

Estudio sobre el daño acumulado en la vida de los pacientes con psoriasis

Grado Medicina 2018/2019

Trabajo de Fin de Grado

Autores:

Esther Rodríguez Candelaria

Juan Luis de Rozas Gutiérrez

Tutora:

Marta García Bustinduy

Servicio de Dermatología

Hospital Universitario de Canarias

San Cristobal de La Laguna, Mayo 2019

Índice:

RESUMEN	3
ABSTRACT	3-4
PALABRAS CLAVE	4
INTRODUCCIÓN	4-12
HIPÓTESIS	12
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	
Diseño	13
Población de estudio	13
Fuente de información	13
Variables	13-14
Tamaño muestral	14
Recogida de datos	14-15
Análisis de datos	15
Control de calidad	15
RESULTADOS	16-23
DISCUSIÓN	23-26
CONCLUSIONES	26-27
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	27
APRENDIZAJE TFG	27
BIBLIOGRAFÍA	28-31
ANEXOS	
Anexo I: aceptación comité ético	32
Anexo II: cuaderno de recogida de datos	33-37
Anexo III: aceptación del tutor	38

RESUMEN

Introducción: la psoriasis es una enfermedad crónica e inflamatoria que repercute significativamente en la calidad de vida del paciente, afectando al ámbito físico, emocional, sexual, laboral y económico. CLCI (“Deterioro Acumulado en el Curso de la Vida”) relaciona las comorbilidades físicas y psíquicas, la estigmatización, los factores externos y las maniobras de afrontamiento.

Objetivo: investigar el daño acumulado en los aspectos globales de la vida de los pacientes con psoriasis.

Material y métodos: estudio observacional transversal con una muestra de 25 pacientes. En el CRD creado para este estudio se recogieron variables epidemiológicas, cuestiones vitales del individuo y la enfermedad y la traducción de una propuesta de cuestionario de Daño Acumulado en la Vida diseñado por Francesca Sampogna.

Resultados: nuestra muestra está constituida por 52% hombres y 48% mujeres de las cuales el 58,3% fuma. La psoriasis en placas constituye la forma más frecuente. La sociedad es el aspecto que más dificultades ha generado a los pacientes de la muestra.

Conclusiones: la tasa de paro en las mujeres es muy superior a la encontrada en Canarias, al igual que la tasa de mujeres fumadoras. Solo el 58,3% de las mujeres desea la curación, siendo este género el que más métodos de afrontamiento negativos emplea. El daño en nuestra muestra se establece como leve según el test de Daño Acumulado en el Curso de la Vida diseñado por F. Sampogna.

ABSTRACT

Introduction: psoriasis is a chronic and inflammatory disease that impairs quality of physical, emotional, sexual, labor and economic life of the patient. CLCI ("Cumulative Life Course Impairment") is related to physical and mental comorbidities, stigmatization, external factors and coping strategies.

Objective: our objective was to investigate the cumulative damage in general aspects of psoriasis patients life.

Material and methods: We conducted a cross-sectional observational study with a sample of 25 patients. In the Case Report Form created for this study, we collected epidemiological variables, vital issues of the individual and the disease, and the translation of a questionnaire proposal of Cumulative Life Course Impairment designed by Francesca Sampogna.

Results: our sample consists of 52% men and 48% women, a 58.3% of them smoke. The plaque psoriasis represents the most frequent type. The society is the factor that influenced the most among our patients.

Conclusions: the rate of unemployment among women is much higher than that found in the Canary Islands, as well as it is the rate of women smokers. Only 58.3% of women desired healing, being this the gender that uses more negative coping strategies. The damage in our sample is established as slight, according to the Cumulative Life Course Impairment test designed by F. Sampogna.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, daño acumulado, psoriasis

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica e inflamatoria que cursa por brotes, dejando períodos de tiempo libres de lesiones y puede manifestarse de forma muy florida con máculo-pápulas eritemato-escamosas en cara, cuero cabelludo, genitales, tronco, brazos, piernas, palmas, plantas y, uñas. Hoy en día esta patología no se considera exclusiva de la piel pues, hasta en un 20-30% de los casos encontramos afectación articular; además, en los casos más extensos se ha descrito un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares, hígado graso o problemas psicológicos, asociándose a otras enfermedades con las que comparten mecanismos fisiopatológicos, como la Enfermedad Inflamatoria Intestinal o la Hidradenitis supurativa, entre otras ⁽¹⁾.

La forma más característica de manifestación son lesiones eritemato-escamosas de diverso tamaño, siendo la forma más frecuente la denominada en placas, con lesiones de diámetros entre 3 y 5 cm. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras patologías que se manifiesten de manera similar, como infecciones por micóticas, tiñas o candidosis, pitiriasis rosada y liquen ruber plano. La psoriasis se diferencia de estas en que las lesiones suelen ser circulares, circunscritas, pápulas rojas o placas con una escama seca gris o blanca plateada, que se distribuyen simétricamente en cuero cabelludo, áreas extensoras de codos y rodillas, área lumbosacra y grandes pliegues. Existen formas en las que se incluye afectación ungueal, lo que supone un riesgo mayor de asociación con la artritis psoriásica. Otras posibles localizaciones de las lesiones, aunque raras, son la mucosa oral y la lengua. En ellas podemos encontrar parches rojos circunscritos con un borde blanco o, lesiones completamente blancas. En cuanto al curso de la enfermedad,

existen pacientes con un cuadro crónico y estable, mientras que otros pueden llegar a desarrollar episodios agudos con rápida progresión. Los síntomas experimentados por los individuos afectados pueden ir desde el prurito hasta el ardor, de mayor a menor intensidad ⁽²⁾.

Podemos diferenciar distintos tipos de psoriasis según la lesión dominante:

- Psoriasis guttata (Fig. 1): numerosas y pequeñas lesiones (2-10 mm de diámetro) con distribución centripeta que también pueden aparecer en cabeza y extremidades. Suele surgir tras una infección estreptocócica hemolítica aguda del grupo B de la faringe o las amígdalas, constituyendo el primer episodio de psoriasis en niños. Constituyen el 2% del total de casos de psoriasis ⁽³⁾.



Figura 1: Psoriasis guttata

- Psoriasis en placa (Fig. 2): es la forma más común de presentación con placas circunscritas, ovaladas o numulares. Inicialmente las lesiones comienzan con máculas eritematosas o pápulas que se extienden y confluyen hasta formar placas de varios centímetros de diámetro. El conocido anillo de Woronoff se define como un halo blaquescino alrededor de una placa psoriásica. Podemos encontrar placas con distinta morfología ⁽²⁾:



Figura 2: Psoriasis en placas

- Psoriasis gyrata: predominan patrones lineales curvos.
 - Psoriasis anular: lesiones similares a anillos secundarias al desmonte central.
 - Psoriasis folicular: en la apertura de los folículos pilosebáceos encontramos pápulas escamosas pequeñas.
- Psoriasis inversa (Fig. 3): se localiza en las flexuras, especialmente en las inframamarias, perineales y axilares. Carecen de escamas y se manifiestan como placas rojas, brillantes y bien delimitadas ⁽²⁾.



Figura 3: Psoriasis inversa

- Eritrodermia: define a la afectación total o casi total de la piel por la psoriasis. Puede causar hipotermia debido a la alteración de la capacidad termorreguladora, así como anemia por pérdida de hierro o hipoalbuminemia ⁽²⁾.

- Psoriasis pustulosa generalizada (Fig. 4): puede aparecer en respuesta a la retirada de tratamiento corticoesteroideo tópico y/o sistémico o tras infecciones. Los pacientes que sufren este tipo de psoriasis presentan la piel eritematosa, dolorosa, con pústulas monomórficas estériles que pueden confluir formando láminas ⁽²⁾.



Figura 4: Psoriasis pustulosa

- Pustulosis palmoplantar (Fig. 5): afectación en palmas y/o plantas con lesiones pustulosas amarillas estériles sobre una base eritematosa que se suele asociar a la afectación ungueal. Existe una predisposición por parte del sexo femenino a sufrir este subtipo de psoriasis (9:1), asociándose también al hábito tabáquico hasta en el 95% de los casos ⁽²⁾.



Figura 5: Pustulosis palmoplantar

- Psoriasis ungueal (Fig. 6): se manifiesta con pequeñas depresiones en la placa ungueal debido a una formación anómala en la porción proximal de la matriz. También se manifiesta a modo de onicolisis (la uña se desprende del lecho en las zonas distales o laterales), así como con las características “manchas en aceite” ⁽²⁾.



Figura 6: Psoriasis ungueal

Se sabe que existe predisposición genética, presentando una herencia poligénica sobre la que podrían actuar factores desencadenantes como el estrés, el tabaco, el alcohol o las infecciones; además se asocia a una disfunción del sistema inmune. Se han establecido siete *loci* principales de susceptibilidad a psoriasis: el más importante se encuentra en 6p21, denominado PSORS1 y está sobreexpresado en todas las poblaciones analizadas ⁽⁴⁾. Otros *loci* destacables son: en cromosoma 1p (PSORS7) ⁽⁵⁾, 1q (PSORS4) ⁽⁶⁾ o 3q

(PSORS5) ⁽⁷⁾ entre otros. En definitiva, se puede asegurar la existencia de una asociación genética que favorece el desarrollo de esta enfermedad y, aunque los *loci* anteriormente expuestos han sido identificados como factores predisponentes, hay que determinar definitivamente los genes implicados.

