

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL DAÑO ACUMULADO EN LA VIDA DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS Y DERMATITIS ATÓPICA.

Investigador principal

Marta García Bustinduy

Investigadores colaboradores

Enrique Francisco González Dávila

Alumnos de la Facultad de Medicina:

Elías Barreto Pérez

Raquel Clemente Graffigna

Daniel Pérez Fuentes

Hospital Universitario de Canarias

Servicio de Dermatología

ÍNDICE

| | |
|--|-------|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 5-16 |
| HIPÓTESIS DE TRABAJO | 16 |
| OBJETIVOS | 16 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 16-18 |
| RESULTADOS | 18-24 |
| DISCUSIÓN | 24-26 |
| CONCLUSIÓN | 26-27 |
| ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DURANTE ESTE TFG? | 28 |
| BIBLIOGRAFÍA | 28-31 |
| ANEXO 1: CONSENTIMIENTO DEL COMITÉ ÉTICO | 32 |
| ANEXO 2: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS | 33-35 |
| ANEXO 3: CUESTIONARIO DEL DAÑO ACUMULADO EN EL CURSO DE LA VIDA | 36-37 |
| ANEXO 4: CONFORMIDAD PARA LA PRESENTACIÓN DE LA MEMORIA Y DEFENSA | 38 |

RESUMEN

La psoriasis y la dermatitis atópica son enfermedades cutáneas crónicas, que pueden tener un impacto psicosocial importante en la vida de los pacientes. Ambas dermatopatías tienen una prevalencia elevada, afectando la psoriasis al 1-8% de la población mundial y, la dermatitis atópica al 2-10% de los adultos.

La dermatitis atópica presenta una clínica de piel seca, prurito y parches eritematosos de bordes difusos, con o sin descamación, que se localizan principalmente en áreas de pliegues cutáneos.

La psoriasis se caracteriza por lesiones eritematosas bien delimitadas, cubiertas por escamas blanco-plateadas, en su forma más frecuente y, se localizan en superficies extensoras de codos, rodillas y zona lumbar.

Objetivos: El objetivo principal de nuestro estudio es comparar el daño acumulado en los aspectos globales de la vida en los pacientes con psoriasis y dermatitis atópica. Los objetivos secundarios consistieron en intentar relacionar las variables epidemiológicas, de la propia enfermedad, factores ambientales y personales con el daño acumulado en la vida de los pacientes.

Material y Métodos: Estudio observacional transversal en un grupo de 20 pacientes diagnosticados de psoriasis y dermatitis atópica en el Servicio de Dermatología del CHUC. Se recogieron variables sociodemográficas y de las enfermedades y, se empleó el Cuestionario de Daño Acumulado en el Curso de la Vida.

Resultados: La tristeza fue el principal sentimiento en el momento del diagnóstico en un 30% en pacientes con dermatitis y un 60% en pacientes con psoriasis. Así mismo, la visibilidad y el tratamiento, en un 70 % y 80% respectivamente, son los factores que más preocupan a los pacientes que componen la muestra de nuestro estudio. El ámbito social y la realización de deporte, considerados en conjunto, son los entornos más afectados para la dermatitis atópica un 70% y un 60% en la psoriasis. La familia es el principal pilar en que se sostienen nuestros pacientes para sobrellevar mejor dichas dermatopatías, siendo la sociedad, en contraposición, el factor que más negativamente influye. De los distintos dominios del test, apreciamos que en el de las relaciones personales existen diferencias próximas a la significación estadística, al comparar los resultados entre la psoriasis (4.7) y la dermatitis atópica (1.8).

Conclusión: La tristeza es el sentimiento más frecuente en el momento del diagnóstico en nuestra serie de pacientes. La visibilidad, el tratamiento y sus efectos secundarios también

preocuparon mucho a nuestros enfermos. La familia fue el principal apoyo de los pacientes para sobrellevar la enfermedad.

Palabras clave: Dermatitis atópica, psoriasis, daño acumulado.

ABSTRACT

Psoriasis and atopic dermatitis are chronic skin diseases and they have an important psychosocial impact in patient's life. Both skin diseases have a high prevalence, psoriasis affects 1-8% of the world's population and atopic dermatitis 2-10% among adults. Atopic dermatitis produces dry skin, pruritus, and erythematous patches with uneven edges, with or without desquamation, primarily located in skin folds, palms and soles. Psoriasis is characterized by erythematous well limited plaques, covered with white-silvery scale, located on the elbows, knees and lumbar area.

Objectives: The main objective in our study is to compare the cumulative damage caused to the global aspects of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis through a survey. The secondary objectives are to try to relate the epidemiological variables, characteristics of the disease itself, environmental and personal influences with the cumulative impact in patients' life.

Material and Methods: a cross sectional study was carried out, through a survey, in a group of 20 patients diagnosed of psoriasis and atopic dermatitis at the Dermatology Service of the CHUC. We collected sociodemographic data and disease characteristics and we used a questionnaire to test the Cumulative Life Course Impairment among patients.

Results: Sadness, visibility and the treatment are the most concerning factors among patients in our study. The diseases impaired social relationships and sports, considering both together, 70% when suffering atopic dermatitis and 60% among psoriasis patients. In addition, we find that the family is the main pillar in supporting our patients to better cope with such dermopathies, on the contrary, society is the factor that most negatively influence their lives. Of the different domains in the test, we observe that, in the personal relationships, there are differences close to statistical significance, when comparing the results between psoriasis (4.7) and atopic dermatitis (1.8).

Conclusion: Sadness is the most frequent feeling at the time of diagnosis in our series of patients. Visibility, treatment and its side effects also worried many of our patients. The family was the main support to cope with the disease.

Key words: atopic dermatitis, psoriasis, accumulated damage.

INTRODUCCIÓN

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria, recidivante, que puede ser aguda, subaguda o crónica y puede presentarse a cualquier edad, aunque su aparición suele predominar en la lactancia. Se caracteriza por una clínica de piel seca y prurito, siendo este último síntoma el responsable de un ciclo de prurito-rascado que puede llegar a provocar liquenificación con el paso del tiempo. El diagnóstico se basa en la clínica y la exclusión de otras posibles enfermedades. Además, esta enfermedad se asocia con antecedentes personales o familiares de dermatitis atópica, rinitis alérgica, asma y otras manifestaciones sistémicas.

EPIDEMIOLOGÍA

La dermatitis atópica es una enfermedad extendida por todo el mundo. Según estudios realizados en Alemania y Escandinavia, esta enfermedad afecta a un 7-15% de la población¹. Esta patología puede aparecer a cualquier edad, sin embargo, entorno a un 90% de los casos comienza antes de los 5 años, por lo que la mayoría de los datos de prevalencia proceden de jóvenes escolares.² Un 60% de los casos tienen su inicio entre los 2 primeros meses y durante el primer año de vida. Un 30% debuta a los 5 años de edad y solo un 10% se desarrolla entre los 6 y los 20 años de edad, siendo raro un comienzo en la vida adulta.¹ Además, la presencia de esta enfermedad es algo más frecuente en el sexo masculino.

ETIOPATOGENIA

La causa de esta patología es multifactorial ya que se debe a una interacción compleja entre factores genéticos, ambientales, la barrera cutánea, farmacológicos e inmunológicos¹.

En cuanto a la herencia, no se conoce bien el patrón hereditario, sin embargo, se ha averiguado que los antecedentes paternos de atopía, especialmente los maternos, suponen uno de los principales factores de riesgo para su desarrollo³. Existen datos de un estudio realizado en 372 pacientes con dermatitis atópica que determinó una incidencia de un 73% de antecedentes familiares de atopía⁴, lo cual refleja que la herencia de la Dermatitis Atópica no se relaciona con la propia enfermedad sino con un estado atópico, en concreto, de una alergia respiratoria.

Teniendo en cuenta esto, la dermatitis atópica se asocia en un 70% de los casos con alergia respiratoria, siendo los factores desencadenantes de esta la inhalación de alérgenos como los ácaros del polvo, pólenes, epitelio de animal y hongos.

Además, existen otros factores desencadenantes, como es el caso de alergias alimentarias, que afectan especialmente a los lactantes y niños, debido a alimentos como la leche de vaca,

el huevo, los cacahuetes o la soja, y a bacterias como el *Estafilococo aureus* que coloniza el 90% de las lesiones cutáneas de esta patología. También se ha establecido una autoalergia en la dermatitis atópica debido a la presencia de autoanticuerpos IgE o linfocitos T que reaccionan contra autoalergenos siendo estas proteínas humanas liberadas de los tejidos lesionados de la piel. Estos anticuerpos IgE pueden asociarse con la actividad de la enfermedad. La alteración de la barrera cutánea, debido a la sequedad, también interviene en la aparición de esta enfermedad. Esto se debe a que en la piel de estos pacientes existe un aumento de la actividad de la desacilasa, una enzima que potencia el metabolismo de la esfingomielina, originando a su vez un déficit de ceramida, que es un componente de la estructura de los esfingolípidos que se encarga de la captación de agua, siendo esto el causante de una disminución de la captación de agua que va a desencadenar la sequedad típica de esta patología⁵. También influyen factores como la época del año, mejorando en verano y produciéndose brotes en invierno, ropa o mantas de lana en contacto directo con la piel e, incluso el estrés emocional que puede ser un factor que exagera los brotes o secundario a la enfermedad.

Además, para quienes padecen esta dermopatía, esta resulta ser un factor que genera enormemente estrés de manera crónica, acompañado de incomodidad, malestar, sumado a los estereotipos sociales de belleza que exigen una piel perfecta, por lo que el hecho de mostrarse ante el resto de las personas podría llegar a constituir estigmas, aislamiento, estabilidad emocional y como consecuencia, alteraciones en la salud mental de los pacientes.

CLÍNICA

La dermatitis atópica se manifiesta, principalmente, con piel seca y prurito. Este último síntoma, supone una condición básica de esta enfermedad, definiéndose como “el eccema es el picor que produce la erupción”¹, haciendo referencia al círculo vicioso de picor-rascado-erupción-picor. Junto a esta clínica, existen otros síntomas de atopia asociados como la rinitis alérgica o el asma.

