



INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN QUERÉTARO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL

NO2 EL MARQUES, QUERÉTARO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

INFORME TECNICO FINAL:

***Relación entre el grado de severidad de la Psoriasis y la depresión en un
hospital de segundo nivel de atención***

Dr. Martin de Jesús Reyna Ramírez
Médico Especialista en Medicina Interna
Medico Subespecialista en Medicina Crítica
Investigador Responsable

Sandra Patricia Ramírez Eguía
Médico Residente de Medicina Interna
Investigador Principal

Dr. Manuel Vladimir Franco Pasos
Médico Especialista en Medicina Interna
Medico Subespecialista en Dermatología
Investigador Asociado

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

“Relación entre el grado de severidad de la Psoriasis y la depresión en un hospital de segundo nivel de atención”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

Especialidad de Medicina Interna

Presenta:

Dra. Sandra Patricia Ramírez Eguía

Dirigido por:

Dr. Martin de Jesús Reyna Ramírez

Co-dirigido por:

Dr. Manuel Vladimir Franco Pasos

Med. Esp. Martin de Jesús Reyna Ramírez
Presidente

Firma

Med. Esp. Manuel Vladimir Franco Pasos
Secretario

Firma

Med. Esp. Mayra Gabriela Rios Quintana
Vocal

Firma

Med. Esp. Rodrigo Miguel Rodríguez Sánchez
Suplente

Firma

Med. Esp. Elba Susana Padilla Ávila
Suplente

Firma

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario.
México.

Resumen

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica. Se caracteriza por la aparición de placas eritematosas con escamas gruesas bien delimitadas, en diversas partes del cuerpo, más en codos, rodillas y piel cabelluda. Su distribución es global, presenta un importante componente genético, ambiental y correlación con comorbilidades, como artritis psoriásica, obesidad, síndrome metabólico, hipertensión, diabetes, enfermedad aterosclerótica, hipotiroidismo y depresión. La psoriasis se considera un trastorno psicofisiológico, con un fondo psicoemocional negativo que repercute en la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar la relación entre el grado de severidad de la Psoriasis y la depresión en un hospital de segundo nivel de atención. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, transversal, comparativo, en el Hospital General Regional No.2, el Marques, en la consulta externa de Dermatología en el periodo de Julio 2023-Enero 2024, se estudió a 133 pacientes en el que se valoró el grado de severidad de la psoriasis por medio de la escala de PASI y presencia de depresión por medio del cuestionario de Beck. Se realizó análisis estadístico, mediante el programa estadístico SPSS. El análisis para las variables cualitativas fue por medio de medidas de tendencia central y de dispersión; se utilizó la prueba de chi cuadrado (χ^2) para determinar la asociación entre variables cualitativas y se utilizó la prueba de correlación de Spearman para establecer correlación entre dos variables cuantitativas. **Resultados:** Se valoraron a 133 pacientes de los cuales encontramos que 60.9% son del sexo masculino, el promedio de edad fue de 55.48 con una desviación estándar de ± 1.15 años. El porcentaje de depresión que se presentó en los pacientes con psoriasis fue de 46.6%, de los cuales, 54.9% fue mínima, 17.3% leve, 21.1% moderada, 6.8% severa. En cuanto al grado de severidad de la psoriasis por PASI, la severidad con la que cursaron fue de 70.7% leve, 20.3% moderada, 9% severa. **Conclusiones:** La prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis es de 46.6% con una clara asociación entre el grado de severidad de la psoriasis y la presencia de depresión; resaltando la importancia de considerar factores biológicos, psicológicos y sociales.

(Palabras clave: Psoriasis, depresión, PASI, Beck, severidad)

Summary

Introduction: Psoriasis is a chronic systemic inflammatory disease characterized by the appearance of erythematous plaques with well-defined, thick scales on various parts of the body, especially the elbows, knees, and scalp. Its distribution is global, with a significant genetic and environmental component and correlation with comorbidities such as psoriatic arthritis, obesity, metabolic syndrome, hypertension, diabetes, atherosclerotic disease, hypothyroidism, and depression. Psoriasis is considered a psychophysiological disorder with a negative psychoemotional background that impacts quality of life. **Objective:** To determine the relationship between the degree of severity of psoriasis and depression in a secondary care hospital. **Material and Method:** An observational, cross-sectional, comparative study was carried out at the Regional General Hospital No. 2, El Marques, in the Dermatology outpatient clinic in the period from July 2023 to January 2024. 133 patients were studied in which the degree of severity of psoriasis was assessed using the PASI scale and the presence of depression through the Beck questionnaire. Statistical analysis was performed using the SPSS statistical program. The analysis for qualitative variables was through measures of central tendency and dispersion; the chi-square test (χ^2) was used to determine the association between qualitative variables and the Spearman correlation test was used to establish a correlation between two quantitative variables. **Results:** A total of 133 patients were evaluated, of which 60.9% were male. The average age was 55.48 years with a standard deviation of ± 1.15 years. The percentage of depression present in patients with psoriasis was 46.6%, of which 54.9% was minimal, 17.3% mild, 21.1% moderate, and 6.8% severe. Regarding the degree of severity of psoriasis by PASI, the severity with which they progressed was 70.7% mild, 20.3% moderate, and 9% severe. **Conclusions:** The prevalence of depression in patients with psoriasis is 46.6%, with a clear association between the degree of severity of psoriasis and the presence of depression; highlighting the importance of considering biological, psychological, and social factors. (**Key words:** psoriasis, depression, PASI, Beck, severi

Dedicatorias

Con todo mi cariño y gratitud a mi familia por su apoyo incondicional, su amor y paciencia fue esencial para concluir esta etapa; especialmente a mis padres por creer en mí, ser mi constante guía y aliento en los momentos difíciles, pero sobre todo gracias por estar siempre a mi lado.

Agradecimientos

Mi eterna gratitud a mis pacientes, gracias a su participación fue posible esta investigación, a mis profesores por su valiosa orientación, experiencia y conocimiento compartido.

A mis padres, por todo el amor y comprensión, pero sobre todo por su infinita paciencia, no tengo palabras, ni vida para poder agradecerles todo lo que han hecho por mí y las innumerables veces que me han dado su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, porque a través de sus consejos, logre forjar un camino, gracias por guiarme y alentarme ante los obstáculos que se me presentaron.

Gracias papá por brindarme los recursos necesarios con todo tu sacrificio y esfuerzo constante del día a día para ayudarme a cumplir todos mis objetivos como persona y como médico. Gracias mamá por ayudarme a ser mejor persona a través de tu enseñanza y amor, gracias por compartir conmigo tristezas, alegrías, éxitos, fracasos y nunca dejar de creer en mí.

Mi gratitud a mis hermanos, por siempre motivarme a seguir adelante, por estar siempre presentes, acompañándome y brindándome su apoyo moral a lo largo de esta etapa de mi vida.

Y finalmente, a mi luz y mi inspiración en estos últimos años. Gracias por ser mi confidente, mi amigo y mi compañero de vida. Eres mi apoyo incondicional y mi motivación para seguir adelante, este trabajo y ultimo logro también es gracias a ti, te amo.

