



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN UN PACIENTE CON PSORIASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/a: Rosa María Gamboa Urgeles

Tutor/a: ASCENCIÓN FALCÓN ALBERO

CALIFICACIÓN.

--

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA	7
DESARROLLO.....	8
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFÍA	17
ANEXO 1 PLAN DE CUIDADOS	24
ANEXO 2 RECOMENDACIONES	30
ANEXO 3 CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.....	31
ANEXO 4 ESCALA DE ANSIEDAD / DEPRESIÓN DE GOLDBERG.....	33

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad cutánea, tiene una prevalencia media del 2% de la población mundial. En España, se estima en el 1,43% de la población general. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, crónica, de carácter sistémico y de base inmunológica mediada por linfocitos T, que presenta frecuentes comorbilidades. Se caracteriza por la presencia de inflamación, incremento de recambio celular epidérmico e hiperplasia epidérmica. La justificación de este trabajo es acercarse a la consulta de enfermería de atención primaria, las necesidades de salud del paciente con psoriasis, para contribuir a mejorar su calidad asistencial.

Objetivos: 1º conocer las necesidades de salud de una persona con psoriasis, 2º proponer una valoración que asegure la revisión de los aspectos susceptibles de alterarse y 3º completar y mejorar la calidad asistencial de estos pacientes, en atención primaria, a través del diseño de un Plan de Cuidados.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en bases de datos: ScienDirect, PubMed, Cuiden y Dialnet. Palabra clave "psoriasis", combinada con: prevalencia, patogenia, tratamiento, severidad, enfermer*, etc. Para la valoración funcional propuesta, los libros *Valoración enfermera estandarizada* y *Manual de diagnósticos de enfermería* de Marjory Gordon. El Plan de Cuidados se diseñó, usando la taxonomía *NANDA*, *NOC*, *NIC* y la base de datos *OMI-AP*.

Desarrollo: La valoración enfermera es el pilar sobre el que se apoyan todas las decisiones. Una valoración funcional planificada no olvida los aspectos más importantes de un paciente. Se realiza la valoración de los 11 patrones funcionales de salud, recopilando la evidencia científica encontrada en cada uno de ellos y orientando la actuación enfermera, en los posibles problemas encontrados en cada patrón. Diseño de un Plan de Cuidados que guíe las intervenciones de enfermería en atención primaria.

Conclusiones: El manejo de la psoriasis en atención primaria permite obtener mejores resultados. Es erróneamente interpretada como un problema estético menor. Las nuevas generaciones de enfermeras están preparadas y motivadas para valorar y tratar el impacto emocional. La valoración funcional y el plan de cuidados propuestos son herramientas para optimizar el trabajo habitual de enfermería y mejorar el estado de salud del paciente psoriásico, tanto física como psicológicamente.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad dermatológica que afecta a millones de personas en el mundo. Su distribución es universal y tiene una prevalencia media del 2% de la población mundial, siendo más común en la raza blanca y similar en ambos sexos (1). En España, se estima en el 1,43% de la población general, con cifras más elevadas entre los 20-59 años y en las regiones centrales y secas del país (2).

La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica de carácter sistémico y de base inmunológica mediada por linfocitos T, (3) en la que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante. Cursa con períodos de remisión espontánea y recaídas, siendo su pronóstico variable y con frecuencia impredecible (4). Se caracteriza por la presencia de inflamación, incremento de recambio celular epidérmico e hiperplasia epidérmica de las lesiones (5). El origen embriológico común de la piel y el sistema nervioso central hace que ambos compartan los mismos sistemas bioquímicos de información interna, lo que explicaría su capacidad para reaccionar conjuntamente (6). Las investigaciones han descubierto el papel del sistema nervioso en el control de las reacciones inmunitarias, de la inflamación y de la proliferación celular en numerosos órganos (7).

La edad de inicio y la presencia de antecedentes familiares, identifica dos grupos de curso y pronóstico diferente: La psoriasis tipo I, que se inicia en la infancia tardía o la pubertad, tiene antecedentes familiares y se asocia con clínica más grave. La psoriasis tipo II, con inicio en la cuarta década, menos intensa y sin tanta predisposición genética (8). Existen pacientes que no se enmarcan en un determinado tipo.

El diagnóstico es habitualmente clínico y la gravedad se determina a través del Psoriasis Area and Severity Index (PASI) o Body Surface Area (BSA). Se acepta generalmente, que los pacientes con BSA > 5% y PASI superior a 10 ó 12, presentan psoriasis moderada a grave; sin embargo, hay otros muchos factores que cuentan y en el consenso obtenido por el Grupo Español de Psoriasis, se ha clasificado como psoriasis leve (grado I), la susceptible de respuesta a tratamiento tópico y psoriasis moderada a

grave (grado II), la que requiere (o ha requerido previamente) tratamiento sistémico, incluyendo, fármacos convencionales, agentes biológicos o foto (quimio) terapia (9). Para evaluar el impacto en la calidad de vida disponemos entre otros, los cuestionarios Dermatology Life Quality Index DLQI (10) y Psoriasis Disability Index (PDI) (5).

La psoriasis representa el 8,7% de las consultas dermatológicas en España (11) y aproximadamente un 20-30% de los pacientes con psoriasis, padecen las formas moderadas o graves de la enfermedad (12). El diagnóstico más frecuente (72,5%) es el de psoriasis vulgar, seguido de psoriasis guttata (14,2%), pustulosa (4,8%), eritrodérmica (3,0%) y artropatía psoriásica (4,4%) (11).

En el momento actual la psoriasis no tiene cura y como es una enfermedad crónica, que en más del 60% de los afectados se inicia antes de los 30 años, la mayoría de los enfermos necesitarán tratamientos durante 3 a 5 décadas (13). Decidir si un paciente con psoriasis debe recibir tratamiento tópico o sistémico es difícil y un punto clave en la aproximación terapéutica de esta enfermedad (14), resultando igual de necesario, definir de una forma clara, los pacientes candidatos a las terapias biológicas (15).