Las lesiones pueden tener una localización distinta en función de la edad del paciente, sin embargo, por lo general muestran predilección por zonas como la frente, la cara, párpados, cara anterior y lateral del cuello, zonas de flexión, muñecas y dorso de pies y manos. Su localización puede ser generalizada en aquellos casos en los que la enfermedad sea de gran intensidad.

Existe un signo especial y distintivo de la piel no afectada que se denomina dermografismo blanco, que consiste en la adquisición de un tono pálido de la piel al recibir un golpe, al contrario de lo que ocurriría con la piel normal en la que se produciría enrojecimiento.

Tipos

Según la edad del paciente, se distinguen diferentes formas clínicas:

1. **Dermatitis Atópica del lactante.** Las lesiones se manifiestan como una piel eritematosa, con vesículas sobre una superficie edematosa, con descamación, exudación, costras húmedas y grietas. Pueden aparecer en cualquier localización, sin embargo, se observan casi siempre en la cara, cuero cabelludo y superficies extensoras de las extremidades (Figura 1).



Figura 1. Dermatitis atópica en el lactante¹.

2. **Dermatitis Atópica de tipo infantil.** Las lesiones consisten en pápulas y placas eritematosas, con erosiones y costras que se localizan, preferentemente, en la zona antecubital, poplítea, zona posterior del cuello y cara (Figura 2).



Figura 2. Dermatitis atópica infantil¹.

3. **Dermatitis Atópica de tipo adulto.** Las principales lesiones son placas engrosadas hiperqueratósicas con liquenificación, que puede presentarse en cabeza, cuello, zona periocular y palpebral y en las flexuras de las extremidades (Figura 3).



Figura 3. Dermatitis atópica en el adulto¹.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la Dermatitis Atópica se fundamenta básicamente en un exhaustivo examen físico (distribución, morfología, dermografismo blanco) y, la entrevista clínica con el fin de obtener datos como la edad de aparición de las lesiones, el curso de la enfermedad, revisión de la historia clínica con el fin de averiguar posibles antecedentes en la primera infancia, antecedentes familiares de atopia (alergia respiratoria, otros casos de dermatitis atópica) y poder excluir otras patologías (dermatitis de contacto, seborreica, linfoma cutáneo, etc).

Recientemente, la Conferencia de consenso de la American Academy of Dermatology sobre Dermatitis Atópica sugirió unos criterios clínicos para el diagnóstico basándose en características clínicas esenciales y tras excluir otras enfermedades cutáneas (Tabla 1).

De forma complementaria, se podrían realizar pruebas de laboratorio, donde se podría objetivar un aumento de IgE y eosinófilos, o una biopsia cutánea, sin embargo, ambas pruebas no permiten establecer un diagnóstico de la enfermedad de forma definitiva⁶.

TRATAMIENTO

En el manejo terapéutico de la dermatitis atópica existe un grandísimo número de opciones, lo cual nos indica la falta de consistencia a la hora de establecer un tratamiento ideal.

El primer paso sería prevenirla. Existen estudios que han investigado el efecto de reducir el contacto con alérgenos (leche de vaca, huevos, ácaros del polvo) durante el embarazo, la lactancia o ambas fases, obteniendo un beneficio modesto e incluso una tendencia al parto prematuro y bajo peso en aquellos casos en los que se emplearon dietas manipuladas⁷.

Tras el comienzo de la enfermedad, es necesario reducir el contacto con los factores desencadenantes como sustancias químicas, detergentes y, sobre todo, los ácaros del polvo, que han sido ampliamente estudiados y que, sin embargo, existen estudios en los que la hiposensibilización con ácaros del polvo⁸ y su reducción en la vivienda⁹ han mostrado resultados moderados.

Con respecto al aseo personal, el empleo de jabones suaves no alcalinos, baños oleosos, polvos de copos de avena o emolientes, como la vaselina, son indispensables en el tratamiento diario para prevenir la xerosis. Se desaconseja realizar baños de manera frecuente y emplear productos como espumas, sales de baño o aceites perfumados ya que pueden resultar irritantes, sin embargo, el baño en piscinas cloradas o bañeras calientes no está contraindicado, debido a sus efectos antibacterianos de superficie, aunque se recomienda ducharse inmediatamente después junto con una hidratación rápida. Las prendas que se recomiendan utilizar son aquellas hechas de algodón y evitar las de lana o fibras sintéticas ásperas.

El tratamiento farmacológico de primera línea son los glucocorticoides, de manera tópica (Hidrocortisona) para los casos de intensidad moderada-grave y de forma sistémica (Prednisona) en las reagudizaciones graves mediante ciclos cortos. Sin embargo, sus ya conocidos efectos secundarios, entre ellos la atrofia cutánea, han generado la denominada

| CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA DA SUGERIDAS POR EL CONSENSO DE LA AAD |
|--|
| <p>Características esenciales: deben estar presentes, y si están completas, son suficientes para el diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Cambios eczematosos <ul style="list-style-type: none"> – Patrón típico y específico de la edad – Afectación facial, cervical y en zonas extensoras en lactantes y niños – Lesiones actuales o previas en flexuras adultos/cualquier edad – Afectación de ingles y regiones axilares • Curso crónico y recidivante |
| <p>Características importantes: observadas en la mayoría de los casos, apoyan el diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad precoz de comienzo • Atopia (reactividad IgE) • Xerosis |
| <p>Características asociadas: ayudan a sugerir el diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queratosis folicular/ictiosis vulgar/hiperlinealidad palmar • Respuesta vascular atípica • Acentuación perifolicular/liquenificación/prurigo • Cambios oculares/periorbitarios • Lesiones periorales/periauriculares |

Tabla 1. Características diagnósticas de la DA sugeridas por el consenso de la AAD⁶.

“glucocorticofobia” por parte de los padres, quienes se niegan a utilizar este tratamiento independientemente del beneficio que puedan tener.

Como alternativa a los corticoides, se pueden utilizar macrólidos inmunomoduladores como el Tacrolimus o el Pimecrolimus que podrían sustituir en un futuro a estos ya que son potentes supresores del prurito y la inflamación, y no provocan atrofia cutánea, al contrario que los corticoides. Otra alternativa, esta en caso de niños que están en tratamiento con corticoides sistémicos, son la fototerapia y fotoquimioterapia con psoralenos (PUVA).

Los antihistamínicos orales (Hidroxizina, Difenhidramina) son útiles en el tratamiento del prurito y están indicados en aquellos pacientes en los que la intensidad del prurito interfiere con el sueño o produce costras hemorrágicas.

En aquellos casos graves y difíciles de tratar, los cuales son infrecuentes, se puede emplear Ciclosporina vía oral, ya que por vía tópica tiene muy poca penetrancia, para frenar la extensión de la enfermedad consiguiendo mejorar la calidad de vida del paciente¹⁰. Sin embargo, su pauta debe limitarse a un tiempo de 3-6 meses debido a su toxicidad renal.

Por otra parte, esta enfermedad está relacionada en parte con el estrés emocional, por lo tanto, sería interesante que estos pacientes aprendieran técnicas para controlar el estrés.

PSORIASIS

La psoriasis es una enfermedad cutánea, caracterizada por pápulas eritematosas bien delimitadas, cubiertas por escamas blanco-plateadas, que pueden evolucionar de distinta forma.

Es una enfermedad con gran impacto sobre la vida de los pacientes, debido a su localización en zonas visibles y cronicidad. También se ha demostrado que otro de los factores que afecta a la calidad de vida de los pacientes con psoriasis es que los tratamientos, aunque son efectivos, no proporcionan una solución a largo plazo ni una curación de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

La psoriasis es una enfermedad crónica muy frecuente en la población, con una prevalencia mundial del 2%.

Esta dermatopatía puede debutar en cualquier momento de la vida, aunque existen dos picos de edad, uno entre los 20 y 30 años, y otro entre los 50 y 60 años. No obstante, se estima que el 75% de los pacientes con psoriasis, inician la enfermedad antes de los 40 años.

La psoriasis, al contrario que la dermatitis atópica, es menos frecuente en niños, siendo la prevalencia en este caso de 0-2,5%.

No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, en ambos géneros la frecuencia y la historia natural es similar.

ETIOPATOGENIA

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, producida por predisposición poligénica, junto con factores ambientales, inmunológicos y psicosomáticos.

1. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA E IMPLICACIÓN DEL SISTEMA HLA.

El componente familiar de la psoriasis es ya conocido, estimándose que hasta un 30% de los pacientes tienen familiares con la misma enfermedad.

En la psoriasis intervienen varios antígenos del sistema de histocompatibilidad (HLA), siendo estos el HLA-B13, HLA-B17, HLA-B37 y HLA-Bw16. El HLA-Bw16 podría influir sobre la edad de comienzo de la psoriasis, puesto que se vio que este se expresaba en el 90% de los pacientes con un comienzo temprano de la enfermedad.

Se ha descubierto que se trata de una enfermedad con herencia poligénica, con varios locus genéticos implicados (PSORS1-PSORS7), entre los que destaca PSORS1 que se considera el gen principalmente implicado en la enfermedad. Las personas que lo presentan tienen un incremento de riesgo de psoriasis de hasta un 50% ⁶.

2. FACTORES INMUNOLÓGICOS.

La psoriasis es enfermedad inflamatoria, inmunomediada por linfocitos T, donde se ven implicados múltiples factores proinflamatorios que, en combinación con factores genéticos y ambientales, son los responsables de la patogenia de la enfermedad.

Se han identificado mutaciones en el gen CARD14 que codifica la proteína 14, la cual promueve la activación del NF- κ B y favorece la activación de los genes que participan en la vía proinflamatoria. También existen mutaciones en IL-36RN, y en el IFN- γ y el TNF- α que actúan como factores proinflamatorios claves en el desarrollo de la enfermedad.

Las implicaciones del sistema inmune en la patogenia de la psoriasis, ha convertido estos factores en dianas terapéuticas del tratamiento biológico de la psoriasis ¹¹.

