



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Escuela de Ciencias de la Salud**

## ***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN ENFERMERA EN LAS  
COMPLICACIONES PSICOSOCIALES DEL PACIENTE CON PSORIASIS

**Autor/a:** Laura Molina Martínez

**Tutor/a:** Ascensión Falcón Albero

## ÍNDICE

	Págs.
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA.....	6
DISCUSIÓN.....	8
CONCLUSIÓN.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXOS.....	18

## **RESUMEN**

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta a unos 80 millones de personas en el mundo. Se calcula que afecta al 2-3% de la población europea y al 1,4% de la población española. Las manifestaciones clínicas de la psoriasis son muy variadas, siendo la forma más típica en placas. Dentro de la sintomatología de la psoriasis a menudo encontramos prurito y dolor. Los enfermos de psoriasis presentan con frecuencia comorbilidades como diabetes, artritis psoriásica, riesgo cardiovascular y depresión. Los síntomas de la psoriasis pueden convertir actividades básicas en un reto. Las implicaciones emocionales y sociales tienen un gran impacto en su vida diaria.

**Objetivos.** Realizar una revisión bibliográfica de la psoriasis para conocer las complicaciones psicosociales que presentan estos pacientes así como los cuidados de enfermería que precisan.

**Metodología.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (Dialnet, ScienceDirect, PubMed y Cuiden), revistas, libros y páginas web sobre dermatología, y se han seleccionado los documentos que databan del año 2003 hasta el presente. La palabra clave empleada ha sido "psoriasis", combinada con: calidad de vida, ansiedad, depresión, complicaciones psicosociales y cuidados de enfermería.

**Conclusión.** Es importante que el personal de enfermería conozca las complicaciones psicosociales que plantea esta enfermedad para poder dirigir los cuidados, no solo hacia el mantenimiento de la integridad de la piel, sino también hacia las posibles complicaciones psicosociales que presente el paciente.

## **INTRODUCCIÓN**

La psoriasis es una dermatopatía que, durante muchos siglos, ha sido un estigma para los pacientes ya que suponía un problema de exclusión social muy importante. (1) La psoriasis no amenaza la vida del paciente, pero puede impactar gravemente en su calidad de vida. (2, 3)

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por placas eritemato-descamativas localizadas o generalizadas, de curso crónico con remisiones y exacerbaciones de intensidad y duración variable. (4)

En las últimas décadas se ha apreciado un incremento en la prevalencia. Afecta alrededor del 2% de la población mundial. Su prevalencia en España se estima en un 1,17 – 1,43%, siendo semejante en ambos sexos y más frecuente en las regiones centrales y secas del país. (3, 4, 5)

Puede iniciarse en cualquier momento de la vida, sin embargo, en más del 60% de los casos la enfermedad aparece antes de los 30 años, y en el 35% de los pacientes tiene inicio durante la infancia. (4) En España la edad media de inicio es de 20 años. (6)

El inicio precoz de la enfermedad se asocia con frecuencia a antecedentes familiares y a una peor evolución. El carácter hereditario viene avalado por los casos familiares. Un tercio de los pacientes con psoriasis tiene algún familiar afecto. (4, 6, 7)

La edad de inicio y la presencia de antecedentes familiares identifican dos grupos de pronóstico diferente. La psoriasis tipo I, se inicia en la infancia o pubertad, tiene antecedentes familiares y se asocia con una clínica grave; mientras que la psoriasis tipo II, con inicio en la cuarta década, es menos intensa y sin tanta predisposición genética. (8) No se trata de una clasificación rígida, existen pacientes que no se enmarcan en un determinado tipo. (6)

La etiopatogenia es desconocida. Actualmente, la psoriasis se considera una enfermedad inmunitaria. Los linfocitos T activados actúan

regulando un conjunto de reacciones en la piel que producen hiperproliferación de la epidermis e inflamación de la dermis. Existen otros factores que influyen en el curso de la psoriasis como traumatismos, infecciones, fármacos, factores hormonales, metabólicos y digestivos, el clima, consumo de alcohol y/o tabaco... Dentro de los elementos que influyen en el desarrollo de la psoriasis, cobra especial importancia el estrés psíquico. Los propios pacientes lo identifican como responsable de muchos de sus brotes. (8)