En cuanto a la edad de presentación, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida, existen dos picos de incidencia: entre los 20-30 años y, entre los 50-60 años. Un estudio realizado por Henseler y Christophers ⁽⁸⁾, en el que se valoró a 2147 pacientes, definió dos formas de presentación de psoriasis: el tipo I comienza antes de cumplir 40 años, o con 40 años, mientras que el tipo II debuta después de esta edad. Por tanto, definen dos clases de psoriasis en base al momento de aparición, estableciendo que el tipo I corresponde a más del 75% de los casos, existiendo en este grupo una mayor agregación familiar y, una mayor gravedad de los síntomas, así como más asociación con el antígeno leucocitario humano (HLA) –Cw6 ⁽²⁾. La forma de presentación es variada y diferente en cada paciente, manifestándose en brotes con períodos de mejoría y remisión.

En España, según un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Barcelona, la prevalencia estimada es del 2,3% no observándose diferencias estadísticamente significativas entre sexos, aunque se observa una curva ascendente hasta los 60-69 años ⁽⁹⁾. A pesar de que la psoriasis es una enfermedad presente en todo el mundo, su prevalencia varía: si bien en EEUU alcanza el 2%, en Japón es bastante infrecuente, llegando a estar ausente en los aborígenes australianos e indios de América del Sur.

A la hora de valorar el diagnóstico, debemos tener en cuenta que, un retraso en su detección y tratamiento superior a los 6 meses, se asocia con un mayor deterioro en la calidad de vida del paciente ⁽¹⁰⁾. La alta tasa de alteraciones psicológicas sufrida a causa de esta enfermedad se puede entender por el hecho de que las lesiones, muy visibles, pueden mellar la autoestima de los afectados, así como generar sentimientos de vergüenza ⁽¹¹⁾.

Según la Academia Española de Dermatología y Venereología, esta patología repercute significativamente en la calidad de vida del paciente, afectando no solo al ámbito físico, sino también al emocional, sexual, laboral y económico. Las lesiones visibles actúan como un factor favorecedor de estrés que no solo afecta al paciente, sino que puede desencadenar una reacción indeseable en los otros provocando un sentimiento de estigmatización ⁽¹²⁾.

Hay evidencias que demuestran la relación directa entre psoriasis y depresión, ansiedad o imagen corporal desvirtuada, desencadenando todo esto una mala adherencia al tratamiento ⁽¹³⁾.

A la hora de valorar los factores de riesgo de afectación psicológica, en el contexto de la psoriasis, es digno de mencionar el hecho de que existe cierta tendencia a presentar comorbilidades psicológicas en los casos en los que las lesiones se localizan en la cara y en las manos, ambas zonas visibles ⁽¹⁴⁾. Si bien esto es cierto, también se ha objetivado una mayor estigmatización en aquellos en los que la enfermedad se manifiesta en genitales ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, escasean los trabajos que estudian en profundidad las relaciones entre la topografía de las lesiones y el riesgo de sufrir alguna alteración psicológica y, no es fácil sacar conclusiones claras debido a la variabilidad en los resultados.

A la hora de estudiar las repercusiones de la psoriasis en la vida de los pacientes que la padecen, uno de los aspectos a tener en cuenta, es la calidad de vida acumulada. Abundan los estudios en los que se valora la calidad de vida de los pacientes de forma transversal, es decir, en un momento concreto de la vida, sin tener en cuenta la posible afectación acumulada, como, por ejemplo, problemas económicos y sociales a lo largo de la vida del paciente. Los diseños longitudinales, con una reiterada recopilación de datos, son los más apropiados para probar hipótesis causales y, estudiar la acumulación del riesgo. Sin embargo, estos diseños son caros y requieren tiempo para obtener datos ⁽¹⁶⁾. Esto explicaría por qué la gran mayoría de estudios se basan en información recogida en un momento puntual, sin reflejar adecuadamente el impacto de la psoriasis y sus comorbilidades en el curso de la vida de los pacientes.

Por todo ello nace el concepto de “Cumulative Life Course Impairment”, abreviado CLCI y traducido como “Deterioro Acumulado en el Curso de la Vida”. Este término relaciona las comorbilidades físicas y psíquicas, así como la estigmatización, con los factores externos y, las maniobras de afrontamiento, pudiendo ser una herramienta de apoyo para reconocer a aquellos pacientes más susceptibles y, en consecuencia, actuar de manera adecuada ⁽¹⁷⁾.

El estudio de la calidad de vida ha sido muy poco rentabilizado en Dermatología, a pesar de su interés y relevancia, lo cual limita la obtención de resultados que podrían ser de gran ayuda en este campo ⁽¹⁷⁾. Hoy en día existe un nuevo concepto que estudia cómo las

enfermedades crónicas pueden afectar a las “decisiones importantes que cambian la vida” (*Major Life Changing Decisions*, o MLCD), influyendo, por tanto, en el curso de la misma ⁽¹⁸⁾. Para comprender mejor el impacto que esta patología crónica de la piel puede llegar a tener en el transcurso de la vida de un paciente, podría ser útil el recurso de un marco teórico dentro del enfoque del curso de vida, lo que sin duda ayudaría a desarrollar modelos de predicción más precisos y exhaustivos.

Si pensamos en la psoriasis como una exposición y en el deterioro en el curso de la vida como un resultado, podemos facilitar la comprensión de este concepto. El efecto acumulativo de la psoriasis, especialmente debido a su condición crónica, tiene una importante carga física y psicológica que, en caso de que las estrategias de afrontamiento no sean las adecuadas, puede desencadenar que algunos individuos no logren una “vida plena potencial” ⁽¹⁹⁾.

Un inicio temprano de la psoriasis, como por ejemplo durante la juventud, los 20, los 30 años -periodo durante el cual se consolida la personalidad, se establecen contactos sociales o se inician o cursan los estudios superiores- puede tener un gran impacto en la vida del paciente, en sus decisiones, mayor que en aquellos en los que la enfermedad irrumpe en la edad adulta. Por otro lado, la exposición a las comorbilidades, como la artritis psoriásica, puede propiciar un nivel de renta más bajo (por ejemplo, si obliga a cambiar de carrera o a jubilarse anticipadamente), lo que conduce a otras exposiciones derivadas, como la ansiedad, el deterioro social, la depresión o el mal cumplimiento del tratamiento, todo lo cual interactúa de manera acumulativa para acabar produciendo el CLCI.

Mediante intervenciones psicosociales -como la educación del paciente, redes de apoyo para facilitar los contactos sociales o medidas terapéuticas mediante estrategias y/o intervenciones biomédicas- podemos corregir la forma de afrontar la enfermedad y, así, mejorar la calidad de vida ⁽²⁰⁾.

El objetivo de la mayor parte de los ensayos clínicos de nuevos tratamientos para la psoriasis gira en torno a la eficacia física de los mismos. Sin embargo, el criterio según el cual los pacientes y los médicos eligen el método terapéutico centrado en una mejoría de la calidad de vida, podría tener resultados más beneficiosos para el enfermo (2). De hecho, la mayor parte de los ensayos clínicos en los últimos años considera tanto la eficacia como los cambios en la calidad de vida de los pacientes. La importancia que se da la calidad de

vida radica también en el hecho de que esta se ve más afectada en esta patología que en otras crónicas, hasta tal punto, que puede desencadenar depresión, e incluso ideas suicidas en más del 5% de los casos ⁽²¹⁾.

Un tercio de los enfermos presenta preocupación y ansiedad patológica que influye en su vida diaria y en la respuesta al tratamiento ⁽²²⁾. Esto proviene del comportamiento evasivo característico de estos individuos y de la sensación molesta, condicionante, de estar siendo evaluados constantemente por los demás. Por tanto, asociar al tratamiento médico intervenciones psicológicas puede repercutir favorablemente en la mejoría clínica ⁽²⁾.

El estrés se considera un agente desencadenante o, con capacidad de empeorar la enfermedad en hasta el 60% de los pacientes ⁽²³⁾. La respuesta inmune puede verse afectada por este estrés, al igual que las respuestas neuroendocrinas relacionadas con la patogénesis de otras enfermedades autoinmunes crónicas, como la artritis reumatoide ⁽²⁴⁾.

Existen diferentes métodos para valorar aspectos importantes de la calidad de vida de estos pacientes. Los métodos métricos son los más empleados, los tests o cuestionarios que miden una o dos categorías de aspectos físicos y/o psicológicos de la enfermedad. El nivel máximo de calidad de vida se consigue cuando se puede disfrutar de todos los aspectos del día a día, como la interacción con los demás o la capacidad para llevar a cabo actividades físicas en casa o en el trabajo ⁽²⁵⁾.