Índice

Contenido	Página
Portada	1
Resumen	3
Summary	4
Dedicatorias	5
Agradecimientos	6
Índice	7
Índice de cuadros	8
I. Introducción	9
II. Antecedentes	9
III. Fundamentación teórica	27
IV. Hipótesis o supuestos	38
V. Objetivos	38
V.1 General	39
V.2 Específicos	39
VI. Material y métodos	39
VI.1 Tipo de investigación	39
VI.2 Población o unidad de análisis	39
VI.3 Muestra y tipo de muestra	39
VI.4 Técnicas e instrumentos	40
VI.5 Procedimientos	40
VII. Resultados	41
VIII. Discusión	47
IX. Conclusiones	51
X. Bibliografía	54
XI. Anexos	60

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas	41
VII.2	Características antropométricas	42
VII.3	Grado de depresión de acuerdo a la escala de Beck	43
VII.4	Grado de severidad de psoriasis de acuerdo al índice de gravedad y área afectada PASI	44
VII.5	Tabla cruzada PASI y Beck	45
VII. 7	Pruebas de normalidad	46
VII.8	Correlaciones	44

I. Introducción

La psoriasis es una enfermedad que tiende a la cronificación con inflamación sistémica, que se origina a partir de la activación del sistema inmunológico y la respuesta de las células inmunitarias, estas provocan la hiperproliferación de los queratinocitos y liberación de grandes cantidades de citocinas inflamatorias, provocando lesiones en la piel y múltiples complicaciones.¹

La psoriasis puede ser provocada y/o empeorada por diversos factores. Se considera un trastorno inflamatorio crónico que afecta múltiples sistemas y está vinculado a varias comorbilidades, tales como la artritis psoriásica, la depresión, la obesidad, el síndrome metabólico, la hipertensión, la diabetes, la enfermedad aterosclerótica y el hipotiroidismo.¹

II. Antecedentes

Epidemiología

La psoriasis es un trastorno crónico e inflamatorio de la piel que afecta aproximadamente entre el 2% y el 4% de la población mundial, con estimaciones recientes que sugieren más de 125 millones de personas afectadas globalmente.²

Esta condición se manifiesta a través de prurito y lesiones dolorosas, las cuales pueden impactar significativamente la calidad de vida del paciente, incluso en casos donde la enfermedad no es extensa. Además, se ha asociado con comorbilidades extra cutáneas como inflamación (artritis) y trastornos cardio metabólicos, que también aumentan la carga general de enfermedad.²

La psoriasis es un trastorno relativamente frecuente que afecta tanto a niños como a adultos, aunque su prevalencia varía según las diferentes poblaciones. Una revisión sistemática a nivel global reveló que la prevalencia de la psoriasis en adultos se sitúa entre el 0.5% y el 11.4%, mientras que en niños es del 1.4%.²

Parisi et al llevó a cabo una revisión sistemática de investigaciones publicadas sobre la incidencia y prevalencia de la psoriasis. Se realizaron búsquedas en tres bases de datos electrónicos hasta julio del 2011, donde se evaluaron un total de 385 artículos, de la cual la prevalencia en niños osciló entre el 0% y el 2.1% y en adultos varió entre el 0.91 y el 8.5%. Los datos muestran que la incidencia de psoriasis cambia según la edad y la ubicación geográfica, siendo más común en los países situados más lejos del ecuador.²

Icen et al. en su estudio de cohorte informó que la incidencia de psoriasis mostró un aumento significativo a lo largo del tiempo, pasando de 50.8 a 100.5 por cada 100 000 personas entre 1995 y 1999 ($p=0.001$). Aunque la tasa general de incidencia fue superior en hombres en comparación con mujeres ($p=0.003$), las mujeres presentaron una mayor incidencia durante la sexta década de vida, alcanzando 90.7 por cada 100 000. Esto sugiere que la supervivencia en este grupo es comparable a la de la población general ($p=0.36$). El estudio concluyó que la prevalencia de psoriasis varía entre diferentes poblaciones, oscilando entre el 0% y el 12.1%, con estimaciones que alcanzan hasta el 2.8% en las poblaciones occidentales.⁴

Es importante recalcar que la amplia variación en las estimaciones de prevalencia puede deberse por las diferencias en las poblaciones de estudio, al curso remitente y recurrente de la psoriasis, a los diferentes espectros de presentación clínica y gravedad y, lo más importante, falta de criterios de clasificación estandarizados.

La prevalencia es más alta en la población de los países occidentales. A pesar de que la tasa de mortalidad es baja, los pacientes con psoriasis sufren un notable deterioro en su calidad de vida debido a la considerable carga psicosocial.²

La psoriasis puede iniciar a cualquier edad, aunque es menos frecuente en niños que en adultos. Los picos de aparición de la enfermedad se sitúan entre los 30 y 39 años, así como entre los 50 y 69 años.³

Respecto a su incidencia va en aumento, Icen et al. (2009) estimaron las tasas de incidencia por edad y sexo en una población blanca de Estados Unidos durante el año 2000, encontrando que la incidencia de psoriasis se incrementó de 50.8 casos por cada 100.000 personas entre 1970 y 1974 a 100.5 casos por cada 100 000 entre 1995 y 1999. No obstante, los cambios en los métodos de diagnóstico a lo largo del tiempo también podrían influir en el aumento de estas tasas de diagnóstico.⁴

Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo sugeridos para la psoriasis. La predisposición genética se considera un elemento fundamental, al igual que los factores ambientales y de comportamiento. En particular, se observan altas tasas de consumo de tabaco, alcohol y obesidad; así como factores desencadenantes o exacerbantes como los medicamentos y las infecciones.⁵

Autoantígenos y genética

En las últimas décadas, se ha comprobado a través de evidencia clínica y experimental que la psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel mediada por el sistema inmunológico, que se presenta en personas con predisposición genética.⁵ La patogenia de esta enfermedad involucra múltiples factores, incluyendo la genética, citocinas, receptores, metabolismo, señalización celular, factores de transcripción, ARN no codificantes y péptidos antimicrobianos, que participan como moduladores de los queratinocitos e influyen en la etiología de la enfermedad, esto con relevancia clínica ya que su comprensión fisiopatológica proporciona dianas terapéuticas prometedoras para el futuro. ⁵

Genética

- Regulación genética: Los estudios epidemiológicos indican una alta tasa de heredabilidad en un 60 al 90% de los pacientes con psoriasis. Se han identificado más de 80 LOCI y al menos 100 genes de susceptibilidad; el locus 1 (PSORS1), es el más fuertemente asociado y la mayoría están involucrados en la inmunidad adaptativa, la inmunidad innata y en la función de protección como barrera de la piel.⁵

Es una enfermedad que involucra múltiples genes y factores. Según la edad en que se presenta, se puede clasificar en:

- Psoriasis Tipo I: inicia antes de los 40 años, con una alta prevalencia familiar y una fuerte asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA Cw*0602. Este tipo tiene una mayor predisposición a desarrollar artritis psoriásica.
- Psoriasis Tipo II: inicia después de los 40 años, se presenta en casos aislados, tiene menor prevalencia familiar y una débil variación con antígenos de histocompatibilidad.

La psoriasis exhibe mecanismos autoinmunes evidentes, en el 2014 se identificaron cuatro autoantígenos asociados: catelicidina LL-37, ADAMTSL5 melanocítico, antígeno lipídico PLA2G4D y queratina; estos autoantígenos son activados por la estimulación de las células T en pacientes que padecen psoriasis con placas de severidad moderada a grave.⁵

La patogenia de la psoriasis es compleja, ya que involucra la interacción entre queratinocitos y células inmunes. El eje patógeno IL-23/IL-17 juega un papel fundamental en la exacerbación de esta enfermedad. La activación de las células dendríticas plasmocitoides facilitan la maduración de las células dendríticas mieloides y la producción de TNF- α , IL-12 e IL-23, lo que a su vez activa a las células Th1, Th17 generando una secreción de citosinas inflamatorias, como TNF- α , IL-17, IL-21 e IL-22.¹

Los queratinocitos son activados por estas citocinas (especialmente IL-17) y producen péptidos antimicrobianos, citocinas y quimiocinas, que contribuyen a la

amplificación de la inflamación; es por ello que los queratinocitos son críticos en la patogénesis de la psoriasis y participan tanto en las fases de inicio como de mantenimiento.¹

La inmunidad consiste en un delicado equilibrio de tres vías:

- tipo 1 (Thelper 1 [Th1] + célula linfoide innata [ILC] 1)
- tipo 2 (Th2 + ILC2)
- tipo 3 (Th17 + ILC3)

La psoriasis se clasifica como un trastorno inmunológico dominante de tipo 3 mediado por interleucina (IL)-17. Varias citocinas orquestan la inflamación y contribuyen al desarrollo de diversos grados de severidad de psoriasis y al daño de las células endoteliales.⁵

La interleucina 17 (IL-17), junto con IL-22, promueve la proliferación de queratinocitos al incrementar la producción de quimiocinas (CXCL1, CXCL2, CXCL8 y CCL20) y péptidos antimicrobianos (AMP), lo que activa las células dendríticas y desencadena inflamación en la piel. Además, el factor nuclear κ B estimula la expresión de queratina 6 y 16 en los queratinocitos, lo que está relacionado con la acantosis y una disminución en el tiempo de recambio de la epidermis.⁵

Otros factores: se han identificado diversas condiciones médicas, comportamentales y exposiciones ambientales como factores de riesgo que pueden agravar la psoriasis. Entre los factores médicos y conductuales más relevantes se encuentran el tabaquismo, la obesidad y el consumo de alcohol.⁶

Desencadenantes y agravantes de la psoriasis

- Traumas:
 - lesiones físicas o químicas

- Infecciones:

- Bacterianas: más del 60% infecciones del tracto respiratorio superior
- Micóticas: la presencia de *Candida Albicans* en los pliegues y *Malassezia Furfur* en cuero cabelludo puede empeorar la psoriasis.
- Virales: la infección por VIH puede provocar formas severas y resistentes al tratamiento de psoriasis

- Estilo de vida:

- El consumo de alcohol y tabaco

- Medicamentos:

- corticoides
- cloroquina, hidroxiclороquina
- antiinflamatorios no esteroideos
- carbonato de litio
- terbinafina
- interferón
- betabloqueantes
- inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
- progesterona
- yoduro de potasio, sales de oro y otros.