3. FACTORES AMBIENTALES

a) FACTORES INFECCIOSOS:

Las infecciones, especialmente las bacterianas, pueden inducir o agravar la psoriasis. Los agentes más frecuentemente implicados son los estreptococos, sobre todo en el contexto de la faringitis. Parece que secundario a una activación de los linfocitos T, estos gérmenes a menudo dan lugar a brotes de psoriasis guttata, especialmente en niños y personas jóvenes.

b) SÍNDROME METABÓLICO

Distintos estudios han encontrado que las personas con síndrome metabólico tienen hasta un incremento de riesgo del 66% de desarrollar psoriasis. Este aumento de riesgo también se debe al papel de las adipocinas y leptinas en la patogenia de la enfermedad, ya que estas son mediadores de la inflamación¹².

c) FACTORES PSICOLÓGICOS

Existe relación entre la psoriasis, el estrés psicógeno y factores psicosociales. Se plantea la hipótesis de que, ante un acontecimiento emocional, se libera en la piel un neuropéptido sensitivo, la sustancia P, que induce la degranulación de los mastocitos y la liberación de los mediadores de la inflamación.

Los pacientes psoriásicos con frecuencia, debido a su condición física, tienen un menor interés por realizar actividades, establecer relaciones sociales, incluso pueden llegar a la depresión. Estos factores, junto con el estrés psicógeno, están relacionados con el desarrollo y empeoramiento de los síntomas de la psoriasis, ya que afectan al correcto funcionamiento del sistema inmunológico y favorecen la activación de las células T. Por lo tanto, parece ser un círculo vicioso, en el que los factores psicógenos favorecen y empeoran la enfermedad, y esto a su vez, incrementa el estrés y el bajo estado de ánimo¹³.

CLÍNICA

Aunque la psoriasis es una enfermedad que presenta múltiples manifestaciones cutáneas, todas las lesiones comparten las mismas características esenciales: el eritema, el engrosamiento y descamación blanco-plateada. El tamaño de las lesiones varía, desde “pequeñas gotas” hasta más de 20cm. Los bordes suelen ser de forma ovalada o circular, y las lesiones se encuentran bien definidas por un anillo pálido denominado el anillo de Woronoff. Anatomopatológicamente, los factores característicos que se pueden ver en la psoriasis son la acantosis epidérmica, los infiltrados celulares y la queratinización anómala.

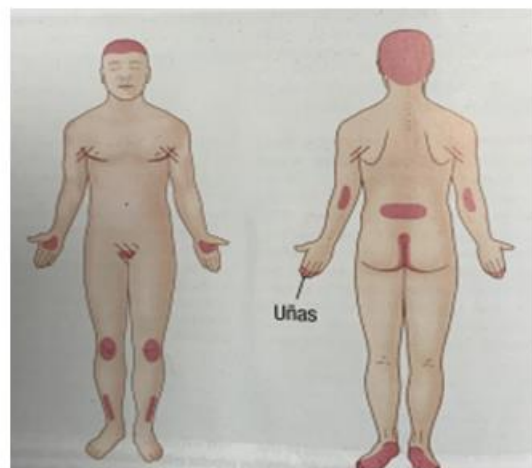


Figura 4. Localizaciones más frecuentes de las lesiones psoriásicas⁶.

TIPOS CLÍNICOS DE PSORIASIS

1. PSORIASIS EN PLACAS: Es el tipo de psoriasis más frecuente, representando el 85-90% de los casos. Se caracteriza por placas eritematosas (Figura 5), bien delimitadas y cubiertas por escamas nacaradas. Las localizaciones más frecuentes son en codos, rodillas,

cuero cabelludo y en la región sacra, aunque pueden afectar a cualquier parte del cuerpo (Figura 4)

2. PSORIASIS GUTTATA: Es más frecuente en niños y jóvenes. Las lesiones aparecen repentinamente, en forma de gotas (Figura 6). Menos frecuente es la presencia de pápulas psoriásicas escamosas secundarias a una infección por estreptococos. Una vez resuelta la infección, las lesiones suelen regresar de forma espontánea.

3. PSORIASIS UNGUEAL: Las alteraciones ungueales son frecuentes en los pacientes con psoriasis, con una prevalencia de más del 50%. Pueden aparecer distintas alteraciones como son el pitting ungueal, la leuconiquia, las manchas de aceite, la onicodistrofia o la onicolisis (Figura 7).



Figura 5. Psoriasis en placas⁶.



Figura 6. Psoriasis guttata¹.



Figura 7. Psoriasis ungueal¹.

4. ERITRODERMIA PSORIÁSICA: Las lesiones eritematosas, pápulas y placas afectan al 80% de la superficie corporal. Se produce una intensa descamación, que puede llevar a una pérdida importante de proteínas y problemas sistémicos asociados, como edemas o insuficiencia renal.

5. PSORIASIS INVERSA: Es una forma de psoriasis que afecta a pliegues cutáneos (Figura 8). Las lesiones escamosas no se forman debido al roce y la humedad. Aparecen placas rojo brillantes, simétricas y con fisuras.



Figura 8. Psoriasis inversa en pliegues mamarios¹.

6. PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA: Las pústulas aparecen de

forma repentina sobre una base eritematosa, asociándose a síntomas generales como fiebre alta, astenia, poliartralgias, leucocitosis, elevación de la VSG, etc.

7. PSORIASIS PUSTULOSA LOCALIZADA:

- Psoriasis pustulosa de tipo Barber: Es una forma crónica y recurrente. Clínicamente se manifiesta con pústulas milimétricas, localizadas en la región palmoplantar, y especialmente en las regiones tenar e hipotenar.
- Acrodermatitis continua o enfermedad de Hallopeau: Forma progresiva proximal, que se caracteriza por pústulas que confluyen y forman pequeñas vesículas purulentas. Afecta a los dedos, conduciendo a la pérdida de uñas y de falanges distales en casos graves ¹⁴.

COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA PSORIASIS

La idea de que la psoriasis es una enfermedad sistémica, con relaciones autoinmunes con otros órganos, está cada vez más clara. Se ha demostrado que existen asociaciones con otros trastornos autoinmunomediados como la enfermedad celiaca o la enfermedad inflamatoria intestinal. Así mismo, se asocia a factores de riesgo cardiovascular como la diabetes ¹⁵.

Otra asociación importante de la psoriasis es el daño psicológico. La psoriasis se relaciona con baja autoestima, ansiedad y depresión hasta en un 30-60% de los casos, así como con alexitimia y riesgo de suicidio. Entre los desencadenantes de estas psicopatologías, encontramos la estigmatización social, los altos niveles de estrés, las limitaciones físicas, los problemas en el empleo y la dificultad para las relaciones sociales.

En cuanto a la afectación genital y sexual, esta es relativamente frecuente puesto que los síntomas, que incluyen prurito genital, irritación, quemazón y dolor, empeoran con la actividad sexual, por lo que se desencadena una conducta evitativa de la práctica sexual. Esto afecta del mismo modo a otras actividades sociales, como son el deporte ¹⁶.

Todo ello hace necesario que el manejo de la psoriasis sea multidisciplinar, atendiendo no sólo a las repercusiones físicas que tiene la psoriasis, sino también psicosociales.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la psoriasis es fundamentalmente clínico. Ante todo paciente con lesiones sugestivas de psoriasis, hay que realizar una adecuada anamnesis y una exploración detallada.

El diagnóstico se puede ayudar del raspado metódico de Brocq, que en el caso de la psoriasis resulta positivo. Al raspar, las lesiones aparecen una serie de signos característicos:

- Se desprenden escamas, debido a la hiperqueratosis que existe (Signo de la Brujía).
- Tras eliminar las escamas que cubren las lesiones, aparece una membrana superficial que se desprende con facilidad (Signo de la membrana)
- Finalmente, aparece el signo de Auspitz, que consiste en una superficie húmeda con puntos hemorrágicos, que se forma debido al engrosamiento de los vasos y la papilomatosis ¹⁷.

TRATAMIENTO

La psoriasis es una enfermedad crónica y sin cura definitiva. Los tratamientos utilizados en su manejo deben individualizarse según las características de la lesión y según las circunstancias físicas, psicológicas y sociales del paciente.

1. Tratamiento tópico: Es la primera elección terapéutica en la psoriasis localizada, junto con la fototerapia y el tratamiento sistémico.

- Emolientes y queratolíticos: La función de los emolientes es hidratar el estrato córneo, mientras que los queratolíticos eliminan las escamas y favorecen la penetrancia de otros fármacos.
- Análogos de vitamina D (Calcipotriol o Tacalcitol)
- Tacrolimus
- Retinoides: Se utilizan sobre todo en zonas de piel gruesa e hiperqueratósicas.
- Corticoides.

2. Fototerapia: Con esta terapia se aprovecha el efecto beneficioso que tiene la radiación UV sobre la psoriasis. Se emplea fototerapia UVB y la UVA, pero esta última se combina con un fotosensibilizante (Psoraleno), lo que potencia su efectividad (terapia P-UVA)

3. Tratamiento sistémico: Se reserva para la psoriasis moderada-severa.

- Metrotexato: Es muy efectivo en la psoriasis y, además, puede ser administrado en combinación con terapia biológica.
- Acitretina: Es un retinoide análogo de la vitamina A, de menor eficacia y acción más lenta que el metrotexato.
- Ciclosporina A: Es un inhibidor de los linfocitos CD4 activados. Es un fármaco muy eficaz y de acción rápida.

4. Tratamiento biológico: Este tratamiento ha revolucionado el manejo y pronóstico de la psoriasis. Ha conseguido una mejoría tanto en la carga física como emocional de los pacientes.

La terapia biológica está en continuo desarrollo, puesto que los avances en el conocimiento de la patogénesis y los factores implicados en la enfermedad permiten la creación de nuevos fármacos que tienen como diana las vías intracelulares, moléculas y proteínas implicadas en la respuesta inmune que se produce en la psoriasis.

- Fármacos anti-TNF: Infliximab, Adalimumab, Etanercept.
- Fármacos anti IL-12 y IL-23: Ustekinumab.
- Fármacos anti IL-27: Secukinumab e Ixekizumab ⁶.

