

**EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS  
PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN  
DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL**

**Trabajo Final del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**



**Autor:**

Daniel Jesús Fernández-Pacheco Collado

**Directores Académicos:**

Lilisbeth Perestelo Pérez y Juan Manuel Bethencourt Pérez

**Universidad de La Laguna 2022/2023**

## Índice

Resumen .....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
1.1 Objetivos.....	7
2. Método.....	8
2.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	8
2.2 Criterios de selección.....	8
2.3 Proceso de selección.....	9
2.4 Evaluación del riesgo de sesgo.....	9
2.5 Método de análisis y síntesis de la información.....	10
3. Resultados.....	11
3.1 Selección de estudios.....	11
3.2 ECA.....	12
3.2.1 Características de los ECA.....	12
3.2.2 Calidad metodológica de los ECAs.....	16
3.2.3 Descripción de los resultados obtenidos en los ECA.....	17
3.3 ECNA.....	20
3.3.1 Características del ECNA.....	20
3.3.2 Calidad metodológica del ECNA.....	22
3.3.3 Descripción de los resultados obtenidos en el ECNA.....	22
4. Discusión.....	23
4.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	25
5. Conclusiones.....	27
6. Referencias.....	29
7. Anexo 1.....	34
8. Anexo 2.....	35

## Resumen

**Antecedentes:** Las enfermedades de la piel son una causa común de quejas en las consultas, que tienen un impacto significativo en la salud física y emocional de los pacientes; por lo que el tratamiento de estas enfermedades ha ido incrementando su abordaje interdisciplinario, que incluye la intervención psicológica.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades de la piel.

**Método:** En mayo de 2023 se realizó una búsqueda de estudios en las bases de datos PUBMED, PSYCINFO y SCOPUS. Se aplicaron criterios de selección para incluir estudios controlados aleatorizados y no aleatorizados que utilizaran intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedades de la piel y proporcionaran mediciones de ansiedad y depresión, teniendo en cuenta todos los estudios publicados hasta la fecha.

**Resultados:** Se seleccionaron un total de 14 estudios para su inclusión en la revisión; 13 estudios controlados aleatorizados y 1 estudio controlado no aleatorizado. Todos los estudios encontraron que las intervenciones psicológicas mejoraron los niveles de ansiedad y depresión, pero no todos de manera significativa respecto al grupo control.

**Conclusiones:** Pese a la evidencia de que las intervenciones psicológicas son efectivas en esta población, se necesitan más investigaciones para identificar las terapias más efectivas en diferentes enfermedades dermatológicas, en cuales funcionan mejor y comprender los factores que pueden influir en su efectividad.

**Palabras clave:** Terapia psicológica, Enfermedades de la piel, Ansiedad, Depresión.

## **Abstract**

**Background:** Skin diseases are a common cause of complaints in medical consultations, having a significant impact on the physical and emotional health of patients. As a result, the treatment of these diseases has increasingly adopted an interdisciplinary approach, including psychological intervention.

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of psychological interventions in reducing anxiety and depression levels in patients with skin diseases.

**Method:** In May 2023, a search for studies was conducted in the PUBMED, PSYCINFO, and SCOPUS databases. Selection criteria were applied to include randomized controlled and non-randomized studies that utilized psychological interventions in patients with skin diseases and provided measurements of anxiety and depression, taking into account all the studies published to date.

**Results:** A total of 14 studies were selected for inclusion in the review, including 13 randomized controlled studies and 1 non-randomized controlled study. All studies found that psychological interventions improved anxiety and depression levels, although not all to a significant degree compared to the control group.

**Conclusions:** Despite the evidence that psychological interventions are effective in this population, further research is needed to identify the most effective therapies for different dermatological diseases, determine which interventions work best, and understand the factors that can influence their effectiveness.

**Keywords:** Psychological therapy, Skin diseases, Anxiety, Depression.

## 1. Introducción

Las enfermedades de la piel son la cuarta causa de carga de enfermedad no fatal a nivel mundial, afectando al 30-70% de las personas y estando presentes en todas las regiones geográficas y grupos de edad (Hay et al., 2014). En el contexto de la atención primaria son una de las quejas más comunes; un rango del 8% al 36% de los pacientes que acuden al médico presentan al menos una queja relacionada con la piel (Lowell, Froelich, Federman y Kirsner, 2001). Estas, más allá de afectar a la salud física de los pacientes (dolor, molestias, vulnerabilidad a infecciones...), tienen un impacto sobre la salud emocional de los mismos. Se ha observado que su calidad de vida y el funcionamiento psicosocial son significativamente más bajos entre los pacientes con enfermedades de la piel en comparación con sujetos que no presentan tales condiciones (Tuckman, 2017). Además, existe una conexión y una influencia mutua entre enfermedades de la piel y los problemas emocionales como la ansiedad y la depresión, que se influirían mutuamente como dos engranajes en un mecanismo, tal y como se ha encontrado en un metaanálisis publicado en 2020 en el que se incluyeron 42 estudios se concluyó que existe una asociación significativa entre padecer acné y sufrir de depresión y/o ansiedad (Samuels et al., 2020). Además, se ha observado que estas patologías generan problemas de imagen corporal, baja autoestima y dificultades en las relaciones interpersonales (Dalgard et al., 2015; Moradi Tuchayi et al., 2015; Ramrakha et al., 2016). A su vez estos factores psicológicos tienen un impacto importante en el inicio, mantenimiento y exacerbación de una amplia variedad de condiciones de la piel como acné, psoriasis o dermatitis (Kimyai-Asadi y Usman, 2001). En respuesta a esta problemática existen intervenciones psicológicas para tratar los problemas emocionales en esta población. En esta línea, se ha encontrado evidencia de que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) puede ser efectiva para reducir la gravedad de los síntomas, disminuir la angustia psicológica y aumentar la

capacidad de controlar y adaptarse a enfermedades de la piel (Tomas-Aragones & Marron, 2016). Lavda et al. (2012) llevaron a cabo una revisión sistemática que sintetiza la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas en pacientes dermatológicos, encontrando que éstas son beneficiosas para las personas que tienen enfermedades dermatológicas. En base a estas evidencias, se sugiere que la intervención psicológica podría brindar un apoyo integral al paciente, permitiéndole gestionar de manera más efectiva los aspectos emocionales y psicológicos relacionados con su condición dermatológica.