Las manifestaciones clínicas de la psoriasis son muy variadas. La forma más frecuente es en placas: la placa psoriásica es aplanada, eritematosa, bien delimitada, con descamación superficial y de tamaño variable; la escama psoriásica es fina y de coloración blanquecina. (4)

Dentro de la sintomatología de la psoriasis encontramos con frecuencia prurito y dolor. En ocasiones las lesiones pueden fisurarse y sangrar. (9)

Aunque la psoriasis puede afectar a cualquier zona del cuerpo, aparece con más frecuencia en codos, rodillas, cuero cabelludo, manos, pies y genitales. (10)

El diagnóstico más frecuente es el de psoriasis vulgar (80%) con placas de distribución bilateral y simétrica en codos, rodillas, zona sacra y cuero cabelludo; seguido de la psoriasis guttata (14,2%), frecuente en niños y a menudo producida tras un antecedente de faringitis por estreptococo B-hemolítico. Otros tipos son: psoriasis pustulosa, psoriasis eritrodérmica en la que las placas confluyen ocupando gran parte de la superficie cutánea; y psoriasis inversa en la cual las lesiones se sitúan en los pliegues de flexión como axilas, ingles o pliegue interglúteo. (10 – 15)

La artritis psoriásica aparece aproximadamente en el 25% los casos. Las articulaciones interfalángicas de las manos y de los pies son las que se afectan con mayor frecuencia. (6, 13)

El diagnóstico de psoriasis es fundamentalmente clínico. Los signos que ayudan al diagnóstico son el fenómeno isomórfico de Koebner

(aparición de lesiones en áreas de traumatismos), hipopigmentación postinflamatoria, el signo del rocío hemorrágico de Auspitz (sangrado puntiforme tras la retirada de las escamas) y la presencia de pits ungueales.

La gravedad se determina utilizando un sistema objetivo de evaluación denominado *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)* (Anexo 1), que tiene en cuenta signos como la rojez, la dureza de las placas y las escamas. El cálculo de la superficie total afectada (*BSA – Body Surface Area*) permite clasificar a los pacientes en psoriasis leve (<3% de la superficie afectada), moderada (3-10%) y severa (> 10%). (10,14)

No existe cura para la psoriasis. Los tratamientos actuales se dirigen a mejorar y aliviar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes. (16)

En psoriasis localizadas, habitualmente, se emplean terapias tópicas como corticoides, análogos de la vitamina D y A, así como agentes queratolíticos y alquitranes o breas. Cuando la enfermedad presenta mayor severidad o es resistente a los tratamientos tópicos, se emplean los tratamientos sistémicos que incluyen fototerapia y fotoquimioterapia, metotrexato, ciclosporina y acitretino. En los últimos años, han aparecido agentes biológicos, que representan una opción en pacientes con psoriasis moderada-severa, que tienen contraindicada la terapia sistémica clásica o bien es resistente a la misma. (6, 10)

Se calcula que en España el 85% de los pacientes diagnosticados de psoriasis no cumplen con el tratamiento, debido a que carecen de motivación para luchar contra la enfermedad, ya que la psoriasis tiene el potencial de debilitar y socavar el entusiasmo de los afectados.

Las enfermedades crónicas que no son tratadas activamente, además de afectar profundamente la calidad la vida de las personas que las sufren, son muy costosas para la sociedad. Por tanto desde enfermería debemos conocer las complicaciones no solo físicas, si no también psico-sociales de la psoriasis para poder entender las causas de la baja adherencia al tratamiento y desarrollar estrategias para neutralizarlas, consiguiendo así grandes beneficios para los pacientes, profesionales y para la sociedad en general. (17)

## **OBJETIVOS**

Realizar una revisión bibliográfica de la psoriasis para conocer:

- Las complicaciones psico-sociales de estos pacientes.
- Los cuidados de enfermería que precisan.

