puntuaciones obtenidas con el Test Beck de ansiedad y de depresión, respectivamente. Agrupaciones según metodología de los test

La puntuación mediana para el Inventario de ansiedad de Beck (IAB) en mujeres ha sido más alta que en los hombres. Del total de la muestra el 49% de los pacientes obtienen puntuaciones no normales (> a 7 puntos). De éstos, el 58% de ellos son mujeres frente al 39% que son hombres. Las puntuaciones consideradas nivel moderado y grave de ansiedad también predominan en sexo femenino, siendo estas diferencias estadísticamente significativas

La puntuación mediana para el Inventario de depresión de Beck (IDB), al igual que para la ansiedad ha sido más elevada en mujeres. Del total de la muestra de pacientes obtienen puntuaciones no normales (> 11 puntos) un 35%. De éstos, el 45% corresponde a mujeres y el 27% a hombres aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

1.1.-Puntuaciones a la pregunta 9 del Inventario de Depresión de Beck:

	MUJER n = 56 (50%)	HOMBRE n = 56 (50%)	P-value	TOTAL N = 112 (100%)
Puntuación = 0	54 (96.4)	51 (91.1)	0.153	105 (93.8)
Puntuación = 1	1 (1.8)	5 (8.9)		6 (5.4)
Puntuación = 3	1 (1.8)	0 (0.0)		1 (0.9)

7 pacientes han contestado una puntuación > 1 a la pregunta sobre la “ideación suicida”. De los 7, cinco fueron varones.

2.-Puntuaciones del Cuestionario Salamanca para los rasgos de personalidad

	MUJER	HOMBRE	P-value ⁽²⁾	TOTAL
Rasgos A	n = 56 (50%)	n = 56 (50%)		N = 112 (100%)
Puntuación	2 (0.0-5.0)	3 (2.0-4.3)	0.265	3 (1.0-5.0)
Agrupación				
≤ 4	40 (71.4)	42 (75.0)	0.878	82 (73.2)
> 4	16 (28.6)	14 (25.0)		30 (24.6)
Rasgos B	n = 51 (48.6%)	n = 54 (51.4%)		N = 105 (100%)
Puntuación	6 (4.0-9.0)	5 (2.8-7.0)	0.065	6 (3.0-8.3)
Agrupación				
≤ 6	31 (60.8)	38 (70.4)	0.374	69 (65.7)
> 6	20 (39.2)	16 (29.6)		36 (34.3)
Rasgos C	n = 54 (49.5%)	n = 55 (50.5%)		N = 109 (100%)
Puntuación	7 (4.0-9.0)	5 (3.0-8.0)	0.058	6 (3.0-9.0)
Agrupación				
≤ 6	24 (44.4)	34 (61.8)	0.029*	58 (53.2)
> 6	30 (55.6)	21 (38.2)		51 (46.8)

Variables continuas no distribuidas normalmente, se expresan en mediana (p25-p75). Variables cuantitativas se expresan en frecuencia (porcentaje). *P-value < 0.05. Corresponde al contraste de diferencia de medianas de Wilcoxon. (1) Puntuaciones obtenidas con el Test Salamanca y agrupación en rasgos A, B y C por suma de puntuaciones según la metodología del test. Se considera rasgo marcado cuando puntuación > p75 de los controles. (2) Contraste de diferencia de medias paramétrico sobre variable transformada según Box Cox

A destacar, que el grupo de rasgo más marcado en los pacientes es el C (47%), y el rasgo que aparece como marcado un menor número de veces es el A (25%). La única diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres se detecta en el rasgo C, donde las mujeres predominan en los rasgos marcados de este grupo (56%) frente a los hombres (38%).

IV.2.6.- Descripción de las puntuaciones para los cuestionarios de calidad de vida en los pacientes psoriásicos estratificados por sexo.

1.-Puntuaciones obtenidas para el cuestionario específico (DLQI)

Puntuación Agrupación	MUJER	HOMBRE	P-value	TOTAL
	n = 57 (50.9%)	n = 55 (49.1%)		N = 112 (100%)
	3 (0-7)	3 (2-6)	0.274	3 (1-7)
Nula (= 0)	14 (24.6)	23 (41.8)	0.182	37 (33.0)
Leve	25 (43.9)	14 (25.5)		39 (34.8)
Moderada	7 (12.3)	9 (16.4)		16 (14.3)
Intensa	10 (17.5)	8 (14.5)		18 (16.1)
Extrema	1 (1.8)	1 (1.8)		2 (1.8)

Se han recogido puntuaciones correspondientes a “nula afectación” en un 33% del total de los pacientes psoriásicos, siendo más frecuente en la población masculina (un 41,8% de los casos, frente al 24,6% de las mujeres psoriásicas que obtienen puntuaciones correspondientes a “nula afectación”)

El grado “leve afectación” ha sido el más recogido en un 34,8% del total de los pacientes, predominando en las mujeres con psoriasis.

Para el grado “moderado-intenso” se ha obtenido resultados muy similares para hombres y mujeres con psoriasis 29,8% de las mujeres con psoriasis esta puntuación y el 30,9% de los hombres con psoriasis. Solo se han recogido dos casos de afectación “extrema”, uno por cada sexo.

En términos generales, los pacientes que presentan algún nivel de deterioro de la calidad de vida medida mediante el DLQI suponen el 67% de la muestra de casos.

2.-Puntuaciones obtenidas para el cuestionario genérico (Ruiz-Baca)

	MUJER	HOMBRE	P-value	TOTAL
Total	n = 42 (49.4%)	n = 43 (50.6%)		N = 85 (100%)
Con Pareja	146.7 ±17.8	147.3 ±18.2	0.805	147.0 ±17.8
Sin Pareja	122.1 ±24.1	123.4 ±27.6	0.891	122.7 ±25.5
Apoyo Social	n = 49 (49%)	n = 51 (51%)		N = 100 (100%)
Con Pareja	52.5 ±6.3	51.3 ±7.0	0.241	51.9 ±6.7
Sin Pareja	36.4 ±4.5	33.7 ±7.7	0.555	35.3 ±5.9
Satisf. Gral. ⁽¹⁾	n = 48 (50.5%)	n = 47 (49.5%)		N = 95 (100%)
	45.3 ±8.8	47.1 ±9.4	0.257	46.2 ±9.1
Bien. Fís/Psíquico ⁽¹⁾	n = 55 (49.5%)	n = 56 (50.5%)		N = 111 (100%)
	24.3 ±5.8	26.3 ±5.7	0.070	25.3 ±5.9
Disten. Lab/TLib ⁽¹⁾	n = 46 (47.4%)	n = 51 (52.6%)		N = 97 (100%)
	20.2 ±5.3	20.7 ±4.7	0.672	20.5 ±5.0

Contraste paramétrico aplicado sobre una transformación Box-Cox.

2.1.-Agrupación según puntuaciones obtenidas por parte de los pacientes en el Cuestionario Ruiz Baca

	MUJER	HOMBRE	p- value	TOTAL
Total	n = 42 (49.4%)	n = 43 (50.6%)		N = 85 (100%)
Deteriorada	24 (57.1)	20 (46.5)	0.241	44 (51.8)
Normal	18 (42.9)	23 (53.5)		41 (48.2)
Apoyo Social	n = 49 (49%)	n = 51 (51%)		N = 100 (100%)
Deteriorada	21 (42.9)	22 (43.1)	0.605	43 (43.0)
Normal	28 (57.1)	29 (56.9)		57 (57.0)
Satisf. Gral.	n = 48 (50.5%)	n = 47 (49.5%)		N = 95 (100%)
Deteriorada	37 (77.1)	31 (66.0)	0.444	68 (75.2)
Normal	11 (22.9)	16 (34.0)		27 (24.8)
Bien. Fís/Psíquico	n = 55 (49.5%)	n = 56 (50.5%)		N = 111 (100%)
Deteriorada	26 (47.3)	20 (35.7)	0.287	46 (41.4)
Normal	29 (52.7)	36 (64.3)		65 (58.6)
Disten. Lab/TLib.	n = 46 (47.4%)	n = 51 (52.6%)		N = 97 (100%)
Deteriorada	18 (39.1)	16 (31.4)	0.409	34 (35.1)
Normal	28 (60.9)	35 (68.6)		63 (64.9)

VARIABLES CUANTITATIVAS SE EXPRESAN EN FRECUENCIA (PORCENTAJE). *P-value < 0.05. CORRESPONDE AL CONTRASTE DE INDEPENDENCIA (CHI-SQUARED TEST O FISHER TEST, SEGÚN CORRESPONDA). (1) LA AGRUPACIÓN SE REALIZA SIGUIENDO LA METODOLOGÍA DEL PROPIO TEST.

El ámbito del test en el que se observa mayor número de pacientes con deterioro de la calidad de vida es la satisfacción general (75%), y en la Distensión Laboral y Tiempo Libre (47%). El ámbito donde se observa un menor número de pacientes con deterioro es Bienestar Físico-Psíquico (41%). No se detectan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los ámbitos analizados, ya sea en el promedio de puntuaciones obtenidas como en la distribución agrupada.

IV.3.-Análisis de la influencia potencial de los factores para el riesgo de Depresión, Ansiedad y calidad de vida en la muestra de psoriásicos.

IV.3.1.- Influencia potencial de los factores para depresión y ansiedad

IV.3.1.A-ANÁLISIS UNIVARIANTE

En primer lugar se analiza el impacto de cada factor sobre la puntuación media obtenida en el test, en la tabla siguiente se muestran únicamente aquellos factores significativos y el número indicado representa el porcentaje en que aumentan la puntuación media del test:

1.-Factores con efecto significativo (1) sobre la puntuación obtenida en los test de ansiedad y depresión de Beck por parte de los pacientes

Factor	% de incremento sobre la puntuación media	
	Depresión	Ansiedad
General		
Sexo Mujer	-	78
Psoriasis		
Localización Visibles	71	-
Trat. Sistémico Activo	18	-
Comorbilidad Física	-	-
Rasgos de Personalidad		
Grupo A Marcado	71	62
Grupo B Marcado	58	112
Grupo C Marcado	53	145
Comorbilidad Psicológica		
Depresión		
Normal (≤ 11)	-	0
Leve	-	150
Moderada	-	245
Intensa	-	136
Grave	-	283
Extrema	-	112
Ansiedad		
Normal (≤ 7)	0	-
Leve	123	-
Moderada	202	-
Grave	212	-

(1) Significatividad estadística (p-valor <0.05) comprobada mediante análisis univariante de la variabilidad de la puntuación respecto a los distintos niveles de cada factor (ANOVA).

Cabe destacar la interacción que se produce entre la presencia de depresión y/o ansiedad. En relación a los rasgos de personalidad, en la depresión son los rasgos del

Grupo A los que muestran mayor impacto, aunque los efectos por rasgos marcados en general son más altos sobre la ansiedad, donde tienen un papel relevante los rasgos del Grupo C. Las puntuaciones por sexo sólo muestran diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad (se incrementa la puntuación media un 78% en las mujeres respecto de la de los hombres). Por último, en referencia a las características de la psoriasis, la puntuación de la ansiedad no muestra sensibilidad a estos factores. La depresión, por su parte, muestra diferencias ante la localización (cuando es visible la puntuación media en el test aumenta un 71%) y, en menor medida, cuando hay tratamiento sistémico activo (18%).

Seguidamente, se considera la puntuación Beck agrupada en normal (depresión ≤ 11 y ansiedad ≤ 7) y no normal o con síntomas de ansiedad/depresión y se obtiene la *odds ratio* cruda para la lista de factores de interés. El objetivo de este enfoque es obtener aquellos factores de riesgo ante signos “incipientes” de síntomas de depresión/ansiedad (puntuaciones muy bajas respecto al resto), mientras que en la tabla anterior, se pretende constatar la relación entre la depresión/ansiedad y cada factor en todo el espectro (considerando las puntuaciones en su totalidad).

2.-Odds Ratio cruda considerando sin/con síntomas de depresión/ansiedad como resultado y los distintos factores de exposición con efecto significativo (1).

Factor	Odds Ratio (95% CI)	
	Depresión	Ansiedad
General		
Sexo Mujer	2.58 (1.15-6.01)	3.00 (1.38-6.70)
Psoriasis		
Con Antecedentes	0.43 (0.18-0.97)	-
Localización Visibles	8.21 (2.23-53.3)	-
Trat. Sistémico Activo	4.93 (2.14-11.8)	-
Comorbilidad Física	-	
Artropatía Psoriásica	5.65 (2.09-16.6)	2.81 (1.07-7.77)
Hábitos tóxicos		
Consumo alcohol	-	3.04 (1.26-7.99)
Rasgos de Personalidad		
Grupo A Marcado	2.48 (1.02-6.07)	-
Grupo B Marcado	3.00 (1.10-1.38)	5.09 (2.25-12.2)
Grupo C Marcado	3.01 (1.33-7.04)	5.54 (2.25-12.2)
Comorbilidad Psicológica		
Depresión (>11)	-	8.83 (3.62-23.3)
Ansiedad (>7)	8.83 (3.62-23.3)	-

(1) Significatividad estadística (p-valor <0.05) comprobada mediante modelo de regresión logística, logit. Odds Ratio (Intervalo de Confianza al 95%) cuantifica el riesgo a favor de mostrar síntomas de ansiedad/depresión frente a no mostrarlos por exposición a cada uno de los factores indicados

Del análisis anterior se desprende que los factores de exposición con efecto significativo sobre el riesgo de depresión son: ser mujer, padecer psoriasis con artropatía, visible o con tratamiento sistémico, tener rasgos de personalidad marcados o padecer ansiedad. Por su parte, el riesgo de mostrar síntomas de ansiedad aumenta de forma significativa ante la exposición a la artropatía psoriásica, por consumo de alcohol, ante la evidencia de síntomas de depresión y por tener rasgos de personalidad marcados B y C.

IV.3.2.B-ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Se ajustan una serie de modelos multivariantes considerando conjuntamente los distintos factores de exposición que han mostrado significatividad estadística en las puntuaciones de depresión/ansiedad. Los modelos que se ajustan son modelos de regresión logística con función *link logit* o “modelos *logit*”. Son modelos lineales generalizados que permiten estimar la *odds ratio* media considerando la presencia de un conjunto de factores.

Para facilitar la tarea de “*screening*”, las dos últimas filas de la tabla muestran un contraste que compara dos modelos: el modelo de referencia (Mod. Ref.) Se indica bajo el p-valor del contraste (D2 p-val.). Si el p-valor es significativo (*) implica que el ajuste es mejor que en el modelo de referencia.

A) Modelo de regresión logística para la depresión

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe	ORf
Dep. ≤ 11	1	1	1	1	1	1
Dep. > 11	1.10 (0.5-2.7)	4.70 (1.4- 18.3)	5.06 (1.5- 18.1)	15.9 (3.3-104)	5.51 (1.4- 25.2)	51.3 (7.6-519)
P-value	0.863	0.018*	0.010*	0.001*	0.017*	0.001*
AIC	139.4	129.0	116.6	112.6	120.8	104.7
N	109	109	109	109	107	107
D ² p-val. (2)	-	0.001*	0.001*	0.014*	0.012*	0.001*
Mod. Ref.	-	ORa	ORb	ORc	ORb	ORe

ORa: Sexo mujer y edad <40.

ORb: Sexo mujer, edad <40 y con artropatía psoriásica.

ORc: Sexo mujer, edad <40, con tratamiento sistémico activo y localización visible.

ORd: Sexo mujer, edad <40, con artropatía, tratamiento sistémico activo y localización visible.

ORe: Sexo mujer, edad <40, puntuación test ansiedad de Beck >7, puntuación rasgos de personalidad Salamanca: A>4, B>6, C >6.

ORf: modelo saturado con las variables del modelo a, b, c y d.

(1) Modelos de regresión logística binomial, logit.

(2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo anterior como referencia: para ORb el ORa, para ORc el ORb, etc

Observando la tabla anterior, se puede apreciar que el riesgo de mostrar síntomas de depresión aumenta en mayor medida cuando el paciente es mujer, de edad inferior a 40 años, con tratamiento sistémico activo y con psoriasis en zona visible. También hay que tener en cuenta la presencia de artropatía psoriásica así como rasgos marcados en cualquiera de los tres grupos. Destaca que la presencia de artropatía por sí sola supone un aumento del riesgo (4.7, modelo ORb) equiparable a la presencia de psoriasis en zona visible junto con tratamiento sistémico activo (5.1, modelo ORc).

Por su parte, el riesgo de mostrar síntomas de depresión aumenta de forma significativa con un perfil de paciente mujer con edad entre inferior a 40 años, con artropatía psoriásica, síntomas de depresión y rasgos de personalidad B y C.

B) Modelo de regresión logística para la ansiedad

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe	ORf
Ansi. ≤ 7	1	1	1	1	1	1
Ansi. > 7	1.24 (0.5-2.9)	3.13 (1.2-9.4)	2.31 (0.8-6.7)	4.27 (1.2-17.1)	9.40 (2.7-39.3)	12.67 (2.7-72)
P-value	0.625	0.031*	0.112	0.029*	0.001*	0.002*
AIC	148.8	143.8	146.6	145.9	117.5	122.74
N	111	111	111	111	107	107
D ² p-val. (2)	-	0.001*	0.553	0.268	0.001*	0.864
Mod.	-	ORa	ORb	ORb	ORa	ORe
Ref.						

ORa: Sexo mujer y edad <40.

ORb: Sexo mujer, edad <40 y con artropatía psoriásica.

ORc: Sexo mujer, edad <40, con tratamiento sistémico activo y localización visible.

ORd: Sexo mujer, edad <40, con artropatía, tratamiento sistémico activo y localización visible.

ORe: Sexo mujer, edad <40, puntuación test depresión de Beck >11, puntuación rasgos de personalidad Salamanca: B>6, C >6.

ORf: modelo saturado con las variables del modelo a, b, c y d.

(1) Modelos de regresión logística binomial, logit.

(2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo anterior como referencia: para ORb el ORa, para ORc el ORb, etc.

El perfil de mujer con edad por debajo de 40 años, psoriasis visible con artropatía y tratamiento sistémico activo y rasgos de personalidad marcados de los grupos B y C, sería el grupo de pacientes con mayor riesgo de mostrar síntomas de ansiedad.

IV.3.2- Influencia potencial de los factores para la merma de calidad de vida

De forma análoga al análisis de los síntomas de ansiedad y depresión en la muestra de pacientes, se inicia el análisis de la presencia de deterioro en su calidad de vida analizando todo el espectro de puntuaciones, comprobando qué factores de riesgo muestran diferencias significativas en la media de puntos al comparar con/sin presencia de dicho factor.

IV.3.2.A-ANÁLISIS UNIVARIANTE:

1.-Factores con efecto significativo (1) sobre la puntuación obtenida en los test de calidad de vida Ruíz-Baca por parte de los pacientes: rasgos de personalidad y comorbilidades psíquicas

Factor	DLQ I	RUÍZ - BACA						
		Calidad Total		Apoyo Social		Satisfacción General	Bienestar Físico-Psí.	Distensión Lab/TL
		Sin Pareja	Con Pareja	Sin Pareja	Con Pareja			
General		-	-	-	-	-	-	-
Psoriasis								
Antigüedad >10	-	-	-	-	-	-	-	-
Localiz. Visible	132	-11	-9	-10	-7	-9	-12	-
Mode.-Grave	37	-9	-8	-8	-6	-10	-	-9
Tsis. Act.	70	-	-	-	-	-	-	-
Comorb. Física								
HTA		-	-	-2	-1	-	-	-
Obes. (IMC>30)		-	-	-	-	-	-	-
Fumador/a		-	-	-5	-4	-	-	-
Núm. Com. ≥ 2	-52	-	-	-4	-3	-	-	-
Rasgos								
Grupo A (>4)	-	-	-	-	-	-	-12	-
Grupo B (>6)	-	-21	-5	-9	-8	-18	-13	-15
Grupo C (>6)	-	-17	-8	-8	-5	-8	-13	-
Comorb.Psico ⁽³⁾								
Depresión (>11)	200	-20	-12	-7	-9	-18	-28	-
Ansiedad (>7)	100	-20	-9	-	-	-72	-25	-10

(1) Significatividad estadística (p-valor <0.05) comprobada mediante análisis univariante de la variabilidad de la puntuación respecto a los distintos niveles de cada factor (ANOVA).