A la vista del contexto planteado, esta revisión sistemática pretende identificar y analizar la evidencia científica disponible hasta el momento sobre el efecto de intervenciones psicológicas en los niveles de ansiedad y depresión de personas que sufren estas patologías. Una revisión sistemática actualizada sobre el tema también permitiría identificar los tratamientos psicológicos más efectivos para abordar las afectaciones de la piel. Esto brindaría a los profesionales de la salud la oportunidad de tomar decisiones fundamentadas sobre qué enfoques utilizar, lo que a su vez podría llevar a una atención más eficaz para los pacientes. Además, al obtener una visión general de los tratamientos psicológicos evaluados y sus resultados, sería posible identificar áreas que requieren mayor investigación y áreas en las que los recursos pueden asignarse de manera más efectiva. En última instancia, esto contribuiría a abordar una necesidad clínica y social crucial, al proporcionar una base de evidencia para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes.

## 1.1 Objetivos

El propósito fundamental de esta revisión sistemática es evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades de la piel, a través del análisis de la evidencia científica existente.

Los objetivos específicos planteados serían los siguientes:

- I. Identificar qué intervenciones psicológicas resultan ser más eficaces para mejorar la ansiedad y la depresión en personas que padecen enfermedades de la piel.
- II. Identificar las enfermedades dermatológicas en las cuales las intervenciones psicológicas han demostrado ser efectivas para mejorar la ansiedad y la depresión, así como aquellas en las cuales estas intervenciones pueden no ser igualmente eficaces.
- III. Explorar posibles factores moderadores o mediadores que puedan influir en la eficacia de las intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedades de la piel. Estos factores podrían incluir variables como la edad, el género, la gravedad de la enfermedad, etc.

Se plantea como hipótesis inicial que se encontrarán evidencias que respalden la eficacia de las intervenciones psicológicas para mitigar los niveles de ansiedad y depresión en personas afectadas por enfermedades dermatológicas.

## **2. Método**

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las pautas de la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Se creó un protocolo de revisión que incluyó la formulación de la pregunta PICO, los objetivos de la revisión, las palabras clave y los criterios para seleccionar o excluir los estudios.

### **2.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica**

Se realizó una búsqueda preliminar en la base de datos PUBMED para verificar el estado de la investigación y revisar la literatura existente sobre el tema hasta la fecha. Las principales bases de datos consultadas en una búsqueda sistemática realizada en mayo de 2023 fueron PUBMED, PSYCINFO y SCOPUS. Para seleccionar los términos utilizados para la estrategia de búsqueda se recurrió a Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): acne, rosacea, vitiligo, psoriasis, eczema, depression, anxiety, psychotherapy, psychological, behaviour therapy, psychotherapeutic, cognitive, behavioural. Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND.

### **2.2 Criterios de selección**

En esta revisión, se consideraron los estudios que cumplieran con los siguientes criterios: 1) que fueran estudios controlados aleatorizados (ECAs) o estudios controlados no aleatorizados (ECNAs), 2) que incluyesen una intervención basada en principios y técnicas psicológicas respaldadas por la evidencia como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de relajación, la terapia de aceptación y compromiso, técnicas de manejo del estrés, etc. sobre 3) muestras de pacientes con un diagnóstico confirmado de una enfermedad de la piel como acné, rosácea, vitiligo, psoriasis, eczema, etc. en los que 4) que proporcionaran mediciones de los niveles de ansiedad o depresión, antes y después del tratamiento, utilizando instrumentos de evaluación válidos y fiables.



Se descartaron estudios observacionales, estudios cualitativos, revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor y opiniones. También se descartaron aquellos estudios que no utilizaban enfoques psicológicos para su intervención, como estudios que se centraban únicamente en tratamientos médicos, farmacológicos, neurológicos o de otra índole y estudios cuyo grupo experimental no contaba con un diagnóstico dermatológico confirmado.

### **2.3 Proceso de selección**

De acuerdo con los protocolos y criterios de selección previamente establecidos, se realizó la revisión de los títulos y resúmenes de todos los estudios encontrados en las bases de datos seleccionadas. Tras eliminar las citas duplicadas, se procedió a estudiar los títulos y resúmenes de estos, para marcarlos como seleccionados o en duda en el caso de cumplir hasta el momento los criterios de selección o no seleccionados si se podía determinar que no cumplían los mismos. El texto completo de los estudios seleccionados y en duda se evaluó, excluyendo aquellos que finalmente no satisfacían todos los criterios.

Se clasificaron los ECAs en base a la intervención psicológica aplicada en cada uno de ellos, así como al tratamiento recibido por el grupo de control en cada caso. A continuación, se obtuvieron los datos e identificaron las características más relevantes de los mismos. Se siguió el mismo procedimiento con el ECNA que se incluyó en la revisión.

### **2.4 Evaluación del riesgo de sesgo**

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los ECAs se utilizó la herramienta Checklist for Randomized Controlled Trials de JBI (ver Anexo 1). Se trata de una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la calidad de los ensayos controlados aleatorizados. Este checklist proporciona una guía sistemática y detallada para examinar diversos aspectos metodológicos y de diseño en los estudios. Incluye elementos clave como la

aleatorización, el enmascaramiento, la asignación adecuada de grupos, la descripción clara de los criterios de inclusión y exclusión, el seguimiento de los participantes, el manejo de los datos faltantes y el análisis estadístico apropiado.

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los ECNAs se utilizó la herramienta Checklist for Quasi-experimental Studies de JBI (ver Anexo 2). Es un checklist utilizado para evaluar la calidad de los estudios cuasi-experimentales. Este proporciona una guía sistemática para examinar aspectos metodológicos clave, como el diseño de los grupos de comparación, la asignación de la exposición o intervención, el manejo de factores de confusión y la medición de los resultados.

## **2.5. Método de análisis y síntesis de la información**

Después de seleccionar ECAs y ECNAs que cumplieran los criterios de inclusión, se llevó a cabo un análisis minucioso del contenido completo de cada estudio, evaluando de forma crítica la calidad metodológica, la fiabilidad y la amplitud de los resultados, así como la aplicabilidad de las conclusiones.

