

Andreea Elena Talmaciu

**CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PERSONAS QUE SUFREN
PSORIASIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por la Sra.: Anna M^a Vallverdú Rivero

Facultad de Enfermería



Tarragona

2015

Abreviaturas:

BSA: Body Surface Area

PASI: Psoriasis Area and Severity Index

CV: Calidad de vida

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

DLQI: Dermatology Life Quality Index

OMS: Organización Mundial de la Salud

SQUIRE: Standards for Quality Improvement Reporting Excellence

Índice:

1. Introducción:.....	1
2. Justificación:	5
3. Objetivo:	7
4. Metodología:	8
5. Resultados:	9
5. Conclusiones:	16
6. Bibliografía:.....	17
7. Anexos:.....	23

1. Introducción:

La psoriasis es una enfermedad autoinmune, inflamatoria de la piel, de curso crónico, con remisiones y exacerbaciones de intensidad y duración variable, caracterizada por la erupción bilateral y simétrica de placas rojas cubiertas de escamas, bien delimitadas. Fue descrita en el año 400 AC por Hipócrates, quien la llamó "Psora" o "Lepra", ya que entonces no se distinguían ambas enfermedades. Durante muchos siglos, ha sido un estigma para los pacientes ya que suponía un problema de exclusión social muy importante. No amenaza la vida del paciente, pero puede impactar gravemente en su calidad de vida ^{1,2}.

En las últimas décadas se ha apreciado un incremento en la prevalencia. Afecta alrededor del 2% de la población mundial, convirtiéndola en la enfermedad cutánea más frecuente ^{1,3,4}. Es una enfermedad universal, aunque su prevalencia varía en las diferentes poblaciones ². En la caucásica, se sitúa entre el 1,5 y el 3%, siendo inferior en los asiáticos, los afroamericanos y los indios ⁵. En España se estima en un 1,17% y 1,43%, siendo semejante en ambos sexos y más frecuente en las regiones centrales y secas del país ². Las cifras de prevalencia por comunidades autónomas oscilan entre el 1,7% de Castilla-León y Galicia al 4,1% de Cantabria. Si agrupamos las distintas comunidades autónomas en 3 regiones con características climáticas diferentes: región sur y mediterránea de clima templado (Canarias, Andalucía, Extremadura, Murcia, Valencia, Cataluña y Baleares), región centro de clima seco y frío (Aragón, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Navarra y La Rioja) y región norte de clima húmedo y frío (Asturias, Cantabria, Galicia y País Vasco), las cifras estimadas oscilan entre 2,2% y 2,5% sin diferencias significativas entre ellas ⁶.

Puede iniciarse en cualquier momento de la vida, sin embargo, en más del 60% de los casos aparece antes de los 30 años, y en el 35% de los pacientes tiene inicio durante la infancia. En España, la edad media de inicio es de 29 años, con una tendencia a que comience antes en las mujeres que en los hombres (28 años en las mujeres versus 32 en los hombres) ³. El inicio precoz se asocia con frecuencia a antecedentes familiares y a una peor evolución. Un tercio de los pacientes con psoriasis tienen algún familiar afectado ¹.

La edad de inicio y la presencia de antecedentes familiares identifican dos grupos de pronóstico diferente. La psoriasis tipo I, que se inicia en la infancia o pubertad, tiene antecedentes familiares y se asocia con una clínica grave; mientras que la psoriasis tipo II debuta en la cuarta década, es menos intensa y sin tanta predisposición

genética. No se trata de una clasificación rígida, existen pacientes que no se enmarcan en un determinado tipo ¹.

La etiopatogenia es desconocida. La piel se inflama produciendo placas rojas y abultadas cubiertas de escamas blanquecinas que se desprenden fácilmente. Estas lesiones son el resultado de un fallo en el sistema inmune, los linfocitos T se activan de forma anormal y producen alteraciones en las respuestas inmunológicas, causando que las células de la piel cambien cada 3 o 5 días, en lugar de cada 28-30 días, como ocurre normalmente ^{1,2}.

Se trata de una enfermedad multifactorial, condicionada por numerosos genes que influyen las distintas manifestaciones clínicas ⁷. Su etiología es compleja e implica factores genéticos, ambientales e inmunes. Existe un patrón de herencia autosómica dominante, produciéndose una elevada agregación familiar, pero se desconoce su etiología exacta. Sobre esta base genética actuarían determinados factores desencadenantes a través de estímulos suficientemente fuertes como para producir cambios inflamatorios que se puedan evidenciar clínicamente en forma de placas de psoriasis, como lo agentes infecciosos (estreptococos, estafilococos, VIH y candidiasis), los traumatismos (fenómeno de Koebner), algunos fármacos (betabloqueantes, el litio y los antiinflamatorios no esteroideos) y el estrés psíquico, que los propios pacientes lo identifican como responsable de muchos de sus brotes ¹.

Se distinguen varios tipos de psoriasis clasificadas clínicamente según la forma, gravedad o el patrón de presentación de las escamas. Las personas con psoriasis pueden desarrollar de forma aislada una de las variedades de la enfermedad, o por el contrario, desarrollar más de una a lo largo de su vida. De igual manera, estas variedades pueden coincidir en el tiempo o aparecer alternativamente. El diagnóstico más frecuente es el de psoriasis vulgar o en placas (80%) con placas de distribución bilateral y simétrica en codos, rodillas, zona sacra y cuero cabelludo; seguido de la psoriasis guttata o en gotas (14,2%), frecuente en niños y a menudo producida tras un antecedente de faringitis por estreptococo B-hemolítico. Otros tipos son: psoriasis pustulosa, en la que aparecen granos de pus (pústulas) sobre las placas, desencadenada por infecciones o por fármacos; psoriasis eritrodérmica, que requiere ingreso hospitalario ya que afecta casi toda la superficie cutánea, causando eritema generalizado (>90% de la superficie corporal) y ardor en la piel, dando sensación de sufrir quemaduras en la piel, que se encuentra muy roja, caliente y se descama de forma abundante; psoriasis invertida, en la que hay presencia de placas de color rojo intenso alrededor de los pliegues de la piel, sin presencia de escamas. Es incómoda y

puede ser dolorosa e invalidante si se producen fisuras en el fondo de los pliegues y se puede agravar con el sudor y el roce de la piel ^{2,7-10}.

Aunque la psoriasis puede afectar a cualquier zona del cuerpo, aparece con más frecuencia en codos, rodillas, cuero cabelludo, manos, pies y genitales. La afectación de la cara es poco frecuente, pero cuando ocurre interfiere mucho en la vida personal y profesional y puede ejercer un profundo impacto psicológico; la afectación del cuero cabelludo es la más frecuente y suele ser la precursora de las otras formas de psoriasis; en las manos y en los pies puede ser más difícil de sobrellevar ya que es más visible y también porque las manos juegan un papel importante en las relaciones interpersonales. Cuando afecta a las palmas, la piel se agrieta con mucha facilidad, lo que permite que las bacterias penetren pudiendo dar lugar a un círculo vicioso de inflamación e infección; en las membranas mucosas, es menos común que en otras zonas, afectando a las mucosas genitales y bucales. Las lesiones son difíciles de tratar, y pueden conllevar problemas sexuales y tener efectos psicológicos importantes ¹⁰⁻¹².

El diagnóstico de la psoriasis es fundamentalmente clínico, por visualización de las lesiones, y el diagnóstico diferencial incluye distintas enfermedades como: eccema, tiña, liquen plano y lupus eritematoso ^{6,10}. Ante un paciente con psoriasis se debe evaluar la gravedad de la enfermedad, el impacto sobre el bienestar físico, psicológico y social, la existencia de artritis psoriática y la presencia de comorbilidades ¹³. Los signos que ayudan al diagnóstico son el fenómeno isomórfico de Koebner (aparición de lesiones en áreas de traumatismos), la hipopigmentación postinflamatoria, el signo del rocío hemorrágico de Auspitz (sangrado puntiforme tras la retirada de las escamas) y la presencia de pits ungueales ¹⁴.

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) [*Anexo 2*] permite clasificar a los pacientes en psoriasis leve (<5% de la superficie afectada), moderada (5-10%) y severa (> 10%) ^{3,9,14,15}.

Desde su aparición la evolución es muy caprichosa: puede persistir toda la vida, durar sólo unos meses o desaparecer durante largos periodos de tiempo con o sin tratamiento. Lo más usual es que evoluciones de forma fluctuante, con periodos de mejoría y de empeoramiento de duración variable ¹⁶.