Hasta hace pocos años, era considerada como una enfermedad exclusivamente cutánea o articular, recientemente y como consecuencia de un mejor conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad, se ha pasado a considerar como una enfermedad inflamatoria crónica con afectación sistémica (16). Los pacientes con psoriasis, asocian a veces otras comorbilidades, como obesidad, diabetes, dislipemia, hipertensión, más afectación cardiovascular, síndrome metabólico, (15) artritis psoriásica, enfermedad de Crohn, etc. que tienen un marcado impacto sobre la morbimortalidad en pacientes con formas graves de la enfermedad. La relación directa entre la psoriasis y las enfermedades asociadas, es la presencia de inflamación crónica (17).

Dermatosis como la psoriasis, están muy relacionadas con el estrés emocional, el cual desempeña un papel importante en el comienzo y desarrollo de la enfermedad, llegando a estar presente en el 70% de los

pacientes (18,19,6,) por esta razón autores como Kilic et al., 2008 proponen considerarla como una enfermedad psicosomática, por el estrecho vínculo entre las exacerbaciones y el estrés (8). Probablemente, la comorbilidad psicológica relacionada con la psoriasis contribuya al sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo que aumenta el riesgo de otras comorbilidades (20).

La psoriasis deteriora la calidad de vida del individuo afectado, es una enfermedad que al atacar a la piel, ataca a la propia identidad del individuo. Muchos pacientes tienen que enfrentarse diariamente a sentimientos de vergüenza, culpabilidad, enfado y miedo de ser considerados sucios e infecciosos por los demás, produciéndoles sufrimiento psicológico (21). Se asocia a una estigmatización social, malestar, discapacidad física y sobre todo a alteraciones psicológicas, en sus formas más graves. Incluso los pacientes con una afectación limitada consideran que la psoriasis tiene un impacto importante en sus vidas.

También la repercusión en la sociedad es importante, costes directos derivados de la atención médica y costes indirectos por la pérdida de productividad asociada, mas los desplazamientos para tratamientos (22). La psoriasis es responsable directa de la pérdida de unos 26 días anuales de trabajo (15).

La justificación de este estudio es acercar a la consulta de enfermería de atención primaria las necesidades de salud del paciente con psoriasis, para contribuir a mejorar su calidad asistencial.

OBJETIVOS

1. Conocer las necesidades de salud de un paciente con psoriasis.
2. Proponer una valoración funcional, guiada sobre los 11 patrones funcionales de salud de M. Gordon, que nos asegure la revisión de los aspectos de la persona con psoriasis susceptibles de alterarse y así prestarles la atención debida.
3. Completar y mejorar la calidad asistencial de los pacientes con psoriasis que se atienden en las consultas de atención primaria a través del diseño de un Plan de Cuidados.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas o académicas: ScienceDirect, PubMed, Cuiden y Dialnet, durante los meses febrero a abril de 2012. En las mismas, se utilizó la palabra clave "psoriasis", de manera aislada o combinada con los siguientes términos: prevalencia, patogenia, tratamiento, severidad, enfermer*, cuidados, calidad de vida, comorbilidades, obesidad, psicodermatología, psicosomática, alcohol, ansiedad, personalidad.

Se dio especial importancia a los artículos y estudios más recientes, con preferencia por los realizados desde el año 2001 hasta el 2011. El eje conductor de la búsqueda y lectura crítica de la literatura encontrada, fue conocer las necesidades de salud del paciente con psoriasis.

La valoración funcional que propongo está fundamentada en los libros *Valoración enfermera estandarizada*. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería (23) y *Manual de diagnósticos de enfermería* de Marjory Gordon que es el marco conceptual que incluye 11 patrones funcionales de salud, de uso en atención primaria y que permite conocer los hábitos/costumbres del individuo (24).

El Plan de Cuidados se realizó usando la metodología enfermera en los cuidados profesionales, la taxonomía:

- *Diagnósticos Enfermeros*. Definiciones y Clasificación. NANDA International (25).
- *Clasificación de Resultados de Enfermería* (NOC) (26).
- *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC) (27).

Los diagnósticos de enfermería se enunciaron con el formato PES (problema, etiología, sintomatología).

Se utilizó la base de datos *OMI-AP* (6.9/00E-22 SP:74) usada en atención primaria.

DESARROLLO

La valoración enfermera es un acto de gran importancia y constituye el pilar sobre el que se apoyan todas las decisiones posteriores, ejerciendo una influencia fundamental, en el éxito final de nuestras intervenciones.

Llevar a cabo el proceso de valoración, implica la toma de decisiones importantes: que información es relevante, que áreas son de nuestra competencia, cual debe ser el enfoque de nuestra intervención, etc. que permiten conocer, en que contexto de salud, la estrategia terapéutica se va a desarrollar.

Una valoración funcional planificada tiene la ventaja no olvidar los aspectos más importantes de un paciente, la selección ordenada de información útil, permite realizar una identificación acertada de los problemas de la persona y de sus causas.

Esta valoración inicial requiere una larga entrevista y por lo tanto un tiempo adecuado para recoger todos los aspectos relevantes del paciente.

Se realizará una historia clínica electrónica completa, utilizando el programa *OMI-AP*, para registrar la situación del paciente y elaborar un Plan de Cuidados (Anexo 1)

VALORACIÓN FUNCIONAL QUE SE PROPONE:

Patrón 1: Percepción/manejo de la salud

Encontramos pacientes con problemas en la piel y posibles enfermedades concomitantes.