DAÑO ACUMULADO EN PSORIASIS Y DERMATITIS ATÓPICA

La psoriasis y la dermatitis atópicas son enfermedades crónicas y recurrentes, con gran impacto psicosocial, y que pueden repercutir en distintos aspectos y momentos de la vida.

Aunque existen pocas investigaciones que evalúen el daño acumulado a lo largo de la vida de los pacientes, tanto en la dermatitis atópica como en la psoriasis se ha visto que existe repercusión en las distintas etapas de la vida en aspectos como los estudios, el empleo, el impacto emocional y las relaciones sociales.

Con todo esto, surge el concepto del Daño Acumulado en el Curso de la Vida (CLCI), propuesto para la psoriasis por Alexa Kimball, et al, en 2010 ¹⁸. Es importante destacar que este no puede medirse directamente, ni puede evaluarse mediante escalas de detección individuales, sin embargo, deben identificarse a los pacientes con riesgo de CLCI mediante indicadores clínicos, personales y psicosociales y mediante predictores de CLCI que deben aplicarse individualmente. Entre esos factores, cabe destacar los siguientes:

- Gravedad de la enfermedad clínica
- Curso crónico de la enfermedad
- Inicio temprano de heridas crónicas
- Percepción de la estigmatización
- Falta de apoyo social
- Impacto negativo en la profesión
- Estado de ánimo negativo
- Estrategia de afrontamiento
- Calidad de vida
- Comportamientos que ponen al paciente en riesgo
- Comorbilidades ¹⁹.

Hoy en día, lo que se conoce sobre este término se basa en encuestas descriptivas sin un grupo de control, además, la falta de recogida de datos de manera sistemática justifica el hecho de que no existan factores de confusión descritos, como educación, status socioeconómico o contexto familiar ²⁰. Es difícil calcular el acúmulo de toda una vida, sin embargo, es posible realizar una medición en un punto determinado de ésta, preguntando qué, según los pacientes, habría sido diferente en su vida sin la enfermedad. Hay que tener en cuenta que los resultados varían entre los pacientes en función de variables como la carga de la estigmatización, las comorbilidades físicas y psicológicas asociadas a la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y los factores externos que puedan intervenir, modulados por los

estilos de personalidad de cada paciente ²¹. Este concepto ha sido estudiado, sobre todo, en la psoriasis, pero para otras enfermedades crónicas se dispone de menos información ²².

Enfermedades cutáneas crónicas, como la dermatitis atópica y la psoriasis, pueden provocar en los pacientes problemas psicosociales que afectan a sus relaciones sociales y laborales, sobre todo, cuando sus lesiones son visibles. De esta manera, dichas enfermedades pueden desarrollar comorbilidades psíquicas como depresión, ansiedad o riesgo de suicidio ²³. Pero el debut precoz de las lesiones puede ocasionar cambios en la vida del paciente e influir en la toma de decisiones importantes en momentos cruciales. Esta problemática se aborda en el concepto de CLCI y, por todo ello, en este trabajo intentaremos ahondar, mediante el uso de un cuestionario genérico, este daño acumulado en los pacientes y comparar los datos obtenidos en las dos enfermedades.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La psoriasis y la dermatitis atópica aumentan el daño acumulado en la vida de los pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es investigar el daño acumulado en los aspectos globales de la vida de los pacientes con dermatopatías crónicas mediante la realización de una encuesta que nos permita valorar este concepto en cada una de las enfermedades crónicas a estudio.

Como objetivos secundarios se han valorado:

- Estudiar las posibles relaciones existentes entre los datos epidemiológicos (edad, sexo, profesión, etc.) y el daño acumulado a causa de la enfermedad dermatológica.
- Estudiar las posibles relaciones entre las características de la enfermedad (severidad, tiempo-evolución, localización, tratamiento, etc.) y el impacto que estos factores han ejercido sobre la vida del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio con diseño observacional transversal en el que se recogió una muestra de 10 pacientes afectos de dermatitis atópica y 10 de psoriasis, con seguimiento en el Servicio de consultas externas de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias.

Criterios inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años, sin límite superior de edad, con diagnóstico de psoriasis y dermatitis atópica.

- Pacientes capaces de entender y contestar los cuestionarios del estudio.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no sean capaces de leer o contestar adecuadamente los cuestionarios.
- Pacientes que rehúsen la firma del consentimiento informado.

Todos los pacientes fueron informados mediante un consentimiento diseñado para este estudio, que debieron firmar y fechar. Con ello, permitían el acceso a los datos de su historia clínica con el fin de cumplimentar la investigación y garantizar la confidencialidad. Este también fue firmado por la persona encargada del estudio que dirigió la conversación y, el documento original se conservó tal y como establece la política legal del centro.

Se realizó un Protocolo que fue valorado y aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias con fecha de 29 de noviembre de 2018 (Anexo 1).

Las variables recogidas han sido las siguientes:

1. Variable principal de valoración:

- Estado del paciente con dermatopatía crónica: Daño acumulado en la vida del paciente con dermatitis atópica y psoriasis mediante la puntuación del Cuestionario de Daño Acumulado en el Curso de la Vida (Anexo 3) realizado por Francesca Sampogna²⁴, que consta de 26 ítems que pueden ser respondidos con una escala numérica de 0 a 3, siendo el valor 0 falso y el valor 3 cierto, pudiendo llegar a obtener una puntuación máxima de 78. Además, dichos ítems se encuentran divididos en 5 subgrupos como son: educación y trabajo, relaciones personales, vida social, afrontamiento negativo e impacto emocional.
- Preguntas diseñadas para este estudio sobre la evolución e influencia inicial de ambas enfermedades.

2. Variables secundarias

- Datos epidemiológicos: edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios y profesión.
- Características de las lesiones: tipo, duración, localización y síntomas.
- Diagnóstico y evolución inicial de la enfermedad cutánea.
- Antecedentes personales de enfermedades.
- Medicación psicotrópica en el tratamiento (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos).

Los datos fueron recogidos en el Hospital Universitario de Canarias, a empleando un Cuaderno de Recogida de Datos, diseñado para este estudio, (Anexo 2) en papel, utilizándose igualmente los datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes. El investigador

introducía los datos de dichas hojas y, cuando alguno de los datos se introducía erróneamente, la corrección se realizaba tachando con una raya el dato incorrecto e introduciendo la información correcta junto al dato corregido. Esta corrección debía estar fechada y explicarse si era necesario por la persona responsable.

Los datos recogidos fueron pasados a un documento Excel y el análisis estadístico se realizó empleando el programa SPSS v.17 (Chicago, Illinois) y el StatXact 5.0 (Cytel Co. MA).

RESULTADOS

En nuestro estudio, hemos recogido una muestra de 20 pacientes en la que un 70% son hombres y un 30% son mujeres.

Las edades de nuestros pacientes están comprendidas entre los 17 y 74 años, obteniendo como media general 42.1%, existiendo la misma proporción de mujeres y hombres en ambas dermatopatías, 7/3. En este intervalo de edades, podemos diferenciar que, en la Dermatitis atópica, las edades van de 17 a 59 años, con una media de 34,8 años y una desviación típica de 14.42, mientras que en la Psoriasis las edades están comprendidas entre

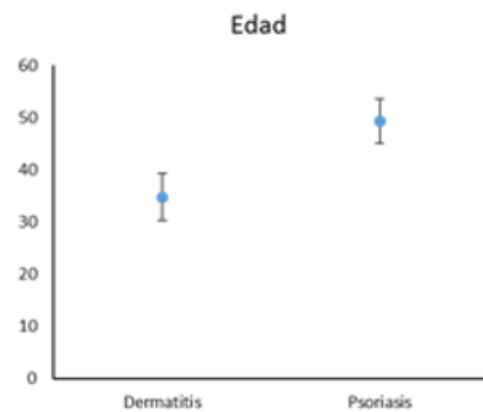


Figura 9. Edades medias de psoriasis y dermatitis atópica.

25 y 74 años, teniendo una media 49.3 años, con una desviación típica de 13.43 (Figura 9).

Con respecto al lugar de residencia, observamos resultados similares entre ambas dermatopatías.

En cuanto al ámbito académico o laboral, hemos obtenido, en primer lugar, que las personas con psoriasis de nuestra muestra, con estudios de nivel de secundaria son un 70%, y los de dermatitis atópica un 40%. Siguiendo en este orden de cosas, se aprecian similitudes en los resultados en lo que a los estudios primarios se refiere, entre las dos enfermedades. Sin embargo, destacamos la diferencia encontrada respecto a los estudios de nivel superior, como universitarios o ciclos formativos, puesto que existe un 30% de pacientes con dermatitis atópica que cursan con dichos estudios, sin haber ningún paciente con psoriasis que los hayan realizado. En segundo lugar, de forma general, un 55% de la muestra tenía empleo en el momento de la entrevista y, el 45% restante, se divide entre los que están en paro (35%) de los que estudian (10%), no existiendo diferencias a la hora de analizar cada enfermedad, pues los de dermatitis atópica un 50% trabajaba y, en los de psoriasis un 60%.

De nuestra serie, el 65% presenta pareja no siendo así en el 35% restante. En concreto, en el grupo de pacientes con psoriasis, un 90% tenía pareja, mientras que solamente un 40% de los pacientes con dermatitis atópica la poseía (Figura 10).

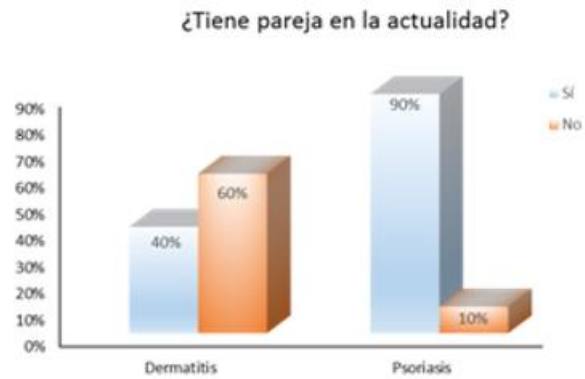


Figura 10. Porcentajes de pacientes de ambas dermatopatías con o sin pareja.