Es frecuente la aparición conjunta de artritis psoriática. La lesión articular es inflamatoria, con dolor, hinchazón, calor, dificultad de movimiento de la articulación y posibilidad de deformación a la larga. La gravedad de la artritis no tiene relación con la extensión de la lesión de la piel. Es una enfermedad crónica, que evoluciona irregularmente a lo largo de la vida, con épocas de inactividad y épocas de inflamación y dolor. La forma de manifestarse es diferente para cada individuo. Es una enfermedad frecuente ya que si consideramos que la psoriasis afecta a un 2% de la población y la artritis a un 10% de ellos, en España, sobre una población de unos 40 millones, habría 80.000 personas con artritis psoriásica. El inicio suele ocurrir entre los 30 y los 50 años, y puede afectar a personas de cualquier edad y sexo, incluso a niños. Su diagnóstico precoz es importante para prevenir secuelas como la artropatía deformante, ya que, a diferencia de las lesiones en la piel, la afectación articular puede ser irreversible ^{17,18}.

Las otras comorbilidades asociadas a la psoriasis son: enfermedad cardiovascular (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y síndrome metabólico), hígado graso no alcohólico, enfermedad inflamatoria intestinal, linfoma y cáncer de piel, ansiedad y depresión ¹⁸.

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. En el abordaje se debe tener en cuenta la gravedad de la enfermedad, el impacto en la calidad de vida, los riesgos y los beneficios de los diferentes tratamientos y la respuesta del paciente frente a los tratamientos previos. La respuesta a cada tratamiento puede variar de una a otra persona. En ocasiones, la psoriasis se hace resistente a un tratamiento, que deja de ser efectivo, y por lo tanto debe cambiarse por otro. Por todo ello, es muy importante la personalización del tratamiento. Por lo general, si la afectación es leve o moderada, se inicia con un tratamiento tópico. Si estos no son efectivos o la gravedad del caso lo requiere, se pasa a la fototerapia o al tratamiento sistémico. El criterio es usar primero los tratamientos con menos efectos secundarios y sólo pasar a otros más agresivos si los primeros fracasan. En los últimos años, han aparecido los 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 ^{3,15,19}.

2. Justificación:

Las enfermedades de la piel, entre ellas la psoriasis, pueden producir un deterioro significativo de la calidad de vida de quien la padece, ya que las manifestaciones clínicas de la enfermedad, como el prurito y el dolor, pueden ser obstáculo para que el individuo realice funciones básicas como caminar, dormir, trabajar o estudiar, debido a la alta demanda de cuidados médicos ^{3,16}.

Las reacciones del resto de la gente hacen que a veces los pacientes se sientan estigmatizados, ya que al tratarse de una afectación visible, las placas psoriaticas pueden llamar la atención y curiosidad de los demás y debido a su visibilidad y al desconocimiento de algunos, pueden llegar a pensar que se trata de una enfermedad contagiosa. La mayoría de las veces el primero que se discrimina es el propio paciente. Puede sentir vergüenza, lo que repercute en la confianza que tienen en sí mismos y en su autoestima ^{7,15,20-23}. Sin embargo, la estigmatización no sólo es causada por la presencia de lesiones psoriásicas en zonas expuestas del cuerpo, sino también por síntomas tales como picor, dolor, ardor y rigidez en las articulaciones ²².

También durante su evolución, la psoriasis puede incidir en el desarrollo psicosocial del enfermo, ya que puede ocasionar cambios repentinos en su vida personal, laboral, económica y social. Para algunos puede ser una simple molestia, pero para otros tiene efectos negativos en todos los aspectos de su vida diaria. La experiencia personal depende de cómo el paciente viva su psoriasis, el apoyo que tenga en su entorno y de cómo se adapten a su día a día. Algunos pacientes pueden vivir perfectamente con su psoriasis, mientras que otros sienten que sus vidas habrían sido diferentes si no tuvieran psoriasis ya que muchos no han podido lograr un "potencial de vida completo" debido a su padecimiento ^{11,21}.

La psoriasis, especialmente en sus formas más graves, se asocia a una prevalencia de depresión e ideación suicida más elevada que la de los pacientes de medicina general, siendo las alteraciones psicológicas y la disfunción social los factores que más parecen contribuir a la ideación suicida. Por otra parte, el estrés causado por la enfermedad, junto a otros factores de riesgo interrelacionados como son la obesidad, la adicción al tabaco o el abuso de alcohol pueden ser también responsables del incremento de la mortalidad cardiovascular que se ha observado en las formas más graves de la enfermedad ⁴.

Las situaciones expuestas ponen de manifiesto el impacto negativo de la psoriasis en las dimensiones biológica, psicológica y social, lo que sumado a su elevada discapacidad, disminuye considerablemente la calidad de vida del individuo ²⁴.

El deterioro del bienestar padecido por los pacientes con psoriasis, es comparable al de otros pacientes con enfermedades crónicas como cardiopatías, diabetes y depresión; lo que justifica el uso de intervenciones más eficaces para mejorar la calidad de vida y evitar las potenciales secuelas psicológicas y emocionales ^{4,8}.

El concepto de calidad de vida (CV) es muy amplio y abarca tanto el estado físico y psíquico del individuo, como sus relaciones familiares, laborales y sociales. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la percepción de un individuo frente a su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, estándares y preocupaciones, influenciados por sus actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, la vida sexual, los factores ambientales y sus creencias personales ²⁵. Como son muchos los factores que contribuyen a la CV del individuo, para medirla se emplean cuestionarios o test, uno de los más utilizados es el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index DLQI), que permite comparar el impacto de la enfermedad entre diferentes dermatosis [Anexo 3] ^{16, 20}.

3. Objetivo:

Conocer como la psoriasis afecta la calidad de vida percibida en las personas que la sufren.

4. Metodología:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en octubre de 2014 en las bases de datos biomédicas: Pubmed, Scopus, CINAHL, Science Direct y Dialnet. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido “psoriasis” y “quality of life”. El operador booleano utilizado ha sido “AND”.

Para la selección de los artículos se han empleado los siguientes criterios de inclusión: documentos que daten del año 2006 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.

Como criterios de exclusión se descartaron los artículos escritos antes del 2006 y aquellos que hablen de la calidad de vida del paciente con psoriasis relacionada con algún tipo de tratamiento en específico, como la artritis psoriática u otras enfermedades dermatológicas.

Se seleccionaron aquellos documentos que hablen de la calidad de vida del paciente que sufre psoriasis, teniendo en cuenta el impacto de esta enfermedad en todas las esferas de la vida: psicológico, social y familiar. Se identificaron un gran número de artículos, de los cuales, tras leer los títulos y los resúmenes se seleccionaron un total de 156 artículos: Pubmed (34 artículos), Scopus (50 artículos), CINAHL (3 artículos), Science Direct (65 artículos) y Dialnet (4 artículos). Estos han sido leídos en su totalidad utilizando la guía SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) para analizarlos [Anexo 3 y 4].

En total se han validado para la realización del trabajo 51 artículos. Tras leer en totalidad cada artículo, se han tabulado [Anexo 5] y relacionado cada uno de ellos con la dimensión de la vida del paciente que está afectada:

- Impacto físico: picor.
- Impacto psicológico: depresión, ansiedad, ideas suicidas, genero.
- Estigma
- Sexualidad
- Realización personal: estudio y trabajo.

5. Resultados:

1. Impacto físico:

- **Picor:**

El prurito puede causar una significativa angustia a quien lo padece, disminuyendo el bienestar percibido y la CV. Es el síntoma prominente de la psoriasis y afecta entre el 64 y 97% de los pacientes. Suele predominar en el tronco y en las extremidades ²⁶⁻³⁴.

La intensidad del picor se correlacionó significativamente con la CV de los pacientes, los sentimientos de estigmatización, el estrés experimentado antes del brote de la enfermedad, los síntomas depresivos y el deterioro del patrón del sueño, ya que el picor empeora por la noche, produciendo dificultad para conciliar el sueño, afectando tanto la calidad como la cantidad de éste, produciendo despertares nocturnos. También se demostró que es el mismo sueño uno de los factores que pueden aliviarlo ^{26-28,30,31,34}.