2.-Odds Ratio cruda considerando sin/con deterioro de la calidad de vida como resultado y los distintos factores de exposición con efecto significativo (1)

Factor	Odds Ratio (95% CI)	
	DLQI	Ruiz-Baca ⁽²⁾
General		
Sexo (Hombre)	0.33 (0.15-0.72)	-
Edad (<40)	2.93 (1.29-6.77)	-
Psoriasis		
Localización Visibles	7.38 (2.00-47.8)	2.94 (1.03-9.26)
Antigüedad >10	0.24 (0.08-0.72)	-
Trat. Sistémico Activo	2.58 (1.14-5.90)	-
Comorbilidad Física		
Artropatía Psoriásica	-	9.10 (2.31-60.8)
Obesidad	0.35 (0.11-0.95)	-
Hábitos tóxicos	-	-
Rasgos de Personalidad		
Grupo A Marcado	-	-
Grupo B Marcado	1.69 (1.84-9.21)	6.29 (2.25-12.2)
Grupo C Marcado	-	3.65 (1.49-9.32)
Comorbilidad Psicológica		
Depresión (>11)	10.7 (4.08-26.6)	6.95 (2.54-21.6)
Ansiedad (>7)	3.92 (1.72-9.30)	10.31 (3.87-30.3)

(1) Significatividad estadística (p-valor <0.05) comprobada mediante modelo de regresión logística logit. Odds Ratio (Intervalo de Confianza al 95%) muestra el riesgo a favor de mostrar deterioro en la calidad de vida frente a no mostrarlo, por exposición a cada uno de los factores indicados

Según el DLQI, pacientes menores de 40 años, con psoriasis visible y tratamiento sistémico activo, con rasgos del grupo B marcados o en presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión, muestran mayor riesgo de deterioro en su calidad de vida. Por su parte, ser hombres, tener antigüedad en el diagnóstico ≥ 10 años o ser obesa/o juegan un papel a favor de la calidad de vida, ya que reducen el riesgo de merma.

El cuestionario Ruíz Baca, no muestra sensibilidad al sexo y edad de los pacientes, en contraposición al cuestionario DLQI. Los factores de la enfermedad que menoscaban la calidad de vida según este test son la artropatía psoriásica y, en menor medida, la localización en zona visible, en concreto, la muestra recoge sólo dos pacientes con artropatía psoriásica y puntuación normal. Este test es especialmente sensible al efecto de las comorbilidades psíquicas y los rasgos de personalidad marcados en los grupos B o C estarían relacionados con un mayor riesgo de merma de calidad.

IV.3.2.B-ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Se concluye el análisis de la merma de calidad de vida en la muestra de pacientes mediante el ajuste de varios modelos con múltiples factores de exposición simultáneos. La finalidad es localizar una o varias combinaciones de factores a los que el riesgo de deterioro de la calidad de vida sea especialmente sensible, y que aporte mayor información que las OR crudas obtenidas por los factores considerados individualmente.

A) Modelo de regresión logística para la Calidad de vida medida mediante DLOI

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe	ORf
DLQI ≤ 1	1	1	1	1	1	1
DLQI > 1	0.98 (0.4-2.2)	0.43 (0.1-1.6)	1.65 (0.6-5.1)	1.07 (0.5-2.5)	5.84 (1.8-22.7)	2.44 (0.3-18.0)
P-value	0.995	0.220	0.369	0.883	0.006*	0.372
AIC	140.0	139.6	131.6	141.1	104.9	107.5
N	112	112	106	111	106	100
D ² p-val. ⁽²⁾	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05	<0.05*	<0.05*
Mod. Ref.	Edad ⁽³⁾	Edad ⁽³⁾	Visible ⁽⁴⁾	Edad ⁽³⁾	Cruda ⁽⁵⁾	ORe

ORa: Sexo mujer y edad <40.

ORb: Sexo mujer, edad <40 y obesa.

ORc: Sexo mujer, edad <40, psoriasis moderada-grave, visible y con tratamiento sistémico activo.

ORd: Sexo mujer, edad <40, puntuación rasgo B > 6.

ORe: Sexo mujer, edad <40, puntuación Beck ansiedad > 7, depresión >11.

ORf: modelo saturado con las variables de los modelos anteriores.

(1) Modelos de regresión logística binomial, logit, con los que se obtiene la Odds Ratio Ajustada, considerando con-sin deterioro de calidad de vida como variable de resultado; se considera "con deterioro" a todo individuo con puntuación en el test DLQI ≤1. (2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo Indicado en cada caso. (3) Referencia OR cruda Edad <40. (4) Referencia: OR cruda Loc. Visible. (5) Referencia: OR crudas de los factores incluidos en el modelo.

B).- Modelo de regresión logística para la Calidad de vida medida mediante Cuestionario

Ruiz-Baca

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe	ORf
Normal	1	1	1	1	1	1
Deteriorada	0.98 (0.4-2.4)	6.68 (1.4-49.6)	8.37 (1.7-68.1)	1.95 (0.7-5.8)	4.19 (1.2-17.1)	15.16 (2.5-157)
P-value	0.960	0.028*	0.020*	0.205	0.031*	0.008*
AIC	121.9	112.6	110.3	109.5	94.4	99.9
N	85	85	85	84	80	81
D ² p-val. ⁽²⁾	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05
Mod. Ref.	Cruda ⁽³⁾	Artrop. ⁽⁴⁾	Artrop. ⁽⁴⁾	Grupo B ⁽⁵⁾	Ansied. ⁽⁶⁾	Ansied. ⁽⁶⁾

ORa: Sexo mujer y edad < 40

ORb: Sexo mujer, edad < 40, con artropatía psoriásica.

ORc: Sexo mujer, edad < 40, con artropatía psoriásica y localización visible.

ORd: Sexo mujer, edad < 40, rasgo B y rasgo C > 6.

ORe: Sexo mujer, edad < 40, puntuación Beck depresión > 11 y ansiedad >7

ORf: modelo saturado con las variables de los anteriores.

(1) Modelos de regresión logística binomial, logit. (2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo indicado en cada caso. (3) Referencia: OR crudas de los factores incluidos en el modelo. (4) Referencia: OR cruda Artropatía Psoriásica. (5) Referencia: OR cruda rasgos Grupo B. (6) Referencia: OR cruda Ansiedad.

En el ajuste de los modelos que se recogen de la tabla anterior se pueden desprender las siguientes conclusiones:

ORa: No se detecta evidencia estadística a favor de un mayor riesgo en mujeres menores de 40 años que en hombres y en pacientes mayores de 40.

ORb: La artropatía psoriásica supone un riesgo significativo de merma en la calidad de vida independientemente del sexo y el grupo de edad. El riesgo asociado a este factor es el obtenido con la OR cruda.

ORc: La presencia de artropatía psoriásica y localización visible muestra un riesgo de merma significativo.

ORd: la presencia conjunta de rasgos de personalidad de los grupos B y C no evidencian un riesgo significativo. Es decir, la presencia de cualquiera de los dos rasgos es suficiente para esperar un deterioro de la calidad de vida.

ORe: análogo al ORc, la presencia de síntomas de depresión o ansiedad es suficiente para esperar un deterioro de la calidad de vida.

ORf: No por incluir todos los factores conjuntamente se obtiene una estimación del riesgo de merma mejor que la que puede obtenerse con la estimación de la OR Cruda para la artropatía psoriásica o para la depresión.

A continuación se ajustan los modelos para las distintas dimensiones del cuestionario Ruíz-Baca cuyo análisis es análogo al que se ha desarrollado para la calidad global de este cuestionario.

B1).-Modelos⁽¹⁾ para el ajuste del riesgo de merma en la calidad de vida Ruíz-Baca: Apoyo Social.

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe
Normal	1	1	1	1	1
Deteriorada	0.76 (0.3-1.7)	1.40 (0.5-3.7)	1.21 (0.3-3.1)	1.19 (0.4-3.3)	2.18 (0.6-8.7)
P-value	0.516	0.488	0.686	0.724	0.429
AIC	142.7	134.6	134.2	132.6	128.8
N	100	100	99	96	95
D ² p-val. ⁽²⁾	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05
Mod. Ref.	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Depres ⁽⁴⁾	Depres ⁽⁴⁾

ORa: Sexo mujer y edad < 40

ORb: Sexo mujer, edad < 40, localización visible y moderada-grave.

ORc: Sexo mujer, edad < 40, rasgo B y rasgo C > 6.

ORd: Sexo mujer, edad < 40, puntuación en test depresión de Beck >11 y ansiedad Beck >7.

ORe: modelo saturado con las variables de los anteriores.

(1) Modelos de regresión logística binomial, logit. (2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo Indicado en cada caso. (3) Referencia: OR crudas de los factores incluidos en el modelo. (4) Referencia: OR cruda Depresión.

B2).-Modelos⁽¹⁾ para el ajuste del riesgo de merma en la calidad de vida Ruíz-Baca: Satisfacción General.

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe	ORf
Normal	1	1	1	1	1	1
Deteriorada	4.65 (1.8-13.7)	2.59 (0.9-8.4)	25.0 (5.8-144)	7.64 (2.5-27.1)	55.5 (9.1-650)	80.0 (9.4-99)
P-value	0.003*	0.098	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
AIC	117.2	114.3	98.4	114.2	91.93	95.4
N	95	95	95	94	90	90
D ² p-val. ⁽²⁾	≥0.05	≥0.05	<0.05*	≥0.05	≥0.05	≥0.05
Mod. Ref.	Cruda ⁽³⁾	Fuma ⁽⁴⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Ansied. ⁽⁵⁾	Ansied. ⁽⁵⁾

1) ORa: Sexo mujer y edad < 40.

2) ORb: Sexo mujer, edad < 40, Fuma.

3) ORc: Sexo mujer, edad < 40, moderada-grave, localización visible y tratamiento sistémico activo.

4) ORd: Sexo mujer, edad < 40, rasgos del grupo B y C > 6.

5) ORd: Sexo mujer, edad < 40, puntuación en test depresión de Beck >11, ansiedad Beck >7.

6) ORe: modelo saturado con las variables de los anteriores.

Modelos de regresión logística binomial, logit. (2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo Indicado en cada caso. (3) Referencia: OR crudas de los factores incluidos en el modelo. (4) Referencia: OR cruda fuma. (5) Referencia: OR cruda Ansiedad.

Es de destacar que satisfacción general es la dimensión de la calidad de vida más afectada por la psoriasis, según los resultados obtenidos tanto de las OR crudas como de los modelos multivariantes. Además, la presencia combinada de múltiples factores, supone un riesgo significativo de merma superior a la presencia individual de los mismos en los pacientes..

B3).-Modelos⁽¹⁾ para el ajuste del riesgo de merma en la calidad de vida Ruíz-Baca: Bienestar Físico/Psíquico.

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe	ORf
Normal	1	1	1	1	1	1
Deteriorada	0.75 (0.3-1.6)	1.86 (0.6-6.3)	0.78 (0.3-1.9)	1.10 (0.5-2.6)	4.42 (1.4-16.0)	3.78 (1.1-14.8)
P-value	0.472	0.300	0.597	0.822	0.015*	0.046*
AIC	154.7	152.3	148.2	149.5	108.3	112.5
N	111	111	106	110	105	100
D ² p-val. ⁽²⁾	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05	<0.05*	≥0.05
Mod. Ref.	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	ORe

ORa: Sexo mujer y edad < 40.

ORb: Sexo mujer, edad < 40 y artropatía psoriásica.

ORc: Sexo mujer, edad < 40, psoriasis visible y antigüedad del diagnóstico ≥ 10 años.

ORd: Sexo mujer, edad < 40, rasgos del grupo B y C > 6.

ORe: Sexo mujer, edad < 40, puntuación en test depresión de Beck >11, ansiedad Beck >7.

ORf: modelo saturado con las variables de los anteriores.

Modelos de regresión logística binomial, logit. (2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo Indicado en cada caso. (3) Referencia: OR crudas de los factores incluidos en el modelo. (4) Referencia: OR cruda fuma. (5) Referencia: OR cruda Ansiedad

B4)Modelos⁽¹⁾ para el ajuste del riesgo de merma en la calidad de vida Ruíz-Baca: Distensión Laboral – Tiempo Libre.

Resultado	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe	ORf
Normal	1	1	1	1	1	1
Deteriorada	0.53 (0.2-1.3)	1.24 (0.4-4.3)	1.13 (0.4-3.5)	0.71 (0.3-1.8)	0.83 (0.3-2.2)	2.05 (0.6-7.2)
P-value	0.168	0.735	0.833	0.491	0.710	0.246
AIC	130.7	126.7	117.5	128.6	125.1	112.2
N	97	97	93	96	95	91
D ² p-val. ⁽²⁾	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05	≥0.05
Mod. Ref.	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾	Cruda ⁽³⁾

ORa: Sexo mujer y edad < 40.

ORb: Sexo mujer, edad < 40 con artropatía psoriásica.

ORc: Sexo mujer, edad < 40, Moderada-grave y antigüedad del diagnóstico ≥ 10 años.

ORd: Sexo mujer, edad < 40, rasgos del grupo B > 6.

ORe: Sexo mujer, edad < 40, puntuación en test ansiedad Beck >7.

ORf: modelo saturado con las variables de los anteriores.

Modelos de regresión logística binomial, logit. (2) Contraste para la comparación de modelos, se toma como referencia el modelo Indicado en cada caso. (3) Referencia: OR crudas de los factores incluidos en el modelo. (4) Referencia: OR cruda fuma. (5) Referencia: OR cruda Ansiedad

IV.4.-Análisis del Riesgo asociado a la Exposición a la Psoriasis.

Riesgo Ajustado de mostrar Deterioro en la Calidad de Vida por exposición a la Psoriasis

Riesgo crudo de ⁽¹⁾ de merma en la Calidad Global.

Factor de Exposición	Odds Ratio (95% CI)					
	TOTAL		MUJER		HOMBRE	
Psoriasis (caso)	3.68	(1.8-7.4)	5.45	(2.0-15)	-	
Ras. Pers.						
Rasgo A (> 4)	2.58	(1.2-5.7)	3.83	(1.8-13)	-	
Rasgo B (> 6)	4.59	(2.3-9.4)	5.39	(2.0-15)	4.00	(1.3-12)
Rasgo C (> 6)	2.88	(1.5-5.7)	3.19	(1.2-8.4)	-	
Comorb. Psí.						
Depresión (> 5)	8.05	(3.8-17)	8.06	(2.8-23)	8.06	(2.6-26)
Ansiedad (> 7)	7.53	(3.5-16)	5.92	(2.1-17)	13.1	(3.4-61)

Nota: Sólo se indican factores con efecto estadísticamente significativo (95%). (1) Odds Ratio Cruda, considerando puntuación total en el test Ruiz Baca. "Con merma" es todo individuo con puntuación por debajo de 130 (sin pareja) o 146 (con pareja) en dicha dimensión, según la metodología del test

Modelos (1) para el ajuste del riesgo de deterioro de la Calidad Global por efecto de la psoriasis

	ORcr	ORa	ORb	ORc	ORd
Normal	1	1	1	1	1
Deteriorada	3.68	2.87	3.56	2.82	3.00
	(1.9-7.1)	(1.4-5.8)	(1.9-7.0)	(1.4-5.6)	(1.5-5.9)
P-value ⁽²⁾	0.001*	0.003*	0.001*	0.001*	0.001*
AIC	221.08	209.7	216.0	207.2	216.0
N	178	177	177	177	177
D ² p-value ⁽³⁾	-	0.001*	0.016*	0.488	0.006*
Mod. Reg.	-	ORcr	ORa	ORa	ORa

Nota: Se indica odds ratio e intervalo de confianza al 95%.

ORcr: Psoriasis como variable de exposición sin ajustar (Odds Ratio cruda).

ORa: Psoriasis ajustada por rasgos de personalidad marcados en cualquier grupo.

ORb: Psoriasis ajustada por rasgos de personalidad marcados en el grupo A.

ORc: Psoriasis ajustada por rasgos de personalidad marcados en el grupo B.

ORd: Psoriasis ajustada por rasgos de personalidad marcados en el grupo C.

(1) Modelos logit, con los que se obtiene la Odds Ratio Ajustada, considerando con-sin merma de calidad como variable resultado; (2) P-valor del contraste de significatividad del efecto de la psoriasis. (3) D² p-value compara cada modelo indicado en cada caso

El modelo en el que se ajusta el riesgo de merma por exposición a la psoriasis por la presencia de rasgos de personalidad marcados (A, B y C), mejora la estimación del riesgo crudo (D2 p-value es significativo). Considerar la presencia simultánea de los tres rasgos (ORa), respecto de considerarlos por separado (ORb, ORc y ORd) no mejora en exceso la estimación del riesgo, como puede verse al comparar el AIC de dichos modelos.

Cada una de las tablas siguientes recoge tanto el riesgo crudo de deterioro por exposición a la psoriasis como el riesgo ajustado mediante un modelo multivariante que considera la presencia de otros factores significativos. La detección de los posibles factores de confusión se realiza mediante ajuste de modelos *logit*, como se ha ejemplificado en los párrafos anteriores. Se indica, en cada caso, el modelo que ofrece un ajuste del riesgo de merma por exposición a la psoriasis que mejora la estimación del riesgo crudo.

Modelos⁽¹⁾ para el ajuste del riesgo deterioro en la Calidad Global y en las dimensiones Apoyo Social y Satisfacción General por efecto de la psoriasis.

	CALIDAD GLOBAL		APOYO SOCIAL		SATISFACCIÓN GENERAL	
	ORcr	OR_Aju	ORcr	OR_Aju	ORcr	OR_Aju
Normal	1	1	1	1	1	1
Deterio ro	3.68 (1.9-7.1)	2.87 (1.4-5.8)	2.12 (1.2-3.9)	1.80 (1.1-3.4)	2.24 (1.2-4.1)	1.84 (1.1-3.4)
P- value ⁽²⁾	0.001*	0.003*	0.013*	0.045*	0.008*	0.045*
AIC	221.08	209.7	259.2	257.0	258.5	255.9
N	178	177	203	202	197	196

Nota: Se indica odds ratio e intervalo de confianza al 95%. Considera la muestra sin estratificar.

ORcr: Psoriasis como variable de exposición sin ajustar (Odds Ratio cruda).

OR_Aju: Riesgo de mostrar síntomas de ansiedad por efecto de la psoriasis, ajustada por rasgos de personalidad.

(1) Modelos logit. (2) P-valor del contraste de significatividad del efecto de la psoriasis

Modelos⁽¹⁾ para el ajuste del riesgo deterioro en la Calidad Global y en las dimensiones Bienestar Físico-Psíquico, y Distensión Laboral-Tiempo Libre por efecto de la psoriasis.

	CALIDAD GLOBAL		BIENESTAR FÍSICO Y PSÍQUICO		DISTENSIÓN LABORAL Y TIEMPO LIBRE	
	ORcr	OR_Aju	ORcr	OR_Aju	ORcr	OR_Aju
Normal	1	1	1	1	1	1
Deterioro	3.68 (1.9-7.1)	2.87 (1.4-5.8)	4.07 (2.2-8.0)	3.30 (1.7-6.8)	3.24 (1.7-6.6)	3.10 (1.5-6.5)
P-value ⁽²⁾	0.001*	0.003*	0.001*	0.001*	0.001*	0.002*
AIC	221.08	209.7	245.2	226.5	215.8	213.5
N	178	177	219	218	202	201

Nota: Se indica odds ratio e intervalo de confianza al 95%. Considera la muestra sin estratificar.

ORcr: Psoriasis como variable de exposición sin ajustar (Odds Ratio cruda).

OR_Aju: Riesgo de mostrar síntomas de ansiedad por efecto de la psoriasis, ajustada por rasgos de personalidad.

(1) Modelos logit. (2) P-valor del contraste de significatividad del efecto de la psoriasis

Riesgo Crudo de mostrar Síntomas de Depresión o Ansiedad por Exposición a los distintos Factores

Riesgo crudo ⁽¹⁾ de mostrar síntomas de depresión.