## **METODOLOGÍA**

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos:

- Dialnet
- ScienceDirect
- Cuiden
- PubMed

Se han consultado revistas, libros y monografías sobre dermatología. Así mismo se han consultado páginas web como la Sociedad Española de Reumatología, la Academia Española de Dermatología y Venereología; y la National Psoriasis Foundation, entre otras.

También se ha obtenido información directa de dos pacientes con psoriasis pertenecientes al C.S. Seminario de Zaragoza.

La búsqueda electrónica se realizó durante los meses de enero a marzo de 2013.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda son: psoriasis, calidad de vida, ansiedad, depresión, complicaciones psicosociales y cuidados de enfermería.

Los operadores booleanos utilizados son AND, OR y AND NOT y el operador de truncamiento (\*).

Para la selección de los artículos se han empleado los siguientes criterios de inclusión:

- Documentos que daten del año 2003 hasta el presente (grupo heterogéneo: estudios descriptivos, estudios transversales, estudios observacionales, estudios longitudinales, monografías en internet, artículos de revistas científicas), en castellano o en inglés.

- Pacientes con psoriasis (tanto en hospitalización como en comunidad) que presenten complicaciones psicosociales ya sea ansiedad, depresión, aislamiento social,... sin límite de edad.

BASE DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS CONSULTADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Dialnet	70	12	<b>5</b>
Science Direct	49	14	<b>6</b>
Cuiden	24	4	<b>1</b>
PubMed	118	16	<b>1</b>

Además, se han utilizado 6 libros y 5 páginas webs.



## **DISCUSIÓN**

La totalidad de artículos revisados mantienen que la psoriasis incide de manera significativa en la actividad cotidiana de las personas, afectando a la calidad de vida. Sánchez Carazo JL. et al (3) definen calidad de vida como un concepto amplio que abarca tanto aspectos físicos como psicológicos, intelectuales y sociales.

Sánchez Carazo JL. et al (1), Vanaclocha F. et al (2) y Daudén E. et al (5, 18) coinciden en que el impacto que la psoriasis produce en el bienestar mental y la calidad de vida es comparable al de otras enfermedades crónicas como cáncer, cardiopatía isquémica y Diabetes Mellitus.

De acuerdo a una encuesta de la National Psoriasis Foundation (EE.UU.), un 80% de los pacientes considera que la psoriasis supone un problema moderado o grande en su vida diaria, incluso los pacientes con una afectación limitada. Esta afectación de la calidad de vida se puede ampliar a la de los familiares y parejas de los pacientes. (14)

En España, en una encuesta realizada entre pacientes atendidos en consultas de dermatología y en otra realizada entre los miembros de una asociación de pacientes, se puso de manifiesto también la afectación de las actividades sociales y laborales y la importante repercusión de la enfermedad sobre su estado psicológico. La calidad de vida de los pacientes encuestados se veía afectada de forma importante por la enfermedad en casi dos terceras partes de los casos, con una mayor afectación emocional que física. (5)

Freire M. et al (19) afirman que los pacientes con psoriasis presentan trastornos mentales con mayor frecuencia que pacientes con otras enfermedades crónicas de la piel. Entre estos trastornos destacan los de ansiedad y/o de depresión.

Sampogna et al observaron que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes con psoriasis se ve más afectada cuando la psoriasis se presenta con afectación palmoplantar, pustular o bien como artritis psoriásica. (19)

En el libro "Claves para un mejor control de la psoriasis" (17), su autor Luis Rojas Marcos conceptúa a la psoriasis con el potencial de debilitar, frustrar, deprimir, desesperar, aislar y socavar el entusiasmo de los afectados incluso para realizar las actividades gratificantes cotidianas.