Uno de estos tests, el *Salford Psoriasis Index*, también conocido como SPI ⁽²⁶⁾, es un sistema de medición que relaciona el impacto psicológico y social de la enfermedad con la gravedad clínica del cuadro en base a la resistencia a los tratamientos. De esta manera, el SPI está constituido por 3 cifras: la primera proviene del índice Psoriasis Area and Severity Index, PASI, que mide la severidad de las lesiones ⁽²⁷⁾; la segunda, de la repercusión psicosocial; la tercera, del número y duración de los tratamientos sistémicos y de los ingresos.

- La gravedad clínica se valora en base al índice PASI: puntúa cada lesión de psoriasis del 0 al 4, siendo 0 nada, 1 leve, 2 moderado, 3 marcado y 4 muy marcado. Se basa en la presencia de eritema, infiltración y descamación. Asimismo, valora las áreas afectadas (cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores).

- El impacto psicológico y social se valora mediante una escala analógica visual del 0 al 10 por el propio paciente.
- La historia de gravedad de la enfermedad en base a la resistencia a los tratamientos se calcula sumando 3 valores:
 - o Se da 1 punto por cada tratamiento sistémico mantenido menos de 12 meses; 2 puntos si el tratamiento PUVA (terapia fotodinámica) se mantiene más de 2 meses.
 - o Se da 1 punto por cada tratamiento sistémico mantenido durante más de 1 año.
 - o Por cada episodio de eritrodermia se da 1 punto.

Su utilización está limitada por el hecho de que se necesita tiempo para poder valorar cada aspecto; además, la falta de datos previos de cada paciente, así como el hecho de que estos no tengan recuerdos exactos sobre la información que se necesita, hace que no se use tanto en la práctica clínica.

En una revisión en la que se valoraban aspectos físicos y de calidad de vida en la psoriasis, se pudo observar que el coeficiente de correlación entre las medidas físicas, como el PASI y, la calidad de vida, era inferior al 0.2, mostrando, por tanto, que estos dos aspectos no se afectan de forma paralela ⁽²⁸⁾. Un paciente puede tener pocas lesiones, pero en sitios muy visibles y, por ello, tener un gran deterioro en la calidad de vida.

En el año 1998, O'Sullivan establece el modelo neuro-inmuno-cutáneo-endocrino, que aporta luz sobre la relación mente y cuerpo, explicando cómo enfermedades cutáneas crónicas como la psoriasis pueden verse influidas negativamente por el estrés, tanto social como psicológico. A esto se le denominó trastorno psicofisiológico de la piel. La estrecha conexión existente entre la psicopatología y las patologías crónicas podría explicarse por la relación embrionaria y bioquímica que hay entre el cerebro y la piel. A menudo, el indicador más importante de discapacidad en los pacientes psoriásicos es la morbilidad psiquiátrica ⁽¹¹⁾.

Un estudio realizado en la Universidad de Coimbra, Portugal, en el que se revisó la prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes con psoriasis, mostró que en el 82,8% de los individuos estudiados había síntomas de ansiedad y, esta llegaba a ser generalizada en el 33% de los casos. En el 68% se encontraron síntomas depresivos, siendo los

trastornos depresivos los más prevalentes dentro de los trastornos del estado de ánimo. Un 17,5% de los pacientes de la serie asociaban trastorno límite de la personalidad. Asimismo, se evidenció una gran prevalencia en cuanto a disfunción sexual y trastornos del sueño, siendo la primera del 20,9% y la segunda del 56,6%. La somatización, observada en el 39% de los pacientes y el aumento de consumo de alcohol aparecía hasta en el 32% de los pacientes ⁽¹¹⁾.

Según los resultados obtenidos en este estudio, los trastornos del sueño constituyen una de las mayores comorbilidades psiquiátricas de la psoriasis. Además, el gran sufrimiento psicológico que genera esta patología puede llevar al individuo a formas de afrontamiento destructivas, como el consumo inmoderado de alcohol y/o tabaco, o la ingesta excesiva de comida.

Por todo ello, nos propusimos investigar cómo había afectado la enfermedad a los aspectos globales de la vida de los pacientes con psoriasis y hemos tratado de establecer las posibles relaciones entre las características de la enfermedad y el impacto acumulado que estos factores han ejercido sobre la vida del paciente, así como la posible relación entre los datos epidemiológicos del enfermo y el daño acumulado a causa de esta enfermedad crónica.

HIPÓTESIS:

La psoriasis genera daño en la vida de los pacientes y puede ocasionar cambios en ella.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Investigar la existencia de daño acumulado en los aspectos globales de la vida de los pacientes con psoriasis

Objetivos Secundarios

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un estudio de diseño observacional transversal.

Se realizó un Protocolo de Investigación, que se presentó en el Comité Ético y de Investigación Clínica recibiendo su aprobación (Anexo I).

Población del estudio

Los pacientes se reclutaron entre los diagnosticados de psoriasis atendidos en la consulta de dermatología del Complejo Hospital Universitario de Canarias.

- Criterios inclusión:

- Pacientes, tanto mujeres como hombres mayores de 18 años, con diagnóstico de psoriasis.
- Pacientes capaces de entender y contestar los cuestionarios del estudio.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado diseñado para el estudio.

- 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.

Fuente de información

La fuente de información ha sido tanto la historia clínica, así como los datos recogidos en el Cuaderno de Recogida de Datos diseñado para el estudio (Anexo II) y, que se administró mediante entrevista clínica.

Variables

- Variable principal de valoración:

- Alteraciones en la vida del paciente con psoriasis.

- Variables secundarias:

- Datos epidemiológicos: edad, sexo, zona de residencia, situación personal (pareja o no), nivel de estudios, profesión y bajas laborales en relación a la enfermedad estudiada.
- Características de las lesiones: tipo, duración, localización y prurito.
- Edad al diagnóstico inicial de la enfermedad cutánea.
- Antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas.
- Medicación psicotropa tomada en la actualidad o anteriormente (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos).
- Antecedentes personales de enfermedades cutáneas.
- Sentimientos ocasionados por la aparición de la enfermedad, apoyos recibidos, dificultades, deseos.

Tamaño muestral

Se recogieron un total de 25 pacientes afectados de psoriasis moderada a severa que cumplían los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado.

Recogida de datos

Los datos se recogieron en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospital Universitario de Canarias. En este estudio se utilizó un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) en papel diseñado a tal efecto (Anexo 2).

En el CRD se recogieron las variables epidemiológicas y propias de la enfermedad, así como preguntas sobre cuestiones vitales del individuo y la enfermedad y, por último, el paciente respondía a la traducción de una propuesta de cuestionario de Daño Acumulado en la Vida diseñado por Francesca Sampogna ⁽²⁹⁾, que no ha sido traducido y validado en nuestro idioma, pero que se ha usado con permiso de la autora.

Este test está compuesto por un total de 26 preguntas que se dividen en los siguientes dominios:

- Trabajo-estudios (preguntas 1-7)
- Aspectos sociales (preguntas 8-19)
- Afrontamiento (preguntas 20-23)
- Impacto emocional (preguntas 24-26)

Cada pregunta debía responderse con un 0 (falso), 1 (casi falso), 2 (casi cierto) o 3 (cierto); por tanto, a mayor puntuación, mayor afectación.

La puntuación máxima global del test es 78 puntos (26 x 3). Si distribuimos las puntuaciones en cuartos, consideraríamos:

- Daño leve: 19-20 puntos.
- Daño moderado: 38-39 puntos.
- Daño grave: 57-58 puntos.
- Daño severo: 77-78 puntos.

Análisis de datos

Las características de los pacientes se han descrito mediante estadísticos descriptivos (proporciones, media, mediana). Se exploraron las diferencias en las características de interés entre los subgrupos (varones frente a mujeres).

Para comparar variables cuantitativas se utilizó la prueba de la t de Student para grupos independientes (dos grupos) o el análisis de la varianza (ANOVA) en los casos en los que se hicieron comparaciones entre tres o más grupos. Para las variables que no se distribuían como normales se utilizó la U de Mann-Whitney, una prueba no paramétrica aplicada a dos grupos independientes (hombre y mujer).

Para investigar las diferencias entre las variables categóricas y para las binarias se utilizó la prueba de la chi-cuadrado. Para los análisis exploratorios, se consideró un nivel de significación del 5% (p-valor <0,05).

Para el análisis estadístico hemos utilizado el programa SPSS versión 25 y Excel 2016.

Control de calidad

La entrada de datos se ha hecho directamente por los investigadores en el CRD en papel. Los registros incompletos y valores incoherentes se confirmaron con el investigador principal mediante el proceso de discrepancias (queries) y, con la revisión de los datos antes del cierre de la base de datos para análisis.

RESULTADOS

La muestra está constituida por 25 pacientes, 13 (52%) de ellos hombres y, 12 (48%) mujeres (Fig. 7).