Un aspecto interesante del picor es que no es un síntoma visible de la enfermedad, sino más bien una sensación subjetiva invisible. Sin embargo, el comportamiento de rascarse, puede llamar la atención de psoriáticas en el momento del rascado, lo que podría explicar la asociación entre prurito y los sentimientos de estigma percibidos por el paciente. Según Janowski et al. ²⁷ los pacientes que tenían menos prurito, presentan las lesiones en áreas que se pueden cubrir con ropa. En cambio los que indicaban elevado prurito, tenían las lesiones visibles. Esto se podría atribuir al estrés psicosocial que sufren las personas con las lesiones fácilmente visibles ³⁵.

El estrés se identificó como un factor agravante del picor ³². Reich et al. ²⁸ encontraron que la intensidad del picor está relacionada con el estrés experimentado por los pacientes antes de la exacerbación de la psoriasis. Verhoeven et al. ²⁹ corroboran estos resultados y refieren que los pacientes no solo experimentan una percepción más grave de la enfermedad, sino que también sufren más picor cuando presenta más nivel de estrés diario. Se produce por lo tanto un círculo vicioso entre el estrés y el picor: un nivel alto de estrés produce picor, y un nivel alto de picor produce aún más estrés ²⁸. Amatya et al. ³⁰ relacionan el picor con el estrés e identifican la sequedad de la piel como otro importante factor agravante del prurito.

La comorbilidad psíquica es alta en los pacientes con picor, teniendo mayores niveles de depresión en comparación con los sujetos sin prurito. Aquí también se produce un círculo vicioso entre la depresión y el picor: la depresión puede provocar sensación de

picor y a su vez, el picor crónico puede producir depresión en los pacientes susceptibles. Un nivel de picor intenso, la afectación articular y las lesiones visibles aumenta el riesgo de depresión ²⁸. Amatya et al. ³⁰ el prurito incide en la CV de manera significativa de los pacientes con psoriasis, siendo varias las dimensiones afectadas: humor, concentración, sueño, deseo sexual y apetito ³³.

Janowski et al. ²⁷ encontraron que la frecuencia del picor estaba relacionada con la extensión y la localización de las lesiones en zonas visibles del cuerpo. Los pacientes que informaron picor con más frecuencia eran significativamente mayores, tenían una menor CV y utilizaban con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento como: resignación, autoinculpación y tendencia a valorar su enfermedad como un obstáculo, amenaza o pérdida. Ograczyk et al. ³¹ refieren que los pacientes mayores con una duración larga de la enfermedad tenían más picor y peor CV.

Se relacionó el picor con el trabajo, ya que este puede interferir en la capacidad de trabajar del sujeto ^{28,30}.

2. Impacto psicológico:

- Depresión:

Se puede establecer un círculo vicioso entre la depresión, la psoriasis y la CV del paciente. La mejoría de la psoriasis no significa que necesariamente se produzca una mejoría también de la depresión. Esto conlleva una difícil autogestión de los cuidados que requiere la patología, por el hecho de sufrir psoriasis y la propensión de padecer depresión ^{3,21,36-42}.

La prevalencia de la depresión en la psoriasis oscila entre el 10% y 62% frente a otras enfermedades dermatológicas ^{43,38,39}. Los factores que se asocian con la depresión generalmente están relacionados con la CV percibida. Existe una asociación significativa entre prurito y depresión, así como entre este y la calidad del sueño. Al tener mucho picor se puede alterar el sueño, lo que en conjunto puede llevar a la aparición de la depresión ⁴¹. Juventud, género femenino, bajo nivel de ingresos, abuso de tabaco y alcohol, afectación genital y la gravedad de la enfermedad, también se asociaron positivamente con una mayor probabilidad de depresión ^{44,45}.

En el estudio de 2007 de Schmitt et al. ⁴⁴ el 33% de los pacientes tenían antecedentes personales de depresión y entre 31,7% y 48,7% de los individuos examinados dieron positivo en el cribado de depresión. De estos pacientes, el 60% tenían antecedentes personales de depresión, aunque solo el 23% estaban tratados en ese momento.

Los mismos autores en el 2010 encontraron que la prevalencia de la depresión era más alta en los pacientes con psoriasis que en el grupo control. También se observó un mayor riesgo en los casos de sufrir trastornos neuróticos, somatoformos, de personalidad y comportamiento ⁴⁶.

Para Magina et al. ⁴⁷ la morbilidad psicológica en la psoriasis es considerable. Los síntomas más frecuentes que el paciente experimenta son: vergüenza, deterioro de la autoimagen, baja autoestima y estigmatización. La percepción de la psoriasis como una enfermedad incurable más allá del control de esta, con el consiguiente pesimismo sobre el pronóstico y la eficacia del tratamiento, también contribuye.

- **Ansiedad:**

La prevalencia de la ansiedad es más alta que la depresión en pacientes con psoriasis, siendo más elevada que en otras enfermedades crónicas como el cáncer. Oscila entre el 11% y el 43% ¹⁸. Se ha relacionado con la presencia de lesiones en la cara, las manos y las uñas. El exceso de preocupación, uno de los síntomas de la ansiedad, es común en los pacientes con psoriasis y puede estar relacionado con las creencias personales y la preocupación social ^{38-41,48}.

- **Ideas suicidas:**

La aparición de las ideas suicidas es mayor en pacientes con ciertas enfermedades dermatológicas y en particular en los que padecen psoriasis ^{39,43}.

Se estima que en el Reino Unido más de 350 diagnósticos de las tendencias suicidas fueron atribuibles a la psoriasis anualmente ⁴⁵.

Picardi et al. ⁴⁹ en un estudio realizado que incluyó 466 pacientes con psoriasis, 40 de ellos reportó ideas suicidas durante las últimas 2 semanas: 29 pacientes la presentaron varios días, 8 pacientes la mitad de los días y 3 pacientes todos los días. Sólo 7 pacientes informaron de que estaban tomando medicación para la ansiedad, la depresión o el estrés. La ideación suicida era predominante en el sexo femenino.

- **Género:**

La psoriasis no discrimina por género. Los estudios generalmente no muestran diferencias en la severidad de los síntomas físicos que sufren los hombres y las mujeres. Sin embargo, hay diferencias en la percepción subjetiva de cómo los síntomas afectan a sus relaciones sociales, estados emocionales y su calidad de vida en los dos sexos. Para los hombres puede ser más fácil distanciarse de las actividades

sociales, pero en cambio las mujeres son más propensas a sufrir sentimientos de malestar, vergüenza y perturbación en sus actividades sociales ²⁵.

Diversos estudios muestran una mayor prevalencia de trastornos psicológicos y de estrés en mujeres con afectación psoriática frente a los hombres ^{40,50,51}. Así mismo, Bohm et al. ⁵² encontraron que las mujeres reportan mayores niveles de malestar y estigmatización, teniendo menos autoestima y más dificultad de mantener la compostura en situaciones sociales. Ograczyk et al. ³¹ también revelan que las mujeres refieren síntomas físicos más problemáticos y generalmente peor calidad de vida. Sampogna et al. ⁵⁰ hallaron que los problemas con el trabajo se producen con más frecuencia en mujeres que en hombres.

El picor es más frecuente e intenso en las mujeres, con más molestias genitales, lo que puede llevar a ser más propensas a sufrir depresión ^{30,38,53,54}.

3. Estigma:

Una experiencia frecuente de los pacientes con psoriasis, debido a la visibilidad de la enfermedad, es la estigmatización. El estigma es la desaprobación social grave de una persona basándose en una característica distintiva. Puede ser un defecto físico visible o marca, pero también puede ser una característica particular, situación o evento pasado, que por lo general se asocia con estereotipos negativos, lo que lleva a la discriminación social ^{20,51,52,55}.

Estos sentimientos de estigmatización se ven confirmados en algunas situaciones sociales, cuando las lesiones son visibles a los otros, los pacientes se sienten observados detenidamente e incluso instados a abandonar las instalaciones o equipamientos públicos. Estas experiencias fomentan en algunos pacientes dos tipos de actitudes: se efectúa una observación minuciosa de la actitud del otro, mostrando cierta hipersensibilidad a la observación, o bien, se desarrolla una anticipación del rechazo, es decir, que evitan la exposición para no sufrir la visión del observador, que les condena a un progresivo e importante retraimiento social ^{20,56}.

La visibilidad de las lesiones, además, provoca en la persona 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 ⁵⁶⁻⁵⁸. Las conductas de aislamiento y la afectación psicoemocional reducirán inevitablemente el contacto del paciente con el exterior, con disminución de las relaciones personales y sociales, provocando también

una pérdida de oportunidades laborales e inhibición en las relaciones interpersonales, afectando incluso a las relaciones sexuales ^{20,21}.