Martín Frufau R. et al (8) y Calvo N. (10) señalan que, a nivel psicológico y social los pacientes con psoriasis pueden presentar inseguridad, alteraciones emocionales, sufrir ansiedad, depresión, estrés, baja autoestima, vergüenza, limitación social, aislamiento y estigmatización. También existe mayor tendencia a la automedicación con tranquilizantes, drogas o alcohol, y se producen trastornos del apetito, sueño y sexo.

Otro motivo de preocupación, según la "International Federation of Psoriasis Associations" (IFPA) (20), es el hallazgo de que los pacientes con psoriasis tienen el doble de probabilidades de tener pensamientos de suicidio, en comparación con otras personas que sufren de enfermedades crónicas.

Sánchez Carazo JL. et al (3) mencionan que, según un estudio realizado, al menos un 20% de los pacientes con psoriasis había pensado en el suicidio.

Sánchez Carazo JL. et al (3) señalan el absentismo laboral como un gran problema entre los pacientes con psoriasis, con casi un 60% más de bajas laborales, y una pérdida de unos 26 días anuales de trabajo en directa relación con su psoriasis.

Daudén E. et al (5) exponen que el impacto que la psoriasis tiene en la sociedad es también muy importante, ya que ocasiona un coste muy elevado, tanto directo, derivado de la atención médica, como indirecto, por la pérdida de productividad asociada.

Del mismo modo, Daudén E. et al (5) resaltan el impacto que la psoriasis tiene sobre la calidad de vida del paciente y la necesidad de evaluar este aspecto de forma sistemática y rutinaria a lo largo del seguimiento de los pacientes. Así mismo, mencionan que menos de una

tercera parte de los pacientes reciben una intervención psicológica apropiada. Esto contrasta con datos de la "National Psoriasis Foundation Mental Health Issue" que estima que un 52% de los pacientes con psoriasis, reportan síntomas psiquiátricos clínicamente significativos y son propensos a recibir un diagnóstico psiquiátrico. (20)

De la cueva Dobao P. et al (6) señalan que hasta el momento, no se tienen en cuenta suficientemente las variables de personalidad, a la hora de comprender y tratar a estos pacientes en la práctica clínica diaria.

Son muchos los autores que subrayan la necesidad de proporcionar apoyo psicosocial a los pacientes.

Daudén E. et al (5) y Rojas Marcos L. (17) explican que el malestar psicológico y el estrés causado por la enfermedad contribuyen a desencadenar los brotes, asociándose a un peor resultado del tratamiento. Por otro lado, la desmoralización producida por la falta de respuesta al tratamiento podría contribuir a la aparición de depresión, produciéndose así un círculo vicioso.

Sánchez Carazo JL. Et al (3) y Daudén E. et al (18), coinciden en que, un tratamiento efectivo de la psoriasis debe consistir en un enfoque multidimensional, que proporcione al paciente bienestar físico, social y psicológico.

Daudén E. et al (5), realizaron en 2011 un estudio observacional sobre un grupo de dermatólogos representativos de toda la geografía española y de pacientes con diagnóstico de psoriasis. En su estudio concluyen que el grado de satisfacción con el tratamiento y con el dermatólogo era elevado.

Esto contrasta con el estudio de la "European Federation of Psoriasis Patient Associations" (Europso), que evalúa el impacto de la psoriasis sobre la calidad de vida, en el cual las tres cuartas partes de los participantes expresaban satisfacción escasa o moderada con su tratamiento y el 21% ya no consultaba a un profesional de la salud. (12)

Moreno-Ramírez D. et al (16) afirman que aproximadamente el 85% de los pacientes con psoriasis no cumplen con su tratamiento.

Daudén E. et al (5) y Freire M. et al (19) destacan que la reciente aparición de los fármacos biológicos, representa un importante paso en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, debido a sus escasos efectos adversos. Estos fármacos ofrecen un buen control a largo plazo que minimiza las repercusiones sanitarias, psicosociales, económicas y personales de la enfermedad, favoreciendo también una mejora en la calidad de vida.