- Edad: si los síntomas aparecen antes de los 30 años, la afectación en la calidad de vida es mayor (16). Condiciona la necesidad de apoyo para aplicación de tratamientos locales (7).
- Género: mujeres, la pérdida de calidad de vida es mayor y si las lesiones están en partes del cuerpo expuestas, son más proclives a la ansiedad y depresión (28).
- Los episodios agudos pueden ocasionar ausencias al trabajo, hecho que preocupa mucho a los pacientes (15,22).
- Si fuma, suspensión del tabaquismo, conocido factor que contribuye a la progresión de la psoriasis (7).
- Si bebe alcohol, vigilancia del consumo, si el tratamiento tiene potencial hepatotóxico (7).
- Discrepancia en la percepción de la gravedad de la enfermedad entre el médico y el paciente (19).
- Les cuesta seguir de forma constante todas las recomendaciones (33).

EVALUAR

- Los conocimientos del problema de salud, la actitud ante su enfermedad y la adherencia al tratamiento.
- Conocer los distintos tratamientos que ha probado, si automedicación
- Riesgo de infección de las lesiones

REALIZAR

- Prevención primaria llevando control semestral de los valores de TA y glucemia (a partir de los 40 años) (31,32).

Patrón 2: Nutricional/metabólico

La obesidad lleva al síndrome metabólico. Control del sobrepeso: implicarnos en que nuestros pacientes con psoriasis y sobrepeso alcancen un IMC apropiado (7,30).

- Importante conocer el aumento de peso reciente, porque la psoriasis del adulto empeora de forma paralela con el aumento de peso (7).

Las alteraciones en la piel son en forma de placas eritematosas, de bordes definidos y cubiertas por escamas blanquecinas o plateadas que se desprenden fácilmente (4).

- El tamaño varía desde unos pocos milímetros hasta una gran parte del tronco o extremidades (4).
- Pueden aparecer en cuero cabelludo, codos, rodillas, región lumbosacra, retroauricular, palmas y plantas de las manos y pies (4).
- Pueden producir prurito o sensación de quemazón, doler, agrietarse e incluso sangrar.
- Podemos encontrar signos de rascado, infección, descamación, piel seca, enrojecimiento.
- Las uñas presentan punteados, manchas en aceite, onicólisis, hiperqueratosis subungueal, etc.

REALIZAR

- Explorar hábitos alimenticios, talla, peso y temperatura.
- Examen detallado de la piel y de las uñas, antigüedad de la psoriasis, ¿pican?



Patrón 3: Eliminación

Patrón valorado sin alteraciones relacionadas con esta intervención.

Patrón 4: Actividad/ejercicio

El paciente con psoriasis siente limitada de forma real o no, su oportunidad de acceder a puestos de trabajo y grupos sociales, lo que conduce al establecimiento de una pérdida de seguridad en si mismo (16).

- Las alteraciones físicas y psicosociales pueden hacer difícil participar en una actividad física regular (19).
- Puede tener disminuida su energía para afrontar las actividades de la vida diaria (19).
- El trabajo y las condiciones en que se ejerce, aporta información sobre el impacto en calidad de vida (7).
- Puede presentar compromiso las articulaciones y ser limitante (16).

EVALUAR

- Conocer su situación profesional.
- Si hace ejercicio físico. Puede haber problemas de sedentarismo.
- Las actividades de ocio que realiza.
- El grado de independencia para el autocuidado.

Patrón 5: Sueño/descanso

Las alteraciones cutáneas inestéticas que aparecen en la vida media suelen producir insomnio produciendo efectos negativos sobre la calidad de vida (34).

EVALUAR

- Cambios en el patrón de sueño, dificultades y causas.
- Si emplea medicamentos para descansar.
- Conocer los periodos de descanso-relax a lo largo del día.

Patrón 6: Cognitivo/perceptivo

Las alteraciones del estado emocional pueden reducir la atención o la memoria (15).

EVALUAR

- Patrón de voz, contacto visual y postura corporal.
- Dificultad para tomar decisiones, conducta indecisa (8).
- Conocimientos de la persona para adopción de soluciones ante problema de salud.
- La presencia de dolor y si altera la actividad.

Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto

Las alteraciones cutáneas inestéticas ejercen una influencia negativa en el bienestar mental, aumentando la vulnerabilidad del individuo. Producen deterioro de la autoestima, inseguridad, ansiedad y depresión (28,16).

- El sentimiento de autoestima de una persona que presenta una enfermedad de piel, se deteriora de forma intensa si la enfermedad es crónica (16).

EVALUAR

- Problemas con su imagen corporal, miedo al rechazo de otros, sentimientos negativos de su cuerpo.
- Problemas de autoestima, preocupación excesiva por la opinión de los demás, verbalizaciones autonegativas.
- Estabilidad emocional o cambios frecuentes estado ánimo.
- Carencias afectivas.
- Expresiones de desesperanza, de inutilidad.
- Falta de energía para solucionar los problemas, impotencia.

Patrón 8: Rol/relaciones

Estos pacientes pueden limitar su actividad social en función de los brotes y las lesiones, en ocasiones, les obliga a retirarse de cualquier tipo de interrelación o actividad, haciéndoles sentir falta de control sobre su vida (16,22).

- Las condiciones que alteran la estabilidad de la imagen corporal pueden determinar trastornos fóbicos con evitación de la conducta social (28).
- El aislamiento sociofamiliar es el posible inicio de hábitos poco saludables como la ingesta de alcohol o el consumo de drogas (16).

EVALUAR

- Situación social y familiar, existencia de mala adaptación en las relaciones.
- Apoyo familiar con el que cuenta.
- Si existe dependencia, modificación del rol.
- Si comparte los problemas con alguien (amigos para hablar).
- Si existen expresiones de culpa.
- Si pertenece algún grupo social (apoyo del asociacionismo)

Patrón 9: Sexualidad/reproducción

La psoriasis puede motivar vergüenza a la hora de exhibirse en la playa, gimnasios, etc. incluso repercutir en sus relaciones íntimas (16).

- El temor a la infección o los sentimientos de repulsión debidos al aspecto de la piel, en determinadas circunstancias, impiden seriamente la intimidad social y el contacto físico (28).

EVALUAR

- Si hay dificultades o cambios en las relaciones sexuales.
- Posibles cambios en función del tipo de lesiones y el estado de ánimo

Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés

Existe consenso en la importancia del estrés y acontecimientos vitales estresantes en la aparición y curso de la psoriasis (19).