- Factores emocionales

- Estrés emocional.

Comorbilidades

Las enfermedades que se relacionan fisiopatológicamente con la psoriasis son numerosas, aunque no actúan como causas ni consecuencias directas de esta condición. Los mediadores inflamatorios, tales como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interleucinas y otras citoquinas, son cruciales en el efecto sistémico

de la psoriasis. Estos mediadores desempeñan un papel significativo en la fisiopatología de diversos trastornos psicológicos (como adicciones, depresión, pensamientos suicidas, alteraciones del estado de ánimo, cognición y sueño), así como en condiciones como obesidad, síndrome metabólico, uveítis, neoplasias, afectaciones pulmonares, hepáticas, gastrointestinales y cardiovasculares.⁶

La psoriasis se está reconociendo cada vez más como una enfermedad con múltiples implicaciones sistémicas y aunque la patogenia de las comorbilidades sigue siendo desconocida; se ha identificado que las vías inflamatorias compartidas y mediadores celulares como contribuyentes esenciales de la comorbilidad.⁶

Depresión

Más allá de la apariencia física, la psoriasis tiene un amplio efecto psicológico. Se considera a la enfermedad como un trastorno psicofisiológico importante.⁷

Sanminder Singh y colaboradores llevaron a cabo un metaanálisis en el que realizaron búsquedas sistemáticas en las bases de datos PubMed, EMBASE, PsycINFO y Cochrane, incluyendo literatura publicada desde 1946 hasta 2017, en el cual identificaron la ideación suicida entre pacientes con psoriasis, esta fue de 2.05 (intervalo de confianza [IC] del 95 %). El análisis de subgrupos mostró que tenían más probabilidades de intentar suicidarse (OR,1,32; IC 95%, 1,14-1,54) y suicidio completo (OR, 1,20; IC 95%, 1,04-1,39) que aquellos sin psoriasis, concluyendo también que una psoriasis más grave y una edad más joven se asocian con una mayor probabilidad de suicidio.⁷

La asociación de factores psicológicos con enfermedades crónicas de la piel, tiene un impacto significativo en el curso de la enfermedad y con la agudización o presencia de brotes. La formación de un trasfondo psicoemocional negativo contribuye a la baja autoestima, el auto aislamiento y el vínculo deficiente entre paciente y médico, afectando y contribuyendo a la severidad de la enfermedad y, en términos generales, a la disminución de la calidad de vida. La psoriasis tiene una

comorbilidad significativa con una variedad de factores psicológicos y sus manifestaciones.⁷

Se sabe poco sobre cómo interactúan las características físicas, psicológicas y sociales de la enfermedad para crear un impacto negativo, para algunos, el impacto social parece ser amplio e incapacitante. Debido a que muchas de las lesiones psoriásicas suelen ser visibles contribuyen a la estigmatización. Se ha encontrado que las lesiones más evidentes y el incremento en la gravedad general impactan de manera negativa la percepción que los pacientes tienen de su propio cuerpo. Por lo tanto, se podrían aplicar intervenciones diseñadas específicamente para reducir los miedos y la evitación social para reducir el impacto social negativo de la psoriasis.⁸

Ginsburg describió varias estrategias psicoterapéuticas que pueden ayudar a los pacientes con psoriasis a afrontar la situación. Recomienda identificar los sentimientos, distinguir la enfermedad de la propia identidad, distinguir los problemas relacionados con la psoriasis de los problemas no relacionados con la psoriasis, evitar ocultar la enfermedad, reducir la evitación, permanecer activo, decidir con qué agresividad tratar los brotes de la enfermedad, distinguir el rechazo real del rechazo anticipado y aprender habilidades de manejo del estrés.⁸

La depresión en la psoriasis puede atribuirse, al menos en parte, a la elevación de citoquinas proinflamatorias y múltiples productos biológicos; aún no se ha determinado si la mejora de la depresión es el resultado del efecto directo antiinflamatorio o el impacto positivo de la mejora en las manifestaciones de la psoriasis puede llevar a un estado psicológico más favorable en los pacientes.⁶

Se ha observado que hasta un 30% de quienes padecen enfermedades dermatológicas experimentan trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión. Pompili (2019) analizó la relación entre la psoriasis y los problemas de salud mental en Dinamarca, donde se identificaron un total de 68 511 pacientes con

psoriasis y se detectaron problemas de salud mental en el 3.1% de los pacientes con psoriasis, en comparación con el 2.2% de los grupos de control.⁹

La explicación más común para la relación entre la psoriasis y los trastornos del estado de ánimo es el efecto psicosocial de la enfermedad, que frecuentemente lleva a la estigmatización social y a una disminución de la autoestima.¹⁰

Además, se ha sugerido anteriormente que esta asociación se puede atribuir a la sobreactivación del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal, que se relaciona con un aumento en la producción de citocinas, lo que puede contribuir a las respuestas inflamatorias típicas de la psoriasis. Además, los pacientes que sufren de depresión presentan tres veces más probabilidades de no adherirse a su tratamiento médico, lo que puede resultar en una forma más grave de la enfermedad.¹⁰

Así, esta fuerte tendencia de asociación de la depresión con la psoriasis puede atribuirse, al menos parcialmente, a una menor accesibilidad a la asistencia médica de salud mental.¹⁰

Obesidad

El vínculo fisiopatológico entre la psoriasis y la obesidad es cada vez más evidente. Bacteroides es una bacteria de la microbiota intestinal que produce una gran cantidad de compuestos de ácido butírico y compuestos de ácido propiónico, que ejercen efectos antiinflamatorios e inducen y estabilizan la expresión de Foxp3, cuando esta se reduce y aumenta Faecalibacterium contribuye a la inflamación, no solo en pacientes con obesidad sino también en diabetes, cirrosis, enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis.¹¹

Los pacientes que tienen un índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m² o más presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar psoriasis en comparación con aquellos que son delgados. Un estudio prospectivo reciente reveló que la obesidad, especialmente la acumulación de grasa abdominal, puede duplicar este riesgo.¹¹ El tejido adiposo actúa como un órgano endocrino que libera

factores solubles relacionados con la inflamación y la inmunidad, lo que significa que un aumento en el tejido adiposo y la producción de mediadores proinflamatorios pueden agravar la psoriasis. Se han observado concentraciones elevadas de resistina y leptina en pacientes obesos que padecen de psoriasis.¹²

En un modelo de ratones con psoriasis provocada por IMQ, tras ser alimentados con una dieta alta en grasas, se observó una acumulación de IL-17A tanto en la piel como en otras partes del cuerpo. Además, se incrementó la inducción de células T V γ 4 + $\gamma\delta$, lo que genera una inflamación cutánea que se asemeja a la psoriasis.¹²

Diversos estudios sugieren que la prevención del sobrepeso y obesidad, así como la promoción del mantenimiento de un peso corporal adecuado disminuye la frecuencia de la psoriasis. Varios estudios han evidenciado un efecto positivo de la pérdida de peso en la severidad de esta enfermedad. Por lo tanto, se sugiere que los pacientes con sobrepeso y obesidad que padecen psoriasis sigan una dieta hipocalórica para facilitar la reducción de peso.¹¹