Se llevó a cabo una síntesis cualitativa de la información, en la cual se recopilaron diversos datos y características de los estudios, incluyendo: autor o autores, año, país, características de la muestra, características de la intervención, características del comparador, duración de la intervención y seguimiento y las medidas de resultado de interés junto a los instrumentos utilizados.

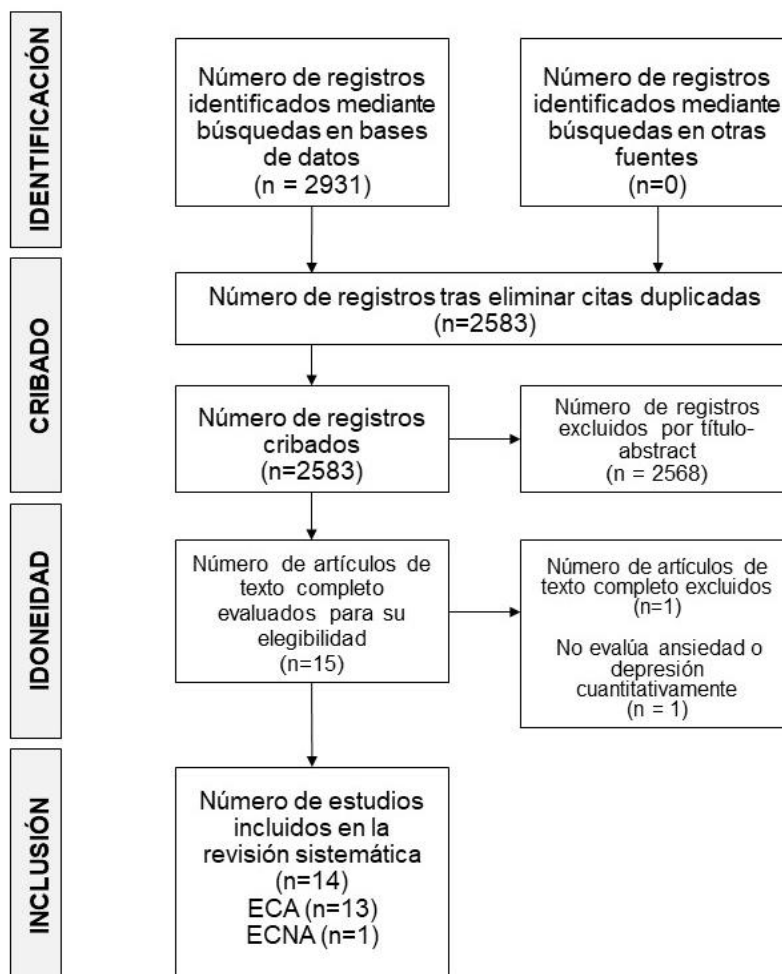
### 3. Resultados

#### 3.1. Selección de estudios

Durante la búsqueda en las bases de datos seleccionadas se encontraron inicialmente 2931 estudios. Después de eliminar duplicados y aplicar los criterios de selección se seleccionaron preliminarmente 15 registros. Posteriormente, al realizar una lectura exhaustiva del texto completo, se mantuvieron 14 estudios en el proceso de selección que se incluyeron en la revisión sistemática. De los 14 estudios, 13 eran ECA y 1 un ECNA (Figura 1).

**Figura 1.**

*Diagrama de flujo PRISMA para selección de estudios.*



## **3.2 ECA**

### **3.2.1 Características de los ECA**

En la Tabla 1 podemos observar las principales características de los ECAs que han sido incluidos en esta investigación ordenados por comparadores.

La muestra estaba compuesta por pacientes de psoriasis en ocho de los estudios, por pacientes de acné en dos, por pacientes de dermatitis atópica en otros dos y por pacientes de vitíligo en uno de ellos.

En ocho de los estudios la terapia psicológica que se impartió fue TCC. También se encontraron dos estudios en los que se utilizaba relajación, uno en el que se empleó terapia de autoafirmación y otro en el que usaron terapia psicológica mixta.

Respecto al grupo control de los estudios, en un total de siete estudios se les dio el tratamiento habitual y en dos de ellos pasaron a formar parte de una lista de espera. En los cuatro restantes se empleó educación para el paciente, tratamiento farmacológico, fototerapia e identificación de objetivos respectivamente.

La duración de las intervenciones variaba de un estudio a otro, encontrándose siempre entre las 4 y las 12 semanas de duración a excepción de uno de los estudios, en el que se administró una única sesión de terapia psicológica como tratamiento.

Tabla 1.

Descripción de las características de los ECAs incluidos.

1er autor (año), país	POBLACIÓN	MUESTRA (Exp./Control)	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN	COMPARADOR	DURACIÓN INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO	MEDIDAS DE RESULTADO DE INTERÉS (Instrumentos utilizados)
<b>TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL vs. TRATAMIENTO HABITUAL</b>						
Fordham et al. (2015), Reino Unido	Psoriasis sin artropatía	N = 29 aleatorizados (13/16) Edad media: 41.17 años Mujeres: 55%	8 sesiones de terapia cognitivo conductual basada en atención plena grupales (1 semanal durante 8 semanas) Ejercicios guiados en casa (45' al día, 6 veces por semana) Tratamiento habitual para psoriasis	Tratamiento habitual para psoriasis	8 semanas (8 semanas de intervención con seguimiento al final de las mismas)	Severidad de la psoriasis (SAPASI) Ansiedad (HADS) Depresión (HADS)
Fortune et al. (2002), Reino Unido	Psoriasis crónica en placas	N = 93 aleatorizados (40/53) Edad media: 42.7/43.1 Mujeres: 70%/65%	6 sesiones de terapia cognitivo conductual grupal (de 6 a 8 pacientes) dirigidas a aprender sobre la enfermedad, técnicas de reducción del estrés, incluyendo entrenamiento de relajación muscular autógena y progresiva, entre otros (1 semanal de 150' durante 6 semanas) Tratamiento habitual para psoriasis	Tratamiento habitual para psoriasis	32 semanas (6 semanas de intervención con seguimiento a los 6 meses)	Severidad de la psoriasis (PASI) Ansiedad (HADS) Depresión (HADS)
Maddock et al. (2019), Irlanda	Psoriasis leve a severo	N = 101 aleatorizados (51/50) Edad media: 43.51 años/44.56 años Mujeres: 75%/76%	8 sesiones de terapia cognitivo conductual basada en atención plena grupales (grupos de 25/26 pacientes) que incluyan meditación guiada, ejercicios y discusión (1 semanal de 120' durante 8 semanas) Ejercicios guiados en casa (45' al día, 6 veces por semana) Tratamiento habitual para psoriasis	Tratamiento habitual para psoriasis	21 semanas (8 semanas de intervención y seguimiento tras 3 meses)	Severidad de la psoriasis (SAPASI) Ansiedad (HADS) Depresión (HADS)
Peng et al. (2022), China	Cicatrices de acné	N = 48 aleatorizados (24/24) Edad media: 29.87 años/29.79 años Mujeres: 41.67%/45.84%	Intervención cognitivo conductual basada en una reestructuración de su conocimiento sobre cicatrices de acné, fomento de una visión positiva y optimista de la enfermedad, charlas con casos de éxito, ajuste de expectativas, fomento de actividades gratificantes, etc. Fototermólisis fraccionada	Cuidados de enfermería	12 semanas (12 semanas de intervención con seguimiento al final de las mismas)	Ansiedad (HAM-A) Depresión (HAM-B)