- El paciente con psoriasis tiene mayor afectación emocional que física, sin embargo, y a pesar de su importancia, los profesionales sanitarios no aprecian en toda su extensión esta discapacidad e incluso cuando el problema es correctamente identificado, menos de 1/3 de los pacientes reciben una intervención psicológica apropiada (22).
- El estrés puede afectar al desarrollo de las actividades cotidianas personales, familiares y laborales, causando ansiedad y depresión (35).
- La gravedad de la psoriasis está ligada a la repercusión sobre la calidad de vida y solo el paciente sabe si su psoriasis es grave (7).
- Cumplimentar con el paciente, cuestionario de calidad de vida (Anexo 3).

EVALUAR

- Como afronta los problemas y conflictos que conllevan el hecho de existir.
- Emociones inapropiadas, tensión habitual, falsa seguridad ante otros.
- Si relaciona el brote de psoriasis con algún cambio/crisis.
- Si los desencadenantes son conocidos.
- Proyectos del enfermo para modificar las circunstancias o incapaz de afrontar la crisis.
- Sistemas de apoyo contra el estrés, ayudas para la relajación.
- La sospecha de ansiedad y/o depresión mediante la utilización de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Anexo 4).

Patrón 11: Valores/creencias

Conocer las cosas importantes en la vida del paciente, para conocer el aspecto de la vida al que la persona le concede mayor valor.

- Sentimientos de la persona por su vida futura.
- Si hay una preocupación especial por su enfermedad.

Tras realizar esta valoración propongo un Plan de Cuidados, diseñado para guiar las intervenciones de enfermería en atención primaria (Anexo 1) y una serie de recomendaciones dirigidas al cuidado del paciente con psoriasis (Anexo 2).



CONCLUSIONES

El manejo de la psoriasis en las consultas de enfermería de atención primaria permite obtener mejores resultados al sistema sanitario y satisfacción del usuario.

La psoriasis es erróneamente interpretada como un problema estético menor, pero que tiene consecuencias muy negativas sobre al menos el 1,43% de la población española.

Las nuevas generaciones de enfermeras están preparadas y motivadas para valorar y tratar el impacto emocional de la enfermedad en los pacientes con psoriasis.

La valoración funcional y el plan de cuidados propuestos son herramientas para optimizar el trabajo habitual de la enfermera y sirven como punto de referencia en la planificación de intervenciones para mejorar el estado de salud del paciente psoriásico, tanto física como psicológicamente.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001[citado 15 febrero 2012];Jan;15(1):16-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451313>
- (2) Ferrándiz C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandía JA. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I).. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001[citado 15 febrero 2012];Jan;15(1):20-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451315?dopt=Abstract>
- (3) Gutierrez M, Ruiz Carrascosa JC. El linfocito: protagonista en la nueva era de los biológicos. *Actas Dermosifiliogr* 2008 [citado 8 marzo 2012];99 Supl 1:2-8. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13115389&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=31&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v99nSupl.1a13115389pdf001.pdf
- (4) Pedraz Muñoz J, Dauden Tello E. Psoriasis I y II. En: Conejo-Mir J, Moreno JC, Camacho FM. *Manual de dermatología*. Madrid: Aula Médica; 2010.
- (5) Vanaclocha F, Puig LI, 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[citado 21 febrero 2012];96(10):659-668. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13082559&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=33&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v96n10a13082559pdf001.pdf

- (6) Romani de Gabriel J, Chesa Vela D. Psicodermatología en atención primaria. *Piel*.2005[citado 14 marzo 2012];20(6):282-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v20n06a13076540pdf001.pdf>
- (7) Dubertret L. La medicina centrada en el paciente: una revolución terapéutica. *Actas dermosifiliogr.* 2007[citado 22 marzo 2012];98:297-301. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13106151&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=103&ty=27&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v98n05a13106151pdf001.pdf
- (8) Martín Brufau R, Corbalán Berná FJ, Brufau Redondo C, Ramirez Andreo A, Limiñana Gras RM. Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de Psicología* 2010[citado 1 marzo 2012];26(2):335-340. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/18-26_2.pdf
- (9) Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009[citado 22 marzo 2012];100:277-86. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/103/103v100n04a13136496pdf001.pdf>
- (10) Carrascosa JM. Calidad de vida en dermatología. *Piel* 2001[citado 15 marzo 2012]; 16:169-171. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v16n04a13013187pdf001.pdf>
- (11) Gabinete de Estudios Sociologicos Bernard Krief. La problemática de la psoriasis en España y su futuro. Estudio prospectivo Delphi

- Psoriasis 2000[citado 17 febrero 2012]. Madrid: Bernard Krief; 2000. Disponible en: <http://psoriasi.pangea.org/b/pso2000.htm>
- (12) Moreno-Ramírez D, Fonseca E, Herranz P, Ara M. Realidad terapéutica de la psoriasis moderada-grave en España. Encuesta de opinión. Actas Dermosifiliogr 2010[citado 20 febrero 2012];101(10):858-865. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/103/103v101n10a13187597pdf001.pdf>
- (13) Ferrándiz C. Nuevos horizontes en el tratamiento de la psoriasis. MedClin 2004[citado 22 febrero 2012];123(17):659-660. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v123n17a13068691pdf001.pdf>
- (14) Ferrándiz C, Carrascosa JM. Tratamiento tópico o sistémico en la psoriasis. ¿Dilema o acuerdo? Piel 2009[citado 24 febrero 2012];24(5):227-229. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v24n05a13137381pdf001.pdf>
- (15) Sanchez Carazo JL, Martinez Casimiro L, Alegre de Miguel V. Es necesario el control de la psoriasis a largo plazo. Actas Dermosifiliogr. 2008[citado 23 febrero 2012];99 Supl 1:29-36. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13115392&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=103&ty=34&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v99nSupl.1a13115392pdf001.pdf
- (16) Moreno-Gimenez JC, Jiménez-Puya R, Galán-Gutierrez M. Comorbilidades en psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2010[citado 25 febrero 2012];101(Supl.1):55-61. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2085258>