Hipertensión

La hipertensión es un conocido factor de riesgo cardiovascular, relacionado con el desarrollo de isquemia e infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte cardiovascular. Diversas investigaciones han demostrado una asociación positiva entre la psoriasis y la hipertensión.¹³

Un metaanálisis realizado por Xiu et al. examinó esta relación utilizando datos de 16 estudios y encontró una asociación estadísticamente significativa entre la psoriasis y el riesgo de hipertensión, (OR 1,43; IC 95% 1,25-1,64; $P = 0,000$; $I^2 = 94,1\%$). Los resultados sugieren que los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de hipertensión en comparación con aquellos sin esta enfermedad, siendo más alta la prevalencia de hipertensión en quienes presentan psoriasis grave frente aquellos con psoriasis leve.¹³

Diabetes mellitus tipo 2

Los estudios epidemiológicos han sugerido que esta asociación entre la psoriasis y la diabetes tipo 2 depende de la gravedad de la psoriasis.¹¹

El Imiquimod (IMQ) es un ligando del receptor tipo Toll-7/8 y su aplicación en la piel del ratón induce a lesiones cutáneas similares a la psoriasis e inflamación sistémica, como la producción de citocinas.¹⁴

Ikumi et al demostraron que la gravedad de la psoriasis, así como los niveles de glucosa en sangre y hemoglobina A1c, están fuertemente relacionados con la psoriasis, especialmente a través de la interleucina IL-17 en pacientes con diabetes tipo 2. También hallaron hiperglucemia, intolerancia a la glucosa y producción de IL-17 en un modelo murino utilizando IMQ, aunque no observaron alteraciones en la función de los islotes pancreáticos o del hígado en etapas tempranas, lo que sugiere una mejora con el uso del anticuerpo contra IL-17. Por lo tanto, el control de la diabetes tipo 2 se considera crucial en el tratamiento de la psoriasis.¹⁵

Evento cerebrovascular

Los accidentes cerebrovasculares son uno de los trastornos vasculares comunes entre los pacientes con psoriasis. Cuando se produce isquemia en el cerebro, la activación de citoquinas inflamatorias en la microglía se incrementa, sobre todo la interleucina IL-12 y IL-23. Otras células, como los macrófagos, se infiltran en el cerebro en las primeras etapas del infarto, los neutrófilos y los linfocitos se unen en las últimas etapas. La IL-23 secretada por los macrófagos promueve la proliferación de células T Th17 y $\gamma\delta$ para producir IL-17, lo que contribuye a la lesión cerebral posterior al accidente cerebrovascular.¹⁶

El impacto de la inhibición de IL-23/IL-17 ha sido analizado en modelos animales con deficiencia de IL-23 y EVC, donde se observaron niveles notablemente

reducidos de células T $\gamma\delta$, lo que resultó en una disminución de la secreción de IL-17 y una reducción en el tamaño del infarto.¹⁷

Resultados similares fueron reportados tras la inhibición de la subunidad IL12/IL-23p40. La supresión de IL-23p19 condujo a una reducción en los niveles de IL-23 e IL-17 provocados por la inflamación, así como a una regulación positiva del factor de transcripción FoxP3 en células T reguladoras. El bloqueo de la subunidad p19 podría estar relacionado con un retraso en la isquemia cerebral y una disminución del infarto y la disfunción neurológica.¹⁷

Características clínicas de la psoriasis:

La psoriasis se manifiesta a través de placas eritemato-escamosas bien definidas, generalmente distribuidas de manera bilateral y simétrica, afectando áreas como la piel, semimucosas, cuero cabelludo y uñas. Puede provocar síntomas subjetivos como comezón, ardor y dolor.¹⁸

Patrones clínicos:

- Psoriasis en placas o vulgar: es la forma más común, afecta al 80-90% de los pacientes, caracterizada por placas únicas o múltiples en áreas extensas.
- Psoriasis en gotas: Más frecuente en niños y adolescentes, presenta pequeñas pápulas eritemato-escamosas principalmente en el tronco y las extremidades.
- Psoriasis eritrodérmica: afecta al 1-2% de los pacientes, se caracteriza por eritema y descamación generalizada (más del 90% de la superficie corporal)
- Psoriasis pustulosa: forma poco común con pústulas estériles no foliculares, puede ser aguda, subaguda o crónica. Puede presentarse de manera generalizada o localizada, especialmente en palmas y plantas.
- Psoriasis palmo-plantar: afecta exclusivamente las palmas y/o plantas.
- Psoriasis invertida (flexural): predomina el eritema sobre la escama. localizada en pliegues con axilas e ingles.

- Otras formas: incluyen psoriasis del pañal, ungueal pura, sebopsoriasis y psoriasis de cuero cabelludo.¹⁸

Histopatología

Los resultados histopatológicos presentan variaciones dependiendo del tipo y la fase de desarrollo de la lesión, y no son exclusivos de la enfermedad.¹⁹ Las lesiones histopatológicas incluyen:

- Paraqueratosis que puede ser focal o difusa
- Hipo o agranulosis, también en formas focales o difusas
- Acantosis regular con ensanchamiento basal de las crestas interpapilares epidérmicas.
- Adelgazamiento suprapilar de la epidermis
- Elongación y edema de las papilas dérmicas.
- Vasos capilares dérmicos que están dilatados y tortuosos.
- Pústulas espongiformes de Kogoj (en la capa espinosa) y microabscesos de Munro (en la capa cornea)
- Infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos y linfocitos T.

Diagnostico

El diagnóstico de esta enfermedad es principalmente clínico. Se utiliza una prueba sencilla que consiste en el curetaje de una placa de psoriásica, lo que revela los siguientes signos:

- Signo de la vela de estearina: desprendimiento de escamas secas y blanquecinas.
 - Signo de la membrana desplegable: una película consistente, blanca pardusca y húmeda.
 - Signo del rocío sangrante (de Auspitz): aparición de puntillado hemorrágico.
- Considerado patognomónico para el diagnóstico.

No es necesario realizar un estudio histopatológico confirmatorio, y la biopsia solo se empleará en caso de dudas diagnósticas o con fines investigativos.¹⁹

Evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica incluye:

- Historia clínica detallada del paciente.
- Examen clínico de piel y sus anexos.
- Clinimetría mediante índices como PASI (Psoriasis Area Severity Index), sPGA (static Physician Global Assessment), BSA (Body Surface Area), NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index) y DLQI (Dermatology Life of Quality Index).
- Raspado metódico para observar el signo de Auspitz
- Biopsia cutánea, si persisten dudas diagnósticas.
- Análisis en laboratorio incluyendo eritrosedimentación (ERS), proteína C reactiva (PCR) cuantitativa.
- Cultivos orales, nasales y perianales, así como pruebas para estreptolisina en casos de psoriasis en gota.¹⁹

Clasificación de severidad

El índice de severidad y área afectada (PASI) es el estándar para medir la gravedad de esta enfermedad. Evalúa el nivel de eritema, descamación e induración de las placas de psoriasis en relación con el área total afectada.¹⁹

El PASI integra la evaluación de la severidad de las lesiones y el área comprometida, dividiendo el cuerpo en cuatro secciones:

- Extremidades inferiores: 40%
- Tronco: 30%
- Extremidades superiores: 20%
- Cabeza 10%

Para cada sección, se estima el porcentaje del área de piel afectada y se traduce en una graduación de 0 a 6:

- 0%: grado 0
- <10%: grado 1
- 10-29%: grado 2
- 30-49%: grado 3
- 50-69%: grado 4
- 70-89%: grado 5
- 90-100%: grado 6

La gravedad se evalúa mediante cuatro parámetros, cada uno en una escala de 0 a 4:

- Picor (P)
- Eritema (E)
- Descamación (D)
- Induración (I).