Factor de Exposición	Odds Ratio (95% CI)				
	TOTAL	MUJER	HOMBRE		
Psoriasis (caso)	5.44	14.0	-	(2.89-10)	(5.3-38)
Edad					
Edad >60	2.31	-	-	(1.0-5.3)	
Edad >40	-	2.55	-		(1.1-6.4)
Ocupación					
Inactiva/o ⁽²⁾	-	3.03	-		(1.1-9.6)
Hábitos Tóx.					
Fuma	-	0.26	-		(0.1-0.8)
Ras. Pers.					
Rasgo A (> 4)	4.42	4.49	4.41	(2.1-9.4)	(1.6-14)
Rasgo B (> 6)	6.10	6.86	5.45	(3.2-12)	(2.8-17)
Rasgo C (> 6)	4.44	5.01	3.90	(2.4-8.3)	(2.1-12)
Comorb. Psí.					
Ansiedad (> 7)	10.4	11.9	10.5	(5.0-22)	(4.5-33)
					(3.0-46)

Nota: Sólo se indican factores con efecto estadísticamente significativo (95%). (1) Odds Ratio Cruda, considerando con-sin síntomas de depresión como variable resultado. "Con síntomas de depresión" es todo individuo con puntuación por encima del percentil 75 de controles (>5). (2) Inactivo/a: Estudiantes, jubiladas/os y ama/o de casa.

Riesgo crudo ⁽¹⁾ de mostrar síntomas de ansiedad.

Factor de Exposición	Odds Ratio (95% CI)					
	TOTAL		MUJER		HOMBRE	
Psoriasis (caso)	2.68	(1.4-5.1)	4.16	(1.8-9.9)	-	-
Hábitos Tóx. Bebe	2.04	(1.1-4.2)	-	-	-	-
Ras. Pers.						
Rasgo A (> 4)	2.52	(1.3-5.0)	3.31	(1.3-8.9)	-	-
Rasgo B (> 6)	5.60	(2.9-11)	7.02	(2.9-17)	3.85	(1.3-11)
Rasgo C (> 6)	6.06	(3.1-12)	6.46	(2.7-16)	5.49	(1.8-17)
Comorb. Psí. Depresión (> 5)	10.4	(5.0-22)	12.0	(4.5-33)	10.5	(3.0-46)

Nota: Sólo se indican factores con efecto estadísticamente significativo (95%). (1) Odds Ratio Cruda, considerando con-sin síntomas de ansiedad como variable resultado. "Con síntomas de ansiedad" es todo individuo con puntuación >7, según la metodología del test Beck.

Riesgo Ajustado de mostrar Síntomas de Depresión o de Ansiedad por exposición a la Psoriasis

Se presentan, a continuación, varios modelos en los que se muestra el riesgo (*odds ratio*) de mostrar síntomas de depresión/ansiedad por exposición a la psoriasis en presencia del resto de factores. De este modo puede computarse el efecto que realmente tiene la psoriasis, aún en presencia de otros factores que podrían estar actuando como factores de confusión.

Selección de modelo ⁽¹⁾ para el ajuste del riesgo de depresión por efecto de la psoriasis

Variable	ORcr	ORa	ORb	ORc	ORd	ORe
Dep. ≤ 5	1	1	1	1	1	1
Dep. > 5	5.44	5.71	5.74	5.53	5.15	4.74
	(3.0-10.0)	(3.2-10.7)	(3.1-10.9)	(3.0-10.3)	(2.6-10.4)	(2.3-10.1)
P-value ⁽²⁾	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
AIC	264.7	260.1	256.4	261.0	227.8	204.28
N	216	216	213	216	215	214
D ² p-value ⁽³⁾	-	0.010*	0.152	0.292	0.001*	0.001*
Mod. Reg.	-	ORcr	ORa	ORa	ORa	Ord

Nota: Se indica odds ratio e intervalo de confianza al 95%.

ORcr: Psoriasis como variable de exposición sin ajustar (Odds Ratio cruda).

ORa: Psoriasis ajustada por edad.

ORb: Psoriasis ajustada por edad y ocupación Inactivo.

ORc: Psoriasis ajustada por edad y hábito tabáquico.

ORd: Psoriasis ajustada por edad y rasgos de personalidad.

ORe: Psoriasis ajustada por edad, ansiedad y rasgos de personalidad.

(1) Modelos logit, con los que se obtiene la Odds Ratio Ajustada, considerando con-sin síntomas de depresión como variable de resultado; (2) P-valor del contraste de significatividad del efecto de la psoriasis. (3) D^2 p-value compara cada modelo indicado en cada caso.

De la tabla anterior puede extraerse, como conclusión, que la presencia de ansiedad y rasgos de personalidad marcados, pueden actuar como factores de confusión al analizar la influencia de la psoriasis sobre la depresión. Es decir, el riesgo de un individuo a mostrar síntomas de depresión aumenta con la psoriasis, esto está claro, sin embargo, a la hora de cuantificar dicho riesgo, podría optarse por el 5.5 de los modelos ORcr, ORa u ORb, pero si el individuo muestra síntomas de ansiedad o tiene alguno de los grupos de rasgos de personalidad marcados, parte de este riesgo no se debe a la psoriasis. Observando el modelo ORe, es posible determinar que el riesgo de la psoriasis, ajustado por el efecto de la ansiedad y rasgos de personalidad marcados pasa a ser 4.74.

Modelos (1) para el ajuste del riesgo de depresión por efecto de la psoriasis.

	TOTAL		MUJER		HOMBRE	
	ORcr	OR_Total	ORcr	OR_Mujer	ORcr	OR_Hombre
Dep. ≤ 5	1	1	1	1	1	1
Dep. > 5	5.44 (3.0-10.0)	4.74 (2.3-10.1)	14.03 (6.0-35.6)	10.74 (3.7-36.0)	2.07 (0.9-4.8)	1.82 (0.7-5.1)
P-value ⁽²⁾	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.085	0.024
AIC	264.7	204.28	124.91	101.3	133.7	112.7
N	216	214	119	117	97	97

Nota: Se indica odds ratio e intervalo de confianza al 95%. (1) Modelos logit. (2) P-valor del contraste de significatividad del efecto de la psoriasis.

ORcr: Psoriasis como variable de exposición sin ajustar (Odds Ratio cruda).

OR_Total: Riesgo de mostrar síntomas de depresión por efecto de la psoriasis, ajustada por edad, ansiedad y rasgos de personalidad. Considera la muestra sin estratificar.

OR_Mujer: Riesgo de mostrar síntomas de depresión por efecto de la psoriasis en mujeres, ajustada por edad, ansiedad y rasgos de personalidad.

OR_Hombre: Riesgo de mostrar síntomas de depresión por efecto de la psoriasis en hombres, ajustada por ansiedad y rasgos de personalidad.

Modelos (1) para el ajuste del riesgo de ansiedad por efecto de la psoriasis

	TOTAL		MUJER		HOMBRE	
	ORcr	OR_Total	ORcr	OR_Mujer	ORcr	OR_Hombre
Ansi. ≤ 7	1	1	1	1	1	1
Ansi > 7	2.68 (1.5-4.9)	1.85 (1.1-3.6)	4.16 (1.9-9.3)	2.31 (0.9-5.7)	1.75 (0.7-4.8)	1.42 (0.5-4.1)
P-value ⁽²⁾	0.001*	0.045*	0.001*	0.067	0.254	0.502
AIC	267.4	237.4	151.1	135.5	112.3	104.6
N	221	221	122	122	99	99

Nota: Se indica odds ratio e intervalo de confianza al 95%. (1) Modelos logit. (2) P-valor del contraste de significatividad del efecto de la psoriasis

ORcr: Psoriasis como variable de exposición sin ajustar (Odds Ratio cruda).

OR_Total: Riesgo de mostrar síntomas de ansiedad por efecto de la psoriasis, ajustada por rasgos de personalidad. Considera la muestra sin estratificar.

OR_Mujer: Riesgo de mostrar síntomas de ansiedad por efecto de la psoriasis en mujeres, ajustada por rasgos de personalidad.

OR_Hombre: Riesgo de mostrar síntomas de ansiedad por efecto de la psoriasis en hombres, ajustada por rasgos de personalidad.

Puede obtenerse el riesgo de mostrar síntomas de ansiedad por exposición a la psoriasis ajustado, tanto para la muestra total, como para la muestra estratificada por sexos. Se obtiene que, al ajustar el riesgo por efecto de la psoriasis por el resto de factores, éste se ve reducido. Es decir, el verdadero riesgo de mostrar síntomas de ansiedad por exposición a

la psoriasis, es el ajustado, de modo que el efecto es significativo si se considera la muestra globalmente, pero deja de serlo, al considerarla estratificada por sexos.

DISCUSIÓN

V.-DISCUSION

V.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE MUESTRA CASOS-CONTROLES

Las características sociodemográficas de nuestra población a estudio, son similares a los publicados por otros autores. La media de edad de los pacientes con psoriasis se ha cifrado en torno a los 45 años (105),(96), en nuestro estudio, el grupo de edad más predominante el comprendido entre 46-59 años.

Hemos encontrado un mayor número de inactivos (amas de casa, estudiantes y jubilados) en los pacientes con psoriasis que en la población control, mientras que el número de parados en los pacientes con psoriasis ha sido ligeramente más elevado que en los controles 17(15,3%) frente a 10 (10,9%) de los controles.

Estos datos, son similares a los encontrados por otros autores españoles (96) sobre una población de 1022 pacientes psoriásicos donde encuentran que, un 11,5% de los pacientes están en situación de desempleo, un 1,8% en situación de baja laboral y un 0,6% en situación de discapacidad. Estos datos, dejan entrever, el impacto que provoca la psoriasis en el ámbito laboral. Este punto, ha sido motivo de estudio en estos últimos años. En un trabajo realizado en el año 2000(106), se observó que el 48% los de pacientes con psoriasis moderada – grave que trabajaban a tiempo parcial alegaron que la causa de no trabajar a tiempo completo era su psoriasis.

Además, en un estudio retrospectivo de casos y controles se evidenció que existía mayor tendencia a la pérdida de trabajo, diferencias en la productividad y un deterioro global a nivel laboral entre los pacientes con psoriasis y la población de referencia(107).

En relación al nivel de estudios, en nuestra muestra los pacientes con psoriasis tienen un nivel de estudios primarios en un porcentaje mayor que la población control que cursan estudios secundarios o superiores con más frecuencia. Estos datos están relacionados con los obtenidos en un estudio multicéntrico realizado en población de Italia que recoge el impacto que provoca la psoriasis en la vida laboral del paciente (108). En este estudio, como en el nuestro, también identifican un mayor número de pacientes con nivel de estudios primarios. En él, los pacientes indicaron, que, probablemente habrían obtenido un mayor nivel educativo de no haber tenido la enfermedad. Además, estos pacientes eran, los que tenían más problemas laborales.

En relación a los datos antropométricos, se ha identificado un mayor peso expresado en kilogramos para los casos que para los controles, manteniéndose esta diferencia al estratificar por sexos. Actualmente sabemos, que la obesidad es una condición crónica multifactorial fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, que afecta a un gran porcentaje de la población pudiendo estar presente en cualquier edad, sexo y condición social.

La prevalencia de la obesidad ha aumentado y continúa incrementándose de forma alarmante en nuestra sociedad, adquiriendo en algunos países proporciones epidémicas. La obesidad aumenta de modo sustancial no sólo el riesgo de DM y de ECV, sino también ciertos tipos de cáncer y otras enfermedades altamente prevalentes, de tal manera que se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco(25).

Un estudio de salud realizado con 78.626 mujeres(33), de las que 892 declararon tener psoriasis, se encontró que el aumento de peso llevó a un mayor riesgo individual para el posterior desarrollo de psoriasis. Además, la incidencia de la psoriasis resultó estar linealmente asociada con el IMC, teniendo mayor riesgo (RR = 2,69) los pacientes con un IMC de 35 o más en comparación con pacientes con un IMC entre 21 y 23. En nuestra serie, el riesgo de tener obesidad en los pacientes con psoriasis es significativamente mayor que en el grupo control (OR 4,69).

Un reciente estudio de casos y controles de 560 pacientes con psoriasis recién diagnosticado y 690 controles encontraron que la prevalencia de la psoriasis fue veces mayor en las personas con un IMC de 30(38).

En otro estudio sobre población psoriásica española sobre 1022 psoriásicos encontraron que sólo el 36,2% de la población estudiada se encontraba en rango de normopeso. El 36,6% y el 26% se encontraba en rangos de sobrepeso y obesidad respectivamente(96).

Otro estudio en la misma línea sobre 3.603 pacientes con psoriasis grave y un grupo control, se identificó un mayor número de obesos (IMC > 30) en los casos que en los controles (p < 0.01)(42).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio en relación a la descripción de la muestra, van en relación con lo anteriormente señalado, al recoger los datos antropométricos y clasificarlos según el IMC (índice de masa corporal) se objetivan esas diferencias, el rango de normopeso es claramente menos frecuente en los casos que en los controles. El 34% de los casos se encuentran en el rango de la normalidad, pero el resto están en rangos

considerados patológicos; sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, 37,5%, 27,5% y 1% respectivamente, es decir 66% de los casos están por encima del normopeso.

Además otro dato observado en los casos, cuando estudiamos diferencias entre ambos sexos, es que estos rangos patológicos del IMC son más frecuentes en los hombres. De nuestros casos de psoriasis, el 54,7% de las mujeres se encuentran en rangos de IMC por encima del normopeso frente al 77,5% de los pacientes varones con psoriasis que se encuentran en dicho rango. El riesgo de padecer obesidad por parte de los casos varones es superior al de sus homónimos controles (OR = 7.44), mientras que esta diferencia no es significativa entre casos y controles mujer. Estas cifras, discrepan con algunos de los trabajos revisados, donde observan que las mujeres psoriásicas tienen IMC más elevados que los hombres psoriásicos.(33)

No encontramos ningún caso en rango de infrapeso, frente a 3 casos de los controles, éste dato está en relación a lo publicado por algunos autores que observaron que un IMC menor de 21 se asociaba con un menor riesgo de psoriasis(33).

Sólo hemos encontrado en 10% de los controles que están en rango de obesidad sin ningún caso en obesidad mórbida.

La obesidad ha sido un factor protector de merma de calidad de vida medida mediante el DLQI (OR 0.35 CI 95% 0.11-0.95p<0.05). Este hecho, que en una primera lectura puede ser llamativo, ya que sería esperable que la obesidad fuera un factor que pudiera disminuir la calidad de vida, se explica, porque en el cuestionario específico DLQI las preguntas giran en torno a la psoriasis por lo que la carga que éstas morbilidades tengan en la calidad de vida, no se ve reflejada en este test. En este mismo sentido, otros autores, también han encontrado que los pacientes con comorbilidades físicas, como la obesidad, la diabetes, la dislipemia o la hipertensión estaban menos afectados psicológicamente por la psoriasis.(109).No hemos identificado peores resultados en la puntuación del cuestionario genérico de calidad de vida en aquellos pacientes obesos.

En cuanto a los hábitos tóxicos, el hábito tabáquico en nuestra serie, es más frecuente en los pacientes psoriásicos, un 33,3% de los casos frente a un 20,9% de los controles. Si sumamos los que han abandonado el hábito tabáquico y los que son fumadores activos, observamos que el 65,8% de los pacientes tienen o han tenido éste hábito, frente a al 50% de la población control.

En España cada vez se fuma menos, por sexo, el porcentaje de fumadores es del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres(34). Esta diferencia por sexos se mantiene en nuestra población control, sin embargo, en los pacientes con psoriasis de nuestra serie las cifras se equiparan existiendo un porcentaje similar en pacientes fumadores, exfumadores y no fumadores para mujeres y hombres psoriásicos.

En un estudio casos-controles realizado en Italia concluyen que el riesgo de padecer psoriasis es más frecuente en ex fumadores y fumadores activos que en individuos que nunca han sido fumadores cifrando el riesgo relativo (RR) de 1,9 para exfumadores y 1,7 para fumadores y esta asociación era mayor en las mujeres que en los hombres. El riesgo se incrementaba conforme aumenta el número de cigarrillos al día, disminuía ligeramente conforme aumenta la duración del hábito tabáquico y, en los exfumadores disminuía al aumentar el tiempo sin fumar (38). En nuestro estudio en el total de la muestra, el riesgo de ser fumador y psoriásico es de 2,32 (OR 2,32 CI 95%1,14-4,77 p<0.05).

Otro estudio publicado en 2005 en Italia, donde evaluaba la asociación entre la historia natural del hábito tabáquico y la severidad de la psoriasis, encontró relación entre el tabaquismo y la gravedad clínica de la psoriasis, de modo que los fumadores de 20 o más cigarrillos al día, en comparación con los fumadores de menos de 10 cigarrillos, tenían un incremento del riesgo mayor del doble de desarrollar una psoriasis grave. Además teniendo en cuenta el número de cigarrillos/ año como dato de intensidad del hábito (Años de tabaquismo) a mayor número, el riesgo de psoriasis grave aumenta tanto en fumadores como exfumadores, y este efecto es mayor en las mujeres que en los hombres (94). El riesgo de psoriasis entre los fumadores actuales se relacionó con la intensidad, pero no con la duración del tabaquismo. Nosotros hemos identificado ese riesgo entre la población fumadora, sin embargo en los ex fumadores el riesgo (OR 1,63) no ha sido significativo.

Coincidimos con estos autores que el hábito tabáquico es más perjudicial para las mujeres que para los hombres. En nuestra serie las mujeres psoriásicas tienen más riesgo de ser fumadoras que el resto de la población a estudio. (OR 3,45; CI 95%1.27-10.4; p<0.05).

En un metanálisis publicado recientemente(54) , donde se estudia por un lado la prevalencia del hábito tabáquico en la población psoriásica y la incidencia de psoriasis en los fumadores. Hallaron que existía una mayor prevalencia de tabaquismo entre los pacientes con psoriasis así como una mayor incidencia de psoriasis en los fumadores actuales y ex fumadores. Además, se evidenciaban una serie de factores relacionados con

la historia personal del hábito tabáquico como son, un mayor número de cigarrillos fumados por día, mayor duración de los hábitos de fumar, y mayores paquetes-años de fumar que estarían relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar psoriasis.

Estos mismos autores, tras la revisión sistémica de la literatura y debido a la heterogeneidad en la recogida de datos de los distintos estudios concluyen que los estudios publicados actualmente en relación a la gravedad de la enfermedad de la psoriasis, no permiten sacar ninguna conclusión definitiva sobre la posible asociación entre el tabaquismo y la gravedad de la psoriasis. En nuestro estudio, además de lo anteriormente mencionado, en relación a la calidad de vida, en la muestra de pacientes, únicamente se constata evidencia de merma de calidad de vida al utilizar como medida de calidad de vida la dimensión Satisfacción General del cuestionario genérico Ruíz-Baca, con la que los pacientes fumadores muestran un mayor riesgo de merma. Al considerar también la muestra de controles, no se halla evidencia que corrobore la conclusión anterior.

En cuanto al hábito enólico, desde hace años que se conoce la asociación entre la ingesta excesiva de alcohol y diferentes afecciones cutáneas, como dermatitis seborreica, rosácea, acné vulgar, infecciones, porfiria cutánea parda o psoriasis, entre otras. Concretamente, en relación con la psoriasis, *Lomholt*(6) fue el primero en advertir esta relación. Desde entonces, numerosos estudios han encontrado una asociación positiva entre consumo de alcohol y la existencia, la gravedad o la extensión de la psoriasis.

A pesar de las hipótesis existentes de mecanismos descritos, los autores no se ponen de acuerdo en si la ingesta excesiva de alcohol es un factor patogénico de la psoriasis o si es la enfermedad la que favorece o induce a este consumo. Algunos autores han descrito al tabaco como factor de confusión en la relación entre alcohol y psoriasis. A favor de esta tesis, está el hecho de que no se haya encontrado un aumento de riesgo de psoriasis en los ex bebedores, ni una asociación entre la enfermedad y la duración del consumo de alcohol.

En nuestra serie se evidencia que contestan que “no consumen alcohol” el 70,8% de los casos frente al 67% de los controles que contestan que no consumen. Hacen un consumo “leve” de alcohol el 21,2% de los casos frente al 34,9% de los controles. Estos datos difieren de lo publicado a este respecto, ya que como ocurre con el hábito tabáquico, parece existir una mayor prevalencia de hábito enólico en los pacientes con psoriasis. Datos similares encuentran trabajos recientes, donde el 61,3% de los pacientes refería no consumir ninguna cantidad de alcohol(110).