Gottfried W. (21) menciona que el impacto en la calidad de vida se puede objetivar a través de diferentes tipos de cuestionarios y que, no existe en la actualidad, un consenso absoluto en lo relativo a como se debe medir la gravedad de la psoriasis en un paciente dado.

Sánchez Carazo JL. Et al (3) y la Sociedad Española de Reumatología (22) coinciden al nombrar el Índice de Calidad de Vida en Dermatología como uno de los más utilizados. (Anexo 2) Además señalan otros formularios específicos para valorar el impacto de la psoriasis como *Psoriasis Disability Index (PDI)*, *Psoriasis Quality of Life Questionnaire* o *EUROPSO*.

Daudén E. et al (18) señalan que hay numerosas escalas para hacer una primera aproximación al diagnóstico de depresión y ansiedad. Entre estas escalas se encuentra la EADG (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), una de las más sencillas, breves y de fácil manejo. (Anexo 3)

En cuanto a las intervenciones de enfermería en la psoriasis, Torrelo A. (23) menciona en su libro que, además de los cuidados dirigidos a mantener la integridad de la piel, otro aspecto importante es el concepto de sí mismos y de su imagen corporal, por lo que se deben brindar estrategias de afrontamiento efectivo.

Martínez Cortina A. (9) del mismo modo señala que, una de las funciones del plan de cuidados en psoriasis, además de la educación sanitaria en cuanto al proceso de la enfermedad, cuidados y vigilancia de

las lesiones y la piel, es ofrecer apoyo emocional, para aumentar el afrontamiento y potenciar la imagen corporal.

Martínez Cortina A. (9) y Vizcaya Moreno MF. et al (24) desarrollan planes de cuidados que recogen los diagnósticos, objetivos y actividades de enfermería más frecuentes en los pacientes con psoriasis.

Martínez Cortina A. (9) mantiene que la enfermera debe realizar una valoración tanto física como psicosocial, valorando tanto el aspecto de las lesiones como la relación existente entre psoriasis/estrés y el impacto emocional. El plan de cuidados desarrollado por Martínez Cortina A. (9) está dirigido a pacientes con psoriasis sometidos a fototerapia. Enuncia nueve diagnósticos NANDA, entre los cuales encontramos cuatro relacionados directamente con aspectos psico-sociales. Los diagnósticos propuestos son: deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, disconfort, ansiedad, aislamiento social, riesgo de baja autoestima situacional, trastorno de la imagen corporal, conocimientos deficientes e incumplimiento del tratamiento.

Vizcaya Moreno MF. Et al (24) proponen cuatro diagnósticos NANDA los cuales coinciden con algunos de los propuestos por Martínez Cortina A. (9). Los diagnósticos planteados son: déficit de conocimientos relacionado con insuficiente información sobre el diagnóstico, el tratamiento o interpretación errónea de la misma, alteración del bienestar: prurito relacionado con las lesiones de la piel, trastorno de la imagen corporal relacionado con las lesiones de la piel, y no seguimiento del tratamiento terapéutico.

En la mayoría de las intervenciones propuestas por Martínez Cortina A. (9) y Vizcaya Moreno MF. Et al (24) priman las actividades de enfermería encaminadas a mejorar la situación psico-social del paciente. Entre estas actividades se encuentran: proporcionar información, escucha activa, motivar a colaborar, animar a expresar sus sentimientos, potenciar la autoestima, potenciar su imagen corporal, potenciar la socialización, facilitar la autorresponsabilidad...

Rojas Marcos L. (17) considera fundamental una comunicación efectiva, clara, directa, esperanzadora y empática; y señala que, aunque los pacientes son los protagonistas principales, no hay que descartar que los familiares, amigos y otras personas cercanas al paciente también pueden jugar un papel constructivo y beneficioso.

Rojas Marcos L. (17) menciona que los grupos de apoyo de enfermos de psoriasis, programados alrededor de la consulta individual son muy beneficiosos para la adherencia al tratamiento. Está demostrado que quienes participan en grupos de apoyo disfrutan de mejor calidad de vida que quienes no toman parte en esas reuniones.