<b>TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL vs. INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA</b>						
Bundy et al. (2013), Reino Unido	Psoriasis crónica en placas leve a moderada	N = 126 aleatorizados (61/65) Edad media: 45.8/44.3 Mujeres: 50%/56.1%	Administración de terapia cognitiva conductual multimedia a través de 6 módulos que abordaban manejo de la autoestima, estilos de pensamiento, manejo del estado de ánimo bajo, manejo del estrés, entre otros. Los pacientes completaron 1 módulo cada semana.	Recibieron la intervención al finalizar el grupo experimental	32 (6 semanas de intervención y seguimiento tras 6 meses)	Severidad de la psoriasis (SAPASI) Ansiedad (HADS-A) Depresión (HADS-D)
Shah et al. (2014), Reino Unido	Vitiligo	N = 75 aleatorizados (24 Condición 1/25 Condición 2/26 Control)	Intervención cognitivo conductual en formato de auto-ayuda. Lectura frecuente durante 8 semanas de un folleto que instruya en psicoeducación, monitorización de síntomas y técnicas de relajación basadas en la imaginación.  En una de las condiciones experimentales se introduce una orientación cognitiva conductual potenciada.	Recibieron la intervención al finalizar el grupo experimental	8 semanas (8 semanas de intervención con seguimiento al final de las mismas)	Calidad de vida dermatológica (DLQI) Ansiedad (HADS-A) Depresión (HADS-D)
<b>TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL vs. EDUCACIÓN PARA EL PACIENTE</b>						
Hedman-Lagerlöf et al. (2021), Suecia	Dermatitis atópica moderada a severa	N = 102 aleatorizados (51/51) Edad media: 36 años/37 años Mujeres: 80%/82%	Administración de terapia cognitiva conductual online a través de 10 módulos en los que se invitaba a los participantes a seguir tareas basadas en entrenamiento en atención plena, ejercicios de exposición y escribir un diario acerca de su comportamiento respecto a sus lesiones.	Recibieron información acerca de la dermatitis atópica y su tratamiento habitual	65 semanas (12 semanas de intervención y seguimiento tras 1 año)	Síntomas de dermatitis atópica (Patient-Oriented Eczema Measure) Depresión (PHQ-9) Ansiedad (BAI)
<b>TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL vs. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>						
Mashayekhi et al. (2022), Irán	Acné excoriado moderado a severo	N = 42 aleatorizados (21/21) Edad media: 24.30 años/24.01 años Mujeres: 100%/100%	8 sesiones de terapia cognitivo conductual grupal (máx. 5 pacientes) dirigidas a revertir el hábito de manipularse las lesiones, técnicas de regulación emocional y reestructuración cognitiva (1 semanal de 90' durante 8 semanas)  Tratamiento farmacológico para acné excoriado	Tratamiento farmacológico para acné excoriado	17 semanas (8 semanas de intervención y seguimiento tras 2 meses)	Severidad del acné (SPS severity rating) Depresión (BDI) Ansiedad (BAI)
<b>TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL vs. FOTOTERAPIA</b>						
Piassero et al. (2016), Italia	Psoriasis crónica en placas moderada a severa	N = 40 aleatorizados (20/20) Edad media: 46.4/56.7 Mujeres: 65%/75%	8 sesiones de terapia cognitivo conductual individuales combinadas con técnicas de biofeedback (1 semanal de 60' durante 8 semanas)  Fototerapia UVB de banda estrecha	Fototerapia UVB de banda estrecha	13 semanas (8 semanas de intervención y seguimiento tras 1 mes)	Severidad de la psoriasis (PASI) Ansiedad (STAI)