El porqué de estas discrepancias, creemos que radica en un sesgo de “no respuesta” por parte de los casos que podría explicarse por varios motivos. Por un lado, se trata de pacientes diagnosticados y seguidos en una Unidad de Psoriasis, donde desde el primer momento se les hace especial hincapié en mantener unos hábitos de vida saludables, una de ellas es, el no consumir alcohol, por este motivo y a pesar que la encuesta era anónima, cuando recogíamos los datos relacionados con hábitos tóxicos, era el médico quien hacía las preguntas y el paciente contestaba en ese mismo momento, por tanto creemos que ahí radica la “no respuesta”. Muchos de ellos, son conocedores de la teoría “NO HAY QUE BEBER” y creemos que es lo que contestaban, pudiendo distar mucho de la realidad. Además, muchos de ellos llevan tratamientos sistémicos con potencial hepatotoxicidad y por tanto, la recomendación de no alcohol, es aún más estricta si cabe. Esta falta de fiabilidad en la respuesta de los pacientes en relación a este punto, es un hecho también reflejado por algunos autores que con intención de aplicar soluciones, proponen marcadores de laboratorio simples, que puedan contribuir de manera efectiva a los médicos a establecer el estado de la bebida del paciente para poder llevar a cabo una detección de los pacientes con psoriasis que inicialmente ocultan que tiene problemas con el alcohol(111).

Lo que sí que observamos en nuestra serie, en los varones psoriásicos es un número más elevado de pacientes con hábito enólico moderado-grave el 9,9% de los casos frente al 4.8% de los controles y un porcentaje mayor de ex alcohólicos.

Estos datos, irían en la línea de algunos de los estudios revisados en los que se demuestra asociación significativa únicamente si se contempla el consumo frecuente de alcohol (> 20 bebidas/mes) frente al poco frecuente (< 5 bebidas/mes). Mientras que en otro, sólo encuentra asociación significativa en varones que consumen más de 2 bebidas al día(112),(113).

Además, un estudio a este respecto(38), al analizar separadamente por sexo, únicamente se encontró significación en el caso de los varones que bebían más de 2 bebidas/día (OR = 1,9; IC del 95%, 1,0-3,3). El hallazgo de mayor riesgo en los varones ya se había descrito con anterioridad en trabajos previos(57).

En nuestro estudio, no identificamos indicios que el hábito enólico fuera de los factores de riesgo más importantes en el deterioro de la calidad de vida con ninguno de los dos cuestionarios. En este mismo sentido autores españoles en un estudio reciente tampoco encontraron asociación significativa entre el deterioro de la calidad de vida, medida por medio del DLQI, y el consumo de alcohol(110). En nuestro estudio el consumo de alcohol se

ha postulado como un factor de riesgo para tener ansiedad con una OR 3.04 pero este dato ha perdido significación estadística en el análisis de todos los factores.

En cuanto al consumo de otras drogas, no he encontrado datos en la literatura revisada. Del mismo modo que otros autores, creemos que no es un dato que se recoja en los distintos estudios, centrándose en las drogas que están mundialmente legalizadas, como son el alcohol y tabaco(114).

Se cifra en consumo de drogas en un 3-5% en la población global. En nuestra serie, solo cuatro de toda la muestra contestaron consumir drogas distintas al alcohol y el tabaco y curiosamente, los cuatro fueron varones con psoriasis, esto supone el 3,5% del total de los casos. Tres de ellos consumían cannabis y uno de ellos cocaína. No profundizamos en qué tipo de consumo hacían. En cuanto al efecto que la propia droga puede tener sobre la propia psoriasis, me ha llamado la atención un artículo que muestran que los cannabinoides inhiben la proliferación de queratinocitos, y por lo tanto apoyan un posible papel de los cannabinoides en el tratamiento de la psoriasis(115) sin haber encontrado otras referencias bibliográficas al respecto, por lo que es un tema poco estudiado.

En relación a las comorbilidades físicas, nuestra serie se han identificado un mayor número de hipertensos y obesos en los pacientes con psoriasis. Además los varones psoriásicos tienen mayor tendencia a padecer dislipemia.

La obesidad, en los últimos años, se está prestando especial importancia la relación de la psoriasis con otras enfermedades concomitantes(23). En una cohorte de casi 3.000 pacientes, se encontró asociación entre psoriasis y *diabetes mellitus* (DM), obesidad, enfermedad coronaria e hipertensión arterial (HTA). Más recientemente, se ha visto que el síndrome metabólico (SM) (obesidad abdominal, HTA, hiperglucemia y dislipemia) es la comorbilidad más frecuentemente asociada a la psoriasis(116),(117).

Diversos estudios en diferentes países, muestran la asociación de la psoriasis con otros factores de riesgo cardiovascular, como la HTA, DM, DL y obesidad, siendo difícil extraer conclusiones por la disparidad entre las distintas áreas geográficas y hábitos de vida.

En un estudio observacional llevado a cabo en población española(40), se observó, que la prevalencia de SM fue alta entre los pacientes con moderada a severa psoriasis que requieren tratamiento sistémico, y se asoció con una mayor prevalencia de las enfermedades cardiovasculares. Los componentes del SM más prevalentes fueron la

hipertensión arterial y aumento de la circunferencia de la cintura concluyendo que los dermatólogos deberían considerar la implementación de protocolos de detección simples en sus consultas.

Nosotros en nuestro trabajo, hemos considerado las comorbilidades físicas por separado sin agruparlas en el diagnóstico de Síndrome metabólico con la intención final de ver el peso que tienen en la merma de la calidad de vida, método similar al realizado en un estudio llevado a cabo en España, estudio ARIZONA, donde recogen (96) 1022 pacientes con psoriasis moderado – grave y cuyo objetivo principal fue establecer la correlación en criterios de calidad de vida, entre los pacientes con psoriasis moderado-grave y sus comorbilidades asociadas. Un total de 736 (72,0%) pacientes tenían al menos una comorbilidad además de psoriasis; de estos, 486 (47,5%) personas asociaban más de una comorbilidad. A diferencia de nuestros datos, ellos encuentran que la dislipemia y la obesidad (índice de masa corporal [IMC], ≥ 30 kg / m²), fueron las comorbilidades más comunes. La Hipertensión arterial fue la cuarta comorbilidad después de la artritis psoriásica.

En nuestra muestra, los pacientes psoriásicos asociaban 2 o más comorbilidades físicas en un 23,7% de los casos, frente al 8,2% de los controles. Existe un riesgo más elevado de asociar comorbilidades físicas en los casos que en los controles (OR 3.48, CI 95% 1,48-8,84; $p < 0.05$).

Nuestros datos, revelan que tanto la HTA, la dislipemia, como la obesidad son más frecuentes en los pacientes con psoriasis que en la población control, sin embargo estas diferencias son estadísticamente significativas en la HTA, la obesidad y la dislipemia en los varones; este último dato concuerda con lo publicado en el estudio ARIZONA anteriormente mencionado.

Otro estudio realizado en población española(117) no encontraron que los componentes del SM estuvieran con mayor frecuencia entre los sujetos con psoriasis, aunque sí se observaron un mayor porcentaje de DM, una tendencia a encontrar con mayor frecuencia alteraciones lipídicas y un promedio más alto de presión arterial sistólica. Estas diferencias podrían radicar en el número de obesos que tenían en la población control.

Un dato llamativo en nuestra serie el escaso número de diabéticos que hemos observado entre los psoriásicos. Un estudio prospectivo llevado a cabo en población danesa durante 10 años donde comparó las tasas de incidencia de aparición de DM en pacientes con

psoriasis con los de la población general a nivel nacional, concluyó que los pacientes con psoriasis tienen un aumento del riesgo de aparición de DM en comparación con la población general. Las tasas de incidencia fueron más altas en las personas con psoriasis severa(46).Sin embargo , otros autores no han encontrado evidencias de esta relación (118)(119). Las razones que pudieran explicar estos resultados contradictorios podrían ser cuestiones metodológicas, por ejemplo, el inadecuado tamaño de la población, el sesgo de información, o un inadecuado ajuste por covariables.

En nuestra serie, el número de pacientes con diabetes mellitus y antecedentes de enfermedades cardiovasculares es muy escaso para permitir extraer conclusiones y el diseño del estudio no permite el seguimiento de los pacientes para poder detectar casos incidentes. Sólo un 2,6% de pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular y un 0,9% diabetes mellitus documentada.

Para análisis de este factor lo agrupamos en presencia de “dos o más comorbilidad física” con intención de valorar que influencia tiene en la CVRS la asociación de la psoriasis con otras patologías físicas. No hemos encontrado que el tener dos o más comorbilidades físicas sea un factor relacionado con la merma de la calidad de vida tanto si utilizábamos cuestionario específico como el genérico. Ni tampoco tuvo relación con la tendencia presentar sintomatología ansiosa ni depresiva.

El hecho que la presencia de otras comorbilidades físicas asociadas a la psoriasis pueda ser un factor a tener en cuenta a la hora de valorar la CVRS ha sido recogido por algunos autores. En el estudio Arizona los pacientes con psoriasis moderado-grave y con Artropatía psoriásica, hipertensión, alteraciones del sueño, DM, obesidad presentaban puntuaciones más bajas en el cuestionario genérico SF-36 , lo que era indicativo de una menor CV(96).Nosotros, sólo hemos identificado una menor puntuación del DLQI en aquellos pacientes que asocian dos o más comorbilidades físicas, no obteniendo ese resultado en el cuestionario genérico de CV.

La artropatía psoriásica ha sido la única morbilidad física afecta de forma directa a la calidad de vida y de forma indirecta por la mayor morbilidad ansioso depresiva, ya que la presencia de sintomatología psiquiátrica se ha asociado a la reducción de la calidad de vida en pacientes con artropatía psoriásica, hecho que también han puesto de manifiesto otros estudios(120)(121), sin embargo no hemos visto que el resto de comorbilidades físicas tengan relación con el deterioro de la calidad de vida.

En relación a las comorbilidades psíquicas, en una revisión sistemática sobre la comorbilidad psiquiátrica en psoriasis se encontró que la psoriasis puede tener un efecto adverso en la imagen que el paciente tiene de sí mismo, su autoestima y en la estabilidad emocional. Sabemos, que la comorbilidad psicosocial experimentada por los pacientes no siempre es proporcional o viene determinada por la gravedad de la psoriasis, y los pacientes califican el impacto psicosocial de la psoriasis como uno de los peores aspectos de la enfermedad(60).

Son muchos los estudios que ponen de manifiesto la asociación de la depresión y la ansiedad con la psoriasis, sin embargo, usan escalas de medición distintas, casi todas validadas pero a pesar de ello, las cifras varían de un estudio a otro.

En concreto, la prevalencia de depresión encontrada en estos estudios, varía ampliamente entre el 9 y el 62%, en todos ellos, hay una asociación estadísticamente significativa entre psoriasis y depresión.

En nuestra serie, hemos recogido los datos en función a las puntuaciones obtenidas en los test, interpretando los resultados como mayor o menor presencia de sintomatología depresiva o ansiosa más que el diagnóstico de depresión y ansiedad. Por ello, a diferencia de otros estudios, no ciframos la prevalencia de la depresión y la ansiedad, asumiendo que ello requiere un estudio y valoración por un especialista en la materia. En este mismo sentido, un estudio realizado en población turca(76) evidencian que el valor medio de cuestionario de depresión utilizado, inventario de depresión de *Beck*(IDB), el mismo cuestionario utilizado por nosotros, también fue significativamente superior en los pacientes con psoriasis que en los pacientes sin psoriasis.

Nosotros, encontramos puntuaciones más elevadas para sintomatología depresiva en los casos que en la población control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Estas puntuaciones más elevadas mantenían la diferencia entre casos y controles a favor de los casos cuando estratificábamos por sexos. Encontramos un nivel leve de sintomatología depresiva en el 38,5% pacientes psoriásicos frente al 0,90% de los controles. De nuestro grupo control, solo objetivamos puntuaciones que corresponden a una sintomatología leve de depresión en un individuo. . Entre los casos, fueron las mujeres las que obtuvieron con más frecuencia un nivel de mayor depresión que los hombres.

Por tanto, en nuestra muestra, sí que observamos que los pacientes psoriásicos tienen mayor sintomatología depresiva y en especial las mujeres. Todos estos datos, están en

relación con la bibliografía revisada al respecto, donde la depresión se ha posicionado como una de las principales comorbilidades psíquicas asociadas a la psoriasis

De forma asociada a la depresión, se debe de tener en cuenta y así lo recogen muchos autores, la identificando de la ideación suicida como un problema grave entre los enfermos de psoriasis. Un estudio reciente encontró que la tasa de ideación suicida entre los 79 pacientes ambulatorios que reciben tratamiento para la psoriasis era 2,5%(74),(69).

Con nuestros datos recogidos, extrajimos información de la pregunta número 9 del inventario de depresión de *Beck* en relación a la idea de suicidio y obtuvimos una puntuación superior a 0 (a partir de la afirmación “*A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería*”) en el 6,3% de los casos frente al 4,6% no siendo estas diferencias estadísticamente significativa. A pesar de ello, llamó la atención que, de los 7 pacientes con psoriasis que obtuvieron una puntuación > 0, cinco fueron hombres, hecho que no iría en relación a lo anteriormente comentado, ya que sería lógico pensar que si las mujeres tienen mayor sintomatología depresiva tuvieran mayor puntuación en estas preguntas. Sin embargo, en contraposición a esta creencia, un estudio reciente examinó de ideación suicida en 907 hombres con enfermedades físicas y no encontraron asociación significativa con la psoriasis en un modelo que controlaba la depresión como factor de confusión (122). Este dato lo hemos considerado no relevante por el escaso número de respuestas. Podríamos interpretarlo de manera, que en nuestra muestra el 93,7% han contestado en relación a la ideación suicida no haber tenido pensamientos al respecto.

Un estudio multicéntrico muy reciente observacional transversal internacional que se llevó a cabo en 13 países europeos con el objetivo principal de determinar la asociación entre la depresión, la ansiedad y la ideación suicida con diversos diagnósticos dermatológicos donde fueron reclutados 3.635 pacientes y 1.359 se evaluaron la depresión y la ansiedad mediante el *Hospital Anxiety and Depression Scale*. La depresión clínica estaba presente en el 10,1% de los pacientes (controles el 4,3%, *odds ratio* 2,40 (1,67- 3,47)). La ansiedad clínica estaba presente en el 17,2% (controles el 11,1%, OR 2,18 (1,68-2,82)). La ideación suicida se informó en un 12,7% de todos los pacientes (controles el 8,3%, OR 1,94 (1,33-2,82)). Los cuatro diagnósticos más relacionados con estas morbilidades fueron la psoriasis, dermatitis atópica, eczema de las manos y úlceras en las piernas pero sólo los pacientes con psoriasis tuvieron asociación significativa con la ideación suicida(61).

En relación a la sintomatología ansiosa, los resultados obtenidos pudieran equipararse a los de la depresión, es decir, encontramos puntuaciones más altas que corresponden a una mayor presencia de sintomatología ansiosa en los casos que en los controles siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Considerando los niveles moderados-altos encontramos que el 27% de los casos tienen dichas puntuaciones frente a un 1,8% de los controles, es decir, además de una mayor ansiedad, la intensidad de la misma es elevada.

Si observamos sólo los casos, vemos que las mujeres psoriásicas siguen siendo las que tienen mayor y más intenso nivel de ansiedad manteniéndose la significación estadística.

En resumen, podemos concluir que tanto la sintomatología ansiosa como la depresiva son más frecuentes en nuestra población psoriásica, especialmente en las mujeres, datos reflejados por otros autores (123),(60)(63).

Existen voces discrepantes, que intentan buscar el porqué de esta frecuente asociación. En el último año, se ha publicado un estudio llevado a cabo por psiquiatras(124), donde no presentan diferencias significativas en los niveles de depresión o ansiedad en los pacientes con psoriasis y la población control. Sin embargo, revelan que la prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis es más alta que en individuos sanos de la población general y es esta mayor prevalencia de alexitimia el motivo de un mayor nivel de ansiedad y de depresión. Además esta alexitimia, no está relacionado con el sexo, la edad y la gravedad de psoriasis. Alegan estas diferencias entre otros datos, a los instrumentos psicométricos utilizados para su valoración(68). Además, plantean la hipótesis que ciertos factores de personalidad podrían hacer que los pacientes psoriásicos sean más vulnerables al estrés, contribuyendo así a la reactividad de la enfermedad ante el mismo (125).

Esta nueva vía, los rasgos de personalidad, nos hace preguntarnos si existe algún rasgo de personalidad común en los pacientes psoriásicos que predisponga a la morbilidad psíquica anteriormente mencionada y también a comportamientos y hábitos de vida no saludables.

A pesar que la literatura sobre la relación entre los rasgos de personalidad y la psoriasis es escasa, su conocimiento podría ser una herramienta importante a la hora de establecer una correcta relación médico paciente(126).

Un estudio realizado en Alemania con el objetivo de evaluar las diferencias entre las personalidades de tres patologías cutáneas crónicas y recurrentes como son la psoriasis, la

dermatitis atópica y la urticaria, objetivó que, los pacientes con psoriasis obtenían una puntuación más baja en “ambicioso” y “personalidad narcisista”. Además obtenían una puntuación baja en emociones positivas y puntuaciones elevadas en comportamiento impulsivo, concluyendo que desde un punto de vista psicológico, los pacientes con psoriasis parecían tener un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales. En base a los resultados, consideraron que los programas para pacientes con psoriasis deberían centrarse en la auto-motivación, prevención de conductas adictivas, y el fortalecimiento de autoeficacia(127).

Otro estudio en relación al mismo tema llevado a cabo en Polonia, objetiva la personalidad tipo D es más frecuente entre los pacientes con psoriasis. Esta personalidad tipo D se caracteriza por dos dimensiones, una tendencia a sentir emociones negativas- la depresión, la ansiedad, la ira o la hostilidad, y una tendencia para la retirada de la sociedad(128).En esta misma línea, se publicó recientemente un artículo donde se objetivó que la prevalencia de la personalidad tipo D fue mayor en los pacientes con psoriasis moderada a severa en comparación con voluntarios sanos: 38,7% vs. 23,7%, $p < 0,001$. Los pacientes de psoriasis con personalidad tipo D tenían un riesgo 3,2 veces mayor de ansiedad en comparación con los pacientes sin personalidad tipo D; además, la personalidad tipo D se asoció significativamente con un general deteriorada CVRS sexual y relacionados psoriasis(77).

Otro estudio llevado a cabo sólo en varones psoriásicos, objetivó que los pacientes con psoriasis diferían de los controles sanos en términos de temperamento dimensiones del miedo(evitación del daño), la ira (búsqueda de novedad) y el apego (dependencia de la recompensa)(76).

En nuestro estudio, hemos encontrado una mayor puntuación para los rasgos de personalidad comprendidos en el grupo B y C. Hemos encontrado los rasgos de personalidad B marcados en el 34,3% de los casos frente al 20,9% de los controles siendo esta diferencia significativa. Del mismo modo, los rasgos de personalidad tipo C marcados se han identificado en el 46,8% de los casos frente al 21,8% de los controles.

Estos rasgos incluyen las siguientes características, el grupo B incluye los rasgos de antisocial, narcisista, trastorno impulsivo, y trastorno límite y el grupo C, el anancástico, dependiente y ansioso. Los casos obtienen una puntuación más alta en la personalidad grupo C siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Al estratificar por sexos, en ambos sexos se mantiene esta tendencia a una puntuación más alta, pero sólo en las mujeres se mantiene la significación estadística.

Algunos de estos resultados son comparables con los anteriormente mencionados, existiendo ciertos rasgos de personalidad como son la dependencia, la ansiedad y la tendencia a la impulsividad que pudieran ser comparables a lo que hemos encontrado en nuestra población psoriásica.

Los rasgos de personalidad tipo B pudieran ir en relación a la tendencia a presentar hábitos de vida poco saludables y los rasgos tipo C la tendencia ansioso-depresiva.

En nuestro trabajo, la presencia de rasgos de personalidad marcados del grupo B y C son factores de riesgo para una menor calidad de vida medida por ambos cuestionarios además de factores de riesgo para presentar sintomatología ansiosa y depresiva. Estos datos están en consonancia con los publicados donde la presencia de determinados rasgos de personalidad se ha relacionado con la mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva y ansiosa(129), planteando la posibilidad que todos los factores psíquicos puedan jugar un papel conjunto y bidireccional.

Existen artículos que apuntan que el seguimiento del bienestar psicológico de los pacientes con psoriasis, parece ser un elemento vital, independientemente del tratamiento puramente médico(128),(129),(130).

En relación a las características propias de la psoriasis en nuestros pacientes, cerca mitad de los pacientes incluidos declararon que tenían familiares con psoriasis y, de éstos, más del 70% eran familiares de primer grado. Estos datos son similares a los de otros estudios(105), confirmando la importancia de los factores genéticos en la susceptibilidad de un individuo a padecer psoriasis (131).