- (17) Gisondi, P.; Girolomoni, G.; Enfermedades cardiometabólicas concomitantes y enfoque de los pacientes con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2009[citado 27 febrero 2012];100:Supl. 2:14-21. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13146412&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=103&ty=103&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v100nSupl.2a13146412pdf001_2.pdf

- (18) Palomar Llatas, F. Enfermería dermatológica nº 06. Año 3, enero-abril 2009[citado 3 marzo 2012]. Disponible en: <http://issuu.com/anedidic/docs/enfermeria-dermatologica-06>

- (19) Ribera Pibernat M, Caballé G, Fernández-Chico N, Fuente MJ, Ferrándiz Foraster C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. *Piel* 2004[citado 25 febrero 2012];19(5):242-249. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v19n05a13061236pdf001.pdf>

- (20) Puig-Sanz L. La psoriasis ¿una enfermedad sistémica? *Actas Dermosifiliogr.* 2007[citado 28 febrero 2012];98:396-402. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-dermosifiliograficas-103/la-psoriasis-una-enfermedad-sistemica-13107641-noticias-2007>

- (21) Ginsburg I. Aspectos psicológicos y psicofisiológicos de la psoriasis. En: *Clínicas dermatológicas. Psoriasis Vol.4* Interamericana McGraw-Hill Madrid; 1996.

- (22) Dauden 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[citado 31 marzo 2012];102(4):270-276. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-dermo-sifiliograficas->

103/percepcion-medico-paciente-gravedad-psoriasis-su-impacto-90002955-originales-2011

- (23) Arribas AA, Arejula JL, Borrego R, Domingo M, et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. FUDEN Observatorio Metodología Enfermera. Madrid 2006.
http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf
- (24) Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 11ª ed. Madrid, España: McGraw-Hill; 2007
- (25) NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010
- (26) Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2009
- (27) Bulechek G, M. Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid, España: Elsevier Mosby; 2009.
- (28) Tribó Boixareu MJ. Razones de ser y utilidad de la psicodermatología. Piel 2006[citado 14 marzo 2012];21(2):51-53. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v21n02a13084582pdf001.pdf>
- (29) Dauden E, Castañeda S, Suarez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. Actas Dermosifiliogr 2012[citado 21 febrero 2012]; 103(Supl 1):1-64. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-dermo-sifiliograficas-103/abordaje-integral-comorbilidad-paciente-psoriasis-90098217-otras-secciones-2012>

- (30) Farias MM, Serrano V, De la Cruz C. Psoriasis y obesidad: revisión y recomendaciones prácticas. *Actas Dermosifiliogr* 2011[citado 24 febrero 2012];doi:10.1016/j.ad.2011.03.010 Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0001-7310%2811%2900171-2.pdf>
- (31) Ribera Pibernat M. *Convivir con psoriasis*. Madrid: Médica Panamericana; 2008
- (32) Guerra Tapia A, González-Guerra E. Maquillaje terapéutico: algo más que un gesto estético. *Salud-estética* enero-febrero 2011[citado 14 marzo 2012]; Disponible en: http://www.auroraguerra.com/ficheros/maquillaje_terapeutico.pdf
- (33) Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Ferrán M, Pujol RM, Ribera M. Tratamiento tópico de la psoriasis. *Piel*. 2009[citado 4 abril 2012];24(10):557-68. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/piel-formacion-continuada-dermatologia-21/tratamiento-topico-psoriasis-13145460-terapeutica-dermatologica-2009>
- (34) DAME Asociación española de mujeres dermatólogas. Disponible en <http://www.mujeresdermatologas.com/contenido.php?padre=15|16|47&IDContenido=47>
- (35) Acción Psoriasis. Asociación de afectados de psoriasis. Disponible en: <http://www.accionpsoriasis.org/>

ANEXOS

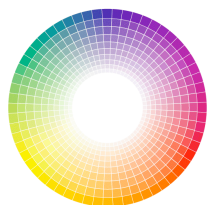
ANEXO 1 PLAN DE CUIDADOS para un paciente con PSORIASIS