<b>RELAJACIÓN vs. TRATAMIENTO HABITUAL</b>						
Bae et al. (2012), Corea del Sur	Dermatitis atópica moderada a severa	N = 24 aleatorizados (14/10) Edad media: 24.6/22.5 Mujeres: 50%/40%	Relajación muscular progresiva. 2 prácticas diarias durante 4 semanas. Acompañamiento telefónico una vez a la semana. Tratamiento habitual para dermatitis atópica.	Tratamiento habitual para dermatitis atópica	4 semanas (4 semanas de intervención con seguimiento al final de las mismas)	Severidad de la dermatitis atópica (EASI) Ansiedad (STAI) Depresión (BDI)
Price et al. (1991), Reino Unido	Psoriasis	N = 23 aleatorizados (11/12) Edad media: 42.82/46 Mujeres: 36.36%/58.33%	8 sesiones de terapia psicológica grupales (5/6 pacientes) en las que se instruyó a los participantes en técnicas de relajación además de discutir acerca de mecanismos de afrontamiento a lo problemas derivados de la psoriasis (1 semanal de 90' durante 8 semanas) Tratamiento habitual para psoriasis	Tratamiento habitual para psoriasis	34 semanas (8 semanas de intervención y seguimiento tras 6 meses)	Severidad de la psoriasis (Escala análoga visual) Ansiedad (HADS-A) Depresión (HADS-D)
<b>TERAPIA DE AUTOAFIRMACIÓN vs. IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS</b>						
Łakuta et al. (2021), Polonia	Psoriasis	N = 175 aleatorizados (58 Condición 1/58 Condición 2/59 Control) Edad media: 37.48/35.55/36.56 Mujeres: 69%/69%/69.5%	Condición 1: Intervención breve estandarizada en las que se invita al paciente a formar un plan de actuación ante situaciones desagradable involucrando respuestas de autoafirmación Condición 2: Intervención breve estandarizada en las que se invita al paciente a formar un plan de actuación ante situaciones desagradable involucrando respuestas dirigidas a distraerse	Se invitó a identificar y formular un objetivo con respecto al funcionamiento adaptativo y sentirse mejor	5 semanas (seguimiento a las dos semanas y al mes)	Severidad de la psoriasis (SAPASI) Ansiedad (GAD-7) Depresión (PHQ-9)
<b>TERAPIA PSICOLÓGICA MIXTA vs. TRATAMIENTO HABITUAL</b>						
Li et al. (2020), China	Psoriasis	N = 205 aleatorizados (104/101) Edad media: 30.3 Mujeres: 36.09	Programa de intervención que incluía una conferencia científica para abordar las percepciones erróneas de los pacientes, participar en actividades físicas 1 hora todos los días, comunicación entre los pacientes para mitigar su soledad y apoyo emocional y lingüístico para ayudarles a superar sus sentimientos de inferioridad Tratamiento habitual para psoriasis	Tratamiento habitual para psoriasis	5 semanas (1 mes de intervención)	Ansiedad (SAS) Depresión (SDS)

### 3.2.2 Calidad metodológica de los ECAs

Se evaluó la calidad metodológica de los ECAs incluidos con el fin de garantizar la ausencia de sesgos y determinar su fiabilidad y validez.

Para llevar a cabo este análisis se utilizó la herramienta *Checklist for randomized controlled trials*, una lista de verificación de evaluación crítica de JBI para ECAs, la cual se puede encontrar en el Anexo 1.

Como se puede observar en la Tabla 2, los ECAs incluidos en la revisión cuentan con un alto índice de calidad metodológica. Cinco de los trece estudios no especificaban detalles acerca del proceso de aleatorización que habían seguido a la hora de asignar los grupos a los participantes. Seis de los mismos no especificaba si la asignación a grupos era opaca para las personas que llevaron a cabo esta tarea. Cuatro estudios no detallan si los participantes eran ciegos a la asignación del tratamiento. En uno de los estudios los grupos de tratamiento no fueron tratados de manera idéntica aparte de la intervención de interés.



**Tabla 2.**

*Evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados con la herramienta*

*Checklist for randomized controlled trials de JBI.*

AUTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Bae et al. (2012), Corea del Sur	CONFUSO	CONFUSO	SÍ	CONFUSO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Bundy et al. (2013), Reino Unido	SÍ	CONFUSO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Fordham et al. (2015), Reino Unido	SÍ	CONFUSO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Fortune et al. (2002), Reino Unido	CONFUSO	CONFUSO	SÍ	CONFUSO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Hedman-Lagerlöf et al. (2021), Suecia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Łakuta et al. (2021), Polonia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Li et al. (2020), China	CONFUSO	CONFUSO	SÍ	CONFUSO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Maddock et al. (2019), Irlanda	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Mashayekhi et al. (2022), Irán	CONFUSO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Peng et al. (2022), China	SÍ	CONFUSO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Piaserico et al. (2016), Italia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Price et al. (1991), Reino Unido	CONFUSO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Shah et al. (2014), Reino Unido	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

### 3.2.3 Descripción de los resultados obtenidos en los ECA

#### TCC vs. Tratamiento habitual (N=4)

En el estudio de Fordham et al. (2015) [N=29] no encontraron una relación significativa entre el empleo de TCC y la reducción de la depresión y la ansiedad ( $p = 0.11$ ).

Fortune et al. (2002) [N=93] afirman que la TCC disminuyó los niveles de ansiedad mostrando diferencias significativas con el grupo control ( $p = .007$ ) y depresión ( $p < .001$ ) que se mantuvieron a los 6 meses de la intervención; ( $p = .004$ ) y ( $p = .001$ ) respectivamente.

Maddock et al. (2019) [N=101] mostraron que la TCC mejoró los niveles de ansiedad ( $p = .02$ ) y depresión ( $p = .02$ ) de manera significativa en relación al grupo control. Esta

significancia se mantuvo a los 3 meses de la intervención en el caso de los niveles de depresión ( $p < .01$ ) pero no en el caso de la ansiedad ( $p = .15$ ).

Según Peng et al. (2022) [N=48] los niveles de ansiedad y depresión se vieron reducidos de manera significativa y más bajos que los del grupo control ( $p < .05$ ) gracias a la TCC.

#### TCC vs. Inclusión en lista de espera (N=2)

Bundy et al. (2013) [N=126] encontraron que los participantes se beneficiaron de la TCC disminuyendo sus niveles de ansiedad en comparación con el grupo control significativamente ( $p = .033$ ), no así los niveles de depresión ( $p = .088$ ).

En el estudio de Shah et al. (2014) [N=75] se observa que un alto porcentaje de los participantes de los grupos de la intervención psicológica mejoró sus niveles de ansiedad y depresión. Sin embargo el valor del  $Chi^2$  no fue significativo entre los tres grupos, por lo que no se encontró evidencia suficiente para afirmar que hay una asociación o diferencia significativa entre los mismos.

#### TCC vs. Educación para el paciente (N=1)

Hedman-Lagerlöf et al. (2021) [N=102] no encontraron una reducción significativa de los síntomas de ansiedad ( $p = .23$ ) y depresión ( $p = .43$ ) tras la intervención con TCC en comparación con el grupo control. Pasado un año de la misma los cambios seguían sin ser significativos estadísticamente tanto para la ansiedad ( $p = .30$ ) como para la depresión ( $p = .64$ ).