Dubertret et al. ⁵⁹ informan que el mayor impacto de la enfermedad es sobre las actividades de la vida diaria, afectando especialmente la elección de la vestimenta, la rutina en el baño y las actividades deportivas ^{22,55,60,61}.

Los pacientes con una duración larga de la enfermedad y el género femenino, reportaron más sentimientos de vergüenza en comparación a los controles sanos ^{51,62}.

Hrehorów et al. ⁵⁵ demostraron una correlación positiva entre estigmatización y el nivel de estrés experimentado. El estrés en los pacientes con psoriasis fue causado no sólo por la discriminación real, sino también por el temor a ser discriminados.

4. Sexualidad:

La psoriasis puede afectar negativamente la vida sexual, sobre todo cuando las lesiones genitales están presentes, la CV disminuye ^{53,63,64}. Diversas hipótesis intentan explicar la disfunción sexual en pacientes con psoriasis, ya que pueden haber varios factores que las asocien: por un lado, la psoriasis puede causar una alteración de la imagen corporal, con sentimientos de baja autoestima, estigmatización y disminución de la confianza, lo que podrían conducir a la disfunción sexual. Por otro lado, cuando los órganos genitales están afectados podrían ser un impedimento directo para mantener relaciones sexuales ^{39,51,58,65,66}.

Solovan et al. ⁵⁸ revelaron que más de la mitad de los pacientes estaban insatisfechos con su cuerpo, su vida sexual y su salud. Meeuwis et al. ⁵³ encontraron que los pacientes con lesiones genitales tenían una CV percibida peor que los que no tenían esta zona afectada. En el estudio que realizaron, de los 481 pacientes que participaron, 120 respondieron que su actividad sexual había disminuido después de la aparición de la enfermedad. Los factores que asociaron a esta disminución fueron el efecto negativo de la psoriasis sobre su apariencia física, la disminución del deseo sexual y los inconvenientes debidos al tratamiento tópico y la descamación de la piel.

Samponga et al. ⁶⁴ informaron que el 71% de los pacientes que participaron en su estudio (936 pacientes) reportaron haber experimentado problemas sexuales debido a la psoriasis.

La psoriasis es una de las causas de malestar vulvar en aproximadamente el 5% de todas las mujeres, que refieren picazón o ardor en la zona. Zamirska et al. ⁵⁴ revelaron que en más del 50% de las mujeres el malestar desapareció cuando desaparecieron las

lesiones psoriáticas de la piel. Este disconfort puede contribuir a la aparición de la depresión en las mujeres afectadas, ya que la angustia es particularmente alta cuando la piel genital se ve perjudicada ⁵³. Ryan et al. ⁶³ relatan que los síntomas más prevalentes de la psoriasis genital son: picor, dolor, quemazón, dispareunia, empeoramiento de la psoriasis genital tras coito y disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

Los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de alteración de la función eréctil. Recientemente, Tasliyurt et al. ⁶⁸ encontraron que la depresión se asocia con la disfunción eréctil en pacientes con psoriasis. En el estudio de Goulding et al. ⁶⁷ 58% de los pacientes tenían problemas de erección ^{65,67}.

La gravedad de la enfermedad y la presencia de problemas psicológicos se asociaron al deterioro sexual ^{61,64}.

5. Realización personal: estudio y trabajo

Uno de los principales aspectos de la vida es el trabajo, no sólo pensado como una necesidad para vivir, sino también como un medio para la realización personal y el crecimiento. Una enfermedad crónica puede interferir fuertemente con tal realización. En particular, se reconoce que los efectos físicos y emocionales de la psoriasis pueden tener un impacto negativo en el estudio y oportunidades de empleo, ejerciendo una influencia sobre el desarrollo vital de los pacientes, llegando a mermar su realización personal y expectativas vitales, e incluso influenciar en la toma de decisiones trascendentales y determinantes del curso vital, que marcarán su identidad y desarrollo personal, profesional, social y familiar ^{20,62}.

Los estudios que evalúan el efecto de la psoriasis en el lugar de trabajo han demostrado que la psoriasis moderada a severa puede tener un impacto sustancial en la productividad del trabajo. Chan et al. ⁷² revelaron que aproximadamente el 38% de los sujetos indicaron que la psoriasis afectaba a su elección de una carrera o a la capacidad de encontrar un empleo ^{56,62,69-72}.

Pearce et al. ⁷³ encontraron que los pacientes con psoriasis experimentaron un impacto negativo en el trabajo, que se asocia directamente con la gravedad de la enfermedad. En contraste, Schmitt et al. ⁷¹ reportaron que las limitaciones en el trabajo y la pérdida de productividad están asociadas con la CV, pero no con la gravedad clínica de la enfermedad. Ayala et al. ⁵⁶ no observaron una asociación entre las limitaciones de trabajo y la severidad de la enfermedad, pero si observaron que la vergüenza, la ira y la baja autoestima fueron los aspectos en su mayoría asociados a

las limitaciones en el trabajo. También indicaron que la psoriasis tiene un impacto importante en la educación y en el trabajo de quien lo padece, no sólo haciendo referencia a los días de trabajo perdidos, sino también puede llegar a condicionar la elección de un determinado tipo de trabajo o carrera, y por tanto, afectar a la situación económica del paciente.

En el estudio de Horn et al.⁶² 32% de los pacientes con psoriasis severa entre las edades de 31 y 64 años no estaban trabajando a tiempo completo y el 48% de ellos informó que su psoriasis fue la razón (al menos parcialmente) de esta reducción del horario laboral. Con una mayor gravedad de la psoriasis, algunos pacientes pueden optar por pasar a puestos de trabajo con una mínima interacción con los demás, lo que puede dificultar su capacidad de promoción y alcanzar un mayor nivel de ingresos; 38% de los pacientes con psoriasis severa informó que la psoriasis afectaba negativamente a su trabajo. Wu et al.⁷⁴ constataron que los pacientes con psoriasis eran más propensos a perder su trabajo y tenían considerablemente un mayor deterioro de la productividad laboral que los pacientes sanos.

La pérdida de la productividad y el absentismo laboral se valoró en diferentes estudios se constató que los pacientes perdieron 2,2 horas de trabajo por semana debido a los acontecimientos relacionados con la psoriasis, y un promedio de 6.6% de su tiempo de trabajo en las 4 semanas anteriores como resultado de su psoriasis⁷². Estos resultados son similares a los encontrados por Ayala et al.⁵⁶, donde aproximadamente el 37% de los pacientes informaron de que habían perdido tres o más días de trabajo en el trimestre anterior, debido a los chequeos o tratamientos clínicos para la psoriasis.

5. Conclusiones:

La intensidad del picor se correlacionó significativamente con la calidad de vida de los pacientes, los sentimientos de estigmatización, el estrés experimentando antes de un brote, el deterioro del patrón del sueño y los síntomas depresivos. Los pacientes mayores y con una duración larga de la enfermedad eran más propensos a sufrir prurito.

Los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de depresión, ansiedad y tendencias suicidas en comparación con la población general. Es el género femenino el más vulnerable, teniendo más riesgo de sufrir depresión, picor, estigma y dificultades sexuales y laborales.

Las reacciones del resto de la gente hacen que a veces los pacientes se sientan estigmatizados, ya que al tratarse de una afectación visible, las placas psoriáticas pueden llamar la atención y despertar la curiosidad de los demás y debido a su visibilidad y al desconocimiento de algunos, pueden llegar a pensar que se trata de una enfermedad contagiosa. La mayoría de las veces el primero que se discrimina es el propio paciente.

La psoriasis puede afectar negativamente la vida sexual de quien lo padece, sobre todo cuando están afectados los órganos genitales. Está relacionada con sentimientos de baja autoestima, disminución de la confianza, alteración de la imagen corporal y estigmatización.

Los efectos físicos y emocionales de la psoriasis pueden tener un impacto negativo en el estudio y en las oportunidades de empleo e puede influir en el desarrollo vital del paciente, llegando a mermar su realización personal y sus expectativas vitales, e incluso afectar la toma de decisiones transcendentales determinantes del curso vital que marcaría su identidad y desarrollo personal, profesional, social y familiar.

Las situaciones expuestas ponen de manifiesto el impacto negativo de la psoriasis en las dimensiones biológica, psicológica y social, lo que sumado a su elevada discapacidad, disminuye considerablemente la calidad de vida en el individuo afectado.