La fórmula para calcular el PASI implica sumar los valores asignados a eritema, descamación e induración por cada área, multiplicar por el porcentaje del área afectada y luego por un factor específico para cada sección; 0.1 para la cabeza, 0.2 para extremidades superiores; 0.3 para el tronco y 0.4. para las extremidades inferiores.¹⁹

Los niveles de psoriasis se clasifican como:

- Leve: 1-3
- Moderada: 4-9
- Severa: mayor de 10

El índice de PASI fue desarrollado por Fredriksson y Pettersson en 1978, inicialmente para ensayos clínicos con ciclosporina. Es ampliamente utilizado debido a su buena evaluación y bajo índice de variabilidad entre observadores. Sin

embargo, presenta ciertas desventajas como la subjetividad del médico, que puede resultar en diferentes evaluaciones para un mismo paciente según quién realice la evaluación, así como una baja sensibilidad ante cambios en casos leves.²⁰

Se están desarrollando herramientas para medir objetivamente la descamación y sistemas que analizan imágenes estandarizadas para calcular PASI. Variantes como PLASI (Psoriasis Log-based Area and Severity Index) y el PEASI (Psoriasis Exact Area and Severity Index), podrían ser más efectivas, aunque aún no están integradas en ensayos clínicos.²⁰

Un estudio de Vanaclocha et al. en 2005 evaluó las propiedades de medición del PASI y otras escalas de severidad como VAS (escala visual análoga), encontrando una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.89.²¹

Langely R en 2004 también cuantificó la variación entre escalas comunes como el PASI y la Evaluación Global del Médico del Sistema Lattice (LS-PGA), hallando correlaciones altas ($r > 0.8$) y confiabilidad general alta con un alfa de Cronbach > 0.9 para cada uno.²²

Aspectos laborales, sociales y económicos

La psoriasis es una enfermedad crónica e inflamatoria que impacta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen, así como de sus familias. Es común que los pacientes experimenten sentimientos de desesperanza y frustración debido a la afectación en diversas áreas de su vida, incluyendo lo laboral, económico, social y familiar. Los síntomas como el picor y el dolor pueden provocar trastornos del sueño, lo que a su vez afecta las relaciones interpersonales y el rendimiento en el trabajo, así como las actividades diarias y recreativas, disminuyendo así la calidad de vida.²³

La afectación en zonas visibles como la cabeza, las manos y los genitales puede contribuir a una baja autoestima, generando ansiedad, depresión, vergüenza, tensión familiar e inhibición sexual.²³

La psoriasis tiene un impacto más significativo en la calidad de vida de los adultos en comparación con otras enfermedades cutáneas; se estima que entre el 40% y el 90% de los pacientes con psoriasis también sufren comorbilidades psicológicas.²³

Cerca del 80% de los pacientes con psoriasis reportan una disminución en su bienestar emocional, así como una reducción en su capacidad para funcionar socialmente y en su productividad laboral o escolar. La utilización de escalas para medir la calidad de vida es fundamental para tomar decisiones sobre el tratamiento de esta compleja enfermedad, permitiendo evaluar su impacto de manera integral al considerar no solo la dimensión física sino también la psicológica y social. Estas escalas son herramientas valiosas para valorar la discapacidad y los costos socioeconómicos asociados.²⁴

Incluso se ha considerado un nuevo concepto (Cumulative Life Course Impairment) CLCI que se conoce como discapacidad acumulada a lo largo de la vida, esta evalúa como la psoriasis afecta la calidad de vida del paciente. Este concepto se refiere a la discapacidad progresiva que se acumula a lo largo de la vida debido a la psoriasis. A diferencia de las escalas y herramientas de medición tradicionales, que se enfocan en un momento específico, este enfoque investiga las consecuencias acumulativas de la enfermedad a lo largo del tiempo, afectando el desarrollo del individuo y alterando sus perspectivas vitales.²⁵

Ros et al en el 2014 concluyo que el deterioro gradual que experimenta el paciente puede impedirle lograr sus objetivos personales. Este impacto variará entre los diferentes pacientes, dependiendo de la carga de estigmatización y de sus condiciones físicas y psicológica, así como los factores externos que entran en juego y son modulados por la personalidad del individuo y de los mecanismos de afrontamiento.²⁵

Bhatti en el 2011 creó una herramienta estandarizada para evaluar el impacto de decisiones cruciales en la vida (decisiones que cambian significativamente la vida,

MLCD), logrando un valor alfa de Cronbach de 0.8, lo que indica una buena confiabilidad. Esta herramienta reveló que la psoriasis ha influido en el 66% de los pacientes en su elección de carrera, un 58% en su trabajo, un 52% en relaciones personales, un 44% en el ámbito académico, un 22% en la decisión de tener hijos y un 20% en jubilaciones anticipadas.²⁶

Es relevante señalar que muchas de estas decisiones vitales se toman durante la adolescencia y al inicio de la vida adulta; por lo tanto, si la psoriasis se presenta en estos períodos críticos de vulnerabilidad, existe una mayor probabilidad de desarrollar discapacidades relacionadas con la enfermedad y un deterioro progresivo acumulado (Discapacidad Acumulada en el Transcurso Vital, CLCI)²⁶

La psoriasis también tiene consecuencias laborales negativas, incluyendo tasas elevadas de desempleo y ausentismo laboral, lo que genera repercusiones económicas significativas.²⁵

Entre las escalas más utilizadas para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se encuentran:

- Dermatology of life Quality Index (DLQI): índice de Calidad de Vida en Dermatología
- SKINDEX-29: que predice patologías psiquiátricas)
- PSO-LIFE: también conocida como Psoriasis Disability Index (PDI).
- Cumulative Life Course Impairment (CLCI): mide la discapacidad acumulada y su interferencia en el potencial vital del paciente.

Es importante considerar que los resultados de estas escaladas pueden verse afectados por síntomas depresivos, ya que incluyen ítems relacionados con actividades laborales, sociales y el afrontamiento de la enfermedad, así como otros factores externos como el ingreso monetario, la edad, el sexo, entre otros.²⁴

Esta variabilidad la confirma Fernandez P, et cols en su estudio transversal realizado en Brasil en 2018, que analizó la calidad de vida de 281 pacientes, donde se encontró que el 31% de los participantes reportó una baja afectación por la

enfermedad. La prevalencia de depresión fue del 19%, mientras que la de ansiedad alcanzó el 36%. El análisis multivariado identificó que las variables más influyentes en los niveles de ansiedad y depresión fueron principalmente un bajo ingreso económico, ser mujer y la duración de la enfermedad.²³

III. Fundamentación teórica

La depresión y la psoriasis

La depresión en pacientes con psoriasis se estima entre el 10% y el 62%. Este rango refleja la relación significativa entre ambas condiciones, donde la psoriasis, una enfermedad inflamatoria crónica, puede generar un impacto considerable en la salud mental de quienes la padecen. Los estudios indican que la depresión en estos pacientes es más severa que en la población en general, lo que sugiere un vínculo complejo que puede estar mediado por factores como el deterioro de la calidad de vida y el estigma asociado a las lesiones cutáneas.

Estos pacientes a menudo refieren sintomatología de astenia, adinamia, fatiga, ansiedad, labilidad emocional y, a menudo, se quejan de debilidad severa, malestar general, trastornos del sueño y falta de apetito.²³

Los pacientes con psoriasis experimentan ansiedad en aproximadamente el 43% de los casos.²⁷

La comorbilidad con la depresión puede alcanzar prevalencias de entre el 20% y el 30%, e incluso hasta el 62% en algunos estudios. Estos porcentajes son más altos que en la población general y en otras enfermedades dermatológicas, aumentando en casos de psoriasis severa. Kurdo et al. corroboran estos hallazgos, observando en una extensa serie de pacientes con psoriasis altas tasas de depresión, ansiedad e ideación suicida (39%, 31% y 44%, respectivamente), especialmente en los casos más graves de la enfermedad dermatológica.²⁸

El riesgo de desarrollar ansiedad y depresión es mayor en los pacientes con psoriasis, afectando no solo su salud mental, sino también su función física, laboral y social. Las investigaciones indican que las mujeres con psoriasis grave tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir trastornos depresivos o de ansiedad generalizada.²³

En cuanto a la fisiopatología de esta relación, aunque existen componentes genéticos y epigenéticos, los factores ambientales pueden desencadenar o agravar la enfermedad. La psoriasis provoca trastornos emocionales y psicológicos, deteriorando la calidad de vida y afectando el desarrollo social, sexual, laboral y familiar, independientemente de su gravedad. Sin embargo, algunos estudios encuentran una relación directa entre la gravedad de la psoriasis y la prevalencia de la depresión.²⁹