En cuanto a la antigüedad de la psoriasis, en nuestros pacientes parece ocurrir efectos similares a los publicados previamente, (78) donde evidencian que la psoriasis de aparición temprana se ha asociado con una mayor susceptibilidad genética. Nuestros datos, sólo recogen los años de evolución que el paciente tiene la psoriasis, y evidenciamos que cuanto mayor tiempo de evolución, las puntuaciones en el DLQI son menores sin tener influencia en las puntuaciones del cuestionario genérico de CV.

Respecto a la influencia en la calidad de vida de la antigüedad de la psoriasis, existen datos contradictorios. Algunos autores, han observado datos similares a los nuestros, con el tiempo se observan una mejoría de la calidad de vida existiendo una reducción de la afectación psicológica debida a la psoriasis de al menos una cuarta parte (132). Sin embargo, este dato, no estaría en relación con un nuevo concepto denominado

discapacidad acumulada en el transcurso vital(133),(134),(135) (*Cumulative Life Course Impairment* (CLCI) que constituye un nuevo paradigma de evaluación del impacto de la psoriasis en la CV del paciente. El concepto CLCI hace referencia a la “discapacidad progresiva que el paciente va acumulando durante el transcurso su vida a causa de la psoriasis” por la influencia de múltiples factores, esta enfermedad genera un desgaste progresivo y una afectación que se acumula en la historia vital de cada individuo.(134).Posiblemente, este concepto, abarque muchos más datos, factores y eventos que van más allá que la antigüedad de la psoriasis.

En relación a los tratamientos recibidos, de los tratamientos sistémicos, los más frecuentemente prescritos fueron los sistémicos clásicos, siendo los fármacos sistémicos biológicos con menor frecuencia prescritos. Este hecho también ha sido constatado por otros autores y posiblemente sea debido sobre todo a que la prescripción actualmente de los sistémicos biológicos venga indicada cuando en un psoriasis moderado- grave haya fallado alguna de las terapias sistémicas denominadas clásicas.

El porcentaje de pacientes tratados con terapias biológicas ha sido en nuestro estudio de un 18%, más alto del observado en otros estudios, que han reportado el uso de fármacos biológicos en aproximadamente el 5% de su población a estudio. Nuestros datos son similares a los encontrados en otro estudio español llevado a cabo en Galicia sobre una cohorte de 395 psoriasis donde el 16% de ellos llevaban tratamientos biológicos (110).

Un estudio transversal de la psoriasis moderada - grave llevado a cabo por dermatólogos españoles en año 2008 indicaba que los dermatólogos hacíamos una correcta precisión diagnóstica de la gravedad de la psoriasis, pero sin embargo, una inadecuada decisión terapéutica en muchos pacientes, que podrían beneficiarse de terapias sistémicas más agresivas y que no se prescribían(136).

En los últimos años, el uso de terapias biológicas en los últimos años va en aumento, así lo reflejamos en nuestro estudio y en el realizado en población gallega incluso en el estudio VACAP(136) donde la prevalencia de uso de terapias biológicas fue superior, en torno al 36%. Según los autores, este hecho es reflejo de los grandes avances que se han producido en el tratamiento de la psoriasis existiendo evidencias que estas terapias sistémicas biológicas se asocian con una reducción en la gravedad de la enfermedad y una mejora en la CVRS.

El tratamiento tópico sólo o combinado con tratamiento sistémico se prescribió en cerca del 70% de los pacientes. Existen artículos que han concluido que el propionato de

clobetasol tópico además de ser un tratamiento eficaz y seguro para la psoriasis en placas, produce una mejora significativa en la calidad de vida para los pacientes afectados(137).

Así mismo, existen artículos que encuentran que el factor más alto valor predictivo entre todos los parámetros considerados fue el tiempo empleado por los pacientes con su tratamiento de la psoriasis cada día. *A priori* se perdería más tiempo en llevar a cabo un tratamiento tópico que sistémico, siendo además más incómodo lo que parece confirmar que la incomodidad del tratamiento y el tiempo empleado influyen significativamente la calidad de vida siendo más incómodo para el paciente(81).

En un trabajo reciente realizado sobre población psoriásica española, el tratamiento utilizado para la psoriasis influyó en la calidad de vida, de modo que los pacientes con tratamientos biológicos tienen dos veces mejor calidad de vida que los que reciben tratamiento sistémico convencional y tres veces mejor calidad de vida que los pacientes con tratamiento tópico(110).

En nuestro estudio, los resultados son algo diferentes, ya que encontramos que el tener un tratamiento sistémico activo influye en tener una puntuación mayor en el DLQI lo que supone una merma en la calidad de vida. Además también es un factor favorecedor de la presencia de sintomatología depresiva. Al ser un estudio transversal, no podemos estudiar cómo influye la introducción de las nuevas terapias biológicas en la calidad de vida de nuestros pacientes. Además, por motivos metodológicos hemos agrupado para análisis uni/ multivariado en tener o no tener un tratamiento sistémico activo agrupando tanto tratamiento sistémico clásico o biológico.

En cuanto a la localización de la psoriasis, fue más frecuente en áreas visibles. Este dato, es un hecho esperado, ya que por historia natural de psoriasis, la localización clásica son las áreas visibles. De ellos, el 50% tienen afectación del cuero cabelludo y cerca del 20% afectación ungueal. Autores españoles, han observado en su población estudiada que una mayor intensidad del cuadro cutáneo, se asoció también significativamente con más afectación ungueal y mayor extensión en el cuero cabelludo(138).

En nuestra serie, el factor de localización en áreas visibles, fue un factor relacionado con una puntuación mayor en el cuestionario específico de calidad de vida. La localización de la psoriasis en áreas visibles en el análisis univariado ha sido el factor relacionado con la psoriasis que más ha aumentado el riesgo de padecer sintomatología depresiva.

La implicación de este factor puede venir por el hecho que la presencia de una enfermedad visible como la psoriasis puede generar en los pacientes sentimientos de estigmatización y rechazo(139). De acuerdo con la definición de estigma, el paciente con psoriasis presenta una alteración visible de su piel que determinaría su inclusión en una categoría social hacia en cuyos miembros se genera una respuesta negativa y de rechazo por parte de la población no afectada por la enfermedad. Estos sentimientos de estigmatización se ven confirmados en algunas situaciones sociales, cuando las lesiones son visibles a los otros (piscina, gimnasio, playa. . .) siendo observados detenidamente e incluso instados a abandonar las instalaciones o equipamientos públicos(140).

La visibilidad de las lesiones, además, provoca en el paciente una afectación negativa de su imagen corporal, que unida a los sentimientos de estigmatización y a las experiencias de rechazo social provocan una disminución de la autoestima, sentimientos de inferioridad, disminución de la seguridad en uno mismo y por consiguiente del bienestar emocional(139).

En cuanto a la gravedad de la psoriasis, el 67% de nuestros pacientes tenían según los criterios establecidos una psoriasis moderada-grave y el 32% una psoriasis leve. Estos datos son algo más elevados que los referidos en la literatura, donde se identifica que un tercio de los pacientes psoriásicos tienen una psoriasis grave.

Los motivos pueden ser varios, creemos que el principal, es que nuestro punto de corte para definir la gravedad de la misma ha sido “el llevar o haber llevado en algún momento de la historia natural de su psoriasis algún tratamiento sistémico” asumiendo que la indicación de dicho tratamiento, ha sido como recomienda la *EMA* la existencia de un PASI > 10, BSA >10 y DLQI>10(97).

El hecho de no usar el PASI como método de selección de la gravedad de nuestros pacientes, ha sido un motivo metodológico, ya que muchos de ellos, son pacientes que están en tratamiento y la efectividad del mismo hace que en el momento de la consulta el PASI o la superficie de piel afecta no sea un dato real de la gravedad del cuadro cutáneo. Por otro lado, a pesar que la inclusión se hizo tanto desde el Centro de Especialidades como del Hospital, ha existido una mayor tendencia a incluir pacientes seguidos en el Hospital por mayor cercanía y predisposición a participación de los pacientes, hecho que ha provocado que la inclusión de pacientes más graves sea mayor.

Tener una psoriasis de mayor gravedad, se ha asociado a unas puntuaciones más elevadas en el DLQI y más bajas en el Ruiz Baca, lo que indica una merma en la calidad de vida.

V.2.-IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA, DEPRESION Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES PSORIASICOS

En la literatura se ha constatado hace años que la psoriasis provoca una merma en la calidad de vida, incluso mayor, a otras enfermedades que “a priori” pueden ser incluso mortales(59). Incluso algún autor como *Van de Kerkhof* (2004), la definió como una enfermedad "con potencial de arruinar» porque, a pesar de que no conduce directamente a la muerte, hace que la vida “sea insoportable” (141).

En un estudio realizado por la *National Psoriasis Foundation* hasta un 75% de los pacientes que sufrían psoriasis afirmaron que la enfermedad tenía un impacto negativo en su vida diaria(142). En otra encuesta realizada a los pacientes de la Asociación Española de afectados de Psoriasis, el 75% padecía angustia o estrés debido a la psoriasis, el 60% inseguridad, el 19% había recibido ayuda psicológica o psiquiátrica y más del 30% recibía tratamiento farmacológico debido al malestar emocional(143).

Además debemos tener en cuenta que aunque tenemos métodos objetivos que pueden medir la psoriasis en términos de extensión y gravedad de la enfermedad de la piel, estas medidas, en ocasiones, no captan el impacto de la enfermedad sobre la vida de los pacientes(21).

Nosotros, al igual que otros estudios, hemos utilizado dos cuestionarios de calidad de vida, uno genérico (Ruiz -Baca) y otro específico (DLQI) para las enfermedades cutáneas. Como apuntan ya algunos artículos, los pacientes con psoriasis tienen afectada su CVRS con independencia del cuestionario que se utilice para medirla(144). Se ha observado que, la aplicación de cuestionario un genérico con uno específico para enfermedades dermatológicas cubriría todos los aspecto implicados en la calidad de vida(145).

En términos generales en nuestro estudio, el 67% de los pacientes con psoriasis tenían una merma de calidad de vida medida mediante el cuestionario específico DLQI, siendo esta merma más frecuente en las mujeres psoriásicas. Más de un 15% de los paciente psoriásicos tenía una merma “intensa “de la calidad de vida mediante el DLQI siendo estos datos comparables a otros estudios(142).El nivel de merma más frecuente la sido el comprendido entre 2-5 puntos para el DLQI que supone un nivel de merma leve siendo estos datos superponibles al trabajo realizado por autores españoles sobre población gallega psoriásica donde la puntuación media del DLQI fue de la puntuación media del DLQI fue $4,17\pm 4,51$ (110).De la misma forma en nivel de merma más frecuentemente

evidenciado en otra cohorte española ha sido el nivel leve de DLQI(96).Curiosamente en nuestra población hemos obtenido más porcentaje de puntuación para el nivel de merma de CV intensa que para el nivel moderado, 16,1% frente al 14,3%.

Del mismo modo con el cuestionario genérico de calidad de vida Ruiz Baca obtuvimos puntuaciones más bajas en los psoriásicos. Los ámbitos de la calidad de vida más afectados fueron los relacionados con la satisfacción general y la distensión laboral y tiempo libre. El mayor riesgo de deterioro en el Cuestionario Ruiz Baca se evidenció en las preguntas relacionadas con el bienestar físico/ psíquico. Éste ámbito también es el que se ha visto más mermado en un estudio realizado con el cuestionario genérico de calidad de vida SF 36, en el que las menores puntuaciones se obtuvieron en el ámbito de salud física y psíquica.(96).Como ocurría en el DLQI las mujeres psoriásicas obtenían puntuaciones más bajas en el total de la puntuación que los hombres psoriásicos.

En la actualidad, sabemos que muchos esfuerzos de la medicina, van encaminados a la identificación de factores de riesgo que pudieran ser modificables con la intención de un mejor control clínico y global de la patología y del paciente, existiendo además un factor económico a tener en cuenta, ya que se ha observado que los pacientes con psoriasis en placas con peor calidad de vida se asocian a un aumento de uso de recursos sanitarios independiente de la gravedad clínica. Por lo que la calidad de vida, se debe considerar en la predicción de la carga económica de la enfermedad(21).Incluso recientemente se ha estudiado el impacto que la psoriasis tiene sobre los familiares que conviven con enfermos de psoriasis evidenciándose que la psoriasis no solo empeora notablemente el bienestar global de las pacientes sino también el de sus convivientes, que experimentan un deterioro de su calidad de vida y niveles altos de ansiedad y depresión(146).

Por ello, poder identificar qué factores relacionados con el paciente psoriásico pudieran estar relacionados con una mayor merma de calidad de vida, supondría una información muy valiosa a la hora de plantear el problema de salud con el paciente adaptando las decisiones terapéuticas en la medida de lo posible a las necesidades personales e individuales del paciente.

Varios estudios se han desarrollado en los últimos años en ésta línea, en intentar determinar cuáles son los factores predictores de una peor calidad de vida, con resultados variados que pudieran ser complementarios y no excluyentes:

- ✓ Ferrándiz et al (2006), sobre una población de 3.320 pacientes con psoriasis moderado-grave, encontraron asociaciones débiles pero significativas entre la

gravedad de la psoriasis y la calidad de vida. Además obtuvieron mayor afectación en las mujeres, los pacientes más jóvenes, aquellos en que la psoriasis se inicia antes de los 30 años y los que tenían un brote activo en el momento del estudio(147).

- ✓ En el estudio *SECUENCE* realizado en 2012 sobre una muestra de 442 pacientes con psoriasis, evidencian también, que la gravedad de la psoriasis es un factor que merma de calidad de vida. Como factor independiente de la gravedad de la psoriasis, señalan a la comorbilidad psíquica asociada como el mayor predictor de la merma de calidad de vida de estos pacientes(138).
- ✓ En el estudio *PSO-LIFE* publicado en el año 2013, se evidencia una mayor merma de calidad de vida en las psoriasis activas frente a las estables. Apuntan que añadido a la severidad de la psoriasis, la presencia de lesiones en áreas visibles se relacionaba con unas puntuaciones menores en los cuestionarios de calidad de vida que significaban mayor merma(148).
- ✓ En el estudio *ARIZONA*(96) realizado en España sobre una población de 1022 individuos con psoriasis moderada-grave con el objetivo principal de establecer la correlación entre la calidad de vida y las comorbilidades asociadas, encontró, que los pacientes con varias comorbilidades como la artritis psoriásica, la hipertensión o la obesidad tenían peores puntuaciones en el componente físico del cuestionario de calidad de vida (SF-36) independientemente del sexo. Además ,observaron que eran las mujeres psoriásicas las más afectadas en el componente de salud mental que los hombres(96).Obtenían puntuaciones menores del DLQI en aquellos pacientes que tenían un psoriasis moderado-grave asociado a un trastorno de ansiedad.
- ✓ Fernández-Torres *et al*(2014) publican un estudio donde evidencian que los factores relacionados con la pérdida de calidad de vida en pacientes psoriásicos son, el sexo mujer, duración de la psoriasis y el tipo de tratamiento, siendo el tratamiento sistémico biológico el reportado como factor que mejora la calidad de vida de estos pacientes (110).

En este mismo sentido coincide nuestro estudio, la identificación de potenciales factores de mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes teniendo en cuenta todas las

comorbilidades físicas y psíquicas anteriormente descritas y además de las características particulares de la psoriasis.

Partimos de la base que los factores que influyen en el riesgo de merma de CVRS pueden ser múltiples e interactuar. En este estudio hemos examinado una combinación de factores fenotípicos propios de la enfermedad, comorbilidades físicas, hábitos tóxicos y comorbilidades psíquicas en los pacientes con psoriasis y que hemos ido describiendo en el apartado de los “Resultados”.

En el análisis multivariante para el DLQI hemos construidos distintos modelos con múltiples factores de exposición simultáneos con la finalidad de identificar la combinación de factores que pudieran servirnos como “métodos de *screening* o de alerta” en los cuales el deterioro de la calidad de vida pudiera ser mayor.

a) Factores sociodemográficos: con edad menor de 40 años tiene un mayor riesgo de merma de CV OR 2,93 (CI 95% 1,29-6,77; $p < 0.05$). En el análisis univariante se evidenció que el ser hombre parece ser un factor de protección, pero el análisis multivariante, ser mujer se ha sido identificado como factor asociado a otros factores que reducen la CV.

b) Comorbilidades físicas asociadas: no hemos podido identificar que el hecho de tener comorbilidades físicas asociadas repercuta en la CVRS medida mediante el DLQI.

c) Características propias de la psoriasis: En el análisis univariante se evidencia que el hecho de tener una psoriasis en áreas visibles aumenta el riesgo de tener una merma de calidad de vida medida mediante DLQI en OR 7.38 (CI 95% 2.00-47.8; $p < 0.05$). De igual forma el hecho de tener un tratamiento sistémico activo supone un riesgo de merma con una OR 2.58 (CI 95% 1.14-5.90; $p < 0.05$). Un dato a tener en cuenta como protector de la merma ha sido el tener antecedentes familiares de psoriasis.

d) Comorbilidades psíquicas: el hecho de asociar sintomatología ansiosa (IAB > 7) y sintomatología depresiva (IDB > 11) hace que el riesgo de merma se multiplique por cinco. (OR 5.84 CI 95% 1.8-22,7 $p < 0.05$).

❖ Con estos resultados de nuestro estudio, cuantificamos la merma de calidad de vida relacionada con la salud mediante el test específico DLQI para patologías cutáneas identificando los siguientes factores de riesgo de merma:

- ✓ Menores de 40 años
- ✓ Psoriasis en áreas visibles.
- ✓ Tratamiento sistémico activo.

- ✓ La presencia de comorbilidad psíquicas: depresión y ansiedad.

En el análisis multivariante para el cuestionario genérico de calidad de vida Ruiz Baca hemos construido modelos similares:

- a) Factores sociodemográficos: a diferencia de lo que ocurre en el test específico, el sexo y la edad por sí solos, no aparecen como factores de riesgo para la merma de la calidad de vida si utilizamos este cuestionario.
- b) Factores relacionados con la propia psoriasis: la localización de las lesiones en áreas visibles, vuelve a evidenciarse como un factor de riesgo para la merma con un OR cruda de 2,94 (CI 95% 1,03-9,26 $p < 0.05$).
- c) Comorbilidades físicas: La artropatía psoriásica se perfiló como la comorbilidad que se asocia a una merma de calidad de vida. Hay un riesgo de merma en la calidad de vida de 9.10 por el hecho de tener artropatía con independencia del sexo y de la edad.
- d) Comorbilidades psíquicas: de nuevo la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva es suficiente para esperar un deterioro en la merma. Además en este caso, sí que la presencia de determinados rasgos de personalidad marcados del grupo B o C suponen un riesgo de merma por sí solos.

❖ Con estos resultados de nuestro estudio, cuantificamos la merma de calidad de vida relacionada con la salud mediante el test genérico de calidad de vida identificando los siguientes factores de riesgo de merma:

- ✓ Psoriasis en áreas visibles.
- ✓ Asociación a artropatía psoriásica.
- ✓ Rasgos de personalidad B y C marcados.
- ✓ La presencia de comorbilidad psíquicas: depresión y ansiedad

Nuestros resultados ponen de manifiesto, lo comentado por otros autores, la calidad de vida de los pacientes con psoriasis está mermada con independencia del test que se use para medirla.(148).

- El grupo de edad más sensible a la merma de calidad de vida es el grupo de pacientes menores de 40 años mostrando que las mujeres tienen una mayor merma que los hombres en el DLQI, no siendo estas evidencias corroboradas en el cuestionario genérico.
- Los factores que aparecen con mayor frecuencia implicados en esta merma son la localización en áreas visibles, la artropatía psoriásica y el tener un tratamiento sistémico activo. El peso de los factores relacionados con las características propias de la psoriasis se identifica más en el cuestionario específico.
- Identificamos la presencia de artropatía psoriásica como la única comorbilidad física relacionada con la merma. Se identifica como factor de riesgo en el cuestionario genérico de calidad de vida, ya que el DLQI no está diseñado para valoración de patologías extracutáneas.
- No hemos identificado que los hábitos tóxicos sean factores determinantes de la merma de calidad de vida global.
- Se identifica en ambos cuestionarios el peso de las comorbilidades psíquicas en la merma de CVRS.