00046 Deterioro de la integridad cutánea: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas	
r/c proceso inmunológico	m/p descamación, enrojecimiento
Criterios de Resultado NOC:	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) INDICADORES: 110113 Integridad de la piel 110104 Hidratación
Intervenciones NIC:	<p><i>Vigilancia de la piel (3590)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar gel o champú agresivos, al igual que esponjas, guantes, manoplas o cepillos que puedan ejercer sobre la piel pequeños traumatismos. - Controlar que los productos tengan un pH entre 4 y 4'5. - Preferible hacer baños en bañera antes que duchas ya que tiene una doble acción: relajante y emoliente. Deben durar al menos 20 minutos, añadir extracto coloidal de avena o aceites con propiedades emolientes y antipruriginosas, y las costras y escamas serán más fáciles de eliminar. - Tras el baño o ducha, secar bien las zonas de pliegues, surcos interdigitales... para evitar la proliferación bacteriana o fúngica. Al secarse, no frotar. Tener cuidado de no arañar o irritar las placas psoriasicas. - Es conveniente hidratar la piel con lociones o leches corporales hidratantes y nutritivas que además de hidratar la piel aumentan la penetración de los principios activos administrados tópicamente. - No aplicar sobre la piel colonias ni perfumes que puedan irritarla. - Lavarse las manos únicamente cuando sea necesario. Secarse bien y aplicarse crema hidratante o medicinal. - Es conveniente la asistencia a balnearios terapéuticos de aguas sulfuradas, barros, etc. que a su vez sirven de relax al paciente (18). - Los productos de limpieza del hogar, no deben manipularse con las manos desnudas, recomendable ponerse guantes adecuados, incluso para lavar ropa o los platos (31).
	<p><i>Cuidados de las heridas (3660)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar los traumatismos y la piel seca. Cualquier irritación puede desencadenar un brote de la enfermedad. Cuando la piel recibe un golpe o se inflama por otro motivo, puede desencadenarse en esa zona la psoriasis. - El calzado debe de ser holgado y cómodo para no ocasionar traumatismos en los pies. - Uñas bien cortadas: que las corten bien rectas, que no corten la cutícula y que no las utilicen como herramientas.
	<p><i>Manejo de la nutrición: Dieta (1100)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Especialmente para aquellos con IMC mayor a 25. <p>Objetivo: lograr hábitos de alimentación saludable sostenidos en el tiempo que permitan una bajada de peso controlada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda dietas equilibradas, hipocalóricas (restringir 500-1000 kcal/día). - Consumir una dieta rica en frutas y verduras. - Elegir alimentos ricos en fibra y con granos enteros. - Consumir pescado, en especial pescados grasos, al menos 2 veces por semana. - Elegir carnes magras y alternativas vegetarianas, consumir lácteos descremados y minimizar el consumo de grasas parcialmente hidrogenadas. - Evitar la ingesta de zumos o bebidas con azúcar. - Cocinar y escoger aquellos alimentos con bajo contenido en sodio. - En caso de consumir alcohol, hacerlo con moderación (30).
	<p><i>Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la práctica de actividad física - De indicación específica para cada paciente, según edad y tolerancia. - Comenzar con 30 minutos de actividad física tres veces a la semana. - Necesario 150 minutos/semana de actividad física de intensa a moderada para conseguir efecto metabólico con beneficios importantes. (30) - Resulta beneficioso para mejorar el estado anímico, puede disminuir situaciones de estrés y evitar la aparición de brotes de psoriasis. - Contribuye a equilibrar el ciclo descanso/sueño.

00126 Conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad y medicación: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con la psoriasis		
r/c falta de exposición		m/p verbalización del problema
Criterios de Resultado NOC:	<p>Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803) Conocimiento: medicación (1808) INDICADORES: 180801 Importancia de informar al profesional sanitario de toda la medicación que se está consumiendo 180809 Posibles interacciones con otros fármacos 180810 Administración correcta de la medicación 180819 Efectos terapéuticos de la medicación</p>	
Intervenciones NIC:	<p><i>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad; que puede ser blanqueada pero no curada, su cronicidad, su periodicidad. - Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado. - Explorar con el paciente lo que ha hecho para controlar los síntomas. - Deben conocer la gran importancia que tiene mantener una hidratación adecuada y evitar traumatismos, cualquier irritación puede desencadenar un brote de la enfermedad (14). - Respuesta isomórfica de Koebner: Cuando la piel recibe un golpe o se inflama por otro motivo, puede desencadenarse en esa zona, la psoriasis. Una quemadura solar, unos calcetines muy ajustados, cinturones, heridas, golpes... Este hecho esta presente en el 50% de los pacientes (34). - Evitar el rascado, cronifica las lesiones. Cinco minutos de rascado son suficientes para reactivar la psoriasis durante dos semanas (7). - Evitar arrancarse escamas, acelera el recambio cutáneo (7). - El riesgo de desarrollar complicaciones psiquiátricas aumenta en pacientes con afecciones cutáneas que no mejoran con el tratamiento (28). - El uso de alternativas terapéuticas que no mejoran la enfermedad produce frustración en los pacientes (16). 	
	<p><i>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los tratamientos frenan por distintos mecanismos el recambio cutáneo. Si paramos un tratamiento en cuanto las placas han desaparecido, la recaída es rápida. Por este motivo es fundamental continuar el tratamiento cuando las lesiones desaparecen. Seis meses después, la piel es anormal a nivel microscópico por ello, continuar el tratamiento un año después de la desaparición de las placas (7). - Los tratamientos tópicos se aplicarán solamente a las zonas afectas de placas. - Tener presente la baja adherencia de los pacientes psoriásicos al tratamiento, en especial cuando es tópico. Cerca del 70% de ellos no sigue adecuadamente las recomendaciones del dermatólogo (33). - El malestar psicológico causado por la psoriasis también parece asociarse a una peor respuesta al tratamiento (22). - Animarles a cumplir el tratamiento y/o ir al dermatólogo. 	
	<p>PREVENCIÓN <i>Factores precipitantes o agravantes de la psoriasis:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismos: fenómeno de Koebner: aparición de lesiones en las zonas de piel sana tras traumatismos, tras un periodo de incubación de 3-18 días. - Estrés emocional: causante del 70% de los brotes. - Infecciones: faringitis estreptocócica, desencadenante habitual de las formas eritrodermicas y pustulosas. Infección por VIH. - Fármacos: sales de litio, betabloqueantes, antipalúdicos, interferon, AINEs. - Clima: frío, viento y cambios de estación. - Alteraciones hepáticas: enfermedad crónica hepática o alto consumo de alcohol. - Factores metabólicos: hipocalcemia. - Factores endocrinos: máxima incidencia en pubertad y menopausia. Mejora en el embarazo. La obesidad. El alcohol y el tabaco. 	

00046 Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.	
r/c alteraciones cutáneas inestéticas	m/p inquietud, nerviosismo
Criterios de Resultado NOC:	Autocontrol de la ansiedad (1402) INDICADORES: 140204 Busca información para reducir la ansiedad. 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. 140219 Verbaliza la aceptación de la situación de salud.
Intervenciones NIC:	<p><i>Disminución de la ansiedad (5820)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. - Escucha activa para facilitar la comunicación. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. - Animar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. - Educar al paciente y familia en que no es una enfermedad contagiosa. - Practicar algún deporte. <p><i>Apoyo emocional (5270)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado. - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. <p><i>Aumentar el afrontamiento (5230)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la calidad de vida del paciente (Anexo xx). - Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. - Fomentar un dominio gradual de la situación. - Animar al paciente a desarrollar relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. - Ayudar al paciente a identificar los sistemas de apoyo disponibles - Explorar los éxitos anteriores del paciente. - Indagar las razones del paciente para su autocrítica. - Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.