Adoptar un enfoque biopsicosocial para reconocer la psoriasis puede ayudar a identificar los factores involucrados y facilitar un manejo multidisciplinario que mejore el pronóstico.²³

Los pacientes enfrentan dificultades para resolver problemas en comparación con personas sanas, lo que puede resultar en retrasos diagnósticos y fracasos terapéuticos.²⁷

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental común y una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, afectando a más de 300 millones de personas.³⁰

La fisiopatogenia de la depresión sigue siendo compleja; se considera que hay una interacción entre factores genéticos y ambientales que causan disfunciones en neurotransmisores y hormonas relacionadas con el estrés. Las citoquinas proinflamatorias asociadas a la psoriasis podrían contribuir a este desequilibrio y al desarrollo de la depresión. Tanto la depresión crónica como la aguda están

vinculadas a un mayor riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, muerte cardiovascular y suicidio.³¹

Cada año se suicidan 800 000 personas, el suicidio se considera la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, una cifra considerable que debe tomarse en cuenta.³⁰

El estrés desempeña un papel crucial en el inicio y empeoramiento de la psoriasis. La prevalencia de depresión entre los pacientes psoriásicos es superior a la observada en otras enfermedades dermatológicas desfigurantes, sugiriendo que hay factores etiopatogénicos adicionales involucrados.³²

Entre estos factores se encuentra la desregulación inmune inflamatoria; aunque no está claro si la depresión es una enfermedad inflamatoria primaria, hay evidencia creciente que indica que la inflamación juega un papel en la fisiopatología de las enfermedades mentales, incluida la depresión mayor.³²

La respuesta del sistema simpático al estrés promueve la liberación de aminas como noradrenalina, lo que podría inducir la proliferación celular en el sistema inmunológico. Estas células interactúan con sustancias producidas por el estrés y componentes del microbioma intestinal como los lipopolisacáridos o la flagelina, en forma muy particular las llamadas stress induced damage-associated molecular patterns.²⁷

De forma similar al microambiente cutáneo, el proceso inflamatorio se mantiene en el sistema nervioso mediante interacciones entre receptores y productores de citoquinas como astrocitos, microglía y oligodendrocitos.²⁷

La hipótesis de las citoquinas sugiere que existe una conexión entre el sistema inmunológico, las alteraciones neuroendocrinas y los cambios conductuales observados en ciertos tipos de depresión. Un metaanálisis realizado por Valkanova et al revela que los niveles de citoquinas proinflamatorias son un 30% más altos en paciente con depresión en comparación con individuos sanos. Las citoquinas mas

destacadas incluyen IL-1 β , IL-6, el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), la proteína C reactiva (PCR), moléculas de adhesión, y las prostaglandinas.³³

Estos biomarcadores inflamatorios pueden penetrar en el cerebro y afectar diversas áreas fisiopatológicas implicadas en la depresión. Su influencia se extiende al metabolismo de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y glutamato, así como a la función neuroendocrina y la neuroplasticidad, lo que resulta en una reducción del soporte neurotrófico y neuro protector, un aumento de la neurotoxicidad y apoptosis neuronal.³³

Esta hipótesis también podría explicar la alta prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes con enfermedades inflamatorias o aquellos que reciben inmunoterapia con interferón alfa (IFN-alfa), IL-2 e IL-12 debido a infecciones como la hepatitis C o cáncer.³³

Al igual que con otras afecciones dermatológicas, la psoriasis empeora con el estrés en un 37% a 78% de los pacientes, así como acontecimientos estresantes de la vida son a la vez una causa y un agravante para la psoriasis.²⁷

En el 40% de casos, la aparición de la psoriasis se produce en pacientes mayores de 30 años de edad, lo cual implica un impacto psicosocial negativo, incluidos los sentimientos de estigmatización y aumento del riesgo de depresión y/o ansiedad.³²

Diversos estudios han demostrado que más del 90% de los pacientes con la psoriasis tiene un diagnóstico psiquiátrico, principalmente relacionado con la depresión y la ansiedad. La evidencia sugiere una relación entre psoriasis y un mayor riesgo de suicidio, que otras condiciones dermatológicas.³²

Pompili et al 2016, realizaron una comparación entre pacientes con psoriasis, melanoma y dermatitis atópica, concluyendo que aquellos con psoriasis presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar pensamientos o tendencias suicidas. en comparación con aquellos con otras condiciones dermatológicas,

sugiriendo que el curso de la enfermedad puede estar relacionada con un trastorno psiquiátrico a largo plazo; confirmaron esto por el mayor número de diagnósticos psiquiátricos con un 38.5% frente al 16.7% de los pacientes con otras condiciones.³⁴

La psoriasis a menudo se caracteriza por la ocurrencia de un evento estresante importante en la vida antes del inicio de la sintomatología, Pompili también descubrió que el 73.6% de los pacientes diagnosticados con psoriasis reportaron haber experimentado un evento estresante en los 12 meses previos al inicio de sus síntomas, que es significativamente mayor que con las otras condiciones dermatológicas, estos hallazgos proporcionan más pruebas de la conexión entre el estrés y la psoriasis, que ha sido apoyado por varios estudios.³⁴

La existencia de dermatosis crónicas se asocia con pensamientos suicidas. Los pacientes que padecen psoriasis tienen una prevalencia más alta de ideación suicida en comparación con la población general y aquellos que sufren otras condiciones como acné, alopecia areata y dermatitis atópica.³⁵

La ideación suicida es más común en mujeres, mientras que los hombres son quienes más frecuentemente consumen el suicidio. Tener una pareja se considera un factor protector, mientras que el desempleo representa un factor de riesgo, aumentando entre dos y tres veces la probabilidad de suicidio.³⁶

Un estudio realizado por Signg et al. en 2017 reveló que los pacientes con psoriasis tienen 1.5 veces más probabilidades de sufrir depresión y mayor riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad que la población en general.³⁷

Debido a su naturaleza generalizada, se cree que la psoriasis contribuye al desarrollo y la progresión de los trastornos psiquiátricos. Los pacientes que sufren de psoriasis tienen 1.5 veces más probabilidades de experimentar depresión y más de 4 veces más probabilidades de utilizar antidepresivos en comparación con aquellos que no padecen esta enfermedad.³⁵

Además, Pompili et al. reportó que el 6.6% de los pacientes con psoriasis se han intentado suicidar en algún momento de su vida frente al 0% de los controles sin psoriasis, pero con otras afecciones de la piel.³⁴

Sigh et al., tras llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura que analizó datos de 18 estudios con un total de 1,767,583 participantes, de los cuales 330,207 eran pacientes con psoriasis, concluyeron que estos pacientes presentan una mayor probabilidad de experimentar todos los aspectos relacionados con las tendencias suicidas (ideación, intentos y suicidios consumados) en comparación con la población general.³⁷

Los pacientes con psoriasis tienen el doble de probabilidades de considerar el suicidio en comparación con aquello sin esta condición, además de una probabilidad de 32% de intentar suicidarse y un 20% más alta de completar el suicidio en comparación de quien no padece esta enfermedad.³⁷

Este vínculo ha sido objeto de estudio en diversas investigaciones que exploran la relación entre psoriasis y comportamientos suicida.