## **CONCLUSIÓN**

Los efectos físicos, psicológicos y sociales de la psoriasis plantean un enorme reto al estado de ánimo y la calidad de vida de quienes la padecen. (17)

No hemos de obviar, que el impacto psicológico de la enfermedad puede ser tan debilitante como los síntomas físicos, ya que su naturaleza visible hace que se sientan deprimidos y cohibidos por su aspecto.

El personal de enfermería debe conocer las complicaciones psicosociales que plantea esta enfermedad y ayudar a estos pacientes a manejar tanto los aspectos físicos como los psicológicos.

Concluyendo, la psoriasis suele tener efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de vida del enfermo. Teniendo en cuenta su cronicidad, su evolución por brotes y la alteración tanto física como psicosocial, podemos afirmar que el rol de enfermería es importante en la adaptación e independencia del enfermo con psoriasis. (24)

Del mismo modo, resulta imprescindible dar más información a la población sobre la enfermedad y crear así conciencia social sobre la situación de los afectados. (10)

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sánchez Carazo JL, Hernández Bel P, Alegre de Miguel V. Psoriasis y calidad de vida. *Piel*. 2009; 24 (1): 1-3.
2. Vanaclocha F, Puig L, Daudén E, Escudero J, Hernanz JM, Ferrándiz C et al. Validación de la versión española del cuestionario Psoriasis Disability Index en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis moderada-grave. *Actas Dermosifiliogr*. 2005; 96 (10): 659-68.
3. Sánchez Carazo JL, Martínez Casimiro L, Alegre de Miguel V. Es necesario el control de la psoriasis a largo plazo. *Actas Desmosifiliogr*. 2008; 99 Supl 1: 29-36.
4. Torrelo A. *Dermatología en Pediatría General*. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 2007.
5. Daudén E, Conejo J, García-Calvo C. Percepción del médico y paciente de la gravedad de la psoriasis, su impacto en la calidad de vida y satisfacción con la atención y el tratamiento recibido. Estudio observacional en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2011; 102 (4): 270-276.
6. De la Cueva Dobao P, Moreno Sánchez A, Guerra Tapia A. Sexualidad y psoriasis. ¿Amistades peligrosas?. *Más Dermatol*. 2010; 12: 4-13.
7. Fonseca Capdevila E. *Dermatología Pediátrica*. Vol. 1. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 2000.
8. Martín Frufau R, Corbalán Berná J, Brufau Redondo C, Ramirez Andreo A, Limiñana Gras RM. Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de psicología*. 2010; 26 (2): 335-340.
9. Martínez Cortina A. Atención de Enfermería al paciente con psoriasis sometido a fototerapia. *Pulso*. 2012 Dic; (72): 21-23.
10. Calvo N. El rechazo social, principal problema de vivir con psoriasis. *Sesenta y más*. 2007; (262): 40-43.



11. Magaña García M, Magaña Lozano M. Dermatología. México: Médica Panamericana; 2003.
12. Vivir bien con psoriasis [sede Web]. Barcelona: Laboratorios LEO Pharma S.A.; 2012 [acceso 20 de marzo de 2013]. ¡Hay esperanza!; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.psorinfo.es/Pacientes.aspx?ID=710>
13. Alonso Peña D. Atlas de Dermatología del Pie. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
14. National Psoriasis Foundation [sede Web]. Portland: National Psoriasis Foundation; [acceso 20 de marzo de 2013]. Psoriasis and Psoriatic Arthritis Education Center; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.psoriasis.org/psoriasis-and-psoriatic-arthritis-education-center>
15. Psoriasis Association [sede Web]. Scottish: The Psoriasis Association; [actualizado septiembre de 2012, acceso 20 de marzo de 2013]. About psoriasis; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.psoriasis-association.org.uk/pages/view/about-psoriasis>
16. Moreno-Ramírez D, Fonseca E, Herranz P, Ara M. Realidad terapéutica de la psoriasis moderada-grave en España. Encuesta de opinión. Actas Dermosifiliogr. 2010; 101 (10): 858-865.
17. Rojas Marcos L. Claves para un mejor control de la Psoriasis. Barcelona: Laboratorios LEO Pharma S.A.; 2012.
18. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103 (Supl 1): 1-64.
19. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G et al. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. Reumatol Clín. 2011; 7 (1): 20-26.
20. Worldwide unity for people living with psoriasis [web Side]. Sweden: International Federation of Psoriasis Associations (IFPA); [acceso el