00119 Baja autoestima crónica: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.	
r/c lesiones crónicas en la piel	m/p expresiones negativas sobre si misma
Criterios de Resultado NOC:	Autoestima (1205) INDICADORES: 120501 Verbalizaciones de autoaceptación 120507 Comunicación abierta 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás
Intervenciones NIC:	<p><i>Potenciación de la imagen corporal:</i> (5220)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crean parálisis disfuncional social en el paciente. - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. - Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual. - Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos al estado de su enfermedad. - Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. - Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. - Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos.
	<p><i>Potenciación de la autoestima:</i> (5440)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar las frases del paciente sobre su propia valía. - Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios, comprobando la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre si mismo. - Animar al paciente a identificar sus virtudes. - Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. - Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. - Abstenerse de realizar críticas negativas. - Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
	<p><i>Maquillaje terapéutico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se basa en el principio de la oposición de colores. Se aplica en las placas limpias de escamas, tono verde para neutralizar y tono beige para aproximarse al color natural del individuo. <p>El orden y la forma de aplicación del maquillaje es importante para conseguir un resultado óptimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En primer lugar, hay que limpiar e hidratar adecuadamente la piel. • A continuación, en las imperfecciones localizadas, se aplica el color opuesto en el círculo cromático a la alteración que queremos atenuar. • Debe aplicarse encima el maquillaje en forma de suaves toques, sin deslizamiento para evitar el arrastre o perder el efecto óptico. Hay que poner más cantidad en las zonas a corregir y difuminar suavemente hacia los extremos del rostro y cuello. El tono que se debe elegir es el más parecido al color natural de la piel, prefiriendo incluso que sea algo más claro. • Se debe esperar unos instantes para que se fije sobre la piel. • Por último los polvos, preferiblemente sueltos con borla o compactos con brocha, fijarán el resultado. - De esta forma, se obtiene un tono unificado, con la imperfección corregida, pero con aspecto natural. - Nunca aplique cosmético en lesiones cutáneas abiertas, cortes sin curar o piel irritada. (32)



00004 Riesgo de infección: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos	
r/c destrucción tisular y aumento de la exposición a los agentes patógenos	
Criterios de Resultado NOC:	Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) INDICADORES: 192401 Reconoce el riesgo personal de infección 192404 Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias 192415 Practica la higiene de las manos
Intervenciones NIC:	<p><i>Manejo del prurito (3550)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aconsejar al paciente a no utilizar ropa muy estrecha y tejidos de lana o sintéticos que aumentan la temperatura corporal y pueden acentuar el picor. - Uso de ropa holgada y de algodón. - Alentar al paciente a utilizar un humidificador en casa. - Enseñar al paciente a mantener cortas las uñas y limpias. - A utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la piel o a pellizcarse la piel suavemente con el pulgar e índice para aliviar el prurito. - Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según sea conveniente. - Aplicar frío para aliviar la irritación. - Evitar jabones y aceites de baño perfumados. - Evitar ambientes cálidos. - El baño debe ser con agua templada, preferiblemente al atardecer o antes de cenar para disminuir el estrés, la sequedad y picor a la hora de dormir. - Cubrir las manos con mitones durante el sueño para limitar arañazos incontrolados, según sea conveniente.
	<p><i>Protección contra las infecciones: (6550)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. - Instruir al paciente acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador. - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. - Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. - Administración de terapia antibiótica si procede. - Poner precauciones universales. - Dar baños con detergentes antibacterianos si existe infección por lesiones de rascado, si procede.

00095 Deterioro del patrón del sueño: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitada en el tiempo.	
r/c ansiedad	m/p insatisfacción con el sueño
Criterios de Resultado NOC:	<p>Sueño (0004)</p> <p>INDICADOR: 000418 Duerme toda la noche</p> <p>000410 Despertar a horas apropiadas</p>
Intervenciones NIC:	<p><i>Mejorar el sueño (1850)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El descanso es el mejor aliado del paciente, duerma 6-7 h/día. - Buscar un tiempo y espacio en el día para la relajación o el ocio. - Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. - Explicar la importancia de un sueño adecuado durante las situaciones de estrés psicosocial. - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño. - Fomentar el aumento de las horas de sueño, si procede. - Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. - Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. - Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. - Enseñar al paciente a limitar el sueño durante el día.
	<p><i>Entrenamiento autogénico (5840)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar un ambiente tranquilo. - Tomar precauciones para que no haya interrupciones. - Instruir al paciente sobre el propósito de la intervención. - Sentar al paciente en una silla reclinable o en un sitio en el que se pueda colocar en posición yacente. - Disponer que el paciente lleve ropas cómodas, flojas. - Leer un guión preparado al paciente, haciendo pausas lo suficientemente largas como para que tenga tiempo de repetir las frases en su interior. - En el guión se deberán utilizar frases que induzcan sentimientos de pesadez, ligereza o flotación de determinadas partes del cuerpo. - Instruir al paciente para que repita las frases para sí mismo y para provocar los sentimientos dentro de las partes corporales a las que se dirigen. - Ensayar con el guión unos 15 o 20 minutos. - Animar al paciente para que permanezca relajado otros 15 o 20 minutos. - Proporcionar instrucciones mediante un guión o cinta de audio para que el paciente las ponga en práctica en casa. - Proceder a inducir sentimientos de calidez después de que se dominen las sensaciones de pesadez. - Seguir el procedimiento de inducción de pesadez mediante un guión preparado o una cinta de audio para provocar calidez.