Los estudios que analizan esta conexión han identificado niveles más altos de citocinas proinflamatorias en la sangre y el líquido cefalorraquídeo en pacientes con depresión que en pacientes que están médicamente sanos y sin enfermedad inflamatoria de la piel. Se cree que los niveles elevados de citoquinas pueden afectar el metabolismo de la serotonina.³⁸

Para aumentar la comprensión del efecto de las citoquinas pro inflamatorias en el comportamiento suicida, los estudios han examinado los niveles de citoquinas en el líquido cefalorraquídeo y el tejido cerebral de individuos que intentan o consuman suicidio y se ha concluido que hay niveles más altos de IL-6 en el líquido cefalorraquídeo de quienes intentaron suicidarse que en los controles sanos que no intentaron suicidarse.³⁸

Un estado inflamatorio elevado, cómo se puede ver en la psoriasis, influye en la aparición y el avance de los síntomas depresivos, así como en conductas suicidas; no obstante, los mediadores biológicos exactos involucrados están bajo investigación activa.³⁸

En más del 40% de los casos, el inicio de la psoriasis se produce en pacientes menores de 30 años, lo que puede tener un impacto psicosocial negativo grave para las personas, incluidos sentimientos de estigmatización y un mayor riesgo de depresión y/o ansiedad. Algunos estudios han revelado que más del 90% de los pacientes diagnosticados con psoriasis también presentan un trastorno psiquiátrico, siendo la depresión y los trastornos de ansiedad los más comunes.³⁴

Este factor de riesgo en pacientes más jóvenes esta probablemente desarrollado por la falta de madurez y déficit de desarrollo de mecanismos efectivos para hacer frente a la enfermedad, siendo más propensos al comportamiento impulsivo. Por lo tanto, intervenciones destinadas a ayudar a los adultos jóvenes a hacer frente a la psoriasis y sus comorbilidades mentales son primordiales.³⁴

Los pacientes con psoriasis a menudo también cursan con otro tipo de trastorno del ánimo como lo es la ansiedad, estos la manifiestan como ansiedad continua y como el deseo constante de obtener información adicional sobre la enfermedad y los métodos de tratamiento, por lo cual es importante no solo el screening para descartar depresión y riesgo suicida sino también otras patologías psicosociales.³⁴

Veintimilla y colaboradores en el 2017 realizaron un estudio analítico de corte transversal en 82 pacientes diagnosticados con psoriasis, a quienes se les aplicó el test de Beck para evaluar la depresión y la escalada de severidad de psoriasis (PASI). La tasa de depresión observada fue del 24.4%. Se identificó una relación significativa entre la severidad de la psoriasis y la depresión ($\chi^2=15,442$; $p<0,001$), junto a una correlación significativa entre la escala PASI y el puntaje de depresión de Beck ($r= 0,420$; $p<0,001$). Las variables que más influyeron en la depresión fueron la psoriasis severa (OR: 35,75; IC95%: 2,72-469,25; $p<0,01$) y el sexo femenino (OR: 3,54; IC95%: 1,02-12,92; $p=0,04$), concluyendo que los pacientes

con psoriasis presentan una alta prevalencia de depresión, tanto asociada a la severidad de la enfermedad como al género femenino.³⁹

Además, el estudio reveló que según la escala PASI, el 57.3% de los pacientes fueron clasificados con psoriasis leve, el 35.4% con moderada y solo el 7.3% con severa. En cuanto al cuestionario de Beck sobre depresión, se encontró que el 56.1% no presentaba alteraciones en su estado de ánimo; un 19,5% mostró leve perturbación; el 11.0% tenía depresión intermitente; un 9.8% sufría de depresión moderada y las formas más graves de depresión fueron menos frecuentes, con un 1.2% y un 2.4% para depresión grave y extrema, respectivamente.³⁹

Vega j et al, realizo un estudio en Perú para determinar la validez del test de Depresión de Beck. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.889. Los pacientes con depresión mayor tenían puntuaciones de BDI significativamente más altas que aquellos que no la padecían (26.71 versus 6.79, $p<0,001$). La sensibilidad fue del 87.5% y la especificidad 98.21% para el diagnóstico.³⁹

Las veintiuna categorías que evalúan el cuestionario de Beck son las siguientes: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sensaciones de castigo, insatisfacción personal, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, disminución del interés, indecisión, desvalorización, falta de energía, alteraciones en los patrones de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades para concentrarse, cansancio o fatiga y disminución del interés sexual. Estas categorías presentan una confiabilidad y consistencia interna adecuadas, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93, por lo tanto, utilizaremos este instrumento para evaluar la presencia o ausencia de depresión y su severidad.

40

Tratamiento

El tratamiento no está bien establecido, pero incluye el uso de retinoides, metotrexato, ciclosporina, corticoides, inhibidores del TNF-alfa, terapia tópica y

fototerapia. No obstante, es probable que incluso los pacientes que están bajo terapia sistémica continúen requiriendo ciertos tratamientos tópicos.⁴¹

La psoriasis moderada a grave se caracteriza generalmente por una afectación que supera el 5 al 10% de la superficie corporal, o por lesiones en áreas críticas como la cara, las palmas de las manos o las plantas de los pies, o bien por ser una enfermedad que causa incapacidad significativa. Los pacientes que presentan más del 5% de su superficie corporal afectada suelen ser aptos para recibir fototerapia o tratamientos sistémicos, ya que el uso de tratamientos tópicos en grandes áreas no es práctico ni aceptable para la mayoría. Intentar tratar casos extensos únicamente con agentes tópicos frecuentemente resulta en fracasos, incrementa los costos y genera frustración en la relación entre el médico y el paciente.⁴¹

Los agentes tópicos son complementos útiles para lesiones localizadas resistentes en pacientes que reciben fototerapia o agentes sistémicos para compromiso extenso. Sin embargo, la llegada de medicamentos biológicos ha facilitado significativamente el tratamiento de la psoriasis.⁴¹

En el caso de la psoriasis en placas limitadas, pueden responder favorablemente a tratamientos como los corticosteroides y emolientes tópicos. Otras opciones de tratamiento incluyen análogos de la vitamina D, alquitrán y retinoides tópicos.⁴¹

Para las zonas faciales o intertriginosas, se pueden considerar los inhibidores tópicos como el tacrolimus o el pimecrolimus como alternativas o como opciones para reducir el uso de corticosteroides. Sin embargo, la mejora puede no ser tan rápida como con corticosteroides tópicos de alta potencia.⁴¹

A menudo se utilizan combinaciones de corticosteroides tópicos potentes con calcipotrieno, calcitriol, tazaroteno o fototerapia UVB. La combinación de calcipotrieno con corticosteroides de clase I es muy efectiva para el control a corto plazo. El calcipotrieno puede aplicarse de manera continua, mientras que su combinación con corticosteroides potentes se utiliza de forma intermitente (por

ejemplo, los fines de semana) para el mantenimiento. Con una adherencia adecuada, es posible observar mejoras significativas en solo una semana, aunque se pueden requerir varias semanas para alcanzar los beneficios completos.⁴¹

En casos de psoriasis moderada a grave, se recomienda la fototerapia o tratamientos sistémicos como retinoides, metotrexato, ciclosporina, apremilast o agentes biológicos modificadores del sistema inmunológico.⁴¹

Por lo tanto, se considera tratamiento de primera línea: retinoides, ciclosporina y metotrexato. Aunque los retinoides, como acitretina, tienen la mayor eficacia entre los tratamientos de primera línea, tienen una mayor incidencia de complicaciones dependientes de la dosis, como el síndrome de fuga capilar y efectos teratógenos graves.⁴¹

La ciclosporina presenta un comienzo de acción bastante rápido con una mejora observada tan pronto como 2 semanas desde el inicio de tratamiento. El metotrexato tiene un inicio de acción más lento y el potencial de hepatotoxicidad y toxicidad hematológica. El metotrexato se recomienda para pacientes que no responden o no pueden tolerar la acitretina.⁴¹

Las terapias de segunda línea incluyen adalimumab, etanercept, tópico y fototerapia. El etanercept puede causar hepatotoxicidad; en consecuencia, las enzimas hepáticas deben ser vigiladas. Agentes tópicos, como calcipotriene y tacrolimus, puede usarse en combinación con terapia sistémica para tratar la enfermedad grave o sola para tratar la enfermedad localizada.⁴¹

Además, la triamcinolona con envolturas corporales húmedas puede disminuir la incomodidad del paciente. Fotoquimioterapia, particularmente psoraleno más luz ultravioleta (PUVA), se puede emplear como terapia de mantenimiento para pacientes bien controlados.⁴¹

Los agentes biológicos empleados en el tratamiento de la psoriasis abarcan varios tipos incluyendo:

- Inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF): adalimumab , etanercept , infliximab y certolizumab pegol
- Anticuerpos anti-interleucina (IL):
 - IL12/IL-23: ustekinumab
 - IL 17: secukinumab e ixekizumab
 - Receptor de IL-17: brodalumab
 - IL-23/IL39: guselkumab , tildrakizumab y risankizumab

Inhibidores de IL-1b, como gevokizumab y canakinumab, se han utilizado con una eficacia relativamente buena. Se obtuvo cierto éxito con el uso de anakinra, un IL1Ra, así como buena eficacia con secukinumab e ixekizumab, que son anticuerpos monoclonales anti-IL-17.⁴¹