La edad inferior a 40 años se postula como el rango de edad donde la calidad de vida en relación a la psoriasis se ve más mermada. Estos datos, están en consonancia con los publicados, donde evidencian que independientemente de la gravedad de la psoriasis, los pacientes de mayor edad obtenían unas puntuaciones más bajas en el DLQI, lo que implica mejor calidad de vida. De hecho, en este mismo análisis el incremento de la edad del paciente se mostró como un factor protector (OR = 0,973 [IC 95%: 0,957-0,989])(138). Otro estudio en este mismo sentido, observó que había una tendencia que la mayor edad se asociaba con niveles ligeramente más bajos de funcionamiento físico y niveles ligeramente más altos de funcionamiento psicológico y la calidad de vida en general(149).

En relación al sexo, sabemos que la psoriasis no discrimina por género. Los estudios basados en clínica muestran que no hay diferencias en la severidad de síntomas físicos

que sufren los hombres y mujeres, pero las mujeres y los hombres probablemente tienen diferentes percepciones subjetivas de cómo los síntomas afectan sus interacciones sociales, estados emocionales y, en última instancia, su calidad de vida. En un estudio (71) donde se preguntó a hombres y mujeres con psoriasis sobre el perjuicio que esperan encontrarse, objetivaron que las mujeres esperaban mayor discriminación en relación a su psoriasis que los hombres. Estos mismos autores explican este efecto como resultado de 'doble riesgo' de ser mujer y un enfermo de psoriasis. Las mujeres son más propensas a reportar el sentimiento "malestar" o "perturbación" en entornos sociales mientras que los hombres, que les resulta más fácil distanciarse de los efectos sociales de psoriasis (150). Recientemente (151) se ha mostrado que hombres y mujeres no perciben los síntomas de manera diferente, pero ellos perciben diferencias en niveles de incomodidad, la estigmatización y la calidad de vida. Las mujeres también experimentaron una mayor reducción de CV. En nuestro estudio el ser varón se ha identificado como un factor protector (OR = 0,33 [IC 95%: 0,15-0,72; p<0.05]).

Dentro de los factores relacionados con la propia psoriasis, nuestros datos están en concordancia con otros autores identificando que la visibilidad de la psoriasis y el tratamiento sistémico activo son factores más relacionados con la merma en la CVRS. Por la metodología seguida en el estudio, donde a la hora de clasificar la gravedad de la psoriasis, hemos tomado como referencia el llevar o haber llevado tratamiento sistémico, podemos decir que, si "el llevar tratamiento sistémico activo" se ha identificado como factor de riesgo de merma de CV, lo es de la misma forma el tener una psoriasis moderada-grave.

En relación a la visibilidad de las lesiones, conocemos que las medidas clínicas disponibles en la predicción de la severidad del cuadro, por su naturaleza, tienden a restar importancia a los aspectos emocionales de los pacientes, por ejemplo, hacen caso omiso en la distinción entre lesiones en áreas visible y no visibles del cuerpo (139).

La estigmatización se define como tener una marca de desprestigio que lleva a la discriminación social y la alienación. Las lesiones visibles causan sentimientos de estigmatización, que puede conducir a estrés psicológico y al aislamiento social. En un estudio donde evaluó cual era uno del aspecto más molesto para los pacientes, fue el que otras personas contemplaran sus alteraciones cutáneas (152). Nuestros datos van en esa misma línea, ya que la visibilidad de las lesiones ha supuesto puntuaciones más altas sobre el cuestionario específico de CV (DLQI) pero también en el cuestionario genérico de calidad de vida (Ruiz Baca).

En esta misma línea, algunos autores(153) estudiaron la influencia de la psoriasis en la imagen corporal de los pacientes en base a un "Modelo de Imagen Corporal" (BIM) e identificaron que la psoriasis en áreas visibles tenía un impacto psicosocial provocando el aumento de la cobertura del cuerpo con intención de ocultar las áreas afectas, inhibiciones sexuales y la reducción de actividad de ejercicio. Esto afectaba aún más la autoimagen negativa e influía en las personas con psoriasis a la hora de manejar el riesgo de síndrome metabólico. Identificaron que la información obtenida a través de los cuestionarios de Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), en ocasiones, no reflejaban totalmente las declaraciones de los pacientes durante las entrevistas realizadas, por lo que concluyeron señalando la importancia de la identificación de esta alteración de la imagen corporal ,para poder identificar precozmente tanto comorbilidades psíquicas como físicas y propusieron que se asociaran a los cuestionarios específicos tipo DLQI ,cuestionarios relacionados con la imagen corporal(153).

La importancia de la comorbilidad psíquica en la calidad de estos pacientes también se puso de manifiesto en el estudio SEQUENCE donde concluyeron que, independientemente de la gravedad de la psoriasis, el mayor predictor de mala calidad de vida fue la comorbilidad psiquiátrica la patología psiquiátrica concomitante (OR = 5,105[IC 95%: 2,177-11,972]) (138).En nuestro estudio las comorbilidades psíquicas han sido un factor muy importante a la hora de valorar la predisposición a mayor merma de la calidad de vida(OR 5.84 CI 95% 1.8-22,7 p<0.05).

En este sentido, y a la vista de nuestros resultados, estamos de acuerdo con las estrategias que se marcan desde la Organización Mundial de la Salud donde hacen hincapié en la importancia del peso psíquico de las enfermedades físicas con su lema "no hay salud sin salud mental"(154).

El peso evidenciado en la merma de calidad de vida de las comorbilidades psíquicas (depresión y ansiedad) nos ha llevado a realizar el mismo análisis que antes con el mismo objetivo , la identificación de factores de riesgo relacionados con el propio individuo psoriásico que pudieran favorecer la aparición de esta sintomatología psíquica y con ello mermar la calidad.

- Se han objetivado como factores de riesgo a la presencia de sintomatología depresiva:

Ser mujer con una edad inferior a 40 años con una psoriasis en áreas visibles en tratamiento sistémico activo. Además la presencia de artropatía psoriásica es un factor

que por sí sólo supone un aumento del riesgo. Si además se asocia comorbilidades psíquicas como son sintomatología ansiosa y unos rasgos de personalidad A B y C marcados el riesgo mantiene un ritmo ascendente.

❖ Podemos dibujar tres perfiles de pacientes con mayor riesgo de depresión:

- ✓ Mujer psoriásica de menos de 40 años con artropatía: OR de 4.70 CI 95% 1,4-18,3; $p < 0.01$.
- ✓ Mujer psoriásica menor de 40 años con psoriasis en áreas visibles y tratamiento sistémico activo: OR 5.06 CI 95% 1,5-18,1 $p < 0.01$
- ✓ Mujer psoriásica de menos de 40 años con rasgos de personalidad marcados y síntomas de ansiedad: OR de 5.51 CI 95% 1,4-25,32 $p < 0.01$.

- Se han objetivado como factores predisponentes a la presencia de sintomatología ansiosa:

Ser mujer, edad inferior a 40 años con artropatía psoriásica Si además se asocia comorbilidades psíquicas como son sintomatología ansiosa y unos rasgos de personalidad B y C marcados el riesgo mantiene un ritmo ascendente.

❖ Podemos dibujar dos perfiles de pacientes con mayor riesgo de ansiedad:

- ✓ Mujer psoriásica de menos de 40 años con artropatía: OR de 3.13 CI 95% 1,2-9,4 $p < 0.01$.
- ✓ Mujer psoriásica de menos de 40 años con rasgos de personalidad marcados y síntomas de depresión: OR de 9.40 CI 95% 2,7-39,3 $p < 0.01$.

Como hemos, la sintomatología depresiva es más sensible a los factores relacionados con la propia psoriasis. Se evidencia de nuevo la conexión entre la depresión, ansiedad y los rasgos de personalidad marcados. Podríamos decir que la sintomatología ansiosa es más sensible a la morbilidad psíquica de base aunque ambos riesgos están claramente aumentados cuando la morbilidad psíquica está presente. En ambas, sólo la artropatía

psoriásica se ha identificado como claro factor de riesgo sin haber identificado mayor riesgo por el resto de comorbilidades físicas.

Estos datos, se asemejan mucho a las conclusiones extraídas de un estudio llevado a cabo en el año 2013 donde la presencia de la artritis psoriásica, trastornos psiquiátricos, deben tenerse en cuenta al evaluar el impacto de la psoriasis la gravedad de la calidad de vida(155).

V.3.- ANÁLISIS DEL RIESGO ASOCIADO A LA EXPOSICIÓN DE LA PSORIASIS: muestra de casos-contróles

En este punto, hemos estudiado el peso de la psoriasis como factor independiente de tener merma de la calidad de vida evitando aquellos factores de confusión y aislando sólo el efecto de la patología cutánea. De forma similar hemos aislado el efecto de la psoriasis sobre la sintomatología depresiva, ansiosa en nuestra muestra de casos y controles.

Existen pocos estudios con metodología casos-contróles donde evalúen estos puntos. La mayoría de los estudios publicados, son de corte transversal en diseño como el nuestro, pero carecen de grupo control. Además, encontramos diversidad en el tamaño muestral y diferencias metodológicas en relación a los cuestionarios utilizados, haciendo que los resultados sean variables. Por tanto, la interpretación de los trabajos previos publicados, a menudo se hace difícil debido a la falta de datos del grupo de control.

Un trabajo publicado recientemente,(156) con metodología caso- control, estudian en 42 pacientes con psoriasis y en 42 individuos sanos, el impacto en la calidad de vida mediante el uso de un cuestionario genérico de calidad de vida no relacionado con la salud, el “Cuestionario *Flanagan*”.En su trabajo estos autores, evidenciaron un menor nivel de calidad de vida en algunas de las áreas de la calidad que el cuestionario utilizado contemplaba como eran el bienestar físico y mental, desarrollo y relación personal y la faceta de recreación. Estos autores, concluyeron que, inequívocamente, la persona que sufre de psoriasis tiene una menor calidad de vida que los individuos sano.

En nuestro estudio, nosotros hemos encontrado datos que ponen de manifiesto el peso que la psoriasis tiene en el deterioro de la calidad de vida al comparar con un grupo control. Las puntuaciones del cuestionario genérico de calidad de vida Ruiz Baca han sido más bajas para los individuos con psoriasis que para el grupo control tanto para el cómputo global como para el cómputo particular de las cuatro dimensiones de la calidad de vida que contempla esta cuestionario(apoyo social, satisfacción general, bienestar físico/ psíquico y distensión laboral/ tiempo libre).La dimensión más deteriorada en los pacientes psoriásicos ha sido las preguntas relacionadas con la “ satisfacción general” , de la misma manera ocurre en los casos. Esto posiblemente estriba en que son las preguntas más generales de la calidad de vida .La dimensión menos deteriorada en los pacientes psoriásicos ha sido la distensión laboral y tiempo libre. Como ocurría en el estudio anteriormente señalado, la dimensión de la calidad de vida que puede tener más riesgo de merma es la referida al Bienestar físico/ psíquico (OR 4,07 CI 95% 2.04-6.93; p<0.05).

Nosotros hemos encontrado que el riesgo de merma en la calidad de vida para un paciente con psoriasis es 3 veces superior al de un paciente sin la enfermedad. Este riesgo se reduce a 2 cuando se consideran las dimensiones de la calidad de vida apoyo social y satisfacción general.

Además, al incorporar a los controles, hemos puesto de manifiesto de nuevo que las comorbilidades psíquicas vuelven a tener un papel relevante en la merma de la calidad de vida. El peso de estas comorbilidades psíquicas también queda patente en un estudio de casos controles llevado a cabo en población Alemana(67) en el cual la psoriasis parece estar asociada de forma independiente con los principales trastornos psiquiátricos.

Algunos autores evidenciaron en su población de estudio que los predictores más fuertes de la depresión y la ansiedad fueron las medidas de calidad de vida(157)

Esta relación, también se evidencia en un estudio danés que publicó una prevalencia de depresión medida mediante el inventario de depresión de *Beck* fue del 13% en los pacientes con psoriasis en comparación con el 5% de los controles(158).

Un estudio de casos -controles llevado a cabo en Reino Unido sobre una población amplia 150.000 pacientes con psoriasis y una población control sana de 765.000 concluyeron que los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de depresión, ansiedad y tendencias suicidas en comparación con la población general. Calcularon que 10.400 de depresión, 7.100 de ansiedad y 350 suicidios serían atribuibles a la psoriasis. Los pacientes con psoriasis más jóvenes tenían riesgos relativos más elevados en comparación con los pacientes con psoriasis mayores (159).

En un estudio de casos controles llevado a cabo con 50 pacientes psoriásicos y 50 individuos sanos, observaron grados más altos de la depresión en pacientes con psoriasis que en los controles medidos mediante el IDB y estos síntomas depresivos, fueron fuertemente correlacionados con la severidad de la psoriasis(68).

En nuestro estudio, la valoración de la depresión y la ansiedad para casos y controles, al incorporar a los individuos sanos, hemos identificado pocos individuos sanos con síntomas de depresión y de ansiedad. En concreto controles con sintomatología depresiva hemos encontrado sólo 1 control frente a 39 de los casos. Por tanto, al no tener información de individuos sanos, no podemos considerar la depresión como una fuente de variación directa de la calidad de vida. Sin embargo del análisis de los casos sí que se evidenció que a mayor puntuación en el IDB menor calidad de vida.

Considerando el percentil 75 de las puntuaciones, consideramos síntomas “muy incipientes” la presencia de un Inventario de depresión de *Beck* >5. De este modo, si se evidencia que el riesgo de tener sintomatología depresiva “muy incipiente” en los pacientes con psoriasis es de 5,44, manteniéndose esta diferencia estadísticamente significativa en las mujeres al estratificar por sexos incluso el riesgo asciende hasta un 14.3 en las mujeres. En este análisis los riesgos estén sobredimensionados al haber bajado el nivel a partir del cual hay sintomatología depresiva, pero lo que sí queda claro es que los pacientes con psoriasis tienen una mayor tendencia mostrar sintomatología depresiva. Además estos síntomas depresivos, están relacionados con la presencia de algún rasgo de personalidad marcado.

Del mismo modo ocurre con la ansiedad, el riesgo de mostrar síntomas de ansiedad en un paciente con psoriasis es 1.85 veces mayor que un individuo sin ella, considerando la muestra total. En la muestra estratificada por sexos se obtiene el efecto de la psoriasis sobre el riesgo de ansiedad ajustado no es estadísticamente significativo.

VI.-LIMITACIONES

1.- Sesgo de selección:

El estudio se ha realizado en el propio centro hospitalario, pudiendo existir un sesgo de selección hacia los casos más graves de psoriasis en placas.

2.-Sesgo de información:

La recogida de los datos sobre las comorbilidades físicas, fue realizada según datos de la historia clínica, sin intervención por nuestra parte, por lo que la prevalencia de las mismas pudiera estar infravalorada, no así con los datos recogidos de la esfera psíquica que proceden de los cuestionarios cumplimentados por los propios pacientes.

VII.-CONCLUSIONES

1.- Hemos identificado la comorbilidad psíquica como un factor importante de la merma de calidad de vida de nuestros pacientes con psoriasis.

2.-Hemos hallado una mayor prevalencia de comorbilidades físicas (hipertensión, dislipemia y obesidad) en los pacientes con psoriasis.

3.-La hipertensión, dislipemia y obesidad, no se han relacionado con la merma de calidad de vida ni con el riesgo de mayor tendencia a tener depresión y ansiedad.

3.-Artropatía psoriásica es la única patología asociada relacionada con mayor morbilidad psíquica y menor calidad de vida.

4.-Los hábitos tóxicos, en nuestros pacientes, no se han relacionado con la merma de la calidad de vida.

5.- Las características propias de la psoriasis más relacionadas con la merma de calidad de vida fueron la localización en áreas visibles y el estar con tratamiento sistémico.

6.- Nuestros pacientes con psoriasis, tuvieron tres veces más riesgo de tener merma de calidad de vida que la población control, siendo las dimensiones de bienestar físico, distensión laboral y tiempo libre las áreas más afectadas.

VIII.-BIBLIOGRAFIA

1. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis : A review. 2004;(May 2003):155–61.
2. Basko-plluska JL, Petronic-rosic V. Psoriasis : epidemiology , natural history , and differential diagnosis. 2012;67–76.
3. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. AEDV; 2014 Jun [cited 2015 Jan 8];105(5):504–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24569109>
4. Goff KL, Karimkhani C, Boyers LN, Weinstock MA, Lott JP, Hay RJ, et al. The Global Burden of Psoriatic Skin Disease. *Br J Dermatol* [Internet]. 2015 Feb 3 [cited 2015 Mar 18];n/a – n/a. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645671>
5. Huerta C, Rivero E, Rodríguez LAG. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol* [Internet]. 2007 Dec [cited 2015 Jan 8];143(12):1559–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18087008>
6. LOMHOLT G. PREVALENCE OF SKIN DISEASES IN A POPULATION; A CENSUS STUDY FROM THE FAROE ISLANDS. *Dan Med Bull* [Internet]. 1964 Feb [cited 2015 Jan 4];11:1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14120983>
7. Ferrándiz C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandía A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2001 Jan [cited 2015 Jan 8];15(1):20–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451315>
8. Molteni S. Biomarkers in the pathogenesis , diagnosis , and treatment of psoriasis. 2012;55–66.
9. Puig L, Julià a, Marsal S. The pathogenesis and genetics of psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. AEDV; 2013 [cited 2014 Dec 21];105(6):535–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23369832>
10. Krueger JG, Fretzin S, Suárez-Fariñas M, Haslett PA, Phipps KM, Cameron GS, et al. IL-17A is essential for cell activation and inflammatory gene circuits in subjects with psoriasis. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2012 Jul [cited 2014 Dec 29];130(1):145–54.e9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3470466&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
11. Mak RKH, Hundhausen C, Nestle FO. Progress in Understanding the Immunopathogenesis of Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. Elsevier; 2009 Dec [cited 2015 Jan 9];100:2–13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731009733721>

12. Fan X, Yang S, Sun LD, Liang YH, Gao M, Zhang KY, et al. Comparison of clinical features of HLA-Cw*0602-positive and -negative psoriasis patients in a Han Chinese population. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2007 Jan [cited 2014 Dec 21];87(4):335–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598037>
13. Gudjonsson JE, Karason A, Antonsdottir A, Runarsdottir EH, Hauksson VB, Upmanyu R, et al. Psoriasis patients who are homozygous for the HLA-Cw*0602 allele have a 2.5-fold increased risk of developing psoriasis compared with Cw6 heterozygotes. *Br J Dermatol* [Internet]. 2003 Feb [cited 2015 Jan 9];148(2):233–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12588373>
14. Nair RP, Stuart PE, Nistor I, Hiremagalore R, Chia NVC, Jenisch S, et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet* [Internet]. 2006 May [cited 2015 Jan 9];78(5):827–51. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1474031&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
15. Hunter HJ a, Griffiths CEM, Kleyn CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? *Br J Dermatol* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Dec 21];169(5):965–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23796214>
16. Dika E, Bardazzi F, Balestri R, Maibach HI. Environmental factors and psoriasis. *Curr Probl Dermatol* [Internet]. 2007 Jan [cited 2015 Jan 9];35:118–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17641494>
17. Milavec-Puretić V, Mance M, Ceović R, Lipozenčić J. Drug induced psoriasis. *Acta Dermatovenerol Croat* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Jan 9];19(1):39–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489366>
18. Basavaraj KH, Ashok NM, Rashmi R, Praveen TK. The role of drugs in the induction and/or exacerbation of psoriasis. *Int J Dermatol* [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Jan 9];49(12):1351–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091671>
19. Armesto S, Esteve a, Coto-Segura P, Drake M, Galache C, Martínez-Borra J, et al. [Nail psoriasis in individuals with psoriasis vulgaris: a study of 661 patients]. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. AEDV; 2011 Jun [cited 2015 Jan 9];102(5):365–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21514549>
20. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* [Internet]. 1978 Jan [cited 2015 Jan 9];157(4):238–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/357213>
21. Sato R, Milligan G, Molta C, Singh a. Health-related quality of life and healthcare resource use in European patients with plaque psoriasis: an association independent of observed disease severity. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Dec 21];36(1):24–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20569255>
22. Revicki D a, Willian MK, Menter A, Saurat J-H, Harnam N, Kaul M. Relationship between clinical response to therapy and health-related quality of life outcomes in