Por otro lado, teniendo en cuenta el global de la muestra, un 70% de los pacientes no tienen otras enfermedades

asociadas, al contrario que el resto, un 30%, que sí presentan enfermedades de otro tipo. Si estudiamos ambas dermatopatías por separado, se aprecian resultados similares.

Otra de las cuestiones planteadas, ha sido el hecho de estar bajo tratamiento, siendo así en un 40% de los pacientes con dermatitis atópica, ya sea psicológico o psiquiátrico, mientras que los de psoriasis les corresponde un 20%. De la proporción de pacientes que no poseían trabajo durante la realización de la entrevista no hallamos diferencias entre estos, puesto que en dermatitis atópica es 7/10 y en psoriasis 8/10.

Para finalizar con los datos epidemiológicos, en referencia al consumo de tóxicos, en primer lugar, en la muestra que engloba a los pacientes con dermatitis atópica la diferencia entre los que no toman tóxicos y los que sí es de apenas un 10%, pues un 60% consume tabaco o alcohol y, los que no, un 50%.



Figura 11. Proporción de pacientes que consumen tóxicos.

En segundo lugar, con los pacientes que presentan psoriasis ocurre un hecho similar, pero aún con mayor coincidencia, ya que tanto los que consumen tóxicos como los que no lo hacen presentan el mismo porcentaje siendo este de un 40% (Figura 11).

Centrándonos en cuestiones sobre la enfermedad que presentan los pacientes, la edad de inicio para los pacientes con psoriasis tiene una mediana de 10.5, en tanto que los de dermatitis un 7.5. Por otro lado, objetivamos que en un 95% de la muestra las lesiones se presentaron inicialmente tanto en extremidades superiores como inferiores, siendo la segunda localización en frecuencia la cara con un 60%. Con esto, podemos decir que, si nos centramos ahora en analizar los resultados de este apartado, teniendo en cuenta cada enfermedad, las

diferencias más notorias están en los pacientes con psoriasis donde en un 90% de ellos presentan dicha patología tanto en extremidades inferiores como superiores, no ocurriendo lo mismo con los de dermatitis atópica, pues el porcentaje de esta localización de lesiones es de un 10%.

Analizando los sentimientos iniciales evocados por el diagnóstico inicial de estas enfermedades, obtuvimos, englobando toda la muestra, que un 40% no recuerda cómo se sintió al ser diagnosticados de la enfermedad, mientras que un 30% de ellos afirmaron haber tenido tristeza como sentimiento inicial, siendo esto un dato importante a la hora de entender la repercusión negativa que estas dermopatías acarrearán en su día a día. Así mismo, si analizamos cada enfermedad, se aprecia que un 30% de los pacientes con psoriasis no recuerdan cómo se sintieron al inicio del diagnóstico, frente al 80% que tuvo algún sentimiento, siendo el de tristeza el predominante. Con respecto a los de dermatitis atópica, el porcentaje de los que no recuerdan sus sentimientos al inicio de la enfermedad es un poco mayor que el que presentaban los de psoriasis, es decir, de un 50%, frente a los que sí mostraron sentimientos, un 60%, siendo del mismo modo la tristeza el afecto predominante. Destacar también otra diferencia hallada en el sentimiento de “asustado”, ya que en los que cursan con psoriasis la proporción es de 2/10, mientras que en los de dermatitis atópica es de 0/10.

Otro dato sobre el que se preguntó a los pacientes, fueron los distintos ámbitos de sus vidas en el que las enfermedades pudieran interferir, siendo el ámbito social y en la realización de deporte, considerados en conjunto, en el que más porcentaje se obtuvo, con un 70% en los de dermatitis atópica y un 60% en los de psoriasis. En cuanto al resto de aspectos analizados, no se encuentran diferencias próximas a la significación estadística, exceptuando que existe un 30% de pacientes con dermatitis atópica cuyo principal ámbito en el que se vieron afectados fue el de la familia, ocurriendo lo opuesto en psoriasis en donde el porcentaje es del 0%.

Otra de las cuestiones realizadas, se hizo con el objetivo de averiguar el grado de incomodidad que pudiera generar cada patología, destacando la visibilidad con un 75% y la sintomatología con un 70%, haciendo referencia a un porcentaje global, como aspectos que mayor repercusión han tenido en ambas enfermedades.

En cuanto al tratamiento, se aprecia que el aspecto que más preocupa a nuestra serie, tanto para los afectos de dermatitis atópica como de psoriasis, los efectos secundarios del mismo, compartiendo el mismo valor, un 80%.

Así mismo, tenemos globalmente a un 15% de los pacientes en los que la enfermedad no les ha influido nada en su vida, siendo esta puntuación similar en ambas enfermedades. A pesar

de esto, obtenemos que el sentimiento predominante en dermatitis atópica es el de que la patología les ha hecho “más fuerte” con un 50%, frente a los de psoriasis donde el de “inseguridad” es el factor predominante con un 60%.

Otra de las cuestiones importantes que llevamos a cabo, para comprender en qué ámbitos de la vida de los pacientes de nuestra muestra afectan estas dermatopatías, fue la de averiguar quiénes o qué les habían ayudado a sobrellevar mejor dichas enfermedades, encontrando que tanto en dermatitis atópica como en psoriasis la familia es el principal pilar con un 70% y 90%, respectivamente. Además, se obtuvo una diferencia importante entre dermatitis y psoriasis, ya que vemos como en la segunda de estas la pareja ha sido más determinante en cuanto al apoyo recibido, cursando con un 70% en psoriasis, mientras que en dermatitis hay un 40%.

Por contraposición, se ha objetivado que la sociedad es el factor que más negativamente ha influido a la hora de sobrellevar la enfermedad (65% del total de la muestra), sin haber diferencias mencionables al estudiar las enfermedades por separado.

Además, investigamos sobre situaciones que pudieran jugar un papel importante en el día a día de las personas, obteniendo que en psoriasis, tanto la visibilidad de las lesiones, como la sociedad son los factores que más preocupación les ha generado a los pacientes, con un 70% para ambos aspectos mencionados. Aplicándolos estos mismos también a los de dermatitis atópica vemos como el porcentaje a los que les preocupa la visibilidad es de un 40% y a la sociedad 30%, predominando en estos como principal factor preocupante el tratamiento de la patología, con un 50%.

Una de las cuestiones realizadas fue dirigida a saber qué deseaban los pacientes sobre su patología, obteniendo que de entre las opciones ofertadas, la que mayor puntuación obtuvo fue la de que se curase la enfermedad con un 70%, siendo esta tendencia la misma tanto en psoriasis como en dermatitis atópica a la hora de analizarlas individualmente. Dentro de este punto, otros de los deseos, de nuestra

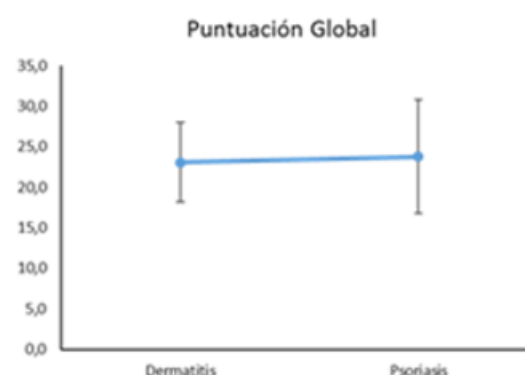


Figura 12. Puntuación media global del test.

muestra, que cursaron también con mayor puntuación fue similar para ambas dermatopatías y, éstos fueron los de que se investigara más y, que no les hubiera ocurrido, ambas con un 40%. El objetivo principal de nuestro estudio ha sido investigar el daño acumulado que estas dos dermatopatías generan en la vida de los pacientes de nuestra serie. Para evaluar este aspecto

hemos utilizado un Cuestionario de Daño Acumulado en el Curso de la Vida, realizado por la Francesca Sampogna, donde hemos obtenido una puntuación máxima de daño global de 23.5. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima del test es de 78 y, habiéndose dividido por cuartiles, podemos considerar que el daño global en nuestra muestra es leve (Figura 12), estando los valores tanto de dermatitis atópica como de psoriasis también dentro del cuartil considerado como daño leve, 23.1 y 23.8, respectivamente.

Por otro lado, realizamos un análisis similar al anterior, evaluando los diferentes dominios del cuestionario: educación y trabajo, relaciones personales, vida social, afrontamiento negativo e impacto emocional. En base a esto, la puntuación obtenida en el grupo de **educación y trabajo** estaba comprendida, englobando a toda nuestra muestra, en el segundo cuartil, lo que se corresponde con un daño leve (Figura 13). En tanto que, si analizamos cada una por separado, vemos como en dermatitis atópica la puntuación es de 6.3, considerándose como daño leve, mientras que en psoriasis el valor es de 4.8, es decir, no daño.

El dominio de las **relaciones personales**, uno de los más importantes en nuestro estudio, presenta algunas diferencias próximas a ser significativas. De aquí, destacar que en la Psoriasis se obtuvo como puntuación un 4.7, daño leve, en tanto que en la DA tiene una puntuación de 1.8 estando dentro del primer cuartil y, por lo tanto, no se considera daño (Figura 14).

De igual manera, dentro de la dimensión **vida social**, se obtuvieron puntuaciones de 8.0 y 7.7, considerados como leves, tanto para la Dermatitis Atópica como para la Psoriasis respectivamente (Figura 15).

Con respecto al apartado de **afrontamiento**



Figura 13. Puntuación en dominio educación y trabajo.



Figura 14. Puntuación en dominio relaciones personales.

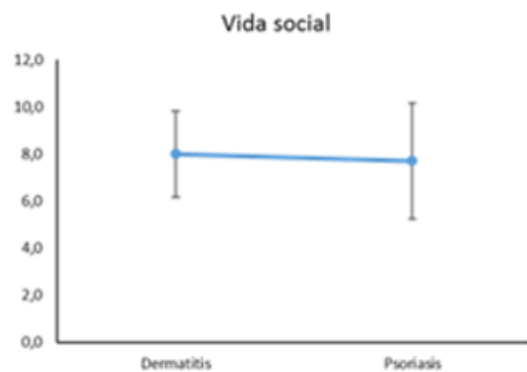


Figura 15. Puntuación en dominio vida social.

negativo, se obtuvo un resultado similar para ambas dermatopatías, que reflejaba un bajo empleo de estos métodos, ya que esta se encontraba en el primer cuartil (Figura 16).