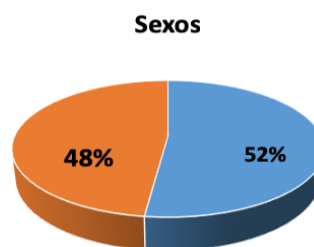


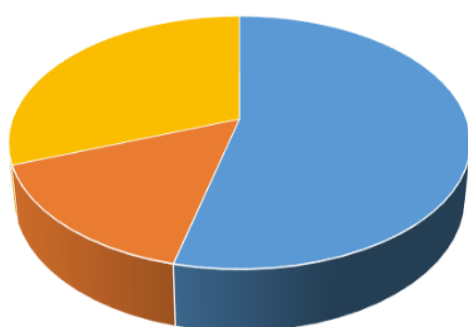
Figura 7: sexos

Al hacer la diferenciación entre sexos nos encontramos con que la media de edad para hombres es de 49,7 años (desviación típica: 12,98), estando la de las mujeres bastante cerca (47,7 años con una desviación típica de 10,51), siendo la media total de 48,8 años. Sin discriminar entre sexos, encontramos como el 72% de los pacientes residen en un medio urbano (7 hombres, 8 mujeres) y, un 28% lo hace en un medio rural (5 hombres, 2 mujeres). En cuanto al nivel de formación, el 20% de los pacientes encuestados solo consiguió terminar los estudios primarios (15,4% de los hombres y 25% de las mujeres), el 48% no pasó de los estudios secundarios (46,2% de los hombres y 50% de las mujeres) y, el 32% culminó los estudios superiores (38,5% de los hombres y 25% de las mujeres). Por su parte, 8 hombres y 5 mujeres refieren trabajar en la actualidad (52% del total), mientras que 2 hombres y 6 mujeres afirman estar en paro y, 3 hombres y 1 mujer están jubilados. Se preguntó a los pacientes si tenían pareja en la actualidad, respondiendo con un “sí” el 69,2% de los varones y el 75% de las mujeres, correspondiéndose la respuesta afirmativa con el 75% del total. Se planteó una pregunta que hacía referencia a la presencia o no de enfermedades concomitantes importantes en la actualidad o en el pasado, obteniendo las siguientes respuestas: “sí, actualmente” el 23,1% de los hombres y el 33,3% de las mujeres; “sí, pasadas” el 7,7% de los hombres y el 16,7% de las mujeres; “no” el 69,2% de los hombres y el 50% de las mujeres. Respecto a la salud mental, 1 hombre y 1 mujer manifestaron haber necesitado tratamiento psiquiátrico; 1 hombre y 4 mujeres habían precisado tratamiento psicológico; 11 hombres (84,6%) y 7 mujeres (58,3%) no habían requerido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico a lo largo de su vida. Por último, se valoró el consumo de tóxicos (Figs. 8 y 9): tabaco, alcohol, otros tóxicos, o ninguno. Es en el hábito tabáquico donde encontramos una “p-valor” estadísticamente significativa (0,041), con un 15,4% de fumadores hombres y un 58,3% de mujeres. En el hábito alcohólico la diferencia entre sexos no es tan llamativa como con el tabaco (7,7% de los hombres y 16,7% de las mujeres). Encontramos a 2 hombres de

los encuestados y a ninguna mujer usuarios de otras drogas. El mayor porcentaje lo encontramos en “ningún hábito tóxico” (61,5% de los hombres y 33,3% de las mujeres).

En relación a las características de la psoriasis, la edad de aparición de la enfermedad es prácticamente la misma en ambos sexos (18 años), usando para su determinación la mediana y no la media pues, de lo contrario, los valores se habrían dispersado demasiado. Entre los hombres encuestados, la localización más prevalente de las lesiones en el debut de la enfermedad fue las piernas (69,2%), mientras que en el momento actual se sitúan en los brazos y las piernas (84,6% para cada localización); en las mujeres las lesiones iniciales se ubicaron en brazos y en piernas en el 66,7%, encontrándose actualmente en piernas en el 83,3% y, en brazos en el 75%. La localización menos afectada al inicio de la enfermedad coincide en ambos sexos en ser los pies (4 hombres y 3 mujeres) y, en el momento actual de la enfermedad son los genitales (4 hombres y 4 mujeres).

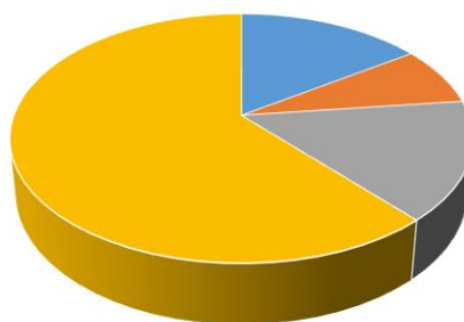
Hábitos tóxicos en mujeres



■ Tabaco ■ Alcohol ■ Otro tipo de drogas ■ No

Figura 8: Tóxicos en la mujer

Hábitos tóxicos en varones



■ Tabaco ■ Alcohol ■ Otro tipo de drogas ■ No

Figura 9: Tóxicos en el hombre

El tiempo que se tardó en diagnosticar la enfermedad desde el momento en el que aparecieron los síntomas, fue de 6 meses de mediana entre los varones, con un intervalo de confianza (IC) de 1,5-24 meses. Por su parte, entre las mujeres, la mediana fue de 5,5 meses, con un IC de 1,25-21 meses. No existe una diferencia estadísticamente significativa en esta variable (p-valor de 0,650), por lo que el tiempo desde el inicio de las lesiones hasta su diagnóstico, no está influido por el sexo de los pacientes en nuestra serie. El tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta alcanzar la mejoría clínica es de 30 meses con un IC de 2-144 y con una p-valor de 0,923 (por tanto, no es estadísticamente significativo) y, sumamente diferente, según los pacientes.

El tipo clínico de la enfermedad (Fig. 10) mostró que, entre los pacientes encuestados, el 88% padece psoriasis en placas (84,6% de los hombres y 91,7% de las mujeres), la psoriasis guttata y la psoriasis invertida afectan al 20%, aquejando la ungueal sólo el 16% (3 hombres, 1 mujer).

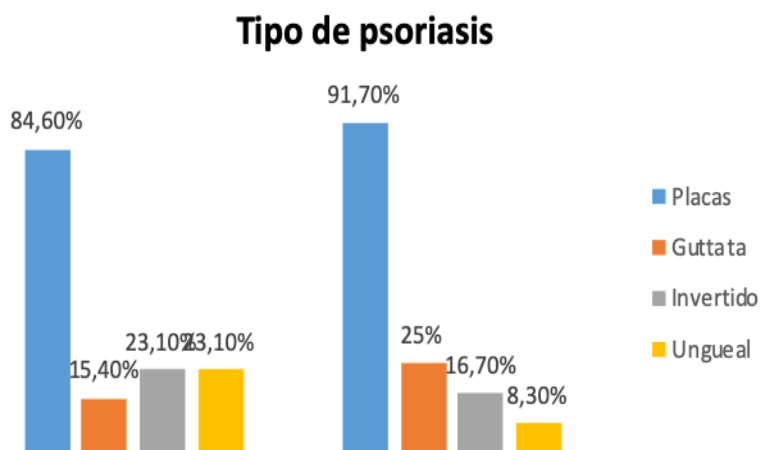


Figura 10: Tipos de psoriasis

Por último, valoramos el tipo de tratamiento al que estaban sometidos, de tal forma que, 1 hombre (7,7%) y 1 mujer (8,3%) afirmaron no tener tratamiento en la actualidad, 5 hombres (38,5%) y 2 mujeres (16,7%) tenían tratamiento tópico, siendo el sistémico el más usado (11 hombres y 10 mujeres, 84% del total).

Al analizar las respuestas de los pacientes a las preguntas realizadas en relación a las emociones o problemas surgidos por la enfermedad podemos observar como el sentimiento que, con mayor frecuencia experimentaron los pacientes en el momento del diagnóstico, fue la tristeza que aparece en un 30,8% de los varones y un 50% de las mujeres. El enfado fue el sentimiento menos identificado por los encuestados, siendo reconocido solo por 1 hombre (7,7%) y 1 mujer (8,3%). La repercusión que la enfermedad tuvo se mostró, sobre todo, a nivel social, en un 50% de los pacientes de la serie, muy superior a la repercusión a nivel familiar (12%), de pareja (4%), de amigos (32%), laboral (24%) y deportiva (16%%). Por otra parte, 9 hombres y 9 mujeres afirmaron que lo que más les incomodaba de su enfermedad es la visibilidad de las lesiones, dándole importancia también a los síntomas (7 hombres y 7 mujeres), poniendo al tratamiento (5 hombres y 2 mujeres) en último lugar. Lo que más inquieta a los pacientes de nuestra serie sobre el tratamiento son los efectos secundarios (76% del total) (Fig. 11).