- patients with moderate to severe plaque psoriasis. *Dermatology* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 Dec 21];216(3):260–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18187944>
23. Ni C, Chiu MW. Psoriasis and comorbidities: links and risks. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Nov 21];7:119–32. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4000177&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 24. Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Comorbilidades en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. Elsevier; 2010 May [cited 2014 Dec 21];101:55–61. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731010700107>
 25. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco A J, Aguilar MD, et al. [Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-associated Comorbidities]. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. Elsevier; 2012 Jan [cited 2014 Dec 21];103 Suppl (Supl 1):1–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364603>
 26. González-gay MA, González-juanatey CGC. Psoriasis : una enfermedad cutánea relacionada con riesgo cardiovascular elevado. 2014;103(7):2012–5.
 27. Griffiths CEM, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2001 Jun;26(4):338–42. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2230.2001.00834.x>
 28. López-Ferrer a, Torrente-Segarra V, Puig L. Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo debe saber (Parte 1). *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2010 Sep [cited 2014 Dec 21];101(7):578–84. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731010002425>
 29. Tillett W, Costa L, Jadon D, Wallis D, Cavill C, McHugh J, et al. The CLASSification for Psoriatic ARthritis (CASPAR) criteria--a retrospective feasibility, sensitivity, and specificity study. *J Rheumatol* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Jan 9];39(1):154–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22089469>
 30. Caso F, Costa L, Atteno M, Del Puente A, Cantarini L, Lubrano E, et al. Simple clinical indicators for early psoriatic arthritis detection. *Springerplus* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Mar 21];3:759. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4320171&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 31. Coates LC, Conaghan PG, Emery P, Green MJ, Ibrahim G, MacIver H, et al. Sensitivity and specificity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 Jan 10];64(10):3150–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22576997>
 32. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Romaní J, Calvet J, et al. Multidisciplinary psoriasis and psoriatic arthritis unit: report of 4 years' experience. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. AEDV; 2014 May [cited 2015 Jan 10];105(4):371–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24360030>

33. Setty AR, Curhan G, Choi HK. Obesity, Waist Circumference, Weight Change, and the Risk of Psoriasis in Women. 2015;167(15):1670–5.
34. Nacional LE, Sociales S. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012 Principales resultados -. 2013;1–12.
35. Carrascosa JM, Rocamora V, Fernandez-torres RM, Jimenez-puya R. Obesidad y psoriasis : naturaleza inflamatoria de la obesidad , relación entre psoriasis y obesidad e implicaciones terapéuticas. 2014;105(1).
36. Wolk K, Mallbris L, Larsson P, Rosenblad A, Vingård E, Ståhle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Feb 7];89(5):492–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19734975>
37. Cohen AD, Sherf M, Vidavsky L, Vardy DA, Shapiro J, Meyerovitch J. Association between psoriasis and the metabolic syndrome. A cross-sectional study. *Dermatology* [Internet]. 2008 Jan [cited 2015 Feb 7];216(2):152–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18216477>
38. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni Fortina A, Peserico A, Virgili AR, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2005 Jul;125(1):61–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15982303>
39. Zamboni S, Zanetti G, Grosso G, Ambrosio GB, Gozzetti S, Peserico A. Dietary behaviour in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* [Internet]. 1989 Jan [cited 2015 Jan 4];146:182–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2609864>
40. Belinchón I, Vanaclocha F, de la Cueva-Dobao P, Coto-Segura P, Labandeira J, Herranz P, et al. Metabolic syndrome in Spanish patients with psoriasis needing systemic therapy: Prevalence and association with cardiovascular disease in PSO-RISK, a cross-sectional study. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2014 Nov 28 [cited 2015 Jan 5];1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25362972>
41. Mahiques-Santos L, Soriano-Navarro CJ, Perez-Pastor G, Tomas-Cabedo G, Pitarch-Bort G, Valcuende-Cavero F. Psoriasis and Ischemic Coronary Artery Disease. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. AEDV; 2014 Oct 7 [cited 2015 Jan 5];(xx):1–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25304822>
42. Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: cohort study using the General Practice Research Database. *Eur Heart J* [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Mar 1];31(8):1000–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2894736&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
43. Golden JB, McCormick TS, Ward NL. IL-17 in psoriasis: implications for therapy and cardiovascular co-morbidities. *Cytokine* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Dec 7];62(2):195–201. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3640599&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

44. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, Christophers E, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2006 Dec [cited 2015 Feb 7];298(7):321–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17021763>
45. Ghazizadeh R, Tosa M, Ghazizadeh M. Clinical improvement in psoriasis with treatment of associated hyperlipidemia. *Am J Med Sci* [Internet]. 2011 May [cited 2015 Jan 10];341(5):394–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21233693>
46. Khalid U, Hansen PR, Gislason GH, Lindhardsen J, Kristensen SL, Winther SA, et al. Psoriasis and new-onset diabetes: a Danish nationwide cohort study. *Diabetes Care* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Dec 7];36(8):2402–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3714512&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
47. Davidovici BB, Sattar N, Prinz JC, Jörg PC, Puig L, Emery P, et al. Psoriasis and systemic inflammatory diseases: potential mechanistic links between skin disease and co-morbid conditions. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2010 Jul [cited 2015 Jan 9];130(7):1785–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20445552>
48. Lajevardi V, Hallaji Z, Daklan S, Abedini R, Goodarzi A, Abdolreza M. The efficacy of methotrexate plus pioglitazone vs. methotrexate alone in the management of patients with plaque-type psoriasis: a single-blinded randomized controlled trial. *Int J Dermatol* [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 Jan 10];54(1):95–101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25209868>
49. Park HS, Koh SJ, Park GY, Lee DH, Yoon HS, Youn JI, et al. Psoriasis concurrent with inflammatory bowel disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2014 Nov [cited 2015 Jan 10];28(11):1436–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25513629>
50. Binus AM, Han J, Qamar AA, Mody EA, Holt EW, Qureshi AA. Associated comorbidities in psoriasis and inflammatory bowel disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2012 May [cited 2015 Jan 10];26(5):644–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21689167>
51. Freiman A, Bird G, Metelitsa AI, Barankin B, Lauzon GJ. Cutaneous effects of smoking. *J Cutan Med Surg* [Internet]. [cited 2015 Jan 9];8(6):415–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15988548>
52. Just-Sarobé M. [Smoking and the skin]. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2008 Apr [cited 2015 Jan 9];99(3):173–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18358192>
53. Kinahan CE, Mazloom S, Fernandez AP. Impact of smoking on response to systemic treatment in patients with psoriasis: a retrospective case-control study. *Br J Dermatol* [Internet]. 2014 Aug 21 [cited 2015 Jan 3]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25142556>

54. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* [Internet]. 2014 Feb [cited 2015 Jan 3];170(2):304–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24117435>
55. Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetche T, Paul C, Richard M-A, et al. Alcohol consumption and psoriasis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Jan 10];27 Suppl 3:30–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23845150>
56. McAleer MA, Mason DL, Cunningham S, O’Shea SJ, McCormick PA, Stone C, et al. Alcohol misuse in patients with psoriasis: identification and relationship to disease severity and psychological distress. *Br J Dermatol* [Internet]. 2011 Jun [cited 2015 Jan 3];164(6):1256–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457207>
57. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J, Lauharanta J, Karkkainen P. Alcohol intake : a risk factor for psoriasis in young and middle aged men ? 1990;300(March).
58. Gelfand JM, Shin DB, Neimann AL, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. The risk of lymphoma in patients with psoriasis. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2006 Oct [cited 2015 Jan 9];126(10):2194–201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16741509>
59. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM, Carolina N. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. 1999;401–7.
60. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The Psychosocial Burden of Psoriasis. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2005;6(6):383–92. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00128071-200506060-00005>
61. Dalgard F, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study Among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2014 Dec 18 [cited 2014 Dec 19];(October):0–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25521458>
62. Janowski K, Steuden S. Severity of psoriasis and health-related quality of life: the moderating effects of temperament. *Br J Dermatol* [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Jan 10];158(3):633–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18081895>
63. The Psychosocial Burden of Psoriasis.: EBSCOhost [Internet]. [cited 2015 Jan 5]. Available from: <http://0-web.b.ebscohost.com.diana.uca.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=27f1eabd-42a2-4078-b72a-4be40751d0f9@sessionmgr115&hid=107>
64. Adler UC, Marques AH, Calil HM. Inflammatory aspects of depression. *Inflamm Allergy Drug Targets* [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Jan 5];7(1):19–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18473896>
65. Bremner MA, Beekman ATF, Deeg DJH, Penninx BWJH, Dik MG, Hack CE, et al. Inflammatory markers in late-life depression: results from a population-based

- study. *J Affect Disord* [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Mar 21];106(3):249–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716746>
66. Dominguez PL, Han J, Li T, Ascherio A, Qureshi AA. Depression and the risk of psoriasis in US women. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2013 Sep [cited 2015 Mar 18];27(9):1163–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4198730&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 67. Schmitt J, Ford DE. Psoriasis is independently associated with psychiatric morbidity and adverse cardiovascular risk factors, but not with cardiovascular events in a population-based sample. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2010 Aug [cited 2015 Feb 7];24(8):885–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20015170>
 68. Devrimci-Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2000 Jul [cited 2015 Jan 5];14(4):267–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11204514>
 69. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* [Internet]. 1998 Nov [cited 2015 Jan 5];139(5):846–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9892952>
 70. Dowlatshahi E a, Wakkee M, Herings RMC, Hollestein LM, Nijsten T. Increased antidepressant drug exposure in psoriasis patients: a longitudinal population-based cohort study. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2013 Sep 4 [cited 2014 Dec 21];93(5):544–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529077>
 71. Perrott SB, Murray AH, Lowe J, Mathieson CM. The psychosocial impact of psoriasis: physical severity, quality of life, and stigmatization. *Physiol Behav* [Internet]. 2000 Sep 15 [cited 2015 Jan 7];70(5):567–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11111012>
 72. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2006 Mar [cited 2015 Mar 18];54(3):420–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16488292>
 73. Picardi A, Lega I, Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clin Dermatol* [Internet]. [cited 2015 Mar 16];31(1):47–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245973>
 74. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* [Internet]. 1993 Mar [cited 2015 Jan 5];32(3):188–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8444530>
 75. D’Erme a M, Zanieri F, Campolmi E, Santosuosso U, Betti S, Agnoletti a F, et al. Therapeutic implications of adding the psychotropic drug escitalopram in the treatment of patients suffering from moderate-severe psoriasis and psychiatric comorbidity: a retrospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2012

- Sep 11 [cited 2014 Dec 21];246–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22963277>
76. Kiliç a, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2008 May [cited 2014 Nov 29];22(5):537–42. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18331306>
 77. Molina-Leyva A, Caparros-delMoral I, Ruiz-Carrascosa JC, Naranjo-Sintes R, Jimenez-Moleon JJ. 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* [Internet]. 2015 Jan 26 [cited 2015 Mar 18]; Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25623927>
 78. Remröd C, Sjöström K, Svensson a. Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol* [Internet]. 2013 Aug;169(2):344–50. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23565588>
 79. Goldsmith LA, Fisher M, Wacks J. Psychological characteristics of psoriatics. Implications for management. *Arch Dermatol* [Internet]. 1969 Dec [cited 2015 Feb 7];100(6):674–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4391495>
 80. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* [Internet]. 2008 Aug [cited 2015 Mar 18];159 Suppl :2–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18700909>
 81. Blome C, Simianer S, Purwins S, Laass A, Rustenbach SJ, Schaefer I, et al. Time needed for treatment is the major predictor of quality of life in psoriasis. *Dermatology* [Internet]. 2010 Jan [cited 2014 Nov 29];221(2):154–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20558972>
 82. Jacobi A, Mayer A, Augustin M. Keratolytics and Emollients and Their Role in the Therapy of Psoriasis: a Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb)* [Internet]. 2015 Jan 21 [cited 2015 Jan 28]; Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25604924>
 83. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Hancock H. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Jan 12];3:CD005028. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543539>
 84. Bagel J, Levi E, Tyring S, Knuckles MLF. Real-life treatment profile of calcipotriene and betamethasone dipropionate topical suspension in patients with psoriasis vulgaris. *J Drugs Dermatol* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2015 Feb 7];13(11):1374–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607705>
 85. Wang C, Lin A. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in psoriasis. *J Cutan Med Surg* [Internet]. [cited 2015 Feb 7];18(1):8–14. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24377467>

86. Dogra S, Mahajan R. Systemic methotrexate therapy for psoriasis: past, present and future. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Jan 9];38(6):573–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23837932>
87. Carretero G, Ribera M, Belinchón I, Carrascosa JM, Puig L, Ferrandiz C, et al. Guidelines for the use of acitretin in psoriasis. Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2013 Sep [cited 2015 Jan 9];104(7):598–616. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23891453>
88. Carrascosa JM, López-estebaranz JL, Carretero G, Daudén E, Ferrándiz C. Documento de consenso de fototerapia en psoriasis del Grupo Español de Psoriasis : ultravioleta B de banda estrecha (UVBBE), láser y fuentes monocromáticas de excímeros y terapia fotodinámica Academia Española. 2011;102(3).
89. Racz E, Prens EP. Phototherapy and photochemotherapy for psoriasis. *Dermatol Clin* [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 Jan 28];33(1):79–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25412785>
90. Puig L, Carrascosa JM, Carretero G, de la Cueva P, Lafuente-Urrez RF, Belinchón I, et al. Spanish evidence-based guidelines on the treatment of psoriasis with biologic agents, 2013. Part 1: on efficacy and choice of treatment. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Jan 9];104(8):694–709. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24018211>
91. WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organ. 2001;18:237.
92. Thalji L, Haggerty CC, Berckmans TR. FILE COPY. 1991;
93. Nichol MB, Margolies JE, Lippa E, Rowe M, Quell J. The application of multiple quality-of-life instruments in individuals with mild-to-moderate psoriasis. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 1996 Dec [cited 2015 Jan 10];10(6):644–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10164064>
94. Fortes C, Mastroeni S, Sampogna F, Melchi F, Mazzotti E, Pasquini P, et al. Relationship Between Smoking and the Clinical Severity of Psoriasis. 2015;141:1580–4.
95. Profesionales P. CÓMO ACTUAR ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL :
96. Sanchez-Carazo JL, López-Estebaranz JL, Guisado C. Comorbidities and health-related quality of life in Spanish patients with moderate to severe psoriasis: a cross-sectional study (Arizona study). *J Dermatol* [Internet]. 2014 Aug [cited 2014 Dec 18];41(8):673–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24942203>
97. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol* [Internet]. 2005 May [cited 2015 Feb 15];152(5):861–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15888138>

98. Beck IDD De. Inventario de Depresión de Beck. :1–6.
99. M.P Garcia-Portilla Gonzalez,M.T.Bascaran Fernandez, P.A.Saiz Martinez, M.Parellada, M.Bousoño JBG. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 6ª edición ed. 2011.
100. Salamanca C, De DT, Urdániz AP, Larrosa VR, Gazol MEG. 9.4. Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad. :299–300.
101. Muñoz I, Toribio-díaz ME, Carod-artal FJ, Peñas-martínez ML, Ruiz L, Domínguez E, et al. Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos : estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. 2013;57(12):529–34.
102. cuestionario baca.pdf.
103. Morales-Suárez-Varela MM, Mansego ML, Vicedo-Cabrera AM, Pineda-Alonso M, Llopis-González A, Martín-Moreno JM, et al. Inefficient arterial hypertension control in patients with metabolic syndrome and its link to renin-angiotensin-aldosterone system polymorphisms. *Hypertens Res* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Dec 21];34(6):758–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471972>
104. Breslow NE. Statistics in epidemiology: the case-control study. *J Am Stat Assoc*. 1996;91:14–28.
105. Daudén E, Pujol RM, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Vanaclocha F, Puig L, et al. Demographic characteristics and health-related quality of life of patients with moderate-to-severe psoriasis: The VACAP study. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Dec 21];104(9):807–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23827342>
106. Horn EJ, Fox KM, Patel V, Chiou C-F, Dann F, Lebwohl M. Association of patient-reported psoriasis severity with income and employment. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2007 Dec [cited 2014 Dec 31];57(6):963–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17761358>
107. Impact of Psoriasis on Patients' Work and Productivity.: EBSCOhost [Internet]. [cited 2014 Dec 31]. Available from: <http://0-web.a.ebscohost.com.diana.uca.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=6cd13590-30d5-42db-9ef7-9d4430682ecc@sessionmgr4005&hid=4214>
108. Ayala F, Sampogna F, Romano G V, Merolla R, Guida G, Gualberti G, et al. The impact of psoriasis on work-related problems: a multicenter cross-sectional survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2014 Dec [cited 2014 Dec 21];28(12):1623–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23962152>
109. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study. *Br J Dermatol* [Internet]. 2007 Sep;157(3):508–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17627789>
110. Fernández-Torres RM, Pita-Fernández S, Fonseca E. Quality of life and related factors in a cohort of plaque-type psoriasis patients in La Coruña, Spain. *Int J*

- Dermatol [Internet]. 2014 Nov [cited 2015 Jan 11];53(11):e507–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25266080>
111. Pietrzak A, Jastrzębska I, Chodorowska G, Maciejewski R, Mosiewicz J, Krupski W, et al. Psoriasis and unreported excessive alcohol intake--a simple screening approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2011 Nov [cited 2015 Jan 3];25(11):1261–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21564326>
 112. McAleer M a, Mason DL, Cunningham S, O’Shea SJ, McCormick P a, Stone C, et al. Alcohol misuse in patients with psoriasis: identification and relationship to disease severity and psychological distress. *Br J Dermatol* [Internet]. 2011 Jun [cited 2015 Jan 3];164(6):1256–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457207>
 113. Gerdes S, Zahl VA, Weichenthal M, Mrowietz U. Smoking and alcohol intake in severely affected patients with psoriasis in Germany. *Dermatology* [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Jan 18];220(1):38–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19996578>
 114. Meyer N, Viraben R, Paul C. [Addictions and psoriasis: an example of the dermatologist’s implication in preventive medicine ?]. *Ann Dermatol Venereol* [Internet]. 2008 Feb [cited 2015 Jan 3];135 Suppl :S259–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18466794>
 115. Wilkinson JD, Williamson EM. Cannabinoids inhibit human keratinocyte proliferation through a non-CB1/CB2 mechanism and have a potential therapeutic value in the treatment of psoriasis. *J Dermatol Sci* [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 Dec 30];45(2):87–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17157480>
 116. Griffi CEM, Barker JNWN. Psoriasis 1 Pathogenesis and clinical features of psoriasis. 2007;
 117. Albareda M, Ravella A, Castelló M, Saborit S, Peramiquel L, Vila L. Metabolic syndrome and its components in patients with psoriasis. *Springerplus* [Internet]. 2014 Jan;3:612. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4210451&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 118. Inerot A, Enerbäck C, Enlund F, Martinsson T, Samuelsson L, Wahlström J, et al. Collecting a set of psoriasis family material through a patient organisation; clinical characterisation and presence of additional disorders. *BMC Dermatol* [Internet]. 2005 Jan [cited 2015 Jan 18];5:10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1266355&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 119. Reynoso-von Drateln C, Martínez-Abundis E, Balcázar-Muñoz BR, Bustos-Saldaña R, González-Ortiz M. Lipid profile, insulin secretion, and insulin sensitivity in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2003 Jun [cited 2015 Jan 18];48(6):882–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12789179>
 120. Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, Axtelius B, Aparo U, Abeni D. Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36. *Br J*

- Dermatol [Internet]. 2006 May;154(5):844–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16634884>
121. Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology* [Internet]. 2007 Jan [cited 2015 Jan 17];215(1):17–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17587835>
 122. Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Kotowicz MA, Berk M, Girardi P, et al. Suicidal ideation and physical illness: does the link lie with depression? *J Affect Disord* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Feb 1];152-154:422–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24268594>
 123. McDonough E, Ayearst R, Eder L, Chandran V, Rosen CF, Thavaneswaran A, et al. Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol* [Internet]. 2014 May [cited 2015 Jan 5];41(5):887–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24692521>
 124. Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A, Porichi E, Efstathiou V, Kaloudi E, et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Dec 29];13(1):38. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4269099&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 125. Rubino IA, Sonnino A, Stefanato CM, Pezzarossa B, Ciani N. Separation-individuation, aggression and alexithymia in psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* [Internet]. 1989 Jan [cited 2015 Jan 5];146:87–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2609894>
 126. Takahashi H, Tsuji H, Honma M, Shibaki H, Nakamura S, Hashimoto Y, et al. Japanese patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct personality profiles. *J Dermatol* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Dec 21];40(5):370–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414205>
 127. Bahmer J a, Kuhl J, Bahmer F a. How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2007 Jan [cited 2014 Dec 21];87(4):317–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598034>
 128. Basińska MA, Woźniewicz A. The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postępy dermatologii i Alergol* [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Dec 29];30(6):381–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3907903&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 129. Remröd C, Sjöström K, Svensson A. Pruritus in Psoriasis: A Study of Personality Traits, Depression and Anxiety. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2014 Sep 17 [cited 2015 Jan 16]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229695>
 130. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi NA, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2010 May [cited 2015 Mar 23];90(3):251–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20526541>