Por último, destacar que el apartado denominado como **impacto emocional**, obtuvo los peores resultados ya que, con un valor de 5.8 para la Dermatitis Atópica y, un valor de 4.9 para la Psoriasis, se obtuvieron unos resultados de daño grave al encontrarse en el tercer cuartil (4.5-6.75) (Figura 17).

En otro orden de cosas, también evaluamos otras posibles relaciones que nos planteamos conforme avanzamos el estudio, tales como enlazar el hecho de tener pareja, toma de tóxicos o el padecimiento de una enfermedad concomitante con tener una puntuación mayor o

no en el test de daño acumulado. Para ello, en primer lugar, comparamos el total de la muestra e incluimos los dominios de educación y trabajo, relaciones personales, vida social, afrontamiento negativo e impacto social como fuentes de puntuación en el daño global, tanto para pacientes con Dermatitis Atópica como para los de Psoriasis. Con esto se obtuvo que, aquellos pacientes de nuestra muestra global con pareja, poseen un daño global mayor 26.9 respecto a los que se encuentran solteras/os, 17.0, no pudiéndose evaluar ambas enfermedades individualmente, debido al tamaño de la muestra. Aún así, teniendo en cuenta al conjunto de los pacientes, apreciamos una diferencia próxima a la significación estadística, con un p-valor de 0.053, en lo que a la vida social se refiere, apareciendo aquellos pacientes que tienen pareja con mayor daño en el test (9.6) siendo a la inversa en los que no, 4.6.

En el caso de la toma de tóxicos, los pacientes con Psoriasis que consumen tienen una puntuación de 26.6, frente al 21.0 de los que no, sucediendo lo mismo con los de Dermatitis Atópica, cuya puntuación del sí es de 26.2 frente al 20.0 del no. En segundo lugar, buscando alguna asociación que resultara un tanto significativa o, al menos, próxima a esta, vimos que, en el afrontamiento negativo, el valor del test correspondiente a 2.6 lo poseían los que toman tóxicos que resulta ser mayor a 0.3, referido este último a los que no toman tóxicos. Esto

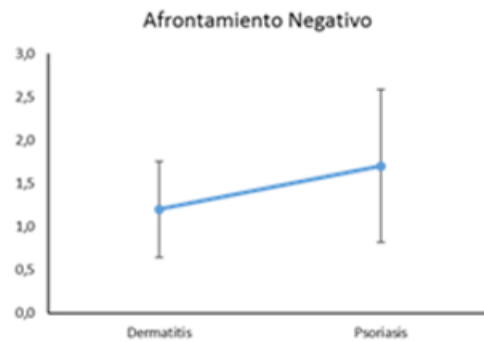


Figura 16. Puntuación en dominio afrontamiento negativo.

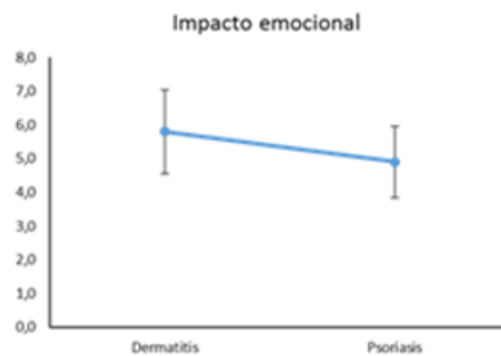


Figura 17. Puntuación en dominio impacto emocional.

último cursando con un p-valor de 0.022. Lo mismo sucede si analizamos ambas patologías individualmente, pero sin obtener significación estadística.

Teniendo en cuenta el hecho de tener enfermedades asociadas a las principales de nuestro estudio, obtuvimos que en la Psoriasis, el hecho de tener otras enfermedades concomitantes implica una mayor puntuación en el test, 28.7, frente a los que no las padecen, con un 21.7. Lo contrario ocurre en los que tienen dermatitis atópica, siendo 22.0 el valor de los que sí presentan otras enfermedades y, 23.6 el de los que no las presentan.

Por otro lado, incluyendo no solo los cinco dominios del test, mencionados anteriormente, sino todos los dominios que lo componen, los resultados siguen la misma tendencia que los anteriormente nombrados. Los que poseen pareja, paradójicamente presentan un valor mayor, 31, que los que no, 13. Además, los que toman tóxicos y tienen enfermedades asociadas cursan con unos valores mayores a los que no, 22/15.5 y 21/15.5, respectivamente, siendo estos datos ilustrados en las siguientes figuras (Figs. 18, 19, 20).

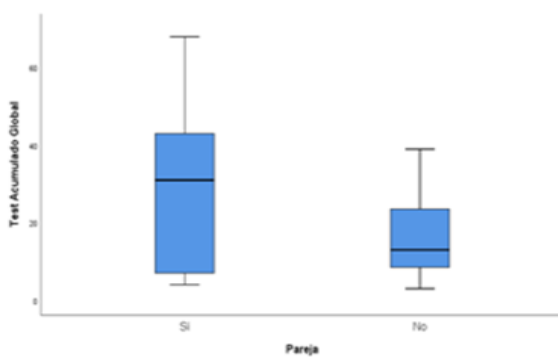


Figura 18. Puntuación test global contrastado con tener pareja o no.

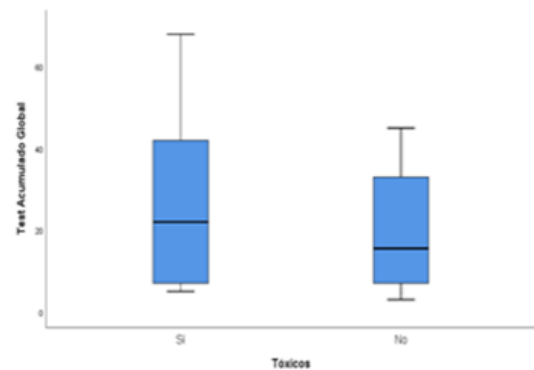


Figura 19. Puntuación test global contrastado con la toma de tóxicos.

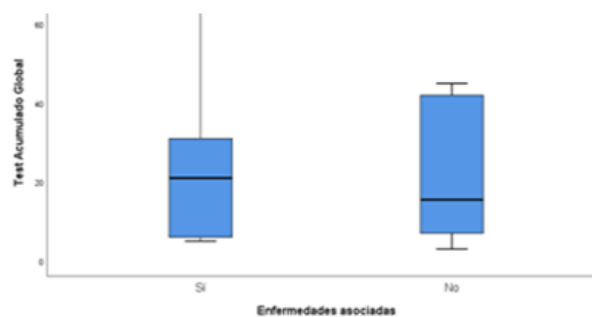


Figura 20. Puntuación test global contrastado con enfermedades concomitantes.

DISCUSIÓN

El concepto de Daño Acumulado en el Curso de la Vida (CLCI) se puede entender como el resultado acumulativo entre la carga de la enfermedad, tanto física como psicológica y, las

estrategias de afrontamiento creadas por el paciente. Se ha visto, que el daño acumulado en estas enfermedades dermatológicas crónicas, tienen un impacto negativo en distintos aspectos de la vida de los pacientes, sin haberse encontrado diferencias significativas entre ambas patologías. La Dermatitis Atópica y la Psoriasis son patologías que tienen la capacidad de influir en la toma de decisiones, en el ámbito laboral y en los estudios, en las relaciones interpersonales, e incluso, pueden llegar a marcar y alterar el curso y, los objetivos de vida de los pacientes.

En nuestro estudio, la mayor repercusión de estas dermopatías se encontró en el impacto emocional, obteniéndose un daño acumulado de vida grave. Este aspecto se apoya en otras investigaciones, donde se ha visto que el impacto emocional es uno de los aspectos más afectados en la vida de los pacientes con estas patologías ²⁵.

Los pacientes pueden desarrollar alteraciones en el estado de ánimo como pueden ser una disminución de la autoestima, la aparición de sentimientos de ansiedad o tristeza que, si se mantienen en el tiempo y no se controlan, pueden acabar desencadenando una enfermedad mental, como trastornos depresivos, ansiosos o fobia social ^{26, 27}. Se ha demostrado que las tasas de depresión en la Psoriasis y la Dermatitis Atópica es superior al resto de la población, ocurriendo en hasta el 30% de los pacientes con psoriasis ^{28,29}. En los estudios de dermatitis atópica se ha observado que también presentan con mayor frecuencia alteraciones en el estado de ánimo, apareciendo hasta en el 46% de los pacientes ansiedad y el 14% depresión. Igualmente, el riesgo de presentar ideación suicida es significativamente mayor en ambas patologías ^{30,31}.

Del mismo modo, se ha visto una mayor tendencia en los pacientes con dermatitis atópica y psoriasis a desarrollar comportamientos adictivos y, al consumo de tóxicos, secundario al malestar psicológico que producen estas enfermedades cutáneas ³². Por ejemplo, se ha demostrado una mayor incidencia de alcoholismo en pacientes con psoriasis que en la población general ^{26, 33}, no ocurriendo lo mismo con nuestra serie, donde destaca un mayor consumo de tabaco que de alcohol, tanto para los de psoriasis como los de dermatitis atópica. Se trata de un círculo vicioso, pues la alteración emocional del paciente empeora la sintomatología en ambas enfermedades, empeorando las lesiones y aumentando así el sentimiento de frustración y tristeza.

En nuestra serie, el daño acumulado de vida en el área laboral y estudiantil fue leve. Sin embargo, en otros estudios disponibles, este aspecto tiene gran trascendencia. Se ha visto que hasta en el 66% de los pacientes, la psoriasis ha influido en la elección de estudios y, en un 58% en la elección profesional ³⁴. Del mismo modo, en la dermatitis atópica un 32% de

pacientes piensa que la enfermedad ha afectado a su vida escolar o laboral y, que ha sido un obstáculo para su progreso profesional ³⁵.