6. Bibliografía:

- ¹ Martín Brufau R., Corbalán Berná J., Brufau Redondo C., Ramirez Andreo A., Limiñana Gras R. Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de Psicología* 04/2010; 26(2):335-340.
- ² López Estebaranx J.L., Gomá Quintillá H. Vivir con psoriasis. *Ponte en mi piel. Acción Psoriasis*:10-11
- ³ Sánchez Carazo J.L., Martínez Casimiro L., Alegre de Miguel V. Es necesario el control de la psoriasis a largo plazo. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99 Supl 1: 29-36.
- ⁴ 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;102:270-6 - Vol. 102 Núm.04
- ⁵ Nestle F.O., Kaplan D.H., Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2009;361:496-509.
- ⁶ Ferrándiz C., Carrascosa J.M., Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifilicas.* 2013; 105(5): 504-509.
- ⁷ Nestor Chouela E. Epidemiología y genética de la psoriasis. *Dermatol. Argent.*, 2011, 17(3): 236-239
- ⁸ Presedo J.C., Zazzetti F., Punzalan J., Schenkel B., Aldunate L.M. Carga de enfermedad y terapéutica elegida en pacientes con psoriasis en placas moderada a severa en tres centros urbanos de salud. *Arch. Argent. Dermatol.* 2013; 63(5): 173-179
- ⁹ Acción Psoriasis. Asociación de Pacientes de Psoriasis y Familiares. España. [Internet]. [Consulta el 5 de octubre de 2014]. ¿Qué es la psoriasis?; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/que-es-la-psoriasis.html#.VGloqPmG-So>
- ¹⁰ Vivir bien con psoriasis [sede Web]. Barcelona: Laboratorios LEO Pharma S.A.; 2012 [Consulta 05 de noviembre de 2014]. [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.psorinfo.es/Pacientes.aspx?ID=710>
- ¹¹ En primer plano. Revelando el impacto de la psoriasis en la vida real. [Internet]. [Consulta el 10 de octubre de 2014]. La psoriasis; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.enprimerplano.org/espana/la-psoriasis.php>
- ¹² Arniz A., Berges C., Calle F. Guía de enfermería dermatológica. Barcelona: Nexusmédica; 2008: paginas 57-65
- ¹³ Jackson K. Psoriasis. The assessment and management of psoriasis. *Nursing times.* 2012; 109(28): 18-9

- ¹⁴ National Psoriasis Foundation [sede Web]. Portland: National Psoriasis Foundation [Consulta el 5 de octubre de 2014]. Psoriasis and Psoriatic Arthritis Education Center [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.psoriasis.org/psoriasis-and-psoriatic-arthritis-education-center>
- ¹⁵ Moreno-Ramírez D, Fonseca E, Herranz P, Ara M. Realidad terapéutica de la psoriasis moderada-grave en España. Encuesta de opinión. *Actas Dermosifilicas*. 2010; 101 (10): 858-865.
- ¹⁶ Ribera Pibernat M. Convivir con la Psoriasis. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
- ¹⁷ Sociedad española de reumatología. La Artritis Psoriásica [aproximadamente 2 pantallas]. [Consulta el 5 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.ser.es/>
- ¹⁸ Daudén E., Castañeda S., Suárez C., García-Campayo J., Blasco A.J., Aguilar M.D., Ferrándiz C., Puig L., Sánchez-Carazo J.L. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(Supl 1):1–64
- ¹⁹ Ribera Pibernat M. Psoriasis. Guía de tratamiento. Badalona: E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas; 2009
- ²⁰ Ros S., Puig L., Carrascosa J.M. Discapacidad acumulada en el transcurso vital: cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, Volume 105, Issue 2, March 2014, Pages 128-134
- ²¹ Kimball A.B., Gieler U., Linder D. et al. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 989–1004
- ²² Reich A., Welz-Kubiak K., Rams L. Apprehension of the disease by patients suffering from psoriasis. *Postep Derm Alergol* 2014; XXXI, 5: 289–293
- ²³ Tadros A, Vergou T, Stratigos A et al. Psoriasis: is it the tip of the iceberg for the quality of life of patients and their families? *Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25:1282–7
- ²⁴ Linder D, Sampogna F, Torreggiani A et al. Psodisk, a new visual method for assessing the burden of psoriasis on patients: *JEur Acad Dermatol Venereol* 2012;26: 1163–1166
- ²⁵ Cardona-Arias J.A., Franco-Aguirre J.Q.. Efecto de la psoriasis sobre calidad de vida relacionada con la salud: meta-análisis 2003-2013. *Rev. Argent. Dermatol*. vol.95 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jun. 2014
- ²⁶ Zachariae R, Zachariae C.O, Lei U, Pedersen A.F. Affective and sensory dimensions of pruritus severity: associations with psychological symptoms and quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol*. 2008; 88(2):121-7.
- ²⁷ Janowski K., Steuden S., Bogaczewicz J. Clinical and psychological characteristics of patients with psoriasis reporting various frequencies of pruritus. *Int J Dermatol*. 2014 Jul; 53(7):820-9.

- ²⁸ Reich A., Hrehorów E., Szepietowski J.C. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010 May;90(3):257-63.
- ²⁹ Verhoeven E.W., Kraaimaat F.W., van de Kerkhof P.C., van Weel C., Duller P., van der Valk P.G., van den Hoogen H.J., Bor J.H., Schers H.J., Evers A.W. Prevalence of physical symptoms of itch, pain and fatigue in patients with skin diseases in general practice. *Br J Dermatol.* 2007 Jun;156(6):1346-9.
- ³⁰ Amatya B., Wennersten G., Nordlind K. Patients' perspective of pruritus in chronic plaque psoriasis: a questionnaire-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008 Jul;22(7):822-6.
- ³¹ Ograczyk A., Miniszewska J., Kępska A., Zalewska-Janowska A. Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol.* 2014 Oct;31(5):299-304.
- ³² Prignano F., Ricceri F., Pescitelli L., Lotti T. Itch in psoriasis: Epidemiology, clinical aspects and treatment options. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2009;2:9–13.
- ³³ Bilac C., Ermertcan A.T., Bilac D.B., Deveci A., Horasan G.D. The relationship between symptoms and patient characteristics among psoriasis patients. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2009;75:551.
- ³⁴ Gowda S., Goldblum O.M., McCall W.V., Feldman S.R. Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2010 Jul;63(1):114-23.
- ³⁵ Uttjek M., Nygren L., Stenberg B., Dufåker M. Marked by visibility of psoriasis in everyday life. *Qual Health Res.* 2007 Mar;17(3):364-72.
- ³⁶ Misery L. Depression and psoriasis. *Ann Dermatol Venereol*, 139 (suppl 2) (2012), pp. S53–S57
- ³⁷ Daudén E., Pujol R.M., Sánchez-Carazo J.L., Toribio J., Vanaclocha F., Puig L., Yébenes M., Sabater E., Casado M.A., Caloto M.T., Aragón B.; VACAP Study Investigators. Demographic characteristics and health-related quality of life of patients with moderate-to-severe psoriasis: The VACAP study. *Actas Dermosifiliogr.* 2013 Nov;104(9):807-14.
- ³⁸ Golpour M., Hosseini S., Khademloo M., et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatology Research & Practice*;2012, Vol. 2012, p1
- ³⁹ Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol.* 2012 Jan;51(1):12-26.
- ⁴⁰ Finzi A., Colombo D., Caputo A., Andreassi L., Chimenti S., Vena G., Simoni L., Sgarbi S., Giannetti A.; PSYCHAE Study Group. Psychological distress and coping

strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007 Oct;21(9):1161-9.

⁴¹ Hayes J., Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther.* 2010 Mar-Apr;23(2):174-80.

⁴² Eskin M., Savk E., Uslu M., Küçükaydoğan N. Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Nov;28(11):1553-9.

⁴³ Esposito M., Saraceno R., Giunta A., et al. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006; 212: 123–127.

⁴⁴ Schmitt J.M., Ford D.E. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology.* 2007;215(1):17-27.

⁴⁵ Kurd S.K., Troxel A.B., Crits-Christoph P., Gelfand J.M. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol.* 2010 Aug;146(8):891-5.

⁴⁶ Schmitt J., Ford D.E. 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.* 2010 Aug;24(8):885-92.

⁴⁷ Magin P., Adams J., Heading G., Pond D., Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med.* 2009 Mar;14(2):150-61.

⁴⁸ Kilic A, Gulec MY, Gul U, Gulec H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:537-42.