### TCC vs. Tratamiento farmacológico (N=1)

En el estudio de Mashayekhi et al. (2022) [N=42] las puntuaciones de depresión y ansiedad se redujeron significativamente después de dos meses en el grupo de TCC en comparación con el grupo de control (valor de  $p = .01$  tanto para la ansiedad como para la depresión).

### TCC vs. Fototerapia (N=1)

Piaserico et al. (2016) [N=40] no encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado entre el grupo de TCC y el grupo de control ( $p = .822$ ).

### Relajación vs. Tratamiento habitual (N=2)

Bae et al. (2012) [N=24] afirman que existió una disminución significativa de los niveles de depresión ( $p = .02$ ) y de ansiedad estado ( $p = 0.016$ ) en el grupo de relajación muscular progresiva, pero no en el grupo de control. Aun así, no encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado ( $p = 1$ ) o depresión ( $p = .07$ ) entre el grupo de relajación y el grupo de control.

En el estudio de Price et al. (1991) [N=23] se observó una caída significativa de las puntuaciones de ansiedad de los participantes en el grupo de relajación en relación con el grupo control ( $p < .05$ ).

### Terapia de autoafirmación vs. Identificación de objetivos (N=1)

Lakuta et al. (2021) [N=175] encontraron diferencias significativas en la reducción de los niveles de depresión entre la condición de terapia de autoafirmación y la control ( $p = .034$ ) y en los niveles de ansiedad ( $p = .001$ ) al finalizar el tratamiento. Estas diferencias no se mantuvieron significativas a los 6 meses de la intervención ni para la depresión ( $p = .312$ ) ni para la ansiedad ( $p = .216$ ).

### Terapia psicológica mixta vs. Tratamiento habitual (N=1)

En el estudio de Li et al. (2020) [N=205] se observó que después de la intervención psicológica, las puntuaciones tanto en depresión como en ansiedad disminuyeron en el grupo de estudio en comparación con el grupo de control ( $p < .01$ ).

## **3.3 ECNA**

### **3.3.1 Características del ECNA**

En la Tabla 3 podemos observar las principales características del ECNA seleccionado para esta investigación.

La muestra está compuesta por pacientes de psoriasis que se sometieron a una intervención psicológica basada en relajación. El grupo control recibió tratamiento farmacológico. La duración de la intervención fue de una semana de sesiones presenciales y 2 meses de práctica regular.

**Tabla 3.**

*Descripción de las características del ECNA incluido.*

1er autor (año), país	POBLACIÓN	MUESTRA (Exp./Control)	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN	COMPARADOR	DURACIÓN INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO	MEDIDAS DE RESULTADO DE INTERÉS (Instrumentos utilizados)
Neerackal et al. (2020), India	Psoriasis crónica en placas	N = 60 pares emparejados (30/30) Edad media: 42.27 años/40.03 años	3 sesiones de terapia de relajación que incluían ejercicios de respiración y ejercicios en imaginación, durante una semana.  Ejercicios guiados en casa (llamadas telefónicas semanales para alentar a su práctica regular, durante los dos meses posteriores a las sesiones)  Tratamiento farmacológico para psoriasis	Tratamiento farmacológico para psoriasis	19 semanas (1 semana de sesiones presenciales; 2 meses de práctica regular y seguimiento tras 1 semana, 2 semanas, 1 mes y 2 meses)	Severidad de la psoriasis (PAS) Ansiedad (HADS) Depresión (HADS)

### 3.3.2 Calidad metodológica del ECNA

Al igual que con los ECAs, se evaluó la calidad metodológica del ECNA incluido con el fin de garantizar la ausencia de sesgos y determinar su fiabilidad y validez.

Para llevar a cabo este análisis se utilizó la herramienta *Checklist for Quasi-experimental Studies*, una lista de verificación de evaluación crítica de JBI para estudios quasi-experimentales, la cual se puede encontrar en el Anexo 2.

Como se puede observar en la Tabla 4, el ECNA incluido en la revisión cuenta con un alto índice de calidad metodológica.

#### Tabla 4.

*Evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados con la herramienta Checklist for Quasi-experimental Studies de JBI.*

AUTOR	1	2	3	4	5	6	7	8
Neerackal et al. (2020), India	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí

### 3.3.3 Descripción de los resultados obtenidos en el ECNA

#### Relajación vs. Tratamiento farmacológico (N=1)

Neerackal et al. (2020) [N=60] encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de los participantes que se sometieron a la intervención con relajación y el grupo control ( $p > .001$ ).

#### 4 Discusión

Los objetivos de esta revisión sistemática fueron conocer el estado actual de la investigación sobre las intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedades de la piel, y conocer la eficacia de las mismas en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades de la piel, a través del análisis de la evidencia científica existente.

Inicialmente se planteó la hipótesis de que se obtendrían pruebas que respaldaran la efectividad de las intervenciones psicológicas para reducir los niveles de ansiedad y depresión en individuos afectados por enfermedades de la piel.

Se observó que la TCC es la intervención psicológica más utilizada y estudiada en los estudios incluidos; nueve de los catorce estudios utilizaron este enfoque a la hora de intervenir. En todos los estudios los niveles de ansiedad y/o depresión mejoraron y en cinco de estos se demostró que la TCC fue efectiva para reducir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con psoriasis, acné, dermatitis atópica y vitíligo, llevándolos a niveles significativamente más bajos que los del grupo control. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que han respaldado la eficacia de la TCC en el manejo de trastornos de la piel y trastornos mentales comórbidos. Sin embargo, en cuatro estudios la TCC no consiguió una diferencia significativa de la reducción de la ansiedad y la depresión entre grupo experimental y control.

También se identificaron otras intervenciones psicológicas utilizadas, como la relajación, la terapia de autoafirmación y la terapia psicológica mixta. Estos enfoques mostraron resultados prometedores en los estudios seleccionados; dos de los tres estudios que

empleaban relajación redujeron ansiedad y depresión de manera significativa en relación al grupo control, al igual que los únicos dos estudios que utilizaban terapia de autoafirmación y terapia psicológica mixta, respectivamente. Pese a ello, la evidencia de la que disponemos es limitada. Se requeriría más investigación para evaluar su eficacia en el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedades de la piel.