Así mismo, las personas con estas patologías, tienen una mayor tasa de ausentismo laboral y de deterioro general en el trabajo, no encontrándose diferencias significativas entre una y otra enfermedad ³⁶. En este sentido, se ha demostrado que el 24% de los pacientes con psoriasis tuvo una reducción de sus capacidades de ingresos debido a su enfermedad, un 31% habían recurrido a bajas laborales ³⁷.

Por otro lado, en ambas enfermedades, uno de los aspectos que más parece preocupar a los pacientes es la visibilidad de la enfermedad y su repercusión social, sin encontrarse diferencias significativas entre ambas patologías ³⁸. Esta idea es apoyada por numerosos estudios ³⁹. Ewa Hrehorów et al, demostraron que la tasa de estigma y rechazo entre los pacientes con psoriasis alcanzaba el 90,2% ⁴⁰. De igual modo, este aspecto también se ha confirmado en la dermatitis atópica donde, al ser una enfermedad que se inicia durante la infancia, los pacientes reciben “burlas” y desprecios desde este periodo de la vida, pudiendo desencadenar un trauma psicológico en el futuro. Por ejemplo, Elian E et al.⁴¹ obtuvieron que el 70% de los pacientes con dermatitis atópica habían tenido sentimientos de rechazo y vergüenza durante sus estudios de primaria y secundaria, así como conductas evitativas en actividades sociales, deportivas e íntimas.

En dichas patologías, este aspecto tiene una repercusión negativa, pues la vergüenza por mostrar su cuerpo, así como el miedo al rechazo social los lleva al aislamiento progresivo de la sociedad y a dejar de realizar actividades que impliquen la visibilidad de sus lesiones. Este aspecto se ha demostrado tanto en la dermatitis atópica ⁴¹ como en la psoriasis, donde hasta un 55% afirmó que se habían alejado de las actividades sociales debido a la vergüenza y la falta de confianza social, y hasta el 44% se refirió haberse enfrentado a dificultades a la hora de realizar planes de vacaciones, actividades deportivas, ocio y salidas nocturnas, debido a las limitaciones que les producían la enfermedad ³⁸. Este hecho, a la larga, puede producir consecuencias psicológicas en los pacientes, desarrollando trastornos depresivos o de ansiedad.

CONCLUSIÓN

1. En nuestra serie, la tristeza es el sentimiento que más frecuentemente presentan nuestros pacientes, objetivándose así un impacto emocional grave en ambas patologías.

2. Considerados en conjunto, el ámbito social y la realización de deporte, resultan los ámbitos de la vida en los que ambas enfermedades más interfieren.
3. Las relaciones personales se vieron más perjudicadas en los pacientes con psoriasis, obteniéndose un resultado leve, al contrario que en la dermatitis atópica donde no se obtuvo daño alguno.
4. La visibilidad de las lesiones ha sido uno de los aspectos que mayor incomodidad ha generado en los pacientes.
5. El tratamiento y sus efectos secundarios han sido los aspectos que más preocupación han desencadenado, en los pacientes de nuestro estudio.
6. La familia ha sido el principal apoyo moral para que nuestros pacientes sean capaces de sobrellevar su enfermedad.

En función de lo observado en nuestro estudio, concluimos que estamos ante patologías con una gran capacidad de afectar en el día a día de las personas que la padecen. Debido a esto, es recomendable la realización de más estudios sobre el daño acumulado a lo largo de la vida, que incluyan un mayor tamaño muestral y, podrían ampliarse a otras dermopatías crónicas.

Dado que estas patologías aumentan el riesgo de rechazo social y estigmatización, consideramos esencial la información y educación de la sociedad sobre estas enfermedades, para que así puedan ser aceptadas y conocidas. Del mismo modo, es necesario que dermatólogos y, en general, profesionales sanitarios sean conscientes del concepto de CLCI, ya que esto puede ayudar a identificar factores de riesgo en una etapa temprana, comprender el grado de vulnerabilidad de los pacientes y, así generar un vínculo fuerte entre médico y paciente que facilite la adherencia al tratamiento.

Nuestro estudio ha presentado una serie de limitaciones, como son las propias de un estudio observacional transversal, ya que la recogida de datos en un momento concreto de la enfermedad no garantiza poder obtener toda la información necesaria, valorar la evolución y los cambios que puedan surgir en las diferentes variables. Otras limitaciones han sido el tamaño muestral con el que hemos contado, ya que con un total de 20 pacientes los resultados obtenidos no llegan a la significación estadística.

¿QUÉ HE APRENDIDO DURANTE ESTE TFG?

Los conocimientos y capacidades adquiridas durante la realización del Trabajo de Fin de Grado han sido:

- Buscar y seleccionar información de distintas fuentes (libros, PubMed, bases de datos, etc.).
- Interpretar y comprender artículos científicos.
- Conocer y aplicar los principios del método científico y la investigación biomédica.
- Realizar una exposición escrita de los conocimientos y resultados adquiridos.
- Adquirir capacidades para realizar una exposición oral de lo estudiado, con claridad y tanto a un público especializado en el tema como no especializado.
- Manejar los procedimientos de documentación clínica.
- Trabajar en equipo, tanto con compañeros académicos como con profesionales médicos.
- Desarrollar habilidades comunicativas necesarias para la interacción con los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolff K, Allen Johnson R, Suurmond D. Fitzpatrick Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005. 33-41.
2. Rajka G. Essential Aspects of Atopic Dermatitis. Berlin: Springer-Verlag, 1989.
3. Diepgen TL, Blettner M. Analysis of familial aggregation of atopic eczema and other atopic diseases by ODDS RATIO regression models. *J Invest Dermatol.* 1996; 106: 997-81
4. Kang KF, Tian RM. Atopic dermatitis. An evaluation of clinical and laboratory findings. *Int J Dermatol.* 1987; 26: 27-32
5. Hara J, Higuchi K, Okamoto R, et al. High-expression of sphingomyelin deacylase is an important determinant of ceramide deficiency leading to barrier disruption in atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2000; 115:406-13
6. Horn DT, Mascaró JM, Mancini JA, Salasche JS, Saurat JH, Stingl G. Sección tres: Dermatitis papuloescamosas y eczematosas. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatología.* 1ª ed. Madrid: Elsevier España; 2004 Volumen 1: 199-214
7. Hide DW, Matthews S, Tariq S, Arshad SH. Allergen avoidance in infancy and allergy at 4 years of age. *Allergy.* 1996; 51:89-93.
8. Glover MT, Atherton DJ. A double-blind controlled trial of hyposensitization to *Dermatophagoides pteronyssius* in children with atopic eczema. *Clin Exp Allergy.* 1992; 22:440-6.

9. Nghiem P, Pearson G, Langley RG. Tacrolimus and pimecrolimus: from cleve prokaryotes to inhibiting calcineurin and treating atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 46:228-241.
10. Salek MS, Finlay AY, Luscombe DK, et al. Cyclosporin greatly improves the quality of life of adults with severe atopic dermatitis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol.* 1993; 129: 422-30.
11. Alfonso MH. Immunopathogenesis of psoriasis. Impact on clinical manifestations and its treatment. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.* 2012; 28 :357-373.
12. Snekvik I, Nilsen T, Romundstad PR, Saunes M. Metabolic syndrome and risk of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2019; 180: 94-99.
13. Zeng J, Luo S, Huang Y, Lu Q. Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. *J Dermatol.* 2017; 44: 863–872.
14. Sarac G, Tulay T, Baglan T. A brief summary of clinical types of psoriasis. *North Clin Istanb.* 2016; 3: 79–82.
15. Santos MF, de Oliveira B, Vieira G. Psoriasis: Classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol.* 2015; 90: 9–20.
16. Roque BI, Da Costa JL, Gaspar JP, Da Costa AM. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2016; 9: 36–43.
17. Kim W, Jerome D, Yeung J. Diagnostic et prise en charge du psoriasis. *Can Fam Physician.* 2017; 63: 210-218.
18. Kimball AB, 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.
19. Ibler K, Jemec GB: Cumulative life damage in dermatology. *Dermatol Reports.* 2011; 3: 1-5.
20. Linder MD, Kimball AB et al. Dermatological Diseases and Cumulative Life Course Impairment. *Indian J Med Res.* 2015; 142: 498-499.
21. Augustin M, Mayer A, Goepel LM, Baade K, Heyer K, Herberger K. Cumulative Life Course Impairment (CLCI): A new concept to characterize persistent patient burden in chronic wounds. *Science Direct.* 2013; 1: 2-6.
22. Linder MD et al. Psoriasis – The Life Course Approach. *Acta Derm Venereol.* 2016; 217: 102–108.
23. Tuckman A. The Potential Psychological Impact of Skin Conditions. *Dermatol Ther.* 2017;7: 53–57.

24. Sampogna F. Setting Up a Life Course Questionnaire. *Curr Prob Dermatol*. Basel, Karger. 2013; 44: 67-73.
25. Drucker AM, Wang AR, Li WQ, Severson E, Block JK, Qureshi AA. The burden of atopic dermatitis: Summary of a report for the National Eczema Association. *J Invest Dermatol*. 2017; 137: 26-30.
26. Sampogna F, Picardi A, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Masini C et al. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosom Med*. 2004; 66: 620-624.
27. Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Cumulative life course impairment: the imprint of psoriasis on the patient's life. *Actas Dermosifiliogr*. 2014; 105: 128-134.
- 28: Kimball AB, Jacobson C, Weiss S et al. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6: 383–392.
- 29: Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 833–842.
- 30: Wittkowski A, Richards HL, Griffiths C, Main CJ. The impact of psychological and clinical factor son quality of life in individuals with atopic dermatitis. *J Psychosom Res*. 2004; 57: 195-200.
- 31: Waters HC, Carter CT, Piech CT et al. The impact of psoriasis on psychological functioning and quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60(Suppl.): AB183.
32. McAleer MA, Mason DL, Cunningham S, O'Shea SJ, McCormick PA, Stone C et al. Alcohol misuse in patients with psoriasis: identification and relationship to disease severity and psychological distress. *Br J Dermatol*. 2011; 164: 1256-1261.
- 33: Kirby B, Richards HL, Mason DL, Fortune DG, Main CJ, Griffiths CE. Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2008; 158: 138-140.
34. Bhatti ZU, Salek MS, Finlay AY. Major life changing decisions and cumulative life course. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25: 245-246.
35. Zuberbier T, Orlow SJ, Paller AS, Tajëb A, Allen R, Hernanz-Hermosa JM et al. Patient perspectives on the management of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2006; 118: 226-232.
36. Eckert L, Gupta S, Amand C, Gadkari A, Mahajan P, Gelfand JM. Impact of atopic dermatitis on health-related quality of life and productivity in adults in the United States: An

análisis using the National Health and Wellness Survey. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 77: 274-279.