Preocupación por el tratamiento

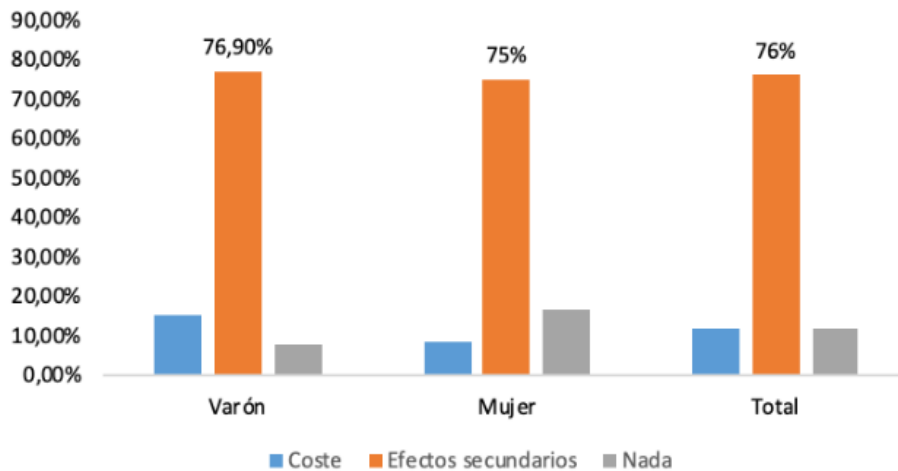


Figura 8: Preocupación por el tratamiento

El 92,3% de los hombres y el 75% de las mujeres refiere haber sentido comprensión por parte de los médicos. Ambos sexos coinciden en que la psoriasis les ha generado sentimientos de inseguridad (61,5% de los hombres y 41,7% de las mujeres), sin embargo, vemos que el 33,3% de las mujeres refieren haberse hecho más fuertes frente al 15,4% de los hombres. Tanto hombres como mujeres afirman haber recibido el mayor apoyo por parte de la familia (84,6% de los hombres y 91,7% de las mujeres) seguido de la pareja (46,2% de los hombres y el 41,7% de las mujeres), mientras que la sociedad ha sido la que más dificultades les ha generado (69,2% de los hombres y 66,7% de las mujeres) (Fig. 12).

Dificultades

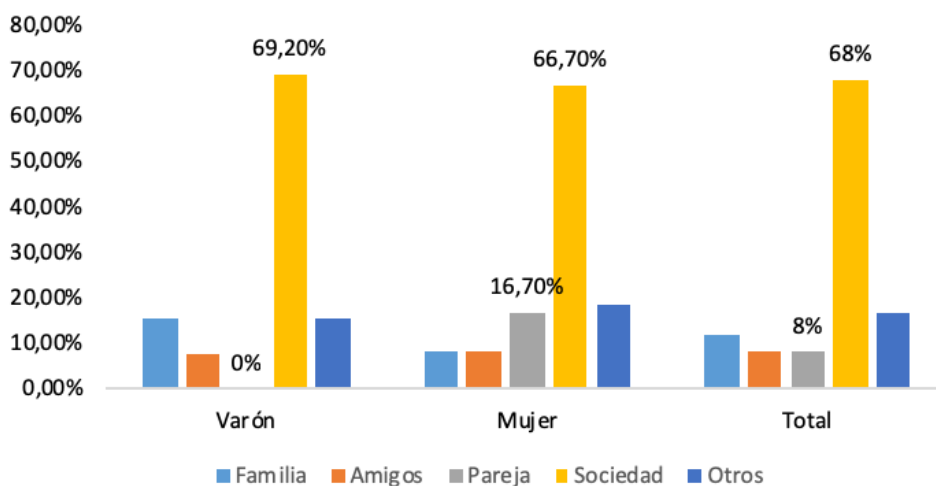


Figura 12: Dificultades

La curación constituye el deseo del 92,3% de los hombres y, del 58,3% de las mujeres, diferencia entre sexos bastante significativa; al 53,8% de los hombres y al 33,3% de las

mujeres les gustaría que se investigase más esta enfermedad; el 23,1% de los hombres y, el 50% de las mujeres buscan una mayor aceptación por parte de la sociedad; el 36% del total le gustaría no padecer esta patología (5 hombres y 4 mujeres) (Fig. 13).

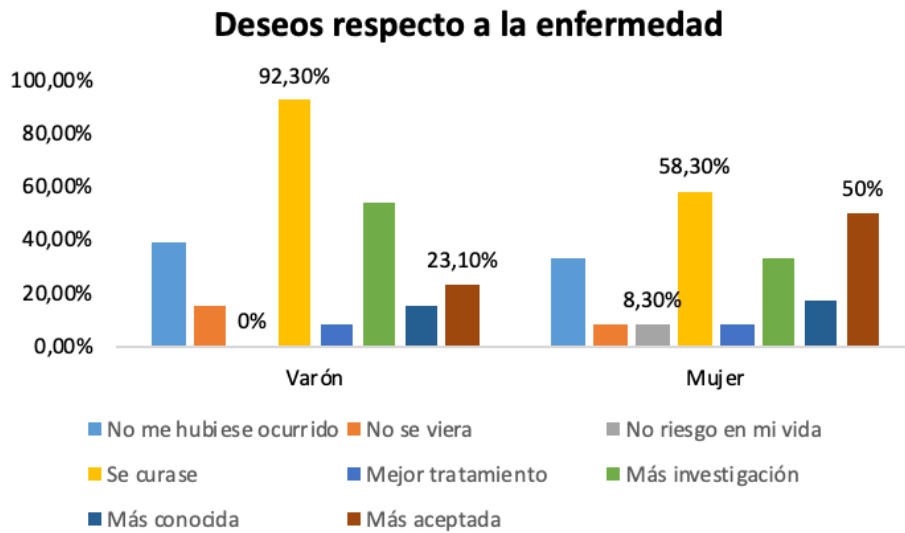


Figura 13: Deseos respecto a la enfermedad

Por último, se valoró el impacto en el curso de la vida que había generado la enfermedad en los pacientes de nuestra serie, empleando el test de Daño Acumulado en el Curso de la Vida diseñado por F. Sampogna.

En relación al dominio educativo y laboral (Tabla 1), la puntuación más alta en ambos sexos se obtiene en la pregunta número 3 (“No puedo trabajar por culpa de mi enfermedad”), presentando un valor de 1 punto en los hombres y de 0,83 en las mujeres de media, siendo el total de 0,92 puntos. En

	Hombres (N= 13)	Mujeres (N=12)	p-valor	Total (N=25)
Preg.1	0,15 (0,38)	0,75 (1,36)	0,141	0,44 (1,00)
Preg.2	0,15 (0,38)	0,67 (1,23)	0,165	0,4 (0,913)
Preg.3	1,00 (1,23)	0,83 (1,34)	0,748	0,92 (1,26)
Preg.4	0,92 (1,32)	0,75 (1,36)	0,750	0,84 (1,31)
Preg.5	0,85 (1,21)	0,75 (1,22)	0,845	0,80 (1,2)
Preg.6	0,69 (1,18)	0,75 (1,36)	0,911	0,72 (1,24)
Preg.7	0,85 (1,14)	0,75 (1,36)	0,849	0,8 (1,23)
Global	4,62 (5,08)	5,25 (7,15)	0,830	4,9 (7,15)

Tabla 1

la pregunta 4 (“No he podido tener el trabajo que me hubiera gustado por culpa de mi enfermedad”) se muestra una mayor puntuación en hombres (0,92), mostrando por tanto una mayor tendencia de afectación a este nivel en el sexo masculino. Las respuestas de las mujeres a las preguntas 1, 4, 5, 6 y 7 fueron similares en las puntuaciones (0,75), observando una mayor variabilidad en los hombres. A nivel global se obtuvo una mayor puntuación en las mujeres con respecto a los hombres (5,25 vs 4,62).

Tabla 2

	Hombres (N= 13)	Mujeres (N=12)	p- valor	Total (N=25)
Preg.8	0,69 (0,86)	0,58 (1,08)	0,782	0,64 (0,95)
Preg.9	1,54 (1,2)	1,00 (1,21)	0,275	1,28 (1,21)
Preg.10	0,54 (0,97)	0,58 (1,17)	0,917	0,56 (1,04)
Preg.11	0,54 (0,78)	0,42 (1,00)	0,735	0,48 (0,88)
Preg.12	0,54 (1,10)	0,25 (0,62)	0,417	0,4 (0,87)
Preg.13	1,54 (1,40)	1,25 (1,29)	0,597	1,40 (1,32)
Preg.14	1,00 (1,08)	0,75 (1,06)	0,565	0,88 (1,05)
Preg.15	0,85 (1,21)	0,83 (1,34)	0,980	0,84 (1,25)
Preg.16	0 (0)	0,75 (1,36)	0,058	0,36 (1,00)
Preg.17	1,15 (1,07)	1,00 (1,35)	0,754	1,08 (1,19)
Preg.18	0,54 (0,88)	1,00 (1,35)	0,317	0,76 (1,13)
Preg.19	1,77 (1,17)	1,92 (1,17)	0,755	1,84 (1,14)
Global	10,7 (8,88)	10,33 (11,19)	0,930	10,52 (9,84)

El daño social (Tabla 2) muestra una tendencia a mayor puntuación en las mujeres (1,92) en la pregunta número 19 (“No me he puesto los vestidos o los zapatos que me gustaban por mi enfermedad”), siendo la de los hombres de 1,77 (también las más alta en este grupo). El sexo masculino obtuvo una puntuación 1,54 en la pregunta 9 (“Tengo problemas para

relacionarme por culpa de mi enfermedad”) y en la 13 (“He tenido que rechazar muchas actividades sociales por mi enfermedad”), respondiendo el sexo femenino con una puntuación de 1,00 en la 9 y 1,25 en la 13. En la pregunta 16 (“No vivo donde me hubiera gustado por mi enfermedad”) la totalidad de los hombres respondió con un “0”, siendo la puntuación en las mujeres de 0,75. La puntuación global fue ligeramente superior en los hombres (10,7 vs 10,33).