En referencia a la enfermedad de la piel que padecen los participantes en los estudios, se ha observado que mientras que en los resultados de los estudios con pacientes con psoriasis existe gran variabilidad de resultados, en los dos estudios en los que se intervenía con muestras de pacientes de acné, la reducción de la ansiedad y depresión fue significativa respecto al grupo control. Ocurrió lo contrario con los dos estudios con muestra de pacientes de dermatitis atópica y el único con pacientes con vitíligo. Si bien esta cierta tendencia favorable hacia la intervención psicológica puede ser algo a tener en cuenta de cara a futuras investigaciones, no se podrían establecer conclusiones definitivas sobre la respuesta de diferentes enfermedades dermatológicas a la intervención psicológica en base únicamente a los resultados de dos estudios. Por tanto, no habría evidencia de que la intervención psicológica tenga un efecto distinto en los niveles de ansiedad y depresión dependiendo de la enfermedad de la piel que padece la muestra sobre la que se interviene.

Respecto a los factores moderadores, no se encontró evidencia de que la edad, el género, la gravedad de la enfermedad u otros factores pudieran actuar como moderadores o mediadores que influyeran en la eficacia de las intervenciones psicológicas. Si bien estos factores no parecen tener un efecto significativo en la respuesta de los pacientes a las intervenciones psicológicas de los estudios seleccionados, se requeriría investigación adicional (estudios que incluyan muestras más amplias, muestras más diversas, etc.) para confirmar y ampliar estos hallazgos.



El antecedente más reciente de una revisión sistemática que proporcione evidencias sobre el efecto de las intervenciones psicológicas sobre pacientes dermatológicos es el trabajo de Lavda et al. (2012). En este estudio se enfocaron también en únicamente intervenciones psicológicas y evaluaron sus efectos en diferentes afecciones de la piel, como en la presente revisión. Ellos por su parte también investigaron el papel desempeñado por tres categorías moderadoras; características de la afección de la piel, naturaleza de la intervención y características metodológicas del estudio.

Hasta ese momento solo existían dos revisiones más que proporcionaran evidencia sobre el efecto de intervenciones psicológicas en esta población. El trabajo de Ersser et. al (2007) investigó intervenciones psicológicas y educativas dirigidas a niños con un diagnóstico de dermatitis atópica. Además de contemplar solo estudios dirigidos a niños con dermatitis, solo una de las intervenciones fue psicológica. El estudio de Chida et al. (2007) se centró también en la dermatitis atópica únicamente. Incluyó estudios en niños y adultos y también investigó estudios en los que se intervenía mediante terapias complementarias tales como la aromaterapia y la hipnosis e intervenciones educativas.

Más recientemente Qureshi et al. (2019) publicaron una revisión sistemática que, si bien coincide con la presente en incluir solo estudios que empleasen intervenciones de naturaleza psicológica, solo contempla aquellos cuya muestra la componen pacientes con psoriasis.

#### **4.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación**

Si bien el número total de estudios incluidos fue adecuado, se encontró una escasez de estudios específicos para cada enfermedad de la piel (estudios con una muestra específica de pacientes con acné, rosácea, vitíligo, psoriasis, etc), así como para estudios con una combinación de tratamiento y comparador específica (TCC comparada con tratamiento

habitual, relajación comparada con tratamiento farmacológico, etc.). Este fenómeno limita la capacidad de establecer conclusiones y de responder de manera más precisa a la pregunta de investigación.

Además, existiría la posibilidad de complementar la búsqueda con una búsqueda manual de artículos adicionales. A pesar de realizar una búsqueda exhaustiva en tres bases de datos, puede que algunos estudios relevantes no hayan sido identificados, lo que podría afectar la completitud de la revisión.

En relación a los estudios primarios incluidos, se observó que algunas de las muestras utilizadas podrían beneficiarse de un tamaño mayor para aumentar la representatividad y la generalización de los resultados. Asimismo, la disponibilidad de un seguimiento a largo plazo en los estudios podría proporcionar una mejor comprensión de los efectos a largo plazo de las intervenciones analizadas.

Además de los aspectos psicológicos, sería fundamental tener en cuenta otros elementos psicosociales que podrían estar implicados en la relación entre estas condiciones. Entre estos factores se encuentran el estrés y la calidad de vida, constructos que fueron contemplados en algunos de los estudios seleccionados, y otros más que pasan más inadvertidos como el apoyo social y las expectativas culturales y sociales asociadas a la apariencia física (Wojtyna et al., 2017). La integración de estos aspectos en el análisis de la eficacia de las intervenciones psicológicas podría proporcionar una comprensión más completa de su impacto en la salud mental de los pacientes. Por tanto, futuras investigaciones podrían enfocarse en examinar cómo estos y otros factores psicosociales relevantes interactúan con los aspectos psicológicos y físicos en el contexto de las enfermedades de la piel, con el fin de desarrollar intervenciones más efectivas y

personalizadas que aborden de manera integral tanto los aspectos dermatológicos como los trastornos mentales asociados.

Otra cuestión importante sería acerca de la accesibilidad que tendrían este tipo de intervenciones. Aunque se siga investigando para demostrar con mayor evidencia la eficacia de este tipo de tratamiento, ¿están disponibles estas intervenciones en entornos de atención primaria y dermatología? ¿existen barreras, como la falta de formación o recursos, que dificultan su aplicación en la atención rutinaria? Considerar estos aspectos puede ayudar a identificar desafíos y oportunidades para mejorar la atención psicológica de los pacientes con enfermedades de la piel (Bellón et al., 2020).

## 5 Conclusiones

Esta revisión sistemática destaca la importancia y relevancia de abordar la salud mental de las personas con enfermedades de la piel, un aspecto que a menudo es eclipsado por los síntomas físicos de la patología pero que tiene un impacto muy significativo en su bienestar y calidad de vida.

La revisión exhaustiva de la literatura científica existente revela que las intervenciones de carácter psicológico han demostrado ser eficaces en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en estos individuos. No obstante, se han encontrado casos en los que no se observaron diferencias estadísticamente significativas con el grupo control.

Estos resultados plantean la necesidad de llevar a cabo más investigaciones sobre esta problemática, con el objetivo de obtener conclusiones más concluyentes y establecer los tratamientos psicológicos más efectivos para abordar las diferentes afectaciones de la piel. Esto daría a los expertos en salud la posibilidad de tomar decisiones informadas acerca de las tácticas a emplear, lo cual a su vez podría incrementar la efectividad de la atención ofrecida a los pacientes.