37: Finlay AY, Coles ECl. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol.* 1995; 132: 236–244.

38: Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol.* 2007; 156: 1245–1250.

49. Zieciak T, Rzepa T, Król J, Zaba R. Stigmatization feelings and depression symptoms in psoriasis patients. *Psychiatr Pol.* 2017; 51: 1153-1163.

40. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92: 67-72.

41: Elian EA, Brenninkmeijer E, Legierse CM, Sillevs JH, Last BF, Grootenhuis MA et al. The course of life of patients with childhood atopic dermatitis. *Pediatric Dermatol.* 2009; 26: 14-22

Anexo 1



El estudio de investigación titulado: "Estudio sobre el daño acumulado en la vida de los pacientes con dermatopatías crónicas.", versión 3, de 5 de Diciembre de 2018, con código CHUC_2018_90 (GLCI-DERM-2018-01), del que es Investigador Principal la Dra. MARTA CARMEN GARCIA BUSTINDUY, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) en su sesión del 29/11/2018, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, versión 2, de 5 Diciembre 2018, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) emite dictamen FAVORABLE para la realización de este estudio en el Hospital Universitario de Canarias.

Secretaria Técnica del CEIm
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

| | |
|---|------------------------------|
| Este documento ha sido firmado electrónicamente por: | |
| CONSUELO MARIA RODRIGUEZ JIMENEZ - F.E.A. FARMACOLOGIA CLINICA | Fecha: 10/12/2018 - 12:07:24 |
| En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0gB621gbuhMBF2cZsa3uGPNRkcgwhT7-O | |
| El presente documento ha sido descargado el 10/12/2018 - 12:11:06 | |

4) ¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzaron sus síntomas hasta que le diagnosticaron la enfermedad? _____meses

5) ¿Recuerda cómo se sintió cuando le diagnosticaron la enfermedad?

1. Asustado/a 2. Triste 3. Enfadado/a 4. Inseguro/a 5. No lo recuerdo
6. Otro: _____

6) Cuando le diagnosticaron su enfermedad ¿en qué ámbito tuvo más repercusión?

1. Familia 2. Pareja 3. Amigos 4. Trabajo/Estudios 5. Deporte
6. Actividad social (salidas o fiestas, ir a la playa o piscina...) 7. Ninguno

7) ¿Cuánto tiempo pasó hasta que notó mejoría con el tratamiento? _____meses

8) ¿Qué le incomoda más en su enfermedad? Puede marcar varias

1. Los síntomas (dolor, picor...) 2. Su visibilidad o aspecto estético
3. La dificultad o consecuencias del tratamiento

9) ¿Qué es lo más que le ha preocupado/ le preocupa del tratamiento de su enfermedad?

1. El coste 2. El cumplimiento 3. Los efectos secundarios 4. Nada

10) ¿Ha sentido comprensión por parte de los médicos sobre la repercusión de su enfermedad?

1. Sí 2. No 3. No siempre

11) ¿Cómo le ha influido su enfermedad?

1. Me ha desgastado 2. Me ha hecho más fuerte 3. Me ha dado inseguridad 4. No me ha influido

12) ¿Qué o quién le ha ayudado a sobrellevar tu enfermedad?: puede marcar varios

1. Mi familia 2. Mi pareja 3. Mis amigos 4. Mi religión 5. El deporte
6. Otros: _____

13) ¿Qué o quién le ha hecho más difícil sobrellevar su enfermedad?

1. Mi familia 2. Mi pareja 3. Mis amigos 4. Mi religión 5. La sociedad
6. Otros: _____

14) De mi enfermedad, me ha preocupado/ me preocupa:

1. Su visibilidad 2. Tratamiento 3. El gasto económico 4. El tiempo invertido 5. Influencia en el trabajo 6. Influencia en la pareja 7. El rechazo social

15) Me gustaría que mi enfermedad:

1. No me hubiese ocurrido 2. No se viera 3. No tuviera riesgo en mi vida 4. Se curase
5. Tuviera un mejor tratamiento. 6. Se investigase más 7. Fuese más conocida en la sociedad
8. Fuese aceptada por la sociedad

PSORIASIS

1) Tipo clínico de psoriasis:

1. Psoriasis en placas 2. Psoriasis guttata 3. Psoriasis invertido 4. Psoriasis ungueal
5. Psoriasis pustuloso 6. Eritrodermia psoriásica 7. Otro tipo: _____

2) Localización de las lesiones psoriásicas:

1. Cara 2. Tronco 3. Brazos 4. Manos 5. Piernas 6. Pies 7. Genitales

8. Otro: _____

3) Tratamiento actual de la psoriasis:

1. Ninguno 2. Tratamiento tópico 3. Fototerapia 4. Tratamiento sistémico (vía oral o inyectable)

VITÍLIGO

1) Tipo clínico de vitíligo:

1. Focal 2. Segmentario 3. Mucoso 4. Acrofacial 5. Vulgar 6. Mixto 7. Universal

2) Localización de las lesiones:

1. Cara 2. Tronco 3. Brazos 4. Manos 5. Piernas 6. Pies 7. Otro: _____

3) Tratamiento actual del vitíligo:

1. Ninguno 2. Tratamiento tópico 3. Ultravioleta 4. Tratamiento sistémico (vía oral o inyectable).

DERMATITIS ATÓPICA

1) Tipo clínico de dermatitis:

2) Localización de las lesiones:

1. Cuero cabelludo 2. Cara 3. Cuello 4. Brazos 5. Manos 6. Tronco 7. Piernas 8. Pies
9. Otro: _____

3) Tratamiento actual de la dermatitis atópica:

1. Ninguno 2. Tratamiento tópico 3. Fototerapia. 4. Tratamiento sistémico (vía oral).

ACNÉ

1) Tipo clínico de acné:

1. Inflamatorio 2. No inflamatorio

2) Variantes del acné:

1. Acné polimorfo leve moderado 2. Acné conglobata 3. Acné fulminans 4. Acné excoriado 5. Acné iatrogénico

3) Localización de las lesiones:

1. Cara 2. Tronco 3. Espalda 4. Brazos 5. Piernas 6. Otro: _____

4) Tratamiento actual del acné:

1. Ninguno 2. Tratamiento tópico 3. Tratamiento sistémico (vía oral)

ANEXO 3

Cuestionario de Daño Acumulado en el Curso de la Vida

Francesca Sampogna

| | |
|--|--|
| 1. No he estudiado lo que me hubiera gustado por culpa de mi enfermedad | |
| 2. He perdido años en el colegio o en la universidad por culpa de mi enfermedad | |
| 3. No puedo trabajar por culpa de mi enfermedad | |
| 4. No he podido tener el trabajo que me hubiera gustado por culpa de mi enfermedad | |
| 5. He perdido muchos días de trabajo por culpa de mi enfermedad | |
| 6. He perdido mi trabajo por culpa de mi enfermedad | |
| 7. He ganado menos dinero del que hubiera podido por culpa de mi enfermedad | |
| 8. Tengo menos amigos por culpa de mi enfermedad | |
| 9. Tengo problemas para relacionarme por culpa de mi enfermedad | |
| 10. Tengo problemas sexuales por mi enfermedad | |
| 11. No estoy con la pareja que me hubiera gustado por culpa de mi enfermedad | |
| 12. No he tenido hijos por mi enfermedad | |
| 13. He tenido que rechazar muchas actividades sociales por mi enfermedad | |
| 14. No he practicado deporte por mi enfermedad | |

| | |
|--|--|
| 15. No he practicado el deporte que me hubiera gustado por mi enfermedad | |
| 16. No vivo donde me hubiera gustado por mi enfermedad | |
| 17. He perdido mucho tiempo de mi vida por mi enfermedad | |
| 18. He viajado menos de lo que me hubiera gustado por mi enfermedad | |
| 19. No me he puesto los vestidos o los zapatos que me gustaban por mi enfermedad | |
| 20. He usado fármacos psicotropos por mi enfermedad | |
| 21. He bebido mucho alcohol por mi enfermedad | |
| 22. He fumado por mi enfermedad | |
| 23. He usado drogas por mi enfermedad | |
| 24. He estado más triste de lo que lo hubiera estado sin mi enfermedad | |
| 25. He sido menos extrovertido de lo que hubiera sido sin mi enfermedad | |
| 26. He tenido menos confianza en el futuro de lo que hubiera tenido sin mi enfermedad. | |

Respuestas: 0.- falso, 1.- casi falso, 2.- casi cierto, 3.- cierto

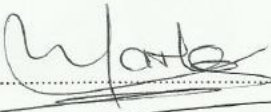
(Sampogna F. Setting Up a Life Course Questionnaire. En: Cumulative Life Course Impairment and its assessment. Linder MD, Kimball AB, eds. Curr Probl Dermatol, Basel, Karger, 2013, vol 44, pp 67-73)

Anexo 4

Trabajo Fin de Grado Conformidad para la presentación de la memoria y defensa

Dr/Drs Marta García Bustinduy y Enrique Francisco González Dávila, tutor/tutores del trabajo realizado por el alumno(s)/a(s) Elías Barreto Pérez, Raquel Clemente Graffigna y Daniel Pérez Fuentes con el título "Estudio comparativo sobre el daño acumulado en la vida de los pacientes con psoriasis y dermatitis atópica" damos nuestra aprobación para la presentación de la memoria y a su defensa como Trabajo Fin de Grado.

La Laguna, 14 de Mayo de 2019.

Firmado  *Fcb de Marta García Bustinduy*

Firmado ...Enrique González Dávila