ANEXO 2 RECOMENDACIONES

Cuidado del cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none"> • La afectación del cuero cabelludo resulta frecuente y el tratamiento es mas difícil que en otras zonas corporales. • Usar tintes naturales, champú suave o medicamentado. • Inspeccionar el cuero cabelludo antes de iniciar el tratamiento. • Utilización de champú, toalla, peine y guantes. • Mojar el pelo con agua templada. • Aplicar el champú con las yemas de los dedos haciendo un ligero masaje sin friccionar los cabellos. • Enjuagar los cabellos. • Secar masajeando con la toalla. • Con el peine separamos los cabellos cada 2 cm. y aplicamos la pomada prescrita. • Por último, pasado el tiempo de acción lubricante de la medicación y con la ayuda de un peine fino y con excepcional cuidado nos dedicamos a inspeccionar el cuero cabelludo y ver en ayudar al desprendimiento de escamas (18).
Cuidado de las uñas	<ul style="list-style-type: none"> • Las uñas afectadas por la psoriasis son vulnerables a las infecciones bacterianas y fúngicas, así como mantenerlas bien cortadas y lisas. • Use el jabón prescrito por el dermatólogo. Séquelas cuidadosamente. • Use guantes para protegerse las manos y uñas cuando realice tareas que las puedan rozar. • Si tiene afectadas las uñas de los pies, protéjalas con zapatos cuando realice actividades intensas o al aire libre.
En el verano	<ul style="list-style-type: none"> • El 90% de los pacientes que padecen psoriasis, pueden ver desaparecer o remitir la gravedad de sus lesiones si durante su periodo vacacional toman el sol de forma regular y evitan quemaduras. • La psoriasis mejora más en lugares al nivel de mar ya que la humedad ambiental facilita la hidratación de la piel, las vacaciones en la costa significan más alivio y menos necesidad de usar cremas. • Programar vacaciones relajantes. El descanso es el mejor aliado del paciente • Antes de tomar el sol, los pacientes con psoriasis deben de consultar a su médico. (algunos medicamentos son fotosensibles). • Utilizar cremas de fotoprotección alta en la piel que no tiene lesiones, para evitar los efectos nocivos de los rayos ultravioletas. • No ponerse filtro en las lesiones para que los efectos beneficiosos de los rayos ultravioleta sean máximos. • Evitar las horas en que el sol es mas fuerte (12 a 16h). • Ducharse siempre al salir del agua, para retirar restos de sales marinas o cloro, secarse posteriormente, y aplicar cremas hidratantes o emolientes. • Use ropa amplia, ligera y cómoda que permita que el aire circule y el sudor se evapore. • Vigilar el incremento del consumo de alcohol. • Cuidar las lesiones y no abandonar los tratamientos, especialmente si se tiene una psoriasis grave. • Procurar vivir la enfermedad con naturalidad, sin miedo a enseñar la piel dañada. • El afectado ha de ser la primera persona que explique y forme a la sociedad sobre su enfermedad. Las asociaciones de pacientes son de gran ayuda para ello.
En el invierno	<ul style="list-style-type: none"> • Usar un humidificador para añadir humedad al aire de la casa. • Bajar la calefacción durante la noche (el aire fresco seca menos). • Mantenerse bien hidratado bebiendo mucha agua. • Usar jabón o gel de ducha hidratante y darse duchas templadas en lugar de baños muy calientes. • Aplicarse cremas hidratantes antes de secarse después de un baño o una ducha y volver a aplicarse a lo largo del día. • Estar estresado o coger un resfriado o la gripe puede desencadenar rebrotes. Cuídese durmiendo lo suficiente, llevando una dieta saludable y practicando técnicas de relajación como la respiración, el yoga o la meditación. Hable con su médico sobre lo que hacer si coge la gripe. • Usar una crema con factor de protección solar mínimo de 15 en las áreas expuestas para protegerse del sol, el viento y el frío. (31).

ANEXO 3 CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

Actividades diarias

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha interferido su psoriasis en las tareas de la casa o del jardín?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que llevar ropa de distintos tipos o colores a causa de su psoriasis?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que cambiarse de ropa o lavarla con más frecuencia de lo habitual?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis ha sido un problema cuando ha ido a la peluquería o al barbero?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que bañarse o ducharse con más frecuencia a causa de su psoriasis?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto

Hay dos versiones diferentes de las preguntas 6, 7 y 8:

– Si trabaja o estudia habitualmente, por favor conteste a las preguntas 6-8.

– Si no trabaja ni estudia habitualmente, por favor conteste a las preguntas 9-11.

Si trabaja o estudia

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto no ha podido ir al trabajo o a la escuela a causa de su psoriasis?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
7. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido hacer algunas cosas en el trabajo o en la escuela?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿su vida profesional se ha visto afectada por su psoriasis? Por ejemplo: ascensos rechazados, ha perdido un trabajo, le han pedido que cambie de trabajo.

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto

Si no trabaja ni estudia

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido realizar sus actividades diarias habituales?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
10. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis ha alterado la forma en que realiza sus actividades diarias habituales?

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto
11. Durante las últimas 4 semanas, ¿su vida profesional se ha visto afectada por su psoriasis? Por ejemplo: ascensos rechazados, ha perdido un trabajo, le han pedido que cambie de trabajo.

<input type="checkbox"/> Muchísimo	<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> En absoluto

(Continúa)

ANEXO 3 CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

(continuación)

Relaciones personales

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido dificultades en su vida sexual a causa de la psoriasis?
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |
13. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha provocado algún problema con su pareja o con alguno de sus mejores amigos o con sus familiares?
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

Tiempo libre

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido salir y asistir a actos sociales?
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha dificultado la práctica de algún deporte?
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |
16. Durante las últimas 4 semanas, ¿no ha podido usted usar baños o vestuarios públicos, o ha sido criticado o le han impedido hacerlo?
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |
17. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha fumado usted más o ha bebido más alcohol de lo habitual a causa de su psoriasis?
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

Tratamiento

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su casa ha estado desordenada o sucia a causa de su psoriasis o de su tratamiento?
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

Por favor, compruebe que ha contestado todas las preguntas.

ANEXO 4 ESCALA DE ANSIEDAD/DEPRESION DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
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		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
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?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--