131. Mahil SK, Capon F, Barker JN. Genetics of Psoriasis. *Dermatol Clin* [Internet]. 2015 Jan [cited 2014 Nov 21];33(1):1–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25412779>
132. Unaeze J, Nijsten T, Murphy A, Ravichandran C, Stern RS. Impact of psoriasis on health-related quality of life decreases over time: an 11-year prospective study. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2006 Jul [cited 2015 Feb 1];126(7):1480–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16575395>
133. Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Cumulative life course impairment: the imprint of psoriasis on the patient's life. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. AEDV; 2014 Mar [cited 2014 Dec 21];105(2):128–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23668623>
134. Warren RB, Kleyn CE, Gulliver WP. Cumulative life course impairment in psoriasis: patient perception of disease-related impairment throughout the life course. *Br J Dermatol* [Internet]. 2011 May [cited 2014 Dec 21];164 Suppl :1–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477010>
135. Kimball a B, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2010 Sep [cited 2014 Dec 21];24(9):989–1004. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20477920>
136. García-Diez A, Foraster CF, Sebastián FV, Tudela LL, Llach XB, Fernández GS. What characterizes the severity of psoriasis? Results from an epidemiological study of over 3,300 patients in the Iberian region. *Dermatology* [Internet]. 2008 Jan [cited 2015 Jan 11];216(2):137–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18216476>
137. Menter MA, Caveney SW, Gottschalk RW. Impact of clobetasol propionate 0.05% spray on health-related quality of life in patients with plaque psoriasis. *J Drugs Dermatol* [Internet]. 2012 Nov [cited 2015 Jan 10];11(11):1348–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135087>
138. Hernánz JM, Izu R, Mendiola V, García-calvo C. Evaluación clínica y terapéutica de los pacientes con psoriasis moderada o grave en España . *Estudio Secuence*. 2012;103(10).
139. Böhm D, Stock Gissendanner S, Bangemann K, Snitjer I, Werfel T, Weyergraf A, et al. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2013 Mar [cited 2014 Dec 31];27(2):220–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22329829>
140. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2002 Oct [cited 2015 Jan 18];47(4):512–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12271293>
141. Van de Kerkhof PCM. The impact of a two-compound product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate (Daivobet/ Dovobet) on the quality of life in patients with psoriasis vulgaris: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*

- [Internet]. 2004 Sep [cited 2015 Feb 3];151(3):663–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15377355>
142. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Jan 7];4:35. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1501000&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 143. Ribera Pibernat M, Caballé G, Fernández-Chico N, José Fuente M, Ferrándiz Foraster C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. *Piel* [Internet]. Elsevier; 2004 Jan [cited 2015 Feb 1];19(5):242–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213925104728452>
 144. Dauden E, Herrera E, Puig L, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Caloto MT, et al. Validation of a new tool to assess health-related quality of life in psoriasis: the PSO-LIFE questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Dec 21];10:56. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3458920&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 145. De Korte J, Mombers FMC, Sprangers MAG, Bos JD. The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol* [Internet]. 2002 Sep [cited 2015 Jan 7];138(9):1221–7; discussion 1227. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224984>
 146. Martínez-García E, Arias-Santiago S, Valenzuela-Salas I, Garrido-Colmenero C, García-Mellado V, Buendía-Eisman A. Quality of life in persons living with psoriasis patients. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2014 Aug [cited 2014 Dec 21];71(2):302–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24836080>
 147. Ferrándiz C, García-díez A, Lizán L, Bermúdez-rey L, Llach B, La CO. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. 2014;128(9):325–9.
 148. Daudén E, Herrera E, Puig L, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Perulero N. Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable. *Estudio PSO-LIFE. Actas Dermosifiliogr* [Internet]. AEDV; 2013 Oct [cited 2014 Dec 21];104(8):685–93. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731013001592>
 149. De Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* [Internet]. 2004 Mar [cited 2015 Jan 25];9(2):140–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15083781>
 150. Perrott SB, Murray AH, Lowe J, Ruggiero KM. The Personal-Group Discrimination Discrepancy in Persons Living With Psoriasis. *Basic Appl Soc Psych* [Internet]. 2000 Mar;22(1):57–67. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15324834BASP2201_6
 151. Böhm D, Stock Gissendanner S, Bangemann K, Snitjer I, Werfel T, Weyergraf a, et al. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2013

- Mar [cited 2014 Dec 31];27(2):220–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22329829>
152. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Feb 1];92(1):67–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21879243>
 153. Khoury LR, Danielsen PL, Skiveren J. Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2014 Feb [cited 2015 Feb 15];25(1):2–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23062034>
 154. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2014 Jul 16];370(9590):859–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804063>
 155. Grozdev I, Kast D, Cao L, Carlson D, Pujari P, Schmotzer B, et al. Physical and mental impact of psoriasis severity as measured by the compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) quality of life tool. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Jan 15];132(4):1111–6. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3366426&tool=pmc.ncbi&rendertype=abstract>
 156. Szramka-Pawlak B, Hornowska E, Walkowiak H, Zaba R. Hope as a Psychological Factor Affecting Quality of Life in Patients With Psoriasis. *Appl Res Qual Life* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Dec 21];9:273–83. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4000619&tool=pmc.ncbi&rendertype=abstract>
 157. Bangemann K, Schulz W, Wohlleben J, Weyergraf A, Snitjer I, Werfel T, et al. [Depression and anxiety disorders among psoriasis patients : Protective and exacerbating factors]. *Hautarzt* [Internet]. 2014 Dec [cited 2015 Jan 13];65(12):1056–61. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25376619>
 158. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HH, Mortensen JT, Wulf HC. Psychological Symptoms and Quality of Life of Dermatology Outpatients and Hospitalized Dermatology Patients. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2004 May 1 [cited 2015 Feb 1];84(3):205–12. Available from:
<http://adv.medicaljournals.se/article/abstract/10.1080/00015550410023284>
 159. 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* [Internet]. 2010 Aug [cited 2015 Jan 31];146(8):891–5. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2928071&tool=pmc.ncbi&rendertype=abstract>

IX.-ANEXOS

A/ CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CONTROLES “Calidad de vida en los pacientes con psoriasis”:

La psoriasis, es una enfermedad crónica que en nuestro país afecta al 2-3% de la población general. La causa exacta de la psoriasis se desconoce. Se sabe que está relacionada con una alteración del sistema inmunológico que provoca un exceso de producción de las células cutáneas encargadas de reponer las capas de piel.

La psoriasis tiene un componente genético importante. Además existen factores que parecen influir en el curso de la enfermedad, entre ellos factores psicológicos.

El objetivo de este estudio es la evaluación de cómo la psoriasis afecta a la calidad de vida de los pacientes, mediante la recogida de datos relacionados con las características propias de su psoriasis, antecedentes personales y familiares, información sobre otras enfermedades médicas asociadas que puedan presentarse así como datos relacionados con la esfera psíquica mediante la realización de encuestas personales y de cómo y en qué medida ésta patología afecta a los distintos ámbitos de su vida diaria.

Para comparar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis de la población normal, se requiere además obtener la misma información de aquellas personas sanas sin antecedentes familiares ni personales conocidos de psoriasis

Yo formaré parte del grupo de personas sanas, y considero que la información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que decido voluntariamente dar mi autorización.

Entiendo que los resultados obtenidos, puedan usarse para la investigación y el conocimiento global de esta enfermedad.

Por otro lado, el equipo médico se compromete a mantener el anonimato de los datos obtenidos.

Los datos recogidos, se ajustarán a la ley de protección de datos 15/1999 del 13 de Diciembre.

GASTOS y PAGO POR LA PARTICIPACIÓN

La participación en el estudio no le supondrá coste alguno. Usted no recibirá ninguna compensación económica, ni directa ni indirecta, por participar en este estudio.

PREGUNTAS:

Si tiene cualquier pregunta relacionada con su participación en este estudio, póngase en contacto con: Dra. Almudena Mateu Puchades. Teléfono de contacto: 961622496 (lunes a viernes de 9:00-14:00 h)

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos personales serán tratados y custodiados con respeto a su intimidad y según la vigente normativa de protección de datos.

Los documentos e información que de usted pudieran recogerse durante la realización del estudio se manejarán de forma estrictamente confidencial. Por tanto la publicación de los resultados del estudio en ningún caso podrá permitir su identificación.

Conforme a las disposiciones legales, usted tiene derecho a conocer los datos del estudio que sobre usted se recojan, a obtener una copia, y a conocer el uso que puedan darse a los mismos. Dicha información le será suministrada por el investigador.

Por todo lo anterior,

D. / D^a....., con DNI....., manifiesto que he sido informado por el Dr. / a.....de la naturaleza del estudio.

Fdo.: El paciente

Fdo. El médico

Fecha:

B/ CONSENTIMIENTO INFORMADO CASOS “Calidad de vida en los pacientes con psoriasis”:

La psoriasis, es una enfermedad crónica que en nuestro país afecta al 2-3% de la población general. La causa exacta de la psoriasis se desconoce. Se sabe que está relacionada con una alteración del sistema inmunológico que provoca un exceso de producción de las células cutáneas encargadas de reponer las capas de piel.

La psoriasis tiene un componente genético importante. Además existen factores que parecen influir en el curso de la enfermedad, entre ellos factores psicológicos.

El objetivo de este estudio es la evaluación de cómo la psoriasis afecta a la calidad de vida de los pacientes, mediante la recogida de datos relacionados con las características propias de su psoriasis, antecedentes personales y familiares, información sobre otras enfermedades médicas asociadas que puedan presentarse así como datos relacionados con la esfera psíquica mediante la realización de encuestas personales y de cómo y en qué medida ésta patología afecta a los distintos ámbitos de su vida diaria.

El mejor conocimiento de cómo una enfermedad crónica como la psoriasis puede alterar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis facilitaría al médico el conocimiento de la vivencia que el paciente hace de su enfermedad, mejoraría la relación médico paciente y nos permitiría adecuar las estrategias terapéuticas generando una mayor adherencia y cumplimiento de las mismas.

Considero que la información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que decido voluntariamente dar mi autorización.

Entiendo que los resultados obtenidos, puedan usarse para la investigación y el conocimiento global de esta enfermedad.

Por otro lado, el equipo médico se compromete a mantener el anonimato de los datos obtenidos.

Los datos recogidos, se ajustarán a la ley de protección de datos 15/1999 del 13 de Diciembre.

GASTOS y PAGO POR LA PARTICIPACIÓN

La participación en el estudio no le supondrá coste alguno. Usted no recibirá ninguna compensación económica, ni directa ni indirecta, por participar en este estudio.

PREGUNTAS

Si tiene cualquier pregunta relacionada con su participación en este estudio, póngase en contacto con: Dra. Almudena Mateu Puchades.

Teléfono de contacto: 961622496 (lunes a viernes de 9:00-14:00 h)

Por todo lo anterior,

D. / D^a....., con DNI....., manifiesto que he sido informado por el Dr. / a.....de la naturaleza del estudio.

Fdo.: El paciente

Fdo. El médico

C/Información sobre el estudio, procedimientos y responsabilidades del paciente

Este estudio incluirá todos aquellos pacientes diagnosticados de psoriasis por el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Dr Peset (tanto en el Hospital como en el Centro de Especialidades de Monteolivete) que cumplan los criterios de inclusión en el estudio que deseen participar voluntariamente

En una primera visita se le realizará al paciente una encuesta personal sobre antecedentes médicos, hábitos tóxicos, se evaluarán datos antropométricos (peso, talla, perímetro abdominal) características específicas de su psoriasis mediante la recogida de datos sobre año del diagnóstico, tratamientos recibidos, se realizará una exploración física del paciente determinando la extensión de las lesiones.

Además, se invitará al paciente a rellenar una serie de cuestionarios que el mismo podrá rellenar, sin condicionamientos externos en ambiente tranquilo y relajado tomándose el tiempo que crea necesario. Estos cuestionarios, están en relación a:

- La existencia de sintomatología de ansiedad y síntomas depresivos que algunos pacientes con enfermedades crónicas pueden presentar.
- Cuestionarios de calidad de vida.
- Cuestionario sobre rasgos de personalidad.

Todos los cuestionarios tienen respuestas numéricas y están explicados al inicio de cada cuestionario y además el médico responsable le hará un resumen y explicación de los mismos antes de comenzar a rellenarlos.

El mejor conocimiento de cómo una enfermedad crónica como la psoriasis puede alterar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis facilitaría al médico el conocimiento de la vivencia que el paciente hace de su enfermedad crónica, mejoraría la relación médico paciente y nos permitiría adecuar las estrategias terapéuticas generando una mayor adherencia y cumplimiento de las mismas.

Esta mejor cumplimentación del tratamiento, la mejor relación y conocimiento médico –paciente, podría evitar estrategias negativas de afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente evitando de esta forma conductas inadecuadas con el fin de conseguir un mayor bienestar

GASTOS y PAGO POR LA PARTICIPACIÓN

La participación en el estudio no le supondrá coste alguno. Usted no recibirá ninguna compensación económica, ni directa ni indirecta, por participar en este estudio.

PREGUNTAS

Si tiene cualquier pregunta relacionada con su participación en este estudio, póngase en contacto con: Dra. Almudena Mateu Puchades.

Teléfono de contacto: 961622496 (lunes a viernes de 9:00-14:00 h)

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos personales serán tratados y custodiados con respeto a su intimidad y según la vigente normativa de protección de datos.

Los documentos e información que de usted pudieran recogerse durante la realización del estudio se manejarán de forma estrictamente confidencial. Por tanto la publicación de los resultados del estudio en ningún caso podrá permitir su identificación.

Conforme a las disposiciones legales, usted tiene derecho a conocer los datos del estudio que sobre usted se recojan, a obtener una copia, y a conocer el uso que puedan darse a los mismos. Dicha información le será suministrada por el investigador.

D/Informe de aprobación de Comité Ético de investigación clínica



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Departament de Salut València - Doctor Peset

**A/A.: Dra. Almudena Mateu
Puchades
Servicio de Dermatología**

D. Vicent Valentín Segura, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Dr. Peset.

CERTIFICA:

Que este comité en su reunión celebrada el día 24 de julio de 2013 ha evaluado y ha aprobado las aclaraciones solicitadas del estudio titulado: Efecto acumulativo de la psoriasis en la calidad de vida.

**Proyecto de investigación. Tesis Doctoral
Código Ceic: 65/13**

Valencia 30 de julio de 2013

Fdo.: Vicent Valentín Segura
Presidente CEIC Hospital Universitario Dr. Peset



CS 5/1

E/ Inventario de Depresión de Beck (IDB)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

F/ Inventario de ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:					
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G/ Cuestionario Salamanca de trastornos de personalidad

CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M. Esperanza Gómez Gazol

Este es un cuestionario para la valoración de algunos de sus rasgos de personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1, A veces; 2, Con frecuencia, y 3, Siempre.

Nombre: Fecha:

1. Más vale no confiar en los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
2. Me gustaría dar a la gente su merecido	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
4. Prefiero estar conmigo mismo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
5. ¿Piensa la gente que es usted raro, excéntrico...?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
6. ¿Cree que está más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
7. Soy demasiado emocional	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
8. Cuido mucho mi apariencia	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
9. Hago cosas que están fuera de la ley	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
11. Creo que soy especial y merezco que me lo reconozcan	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
12. ¿Cree que la gente le envidia por su valía?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
13. ¿Sus emociones son como una montaña rusa?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
14. ¿Es usted impulsivo?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
15. ¿Se pregunta con frecuencia cuál es su papel en la vida?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
16. ¿Se siente aburrido y vacío con facilidad?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado, rígido...?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
21. Soy nervioso	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una "X" una casilla para cada pregunta.

- | | | | | | |
|-----|--|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| 1. | Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar? | Si
No | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios? | Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |

I/ Cuestionario de calidad de vida Ruiz Baca

Reg:

Sexo: *Hombre* *Mujer* Edad:

1. ¿Disfruta Vd. con el trabajo que realiza? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
2. ¿Está Vd. contento con la manera que realiza su trabajo? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
3. ¿Le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
4. ¿Está Vd. contento con su ambiente de trabajo? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
5. ¿Le impide los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
6. ¿Termina Vd. su jornada laboral tan cansado que solo le apetece descansar? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
7. ¿El trabajo que Vd. hace le provoca un permanente estado de tensión? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
8. ¿Le desborda en la actualidad su trabajo? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
9. ¿Se siente Vd. con buena salud? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
10. ¿Se siente Vd. con suficiente energía para hacer su vida diaria? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
11. ¿Se siente Vd. fracasado? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
12. ¿Se siente Vd. inquieto o angustiado? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
13. ¿Tiene Vd. preocupaciones que le impiden o dificultan descansar o dormir? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
14. ¿Tiene Vd. insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
15. ¿Se siente Vd. cansado la mayor parte del día? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
16. ¿Está Vd. satisfecho con su actual estado de salud? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
17. ¿Cree Vd. que va alcanzando lo que se propone en la vida? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
18. ¿Cree Vd. que la vida le va dando lo que espera? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO

19. ¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de cosas que desea? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
20. Mantiene Vd. relaciones satisfactorias con las personas que convive? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
21. ¿Siente Vd. que le quieren las personas que le importan? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
22. ¿Tiene Vd. buenas relaciones con su familia? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
23. ¿Tiene Vd. amigos con los que contar en caso necesario? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
24. ¿Cree Vd. que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía o el apoyo de alguien? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
25. ¿Desearía Vd. tener relaciones sexuales más satisfactorias, o si no las tiene, le gustaría tenerlas? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
26. ¿Tiene Vd. con quien compartir su tiempo o sus aficiones? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
27. ¿Está Vd. satisfecho con los amigos que tiene? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
28. ¿Le satisface la vida social que hace? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
29. ¿Tiene Vd. tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
30. ¿Tiene Vd. posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc.)? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
31. ¿Considera Vd. agradable la vida que tiene? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
32. ¿Considera Vd. interesante la vida que lleva? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
33. ¿Está Vd. satisfecho con la vida que hace? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
34. ¿Está Vd. satisfecho con el dinero de que dispone? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO
35. ¿Está Vd. satisfecho con su forma de ser? 1 NADA 2 POCO 3 ALGO 4 BASTANTE 5 MUCHO

35. ¿Está vd. satisfecho con su forma de ser?
Nada Poco Algo Bastante Mucho

(Sólo contestar personas con pareja)

36. ¿Está vd. satisfecho con su pareja?
Nada Poco Algo Bastante Mucho

37. ¿Le atrae físicamente su pareja?
Nada Poco Algo Bastante Mucho

38. ¿Le satisface su pareja sus deseos y necesidades sexuales?
Nada Poco Algo Bastante Mucho

39. ¿Está satisfecho con la familia que tiene (pareja y/o hijos)?
Nada Poco Algo Bastante Mucho

“Calidad de vida de los pacientes con psoriasis”

1.-Datos sociodemográficos:

- Edad: año de nacimiento
- Sexo:
 - Hombre
 - Mujer
- Nivel de estudios:
 - Primarios
 - Secundarios
 - Superiores
- Estado civil:
- Ocupación:
 - Activo
 - Inactivo(estudiante, ama de casa, jubilado)
 - Parado

2.-Datos antropométricos:

- Peso en Kilogramos
- Talla
- Índice de masa corporal
- Perímetro abdominal

3.-Hábitos tóxicos:

- Tabaquismo:
 - Fumador
 - Exfumador
 - No fumador
- Alcohol:
 - Bebedor
 - Ex bebedor
 - No bebedor
- Otras drogas:
 - Cannabis
 - Cocaína
 - Drogas de diseño

4.- Comorbilidades físicas: si/ no

- Artropatía psoriásica
- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal

5.- Hª natural de su psoriasis:

- Fecha de diagnóstico
- Antecedentes familiares:
 - SI:
 - Primer o segundo orden
 - NO
 - Desconoce
- Localización de la psoriasis: áreas visibles / no visibles
- Tratamientos previos recibidos
 - Tópicos
 - Sistémicos clásicos
 - Sistémicos biológicos

- Tratamiento actual