En resumen, es imprescindible continuar ampliando el conocimiento científico en este campo y seguir investigando para comprender plenamente el impacto de estas intervenciones.

## 6 Referencias

- Bae, B. G., Oh, S. H., Park, C. O., Noh, S., Noh, J. Y., Kim, K. R., & Lee, K. H. (2012). Progressive muscle relaxation therapy for atopic dermatitis: objective assessment of efficacy. *Acta dermato-venereologica*, 92(1), 57-61.
- Bellón, J. Á., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M., & Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 20-26.
- Bundy, C., Pinder, B., Bucci, S., Reeves, D., Griffiths, C. E. M., & Tarrier, N. (2013). A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic Targeted Intervention for Psoriasis (eTIPs) study. *British Journal of Dermatology*, 169(2), 329-336.
- Chida Y, Steptoe A, Hiraoka N et al. The effects of psychological intervention on atopic dermatitis. A systematic review and metaanalysis. *Int Arch Allergy Immunol* 2007; 144:1–9.
- Dalgard, F. J., Gielert, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B., et al. (2015). The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135(4), 984–991.
- Ersner SJ, Lattar S, Sibley A et al. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3:1–39.

- Fordham, B., Griffiths, C. E. M., & Bundy, C. (2015). A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychology, health & medicine*, 20(1), 121-127.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., Bowcock, S., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2002). A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*, 146(3), 458-465.
- Hay, R. J., Johns, N. E., Williams, H. C., et al. (2014). The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *Journal of Investigative Dermatology*, 134(6), 1527-1534.
- Hedman-Lagerlöf, E., Fust, J., Axelsson, E., Bonnert, M., Lalouni, M., Molander, O., ... & Bradley, M. (2021). Internet-delivered cognitive behavior therapy for atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA dermatology*, 157(7), 796-804.
- Kimyai-Asadi, A., & Usman, A. (2001). The role of psychological stress in skin disease. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 5(2), 140-145.
- Lavda, A. C., Webb, T. L., & Thompson, A. R. (2012). A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 167(5), 970-979.
- Łakuta, P. (2023). Brief self-affirmation intervention for adults with psoriasis for reducing anxiety and depression and boosting well-being: Evidence from a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 53(6), 2574-2584.
- Li, X., Liu, L., Zhang, Y., & Li, L. (2020). Efficacy of psychological intervention for patients with psoriasis vulgaris: a prospective study. *Journal of International Medical Research*, 48(10), 0300060520961674.

- Lowell, B. A., Froelich, C. W., Federman, D. G., & Kirsner, R. S. (2001). Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 45(2), 250-255.
- Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy with psoriasis patients. *Mindfulness*, 10, 2606-2619.
- Mashayekhi Goyonlo, V., Sardabi, M. S., Tavalaei, A. M., Khoshnevisan, Z., & Razmara, M. (2022). Cognitive behavioral therapy as an adjuvant therapy in acne excoriée: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Dermatological Treatment*, 33(2), 782-788.
- Moradi Tuchayi, S., Makrantonaki, E., Ganceviciene, R., Dessinioti, C., Feldman, S. R., Zouboulis, C. C. (2015). Acne vulgaris. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15029.
- Neerackal, R. J., Abdul Latheef, E. N., Sukumarakurup, S., & Jafferany, M. (2020). Relaxation therapy in the management of psoriasis. *Dermatologic Therapy*, 33(6), e14030.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906.
- Peng, Y., Bai, Z., Guo, Y., Hui, J., Wang, J., Ma, Y., & Li, Y. (2022). Effect of cognitive behavior oriented psychological intervention on the psychological status of depressed facial acne scar patients undergoing fractional photothermolysis. *Journal of Craniofacial Surgery*, 33(5), 1493-1496.

- Piaserico, S., Marinello, E., Dessi, A., Linder, M. D., Coccarielli, D., & Peserico, A. (2016). Efficacy of biofeedback and cognitive-behavioural therapy in psoriatic patients A single-blind, randomized and controlled study with added narrow-band ultraviolet B therapy. *Acta dermato-venereologica*, *96*, 91-95.
- Price, M. L., Mottahedin, I., & Mayo, P. R. (1991). Can psychotherapy help patients with psoriasis?. *Clinical and Experimental Dermatology*, *16*(2), 114-117.
- Qureshi, A. A., Awosika, O., Baruffi, F., Rengifo-Pardo, M., & Ehrlich, A. (2019). Psychological therapies in management of psoriatic skin disease: a systematic review. *American journal of clinical dermatology*, *20*, 607-624.
- Ramrakha, S., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Dalgard, F., Ambler, A., Kokaua, J., et al. (2016). Cumulative mental health consequences of acne: 23-year follow-up in a general population birth cohort study. *British Journal of Dermatology*, *175*(5), 1079–1081.
- Samuels, D. V., Rosenthal, R., Lin, R., Chaudhari, S., & Natsuaki, M. N. (2020). Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: A meta-analytic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *83*(2), 532-541.
- Shah, R., Hunt, J., Webb, T. L., & Thompson, A. R. (2014). Starting to develop self-help for social anxiety associated with vitiligo: using clinical significance to measure the potential effectiveness of enhanced psychological self-help. *British Journal of Dermatology*, *171*(2), 332-337.
- Tomas-Aragones, L., & Marron, S. E. (2016). Body image and body dysmorphic concerns. *Acta Dermato-Venereologica*, *96*, 47-50.



Tuckman, A. (2017). The potential psychological impact of skin conditions. *Dermatology and therapy*, 7(Suppl 1), 53-57.

Wojtyna, E., Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezińska-Wcisło, L. (2017). Gender, body image and social support: Biopsychosocial determinants of depression among patients with psoriasis. *Acta dermato-venereologica*, 97(1), 91-97.

**Anexo 1.***Checklist for Randomized Controlled Trials de JBI.*

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include        Exclude        Seek further info   

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

**Anexo 2.***Checklist for Quasi-experimental Studies de JBI.*

**JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies  
(non-randomized experimental studies)**

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---