⁴⁹ Picardi A., Mazzotti E., Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Mar;54(3):420-6.

⁵⁰ Sampogna F., Chren M.M., Melchi C.F., Pasquini P., Tabolli S., Abeni D.; Italian Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (Improve) Study Group. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2006 Feb;154(2):325-31.

⁵¹ Sampogna F., Tabolli S., Abeni D. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol.* 2012 May; 92(3):299-303.

⁵² Bohm D., Gissendanner S, Bangemann K et al. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Feb;27(2):220-6.

⁵³ Meeuwis K.A., Hullu J.A., Nieuwenhof H.P., Evers A.W., Massuger L.F., Kerkhof P.C., Rossum M.M. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol.* 2011 Jun;164(6):1247-55.

- ⁵⁴ Zamirska A, Reich A, Berny-Moreno J, Salomon J, Szepietowski JC. Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2008;88(2):132-5.
- ⁵⁵ Hrehorow E, Salomon J, Matusiak L et al. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2011; 92: 67–72.
- ⁵⁶ Ayala F., Sampogna G., Romano V., Merolla R., Guida G., Gualberti G., Paparatti U., Amerio P., Balato N., Potenza C., and the Daniele Study Group. The impact of psoriasis on work-related problems: a multicenter cross-sectional survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Dec;28(12):1623-32.
- ⁵⁷ Leino M., Mustonen A., Mattila K., Koulu L., Tuominen R. Perceived impact of psoriasis on leisure-time activities. *Eur J Dermatol.* 2014 Mar-Apr;24(2):224-8.
- ⁵⁸ Solovan C, Marcu M, Chiticariu E. Life satisfaction and beliefs about self and the world in patients with psoriasis: a brief assessment. *Eur J Dermatol.* 2014 Mar-Apr;24(2):242-7.
- ⁵⁹ Dubertret L., Mrowietz U., Ranki A., Kerkhof P.C., Chimenti S., Lotti T., Schäfer G.; EUROPSO Patient Survey Group. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol.* 2006 Oct;155(4):729-36.
- ⁶⁰ Lynde C.W., Poulin Y., Guenther L., Jackson C. The burden of psoriasis in Canada: insights from the psoriasis Knowledge IN Canada (SKIN) survey. *J Cutan Med Surg.* 2009 Sep-Oct;13(5):235-52.
- ⁶¹ Acción Psoriasis. Asociación de Pacientes de Psoriasis y Familiares. España. [Internet]. [Consulta el 5 de octubre de 2014]. Investigación. Estudios: Reto 6391: Estudio sobre la calidad de vida de los pacientes de psoriasis [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.accionpsoriasis.org/investigacion/estudios/18-reto-6391-estudio-sobre-la-calidad-de-vida-de-los-pacientes-de-psoriasis.html>
- ⁶² Horn EJ, Fox KM, Patel V et al. Association of patient-reported psoriasis severity with income and employment. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 963–971
- ⁶³ Ryan C, Sadlier M, De Vol E, Patel M, Lloyd A.A, Day A, Lally A, Kirby B, Menter A. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Mar 27.
- ⁶⁴ Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; 214: 144–150.
- ⁶⁵ Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón J.J, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa J.C. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015 Apr;29(4):649-55.

- ⁶⁶ Khoury L.R, Danielsen P.L, Skiveren J. Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *J Dermatolog Treat*. 2014 Feb;25(1):2-7.
- ⁶⁷ Goulding J.M., Price C.L., Defty C.L., Hulangamuwa C.S., Bader E., Ahmed I. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *Br J Dermatol*. 2011 Jan;164(1):103-9.
- ⁶⁸ Tasliyurt T, Bilir Y, Sahin S, Seckin H.Y, Kaya S.U, Sivgin H, Demir A.K, Erdemir F. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: potential impact of the metabolic syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;18(4):581-6.
- ⁶⁹ 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*. 2011;164 Suppl 1:1.
- ⁷⁰ Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003-2011. *PLoS One*. 2012;7(12):e52935.
- ⁷¹ Schmitt J. M., Ford D. E. Work Limitations and Productivity Loss Are Associated with Health-Related Quality of Life but Not with Clinical Severity in Patients with Psoriasis. *Dermatology* 2006;213:102–110
- ⁷² Chan B, Hales B, Shear N, Ho V, Lynde C, Poulin Y, Mittmann N. Work-related lost productivity and its economic impact on Canadian patients with moderate to severe psoriasis. *J Cutan Med Surg*. 2009 Jul-Aug;13(4):192-7.
- ⁷³ Pearce D.J, Singh S, Balkrishnan R. et al. The negative impact of psoriasis on the workplace. *J Dermatolog Treat* 2006; 17:24–28.
- ⁷⁴ Wu Y, Mills D, Bala M. Impact of psoriasis on patients' work and productivity: a retrospective, matched case-control analysis. *Am J Clin Dermatol* 2009;10: 407–410.

7. Anexos:

Anexo 1: PASI: Psoriasis Area and Severity Index

Valora el eritema, la descamación y la infiltración de las lesiones por separado en diferentes zonas del cuerpo (cabeza, extremidades y tronco) y las relaciona con el área afecta en cada una de ellas. Para ello se emplea una formula en la que se asigna a cada área un porcentaje: cabeza 10%; extremidades superiores 20%; tronco 30%; y a las extremidades inferiores 40%. También, valora el eritema, la infiltración y la descamación mediante una escala del 0 al 4. En la que 0 es nada, 1 es leve, 2 es moderado, 3 es marcado y 4 es muy marcado o severo. La extensión de las lesiones en la zona determinada se valora de 0 a 6, siendo 0 la ausencia y 6 la totalidad de la zona cubierta por las lesiones.

	Eritema:	Descamación:	Infiltración:	Gravedad (A+B+C)	Área afectada:	(DxE)	Peso:	TOTAL: (FxG)
	A	B	C	D	E	F		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	
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	
EES:	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4 5 6		0,2	
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%		PASI	Suma de las H

Anexo 2: Dermatology Life Quality Index (DLQI):

Entre los múltiples instrumentos utilizados para medir la CVRS, el más utilizado es el Dermatology Life Quality Index (DLQI), especialmente en personas de 16 años o más. Evalúa seis dimensiones: síntomas y sentimientos sobre la enfermedad, actividades diarias, ocio, trabajo y estudio, relaciones personales y tratamiento. Consta de diez preguntas, cuyas puntuaciones son interpretadas como: 0-1, calidad de vida no afectada; 2-5, poco afectada; 6-10, moderadamente afectada; 11-20, muy afectada; y 21-30, extremadamente afectada.

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA - DERMATOLOGIA

N° de Centro:	Fecha: d / m / a
N° del paciente:	Iniciales del paciente:
Diagnóstico: _____	Puntuación DLQI: _____
<p>El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le han afectado sus problemas de piel en su vida DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS. Señale, por favor, con una "X" un recuadro de cada pregunta.</p>	
1. Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en la piel?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/>
2. Durante los últimos 7 días, ¿se ha sentido incómodo/a o cohibido/a debido a sus problemas de piel?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/>
3. Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel para hacer la compra u ocuparse de la casa (o del jardín)?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>
4. Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>
5. Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>
6. Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>
7. Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "No": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios?	Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/>
8. Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>
9. Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>
10. Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/>

Anexo 3: Guía SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence):