Tabla 3

El empleo de métodos de afrontamiento negativos evaluados por este test (Tabla 3), en cada paciente, presenta una tendencia variable entre sexos. Vemos como tanto el sexo femenino como el

	Hombres (N= 13)	Mujeres (N=12)	p- valor	Total (N=25)
Preg.20	0,31 (0,75)	0,83 (1,34)	0,233	0,56 (1,08)
Preg.21	0,08 (0,28)	0,25 (0,87)	0,500	0,16 (0,62)
Preg.22	0,00 (0,00)	0,50 (1,17)	0,136	0,24 (0,83)
Preg.23	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	-	0 (0,00)
Global	0,38 (0,77)	1,58 (2,97)	0,712	0,96 (2,17)

masculino puntúa con un 0 la pregunta 23 (“He usado drogas por mi enfermedad”), mientras que en la pregunta 22 (“He fumado por mi enfermedad”) el total de los hombres respondió con un 0, habiendo respondido las mujeres con una puntuación media de 0,50. La puntuación más alta en este bloque corresponde a la pregunta 20 (“He usado fármacos psicótropos por mi enfermedad”) siendo de 0,31 en los hombres y de 0,83 en las mujeres. Al valorar la totalidad de preguntas de este bloque, vemos como existe una mayor tendencia al empleo de métodos de afrontamiento negativos en el sexo femenino (1,58 vs 0,38).

La afectación a nivel emocional (Tabla 4) tiende a mostrar puntuaciones globales más altas en las mujeres (5,08 vs 4,00). La pregunta 24 (“He estado más triste de lo que lo

hubiera estado sin mi enfermedad”) obtiene una puntuación de 2,17 en las mujeres y de 1,77 en los hombres (en ambos es la de mayor puntuación en el bloque de daño emocional). En segundo lugar, en ambos sexos, pero con mayor valor en la respuesta femenina, encontramos la pregunta 25 (“He sido menos extrovertido de lo que hubiera sido sin mi enfermedad”).

	Hombres (N= 13)	Mujeres (N=12)	p- valor	Total (N=25)
Preg.24	1,77 (1,17)	2,17 (0,94)	0,360	1,96 (1,06)
Preg.25	1,38 (1,26)	1,67 (1,30)	0,588	1,52 (1,26)
Preg.26	0,85 (1,21)	1,25 (1,36)	0,440	1,04 (1,27)
Global	4,00 (3,03)	5,08 (3,23)	0,396	4,52 (3,11)

Tabla 4

Finalmente obtuvimos una puntuación global en base a las respuestas de las 26 preguntas (Tabla 5). En hombres 19,69 puntos, en mujeres 22,25, puntuación total 20,91.

	Hombres (N= 13)	Mujeres (N=12)	p- valor	Total (N=25)
Global	19,69 (14,65)	22,25 (23,93)	0,748	20,91 (19,27)

Tabla 5

Por tanto, y en base a esta clasificación, consideramos que de manera global el Daño acumulado de Vida Total es, en hombres (19.69) un daño leve, en mujeres (22,25) supone un daño leve/moderado y, por último, la puntuación total (20,91) confirma un daño leve en nuestra muestra.

DISCUSIÓN

Nuestra serie está constituida por 25 pacientes (13 hombres y 12 mujeres) afectados de psoriasis moderada a severa. Hemos investigado la influencia de la enfermedad en sus vidas, desde el momento del diagnóstico. En un artículo de investigación publicado en 2016 ⁽³⁰⁾ se expone que los estudios desarrollados sobre el impacto que tiene la psoriasis a nivel físico, mental, social y económico son, en su mayoría, de corte transversal, se analizan los diferentes aspectos en el momento de la entrevista, impidiendo mostrar adecuadamente el impacto de la enfermedad y sus repercusiones psicosociales a lo largo del tiempo. En una serie de casos publicada en el British Journal of Dermatology ⁽³¹⁾ se establece que los componentes de CLCI están amparados por datos transversales, teniendo el concepto de “Deterioro Acumulado en el Curso de la Vida” un sentido

intuitivo para muchos especialistas que reconocen el impacto acumulado de la psoriasis en la vida de algunos pacientes.

La media de edad de los pacientes de nuestra serie es de 48,8 años con una desviación típica de 11,66, siendo residentes en medio urbano el 72% de los encuestados y en medio rural el 28%. Estos datos no discrepan con los resultados obtenidos en un artículo de investigación ⁽³²⁾ en el que, incluyendo a 186 mujeres y a 199 hombres con una edad comprendida entre los 18 y los 85 años (SD 15,83 años), establecen que el 69,4% residen en medio urbano y 30,6% en medio rural. A la hora de determinar la situación laboral, nos encontramos con una tasa de paro del 50% en las mujeres, siendo en los hombres del 15,4%, y en total del 32%; en el mes de marzo de este año, según el “Instituto Nacional de Empleo” (INEM), la tasa de desempleo en los hombres es del 20,5%, mientras que la de las mujeres es del 21,7%, muy alejado del alto porcentaje obtenido en nuestro estudio; estos resultados orientan a una mayor tendencia en las mujeres con psoriasis a estar en paro con respecto a los hombres. En cuanto al estado conyugal de los pacientes, en un estudio realizado en Turquía en el que se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con psoriasis ⁽³³⁾ se observó que el 30% eran solteros, el 65% casados y, el 5% divorciados o viudos. En nuestra serie encontramos una tasa de pacientes con pareja del 75%, viendo por tanto como la diferencia no es llamativa en relación el estudio mencionado.

Se sabe que la psoriasis se asocia a procesos inflamatorios crónicos y a enfermedades concomitantes como la artritis psoriásica, la enfermedad de Crohn, el síndrome metabólico o la enfermedad de hígado graso no alcohólico ^(1,17). Esto justifica el interés que mostramos al preguntar sobre la presencia actual o pasada de enfermedades concomitantes importantes, obteniendo que el 40% de nuestra serie afirma haber sufrido en la actualidad o en el pasado comorbilidades sustanciales. No hemos encontrado estudios que expongan la proporción de pacientes con psoriasis y estas comorbilidades, sin embargo, una publicación ⁽¹⁷⁾ asocia directamente la artritis psoriásica con la ansiedad, el síndrome metabólico con la depresión y la enfermedad de Crohn con las ideas suicidas. Además de a enfermedades orgánicas, la psoriasis se asocia a una mayor tasa de afectación psicológica y/o psiquiátrica secundaria a la reducción en su calidad de vida, que es igual o superior a la que experimentan pacientes con otras enfermedades crónicas. Existen trabajos en los que se han identificado a la preocupación y a la ansiedad patológica en, al menos, un tercio de los pacientes ⁽²⁾, no demostrándose en nuestro

estudio, donde el 84,6% de los hombres y el 58,3% de las mujeres refiere no haber requerido tratamiento psiquiátrico y/o psicológico a lo largo de su vida. A pesar de no corresponderse los datos con los obtenidos en otros estudios con mayor tamaño muestral, se objetiva un mayor porcentaje de mujeres que han recibido tratamiento psiquiátrico con respecto a los hombres (41,7% vs 15,4%). La afectación psicológica se relaciona directamente con el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco u otros), recurriendo a estas sustancias como una manera de afrontamiento negativa que a largo plazo se convierten en contraproductivas⁽³¹⁾. En nuestra muestra, el consumo de tabaco despunta con respecto al consumo de alcohol y, de otros tóxicos, siendo especialmente llamativo en las mujeres. El porcentaje de mujeres fumadoras asciende hasta el 58,3%, mientras que el de consumidoras de alcohol es del 16,6%; los hombres, por otro lado, admiten consumir tabaco el 15,4% y alcohol el 7,7%. A pesar del tamaño de la muestra, los resultados obtenidos para el consumo de tabaco son estadísticamente significativos con una p-valor de 0,041. Estos resultados

contrastan con la información encontrada en la “Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias”, donde a partir de datos recogidos en el año 2015, exponen que el porcentaje de mujeres fumadoras es del 23,7% y de hombres del 28,7%. La discrepancia entre los porcentajes obtenidos en nuestro estudio y la tasa de mujeres fumadoras en Canarias vislumbra una mayor tendencia en el sexo femenino a este hábito asociado a la psoriasis.