- 25 de marzo de 2013]. Publications and documents. Psoriasis is a serious disease deserving global attention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ifpa-pso.org/web/page.aspx?refid=32>
21. Wozel G. ¿Cómo definir la gravedad de la psoriasis? Restos prácticos y límites. Med Cutan Iber Lat Am. 2005; 33 (1): 41-42.
  22. Sociedad Española de Reumatología [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2002 [actualizado 17 de diciembre de 2012, citado 20 de marzo de 2013]. Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis. Psoriasis. [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: [http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/manifestaciones\\_extraarticulares\\_5/psoriasis.php](http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/manifestaciones_extraarticulares_5/psoriasis.php)
  23. Fenton Tait MC, Armenteros Borrell M. Temas de enfermería médico-quirúrgica. Vol. 3. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
  24. Vizcaya Moreno MF, Solano Ruiz MC, Domínguez Santamaría JM, Espejo Luna E. Psoriasis. Rev ROL Enf. 2004; 27 (7-8): 521-526.

## ANEXO 1 PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX (PASI)

	Eritema	Descamación	Infiltración	Gravedad (A+B+C)	Área afectados	(DxE)	Peso	TOTAL (FxG)
	A	B	C	D	E	F	G	H
Cabeza	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6		0,1	
EESS	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6		0,2	
Tronco	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6		0,3	
EEII	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4	0, 1, 2, 3, 4		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6		0,4	
	0 = no afectación; 1 = leve 2 = moderada 3 = grave 4 = muy grave				0 = 0%; 1 = 1-9%; 2 = 10-29%; 3 = 30-49%; 4 = 50-69%; 5 = 70-89%; 6 = 90-100%		<b>PASI</b>	(suma de las H)

### Abreviaturas:

EESS Extremidades superiores

EEII Extremidades inferiores

## ANEXO 2 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA

El propósito de este cuestionario es medir cuánto su problema de la piel ha afectado su vida **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA**. Marque una casilla para cada pregunta.

1.	Durante la última semana, ¿cuánto le <b>pica</b> o qué tan <b>sensible, adolorida</b> o con <b>escozor</b> ha estado su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Durante la última semana, ¿cúán <b>avergonzado/a</b> o <b>cohibido/a</b> ha estado usted debido a su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Durante la última semana, ¿cuánto ha interferido su piel con que usted <b>vaya de compras</b> o cuide de su <b>hogar o jardín</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
4.	Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su piel en la <b>ropa</b> que se pone?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
5.	Durante la última semana, ¿cuánto ha afectado su piel cualquier actividad <b>social</b> o de <b>esparcimiento</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
6.	Durante la última semana, ¿cuánto le ha dificultado su piel hacer cualquier <b>deporte</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
7.	Durante la última semana, ¿le ha impedido su piel <b>trabajar</b> o <b>estudiar</b> ?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "No", durante la última semana ¿cuánto problema ha significado su piel en el <b>trabajo</b> o para <b>estudiar</b> ?	Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante la última semana, ¿cuánto problema ha creado su piel con su <b>pareja</b> o con cualquiera de sus <b>amigos cercanos</b> o <b>parientes</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
9.	Durante la última semana, ¿en qué medida su problema de la piel le ha ocasionado <b>dificultades sexuales</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
10.	Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha significado el <b>tratamiento</b> de su piel, por ejemplo causando desorden en su casa o quitándole tiempo?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>

## **ANEXO 3** ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

### **Subescala de ansiedad**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntado)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

### **Subescala de depresión**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.