Sección del Texto; Número y Nombre del Item	Descripción de la Sección o del Item
Título y Resumen:	¿Se aporta información clara y exacta que permita la localización, indexación y búsqueda de su trabajo?
1. Título:	<p>a. Se indica que el artículo trata de mejora de la calidad (definida en un sentido amplio que incluye seguridad, efectividad, orientación al paciente, puntualidad, eficiencia y equidad)</p> <p>b. Se declara el propósito concreto de la intervención</p> <p>c. Se especifica la metodología de estudio empleada (p.ej. “Estudio cualitativo”, o “Ensayo aleatorizado de conglomerados”)</p>
2. Resumen:	Se resume de forma precisa toda la información clave de las distintas secciones del texto utilizando el formato de resumen de la revista en la que se aspira a publicar
Introducción:	¿Porqué se inició el estudio?
3. Antecedentes:	Se aporta un resumen breve e imparcial del conocimiento actual del problema asistencial que se está valorando, y de las características de las organizaciones en las que este problema se produce.
4. Problema Local:	Se describe la naturaleza y gravedad, en el ámbito local, del problema específico o de la disfunción del sistema que se estudió.
5. Mejora Perseguida:	<p>a. Se describe el propósito específico (cambios/mejoras en los procesos asistenciales y en los resultados en los pacientes) de la intervención propuesta</p> <p>b. Se especifica quién (líderes, apoyos) y qué (eventos, observaciones) provocaron la decisión de realizar cambios, y porqué en ese momento concreto (oportunidad)</p>
6. Pregunta del Estudio:	Se enuncia de forma precisa la pregunta de investigación principal relacionada con la mejora, y cualquier otra cuestión secundaria, a las que se pretendía responder con el estudio de intervención diseñado.
Metodos	¿Qué se hizo?:
7. Aspectos Éticos	Se describen los aspectos éticos implicados en la puesta en marcha y en el estudio de la mejora, tales como el respeto a la privacidad, protección del bienestar de los participantes, y los potenciales conflictos de interés de los autores, y cómo estos temas éticos fueron resueltos.
8. Ámbito	Se especifica cómo se identificaron y caracterizaron los elementos del medio asistencial local que se consideraron con mayor probabilidad de influir en el cambio/mejora del lugar/lugares implicados en el estudio.
9. Planificación de la intervención	<p>a. Se describe la intervención y sus componentes con el detalle suficiente como para que otros puedan reproducirla.</p> <p>b. Se indican los principales factores que contribuyeron a la elección de esa intervención en concreto (p.ej. análisis causal del problema, adaptación/aplicabilidad en el ámbito local de experiencias relevantes de mejora ya existentes de otros autores)</p>

	<p>c. Se perfilan los planes iniciales para la puesta en marcha de la intervención ej. Qué había que hacer (pasos iniciales, objetivos a alcanzar en cada paso, cómo se utilizarían los cambios detectados para modificar la intervención), y Quién tenía que hacerlo (roles, cualificación, entrenamiento/formación.)</p>
10. Planificación del estudio de la intervención:	<p>a. Se describe el plan para valorar cómo de bien se puso en marcha la intervención (dosis o intensidad de exposición).</p>
	<p>b. Se describen los mecanismos por los cuales se esperaba que los componentes de la intervención produjeran los cambios y los planes para comprobar si esos mecanismos fueron efectivos.</p>
	<p>c. Se identifica el diseño del estudio (p.ej. observacional, cuasiexperimental, experimental) elegido para medir el impacto de la intervención sobre los resultados (outcomes) primarios y secundarios, si es aplicable.</p>
	<p>d. Se explican los planes para llevar a cabo los aspectos esenciales del tipo de diseño elegido para el estudio, siguiendo las recomendaciones para la publicación para diseños específicos, si es aplicable (ver, p.ej. www.equator-network.org)</p>
	<p>e. Se describen los aspectos del diseño que específicamente afectan a la validez interna (integridad de los datos) y a la validez externa (generalización de los resultados)</p>
11. Métodos de evaluación:	<p>a. Se describen los instrumentos y procedimientos (cualitativos, cuantitativos o mixtos) utilizados para la valoración de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la efectividad de la puesta en marcha - la contribución de los distintos componentes de la intervención y de los factores contextuales en la efectividad de la intervención - resultados (outcomes) principales y secundarios
	<p>b. Se informa de los esfuerzos realizados para validar y comprobar la fiabilidad de los instrumentos de evaluación</p>
	<p>c. Se explican los métodos empleados para garantizar la calidad de los datos y su adecuación (p.ej. a ciegas, extracción de datos y medidas repetidas, entrenamiento en recogida de datos, recogida de datos suficientes sobre el nivel de partida)</p>
12. Análisis	<p>a. Se detallan los métodos (estadísticos) cualitativos y cuantitativos utilizados para realizar inferencias a partir de los datos.</p>
	<p>b. Se adapta la unidad de análisis al nivel en el que se ha realizado la intervención, si es de aplicación.</p>
	<p>c. Se especifica el grado de variabilidad esperada en la puesta en marcha de la intervención, los cambios esperados en el resultado principal (tamaño del efecto) y la capacidad del tipo de estudio/diseño elegido (incluyendo el tamaño de muestra) para detectar dichos efectos.</p>
	<p>d. Se describen los métodos de análisis utilizados para demostrar los efectos del tiempo como variable (p.ej. Control Estadístico de Procesos)</p>

Resultados	¿Qué se encontró?
13. Resultados (Outcomes)	<p>a) Naturaleza del ámbito de actuación y de la intervención de mejora</p> <p>i. Se caracterizan los elementos relevantes del ámbito o ámbitos (p.ej. geografía, recursos físicos, cultura organizativa, historia de esfuerzos por producir cambios) y las estructuras y patrones de cuidados (p.ej. plantilla, liderazgo) que constituyen el contexto de la intervención.</p> <p>ii. Se explica el flujo real de la intervención (p.ej. secuencia de pasos, hitos o fases; tipo y número de participantes en los puntos clave), preferiblemente utilizando una línea temporal o un diagrama de flujo.</p> <p>iii. Se documenta el grado de éxito en la puesta en marcha de los componentes de la intervención</p> <p>iv. Se describe cómo y porqué evolucionó el plan inicial, y las principales lecciones aprendidas a partir de esa evolución, en especial los efectos de la retroalimentación interna (feedback) de las detecciones de cambios (autorreflexión)</p> <hr/> <p>b) Cambios en los procesos asistenciales y en los resultados sobre los pacientes asociados a la intervención</p> <p>i. Se presentan datos sobre los cambios observados en la provisión del proceso asistencial.</p> <p>ii. Se presentan datos sobre los cambios observados en las medidas de resultados sobre los pacientes (p.ej. mortalidad, morbilidad, funcionalidad, satisfacción del paciente o de la plantilla, utilización de servicios, costes, variabilidad asistencial)</p> <p>iii. Se consideran los beneficios, los daños, los resultados inesperados, los problemas, los fallos</p> <p>iv. Se presentan evidencias relativas a la fuerza de asociación entre los cambios/mejoras observados y los componentes de la intervención/factores contextuales</p> <p>v. Se incluye un resumen de los datos faltantes sobre la intervención y sobre los resultados</p>
Discusión	¿Qué significan los hallazgos?
14. Síntesis	<p>a. Se resumen los logros y dificultades más importantes en la puesta en marcha de los componentes de la intervención, y los principales cambios observados en el proceso asistencial y en los resultados clínicos.</p> <hr/> <p>b. Se destacan las fortalezas específicas del estudio</p>
15. Relación con otras evidencias	Se comparan y contrastan los resultados del estudio con hallazgos relevantes de otros estudios, detectados a partir de una amplia revisión bibliográfica; puede ser de utilidad utilizar una tabla de resumen de las evidencias disponibles.
16. Limitaciones	<p>a. Se consideran las posibles causas de confusión, sesgos, o imprecisiones en el diseño, la medición y el análisis que pudieran haber afectado los resultados del estudio (validez interna)</p> <hr/> <p>b. Se exploran los factores que pueden afectar a la generalización de resultados (validez externa), p.ej. la representatividad de los</p>

	participantes, efectividad de la implementación, efectos dosis- respuesta, características del ámbito local asistencial.
	c. Se aborda la posibilidad de que los beneficios obtenidos puedan disminuir a lo largo del tiempo y se describen los planes, si existen, para monitorizar y mantener las mejoras. En caso de que dichos planes no existieran, se hace explícito
	d. Se revisan los esfuerzos realizados para minimizar y ajustar las limitaciones del estudio
	e. Se evalúa el efecto de las limitaciones del estudio sobre la interpretación y la aplicabilidad de los resultados
17. Interpretación	a. Se exploran las posibles causas de las diferencias encontradas entre los resultados esperados y los observados
	b. Se realizan inferencias consistentes con la robustez de los datos sobre mecanismos causales y magnitud de los cambios detectados, atendiendo especialmente a los componentes de la intervención y a los factores contextuales que ayudaron a determinar la efectividad (o falta de ella) de la intervención y a los tipos de ámbitos en los que es más probable que la intervención se muestre efectiva.
	c. Se sugieren los aspectos que debieran modificarse para mejorar los resultados en el futuro.
	d. Se revisan aspectos de coste-oportunidad y de costes financieros reales de la intervención.
18. Conclusiones	a. Se considera la utilidad práctica de la intervención en su conjunto
	b. Se sugieren las aportaciones de este estudio para futuros estudios sobre intervenciones para la mejora.
Otra información	¿Existían otros factores relevantes para la realización del estudio y su interpretación?
19. Financiación	Se describen las fuentes de financiación, en caso de que existan, y el papel de la entidad financiadora en el diseño, puesta en marcha, interpretación y publicación del estudio.