La determinación de la edad de aparición de la psoriasis suele estar sesgada por el recuerdo del paciente o por establecer el inicio en el momento del diagnóstico por parte del médico, subestimando el tiempo de aparición. Se ha establecido una edad media de inicio bimodal, con un pico entre los 15 y los 20 años y un segundo pico entre los 55 y los 60 años⁽²⁾. En nuestro estudio, la edad de aparición es de 18 años según la mediana, no alejándose de los resultados obtenidos en un estudio polaco⁽³⁴⁾ en el que se estableció una edad en el momento del diagnóstico de 19,6 +/- 11,9 años; en un estudio turco la edad media al inicio de la enfermedad se estableció en 25 ± 16 años en las mujeres y 28 ± 15 años en los hombres⁽³³⁾.

Las lesiones psoriásicas localizadas en cabeza, cuello, tórax, brazos y genitales determinan un mayor riesgo psicológico⁽³⁴⁾, siendo esto importante para el médico, pues debe alertarlo sobre el mayor riesgo de desarrollar comorbilidades psicológicas. En nuestra serie ambos sexos coinciden en que las localizaciones más prevalentes de sus

lesiones son los brazos (80%) y las piernas (84%), presentando, por tanto, una ubicación de riesgo en la mayoría de los encuestados. La psoriasis en placas se establece como la más común (88% del total), mientras que la psoriasis guttata y la psoriasis invertida solo afecta al 20% y la ungueal al 16%; estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios ^(1,2,34) a excepción de la ungueal, que presenta mayores porcentajes que los alcanzados en nuestra muestra.

La repercusión de esta enfermedad a nivel social se muestra en nuestro estudio en el 50% del total de la serie, al igual que en otras publicaciones en las que afecta al 33,2% ⁽³⁴⁾, demostrando, por tanto, que no solo se trata de una patología con implicaciones físicas ⁽²²⁾. El estrés que experimentan nuestros pacientes no se asocia simplemente a la cronicidad o a la gravedad de la enfermedad, sino que está más relacionado con las dificultades psicosociales que derivan de esta patología ⁽²²⁾. Lo que más incomodidad genera es la visibilidad de las lesiones, preocupación que evoluciona hacia la estigmatización social y el rechazo a exponerse en público, generando una mayor sensibilidad a las actitudes de los demás ⁽³⁵⁾. Así mismo, ambos sexos afirman haber desarrollado sentimientos de inseguridad favorecidos por el curso impredecible de la psoriasis ⁽³⁶⁾. En un estudio del 2015 ⁽³⁷⁾ se sugiere que los pacientes con psoriasis tienden a experimentar sentimientos de culpa, miedo o depresión secundarios, por ejemplo, a la ira, sin embargo, en nuestro estudio se establece el enfado como la emoción menos identificada. Llama la atención como la curación constituye el deseo del 92,3% de los hombres, descendiendo este porcentaje hasta el 58,3% de las mujeres; es decir, hay un 41,7% de mujeres que no manifiestan desean la curación, sino que prefieren una mayor aceptación por parte de la sociedad. Existe un estudio en el que se pidió a los pacientes con psoriasis leve que dijeran por cuántos años de su vida útil intercambiarían por un estado libre de enfermedad, obteniendo un resultado de 2.8 años, es decir, estarían dispuestos a renunciar a 2,8 años de los 35 años restantes de vida útil a cambio de no padecer la enfermedad ⁽³⁸⁾. Si bien en esta publicación no diferencian entre sexos, vemos como curarse o no padecer la enfermedad es tan importante como para renunciar a años de vida.

El CLCI (“Deterioro Acumulado en el Curso de la Vida”) deriva de las comorbilidades físicas y psicológicas de la enfermedad, así como de la estigmatización y de las estrategias de afrontamiento y factores externos. En aquellos pacientes en los que los métodos de afrontamiento son negativos y el apoyo social inexistente o mínimo, la sensibilidad al

deterioro va a ser superior ⁽¹⁷⁾. Existen evidencias que asocian la psoriasis a una mayor dificultad para obtener y mantener un trabajo, limitando los ingresos y generando una pérdida de productividad relacionada con el absentismo laboral ⁽³⁹⁾. Esto se demuestra en nuestra serie de pacientes en la puntuación obtenida en la pregunta “No puedo trabajar por culpa de mi enfermedad” que, si bien no obtuvo una puntuación muy alta, si fue la más señalada dentro del dominio educativo y laboral. Observamos como el dominio social en el CLCI puntúa casi por igual en ambos sexos (10,7 en hombres, 10,33 en mujeres) afectando en la manera de vestir más a las mujeres y en la facilidad para relacionarse más a los hombres. El daño en el afrontamiento se impone en el sexo femenino, sobre todo asociado al consumo de fármacos psicótrópos secundario a las repercusiones psicológicas que incluso se terminan reflejando en la personalidad y en la capacidad de adaptación del paciente ⁽⁴⁰⁾; sin embargo, a pesar de puntuar más en las mujeres, el valor es bajo (0,83). La afectación emocional resultante en nuestro estudio obtiene una mayor puntuación en las mujeres, afirmando sentirse más tristes y ser menos extrovertidas a causa de la enfermedad. Hay evidencias que afirman que las mujeres tienen más probabilidades de experimentar mayor estrés psicosocial que los hombres ⁽²²⁾. La carga psicológica y social de la psoriasis perjudica a las relaciones, a las actividades sociales, al trabajo y al bienestar emocional; la acumulación de todas estas afectaciones impide alcanzar un potencial de vida completo en algunos pacientes ⁽¹⁷⁾.

El grado de deterioro acumulado en el curso de la vida varía de un paciente a otro debido a la complejidad de la interacción entre las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad. El propio paciente, mediante el empleo de estrategias de afrontamiento efectivas, la búsqueda de apoyo social, el uso de redes de apoyo y de terapias adecuadas, puede disminuir el riesgo de deterioro ⁽³¹⁾.

CONCLUSIONES

- La tasa de paro en las mujeres de nuestra serie es del 50%, muy superior al porcentaje encontrado en Canarias en marzo de 2019 (21,7%).
- El 58,3% de las mujeres de nuestro estudio afirma ser fumadora, mientras que, en Canarias, el porcentaje de mujeres fumadoras es del 23,7%.
- Las localizaciones más prevalentes de las lesiones psoriásicas de los pacientes estudiados en ambos sexos son las piernas y los brazos.
- La psoriasis en placas se establece como el tipo de psoriasis más frecuente en nuestra serie (88% del total).

- La tristeza se presenta como el sentimiento más experimentado en el momento del diagnóstico por los pacientes estudiados.
- En nuestra serie, la mayor repercusión a causa de la enfermedad se mostró a nivel social.
- Lo que más inquieta del tratamiento, a los pacientes estudiados, son los efectos secundarios.
- El mayor apoyo recibido, en nuestra serie, ha sido por parte de la familia.
- Al 92,3% de los hombres les gustaría que la psoriasis se curase, sin embargo, este porcentaje en las mujeres desciende hasta el 58,3%.
- Existe una mayor tendencia al empleo de métodos de afrontamiento negativos en el sexo femenino.
- Según la puntuación obtenida en el test de Daño Acumulado en el Curso de la Vida, el daño en nuestra muestra es leve.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las propias de un estudio observacional transversal, pues la recogida de datos en un momento concreto de la evolución de la enfermedad en la consulta de dermatología, no garantiza que podamos obtener toda la información, ni ver la evolución ni los cambios en el transcurso del tiempo.

El número de pacientes de nuestra muestra (25) aumenta la probabilidad de cometer un “falso negativo”, dificultando así la detección de diferencias significativas entre nuestros grupos (hombres y mujeres).

APRENDIZAJE TFG

Gracias a las horas invertidas en la elaboración de este estudio observacional transversal hemos perfeccionado nuestras habilidades en el ámbito de la investigación (búsquedas en PubMed, selección precisa de publicaciones, elección de la información más relevante, etc.). La minuciosa elaboración de las citas según las normas de Vancouver es un recurso que estamos seguros que nunca olvidaremos y que nos ayudará a lo largo de nuestra carrera profesional. Así mismo, aprender a utilizar el programa estadístico SPSS ha significado todo un reto. Con todo esto, agradecemos la tarea que se nos encomienda con la realización de un TFG que aporta los conocimientos finales que todo estudiante universitario debe poseer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *Lancet* (London, England). 2015. 386(9997):983–94.
2. Griffiths CEM, Krueger GG, Langley RGB. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis*. 2005. 64:18-23.
3. Martin BA, Chalmers RJG, Telfer NR. How Great Is the Risk of Further Psoriasis Following a Single Episode of Acute Guttate Psoriasis? *Arch Dermatol*. 1996. 132(6):717–8.
4. Frodsham A, Browne J, Lee Clough R, Camp RDR, Barber R, Trembath RC, et al. Identification of a Major Susceptibility Locus on Chromosome 6p and Evidence for Further Disease Loci Revealed by a Two Stage Genome-Wide Search in Psoriasis. *Hum Mol Genet*. 1997. 6(5):813–20.
5. Veal CD, Clough RL, Barber RC, Mason S, Tillman D, Ferry B, et al. Identification of a novel psoriasis susceptibility locus at 1p and evidence of epistasis between PSORS1 and candidate loci. *J Med Genet*. 2001. 38(1):7 LP-13.
6. Capon F, Novelli G, Semprini S, Clementi M, Nudo M, Vultaggio P, et al. Searching for psoriasis susceptibility genes in Italy: genome scan and evidence for a new locus on chromosome 1. *J Invest Dermatol*. 1999. 112(1):32-5.
7. Enlund F, Samuelsson L, Enerbäck C, Inerot A, Wahlström J, Yhr M, et al. Psoriasis susceptibility locus in chromosome region 3q21 identified in patients from southwest Sweden. *Eur J Hum Genet*. 1999. 7:783.
8. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 1985. 13(3):450–6.
9. Ferrándiz C, Carrascosa J.M, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr*. 2014. 105(5):435-530.
10. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015. 4(6):1045-1050.