Anexo 4: Tabla análisis artículos:

Autor:	País:	Tipo estudio:	Muestra:
Reich et al. (2010)	Polonia	Estudio transversal	102 pacientes con psoriasis.
Verhoeven et al. (2007)	Holanda	Cuestionarios	492 pacientes con psoriasis.
Amaya et al (2008)	Suecia	Cuestionarios	109 pacientes con psoriasis.
Zachariae et al (2008)	Dinamarca	Cuestionarios	24 hombres y 16 mujeres con psoriasis.

Janowski et al (2014)	Polonia	Ensayo clínico	174 pacientes con psoriasis.
Gowda et al (2010)	USA	Recerca PubMed	
Ograczyk et al (2014)	Polonia	Cuestionarios	60 pacientes con psoriasis.
Prignano et al. (2009)	Italia	Cuestionario picor.	90 pacientes con psoriasis.
Bilac et al. (2009)	Turquía	Cuestionarios	87 pacientes con psoriasis.
Horn et al. (2007)	USA	Encuestas	2673 pacientes que respondieron a las encuestas National Psoriasis Foundation
Armstrong et al (2012)	California, USA	Resultados de la Encuesta Nacional de Datos de la Fundación Psoriasis 2003-2011	75,000 pacientes
Ayala et al (2013)	Italia	Estudio observacional multicéntrico transversal	Un total de 787 pacientes (64% varones, mayores de 50 años) completaron el cuestionario.
Pearce et al (2006)	Ohio, USA	Estudio cuantitativo	Encuesta anónima 90 pacientes
Chan et al (2009)	Canada, USA	Entrevistas	79 pacientes dermatológicos canadienses fueron entrevistados y completaron el cuestionario del deterioro de la productividad y actividad en el trabajo (WPAIQ).
Schmitt et al (2006)	Dresden , Alemania	Estudio transversal	201 pacientes
Wu et al (2009)	Pennsylvania, USA	Análisis de casos y controles retrospectivo.	Los datos recogidos de 40 730 adultos que completaron el NHWS (Encuesta Nacional de Salud y bienestar), de los cuales 1127 padecían psoriasis.
Meeuwis et al (2011)	Holanda	Cuestionarios auto administrados	1579 pacientes
Solovan et al (2014)	Rumania	Estudio de casos y controles	100 pacientes con psoriasis y 101 pacientes sin psoriasis.
Ryan et al (2015)	Dublín, Irlanda	Estudio observacional, multicéntrico.	354 pacientes
Zamirska et al (2008)	Polonia	Cuestionario	93 mujeres con psoriasis.
Goulding et al (2011)	Inglaterra	Estudio piloto con un diseño transversal observacional prospectivo	303 pacientes
Tasliyurt et al	Tokat, Turquía	Estudio de casos y controles	37 pacientes con psoriasis y 28 sanos

(2014)			
Molina-Leyva et al. (2014)	Almería, España	Revisión sistemática	15 artículos
Rieder et al (2012)	USA	Revisión bibliográfica	
Sampogna et al (2007)	Verona, Italia	Cuestionarios	936 pacientes con psoriasis.
Reto 6391	España	Encuesta	2.500 españoles
Misery et al (2012)	Francia	Revisión bibliográfica	
Kilic et al (2008)	USA	Estudio de casos y controles	105 pacientes con psoriasis y 109 sanos
Schmitt et al (2010)	Alemania	Estudio de casos y controles	3147 pacientes con psoriasis y 3147 sanos
Schmitt et al (2007)	Dresden, Alemania	Estudio transversal	332 personas entre las edades de 18 y 65 años
Cardona –Arias et al (2014)	Argentina	Revisión bibliográfica	
Eskin et al (2014)	Aydin, Turquía	Estudio de casos y controles	51 pacientes sanos y 51 pacientes con psoriasis
Daudén et al (2013)	Madrid, España	Un estudio observacional prospectivo (el Estudio VACAP)	1217 pacientes.
Kurd et al (2012)	Reino Unido	Un estudio de cohorte de base poblacional	Datos recogidos de la historia clínica electrónica del paciente 1987-2002
Picardi et al (2006)	Italia	Estudio de casos y controles	294 pacientes con psoriasis y 172 sanos
Tadros et al (2011)	Grecia	Cuestionarios	80 pacientes
Finzi et al (2007)	Milano, Italia	Estudio observacional multicéntrico: PSYCHAE	1580 pacientes
Esposito et al (2006)	Italia	Encuestas	2,391 encuestas contestadas
Samponga et al (2006)	Roma, Italia	Proyecto Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE)	1721 pacientes
Hayes et al (2010)	USA	Revisión sistemática	
Linder et al (2012)	Italia	Cuestionarios	40 pacientes y 50 dermatólogos
Kimball et al (2010)	Boston, USA	Revisión bibliográfica	
Dubertret et al (2006)	Europa	Cuestionarios auto administrados	18 386 pacientes
Reich et al (2014)	Polonia	Cuestionarios	100 pacientes con psoriasis

Golpour et al (2011)	Irán	Estudio de casos y controles de base hospitalaria	100 pacientes con psoriasis y 100 controles sanos
Daudén et al (2011)	España	Estudio observacional, multicéntrico, de corte transversal	771 encuestas cumplimentadas por los dermatólogos y 732 encuestas cumplimentadas por los pacientes
Daudén et al (2012)	España	Revisión bibliográfica	
Ros et al (2014)	Barcelona, España	Revisión bibliográfica	
Magin et al (2009)	Australia	Estudio cualitativo	29 pacientes con psoriasis
Uttjek et al (2007)	Suecia	Entrevistas	18 pacientes
Samponga et al (2012)	Roma, Italia	Proyecto Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE)	936 pacientes
Bohm et al (2013)	Alemania	Estudio cualitativo	381 pacientes con psoriasis
Leino et al (2014)	Turku, Finlandia	Cuestionario	262 pacientes con psoriasis.
Khoury et al (2012)	Copenhague, Dinamarca	Entrevistas semi estructuradas.	8 pacientes
Molina-Leyva et al (2015)	España	Revisión sistemática	
Warren et al (2011)	Canadá, USA	Estudio de casos	

Anexo 5: Tabla análisis artículos:

Autor:	Realización personal: trabajo y estudio	Estigma:	Impacto psicológico: depresión, ansiedad, ideas suicidas, genero.	Impacto físico: picor	Sexualidad:
Reich et al. (2010)	x	x	x	x	
Verhoeven et al. (2007)			x	x	
Amatya et al (2008)			x	x	
Zachariae et al (2008)			x	x	

Janowski et al (2014)			x	x	
Prignano et al. (2009)			x	x	
Bilac et al. (2009)			x	x	
Horn et al. (2007)	x				
Armstrong et al. (2012)	x				
Ayala et al (2013)	x		x		
Pearce et al (2006)	x				
Chan et al (2009)	x				
Schmitt et al (2006)	x				
Wu et al (2009)	x				
Meeuwis et al (2011)					x
Solovan et al (2014)		x			x
Ryan et al (2015)					x
Zamirska et al (2008)			x		x
Goulding et al (2011)					x
Tasliyurt et al (2014)					x
Molina-Leyva et al.					x

(2014)					
Rieder et al (2012)			x		x
Sampogna et al (2007)			x		x
Misery et al (2012)			x		
Kilic et al (2008)			x		
Schmitt et al (2010)			x		
Schmitt et al (2007)			x		
Cardona – Arias et al (2014)			x		
Eskin et al (2014)			x		
Daudén et al (2012)		x	x		
Kurd et al (2012)			x		
Picardi et al (2006)			x		
Tadros et al (2011)			x		
Golpour (2012)			x		
Finzi et al (2007)			x		
Esposito et al (2006)			x		
Samponga		x	x		

et al (2006)					
Hayes et al (2010)			x		
Reich et al (2014)		x	x		
Linder et al (2012)			x		
Kimball et al (2010)			x		
Dubertret et al (2006)		x	x		
Magin et al (2009)			x		
Ros et al (2014)		x	x		
Daudén et al (2011)					
Bohm et al (2013)		x	x		
Uttjek et al (2007)		x	x		
Samponga et al (2012)			x		
Hrehorów et al (2012)		x			
Leino et al (2014)		x	x		
Molina-Leyva et al (2015)					x