11. Ferreira BR, Figueiredo A, Pio-Abreu JL, Reis JP. Analysis of the Prevalence of Mental Disorders in Psoriasis: The Relevance of Psychiatric Assessment in Dermatology. *Psychiatr Danub*, 2017. 29(4): 401-406.
12. Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. How does stigma affect people with psoriasis? *Postep dermatologii i Alergol*. 2017. 34(1):36–41.
13. Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P, et al. Association of Dissatisfaction With Care and Psychiatric Morbidity With Poor Treatment Compliance. *Arch Dermatol*. 2002. 138(3):337–42.
14. Abeni D, Braga M, Pasquini P, Picardi A, Puddu P, Renzi C. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol* 2001. 81(6):410-4.
15. Frahm K, Jaeger B, Kuensebeck HW, Ruitman J, Schmid-Ott G, Werfel T. Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 1999. 79(6): 443-7.
16. Pickles A, Maughan B, Wadsworth M. *Epidemiological Methods in Life Course Research*. Oxford Scholarship Online, 2009.
17. Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010. 24(9):989–1004.
18. Bhatti ZU, Salek MS, Finlay AY. Major life changing decisions and cumulative life course impairment. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2011. 25(2):245–6.
19. Linder MD, Kimball AB. *Dermatological Diseases and Cumulative Life Course Impairment*. *Curr Probl Dermatol*. Basel, Karger, 2013. 44:1–16.
20. de Bes J, de Korte J, Legierse CM, Prinsen CAC. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review. *Acta Derm Venereol*. 2011. 91(1):12-7.
21. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol*. 1993. 32(3):188–90.

22. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Assessing illness related stress in psoriasis: the psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *J Psychosom Re.* 1997. 42(5):467-75
23. Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol.* 1977. 97(3):297-302.
24. Bologna C, Bressot N, Jorgensen C, Sany J. Dysregulation of the hypothalamo-pituitary axis in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1995. 22 (10):1829–33.
25. Chen SC, Bayoumi AM, Soon SL, Aftergut K, Cruz P, Sexton SA, et al. A Catalog of Dermatology Utilities: A Measure of the Burden of Skin Diseases. *J Investig Dermatology Symp Proc.* 2004. 9(2):160–8.
26. Kirby B, Fortune DG, Bhushan M, Chalmers RJG, Griffiths CEM. The Salford Psoriasis Index: an holistic measure of psoriasis severity. *Br J Dermatol.* 2000. 142(4):728–32.
27. Fredriksson T, Pettersson UJ. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978. 157:238-244.
28. Paulus HE, Bulpitt KJ, Ramos B, Park G, Wong WK, RHEUMATOLOGISTS for the WCOFP. Relative contributions of the components of the American College of Rheumatology 20% criteria for improvement to responder status in patients with early seropositive rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2000. 43(12):2743–50.
29. 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.* 44:67-73.
30. Augustin M, Cohen AD, Fortina AB, Gieler U Linder MD, Piaserico S, et al. Psoriasis-The Life Course Approach. *Acta Derm Venereol.* 2016. 96(217): 102-8.
31. Gulliver WP, Kleyn CE, Warren RB. Cumulative life course impairment in psoriasis: patient perception of disease-related impairment throughout the life course. *Br J Dermatol.* 2011. 164(s1):1–14.
32. Petraškienė R, Macijauskienė J, Valiukevičienė S. Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina (B Aires).* 2016. 52(4):238–43.

33. Kundakci N, Türsen Ü, Babiker MOA, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol*. 2002. 41(4):220–4.
34. Lakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L, Słomian A. Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Postep dermatologii i Alergol*. 2018. 35(1):60–6.
35. Ginsburg IH, Link BG. Psychological consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993. 32:587–591.
36. Warren S, Warren K, Cockerill R. Emotional stress and coping in multiple sclerosis (MS) exacerbations. *J Psychosom Res* 1990. 35(1):37-47.
37. Brufau-Redondo C, Corbalan J, Martín-Brufau R, Martín-Gorgojo A, Romero-Brufau S, et al. Psoriasis lesions are associated with specific types of emotions. Emotional profile in psoriasis. *Eur J Dermatol*. 2015. 25(4):329-34.
38. Aftergut K, Bayoumi AM, Chen SC, Cruz P, Sexton SA, Soon SL, et al. A catalog of dermatology utilities: a measure of the burden of skin diseases. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004. 9:160–8.
39. Farber E, Javitz HS, Nail L, Vallow SG, Ward MM: The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2002. 46:850–860.
40. Mehta M. Dermatological diseases and cumulative life course impairment. *Indian J Med Res*. 2015. 142(4):498–9.

ANEXO I

Aceptación del comité ético.



El estudio de investigación titulado: "Estudio sobre el daño acumulado en la vida de los pacientes con dermatopatías crónicas.", versión 1, de 5 de Diciembre de 2018, con código CHUC_2018_90 (CLCI-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.

Secretaría Técnica del CEIm
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Este documento ha sido firmado electrónicamente por	
CONSEJO MARIA RODRIGUEZ JIMENEZ - F.S.A. FARMACOLOGIA CLINICA	
En la dirección https://sede.gob.es/estadoperativa, así puede ser consultada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 09b621gbvsh9RFP2c2aa3u3P9R3rcgub7T-0	
El presente documento ha sido descargado el 19/12/2018 - 12:11:08	

ANEXO II

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

“Estudio sobre el daño acumulado en la vida de los pacientes con dermatopatías crónicas”.

CLCI-DERM-2018-01

ENCUESTA GENERAL:

Sexo:

1. Varón 2. Mujer

Edad: ____ años

Lugar de residencia:

1. Rural 2. Urbano

Nivel de estudios:

1. Sin estudios 2. Primaria 3. ESO 4. Bachillerato 5. Universidad 6. Ciclo formativo

Trabaja o estudia en la actualidad:

1. Sí, trabajo. Especificar profesión: _____
2. Sí, estudio. Especificar curso: _____
3. No a) Paro b) Jubilación

¿Tiene pareja en la actualidad?

1. Sí 2. No

¿Ha tenido o tiene enfermedades importantes?

1. Sí, actualmente 2. Sí, pasadas 3. No

Especificar enfermedad: _____

¿Ha estado o está en tratamiento?

1. Sí, psiquiátrico en la actualidad 2. Sí, psicológico en la actualidad.
3. Sí, psiquiátrico en el pasado 4. Sí, psicológico en el pasado 5. No

Hábitos tóxicos:

1. Tabaco 2. Alcohol 3. Otro tipo de drogas 5. No

ENCUESTA SOBRE LA ENFERMEDAD

Tipo de enfermedad cutánea: _____

¿A qué edad comenzaron los síntomas de su enfermedad cutánea? _____

¿Las lesiones aparecieron en zonas visibles? Si es así,

¿dónde?

1. Cara 2. Tronco 3. Brazos 4. Manos 5. Piernas 6. Pies 8. No lo recuerdo

¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzaron sus síntomas hasta que le diagnosticaron la enfermedad? _____ meses

¿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: _____

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

**¿Cuánto tiempo pasó hasta que notó mejoría con el tratamiento?
_____ meses**

¿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

¿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

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

1. Sí 2. No 3. No siempre

¿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

¿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: _____

¿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: _____

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

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

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:

Localización de las lesiones psoriásicas:

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

8: Otro: _____

Tratamiento actual de la psoriasis:

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

VITÍLIGO

Tipo clínico de vitíligo:

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

Localización de las lesiones:

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

Tratamiento actual del vitíligo:

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

DERMATITIS ATÓPICA

Tipo clínico de dermatitis:

Localización de las lesiones:

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

9. Otro: _____

Tratamiento actual de la dermatitis atópica:

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

ACNÉ

Tipo clínico de acné:

1. Inflamatorio 2. No inflamatorio

Variantes del acné :

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

Localización de las lesiones:

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

Tratamiento actual del acné:

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

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 III

Documento de conformidad del tutor (“DOC4”).

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

Dr/Drs Marta García Bustinduy, tutor/tutores del trabajo realizado por el alumno(s)/a(s) Esther Rodríguez Candelaria y Juan Luis de Rozas Gutiérrez, con el título “Estudio sobre el Daño Acumulado en la Vida de los pacientes con Psoriasis”, damos nuestra aprobación para la presentación de la memoria y a su defensa como Trabajo Fin de Grado.

La Laguna, 18 de Mayo de 2019

Firmado



Firmado