Estos tratamientos han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas asociados con esta enfermedad crónica de la piel.⁴¹

La literatura indica diversas dianas moleculares terapéuticas para la psoriasis y los trastornos psicoemocionales como uno de los modelos de la psico dermatología a desarrollar. Estas dianas moleculares son péptidos de señalización y pueden modelar muchos procesos celulares y fisiológicos y por lo tanto tener impacto en el aspecto físico y en por ende en el incremento de su autoestima y percepción de sí mismo.⁴¹

La alta frecuencia de diversos trastornos psicoemocionales y su naturaleza crónica en la enfermedad, dicta la necesidad de desarrollar un enfoque de tratamiento combinado además de la terapia tradicional para la psoriasis, por lo tanto, de acuerdo a la severidad de la misma se tendrá que utilizar un enfoque de terapia combinado que incluye tratamientos tópicos, sistémicos y biológicos, además de un

manejo multidisciplinario para estos pacientes por parte de diversos subespecialistas.⁴¹

IV. Hipótesis

Hipótesis de objetivo general

Ho1: La prevalencia de psoriasis sin depresión es igual o mayor a 56.1% y la prevalencia de psoriasis con depresión es igual o mayor a 24.4% en una unidad de segundo nivel.

Ha1: La prevalencia de psoriasis sin depresión es menor a 56.1% y la prevalencia de psoriasis con depresión es menor a 24.4% en una unidad de segundo nivel.

Hipótesis de objetivos específicos

Ho1: Existe asociación entre la psoriasis leve y la depresión en una unidad de segundo nivel

Ha1: No existe asociación entre la psoriasis leve y la depresión en una unidad de segundo nivel

Ho2: Existe asociación entre la psoriasis moderada y la depresión en una unidad de segundo nivel

Ha2: No existe asociación entre la psoriasis moderada y la depresión en una unidad de segundo nivel

Ho3: Existe asociación entre la psoriasis severa y la depresión

Ha3: No existe asociación entre la psoriasis severa y la depresión

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Identificar la relación entre la severidad de Psoriasis y la depresión.

V.2 Objetivos específicos.

- Identificar la relación entre la Psoriasis leve y la depresión
- Identificar la relación entre la Psoriasis moderada y la depresión
- Identificar la relación entre la Psoriasis grave y la depresión

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Observacional, transversal, analítico, comparativo, prolectivo

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes con psoriasis afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social adscripción en el Hospital General Regional No.2

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se determinó utilizando la fórmula de diseño transversal para una población infinita, estableciendo un nivel de confianza del 90%, un margen de error del 0.05, un poder de prueba del 80% y una pérdida estimada del 20%.

$$N = \frac{Z^2pq}{d^2}$$

$\frac{3.8416 \times 0.08664}{0.0025}$

11.4 % de depresión en la psoriasis

Z alfa= 1.96

P=0.114 q= 0.76

d=0.05

Tamaño de la muestra: 133

Técnica muestral: Aleatorio simple

VI.4 Técnicas e instrumentos:

La investigación, se llevó a cabo siguiendo un protocolo estructurado que incluye la selección de fuentes, métodos y técnicas de recolección de datos.

Fuentes de información:

1. Pacientes con psoriasis: se seleccionaron pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos
2. Instrumentos de valoración:
 - PASI (Psoriasis Area and Severity Index): evalúa el grado de eritema, descamación e infiltración.
 - Cuestionario de Beck: evalúa la presencia de depresión en los pacientes.

Métodos de recolección

1. Consulta médica: se citó a los pacientes en la consulta de dermatología en turno matutino y vespertino
2. Consentimiento informado: se obtuvo consentimiento informado firmado antes de realizar las escalas de valoración
3. Valoraciones clínicas:
 - Se aplicó PASI utilizando un dermatoscopio
 - Se aplicó el cuestionario de Beck, donde se evaluó el estado emocional de las últimas 2 semanas de los pacientes

VI.5 Procedimientos

1. Documentación clínica: los resultados de las valoraciones se registraron en el expediente clínico del paciente
2. Hoja de recolección de datos: se utilizaron hojas prediseñadas en Excel, para compilar datos antropométricos, sociodemográficos y antecedentes médicos.
3. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva e inferencial para analizar las variables del estudio.

VII. Resultados

Se realizó un estudio observacional, transversal, comparativo, en el Hospital General Regional No.2, el Marques, en el periodo de Julio 2023- Enero 2024, se valoraron a 133 pacientes en la consulta externa de Dermatología con psoriasis y depresión afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, de los cuales respecto a sus características sociodemográficas la edad promedio fue de 55.48 ± 1.15 años, 60.9% fueron del sexo masculino; el estado civil que prevaleció fue el de casado con 62.4%, seguido del soltero 17.3% y viudo 7.5%. El antecedente de diabetes mellitus fue de 30.8%; hipertensión arterial 43.6%; hipotiroidismo 9.8%. (VII.1).

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	81	60.9%
	Femenino	52	39.1%
Estado Civil	Casado	83	62.4 %
	Soltero	23	17.3%
	Viudo	10	7.5%
	Unión libre	7	5.3%
	Divorciado	6	4.5%
	Separado	4	3.0%
Comorbilidades	Diabetes Mellitus tipo 2	41	30.8%
	Hipertensión arterial sistémica	58	43.6%
	Hipotiroidismo	13	9.8%

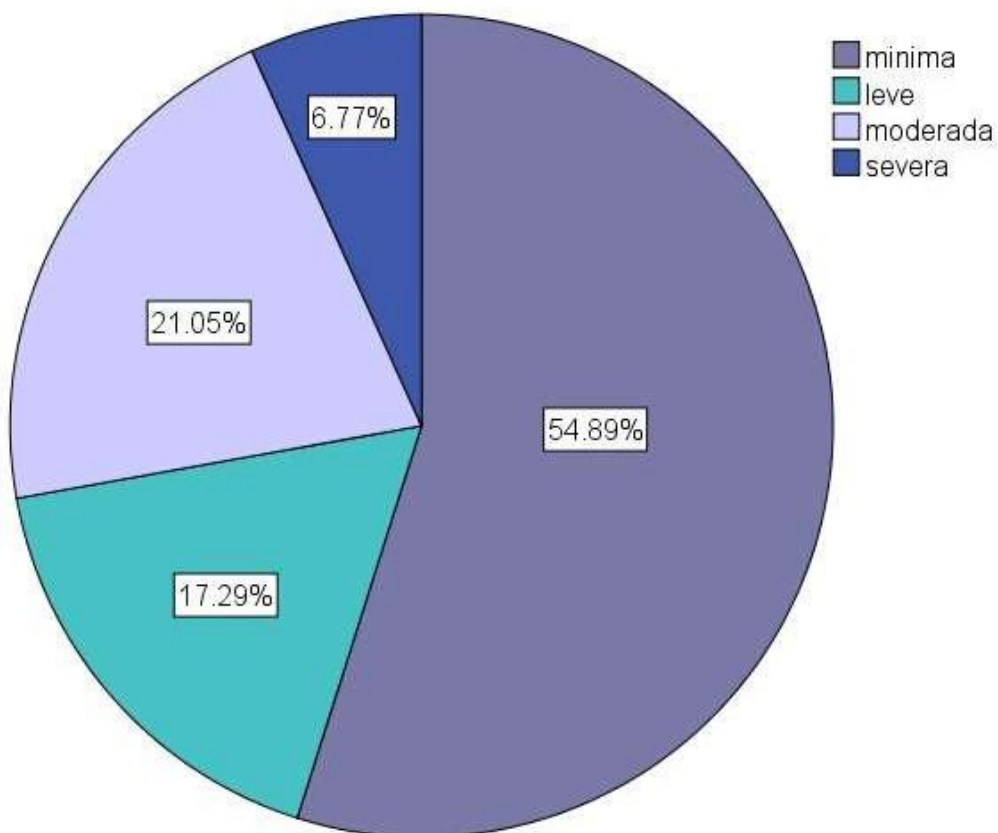
En relación a sus características antropométricas encontramos el peso promedio de 77.68 ± 12.30 kilos, talla promedio de 1.62 ± 0.75 metros, índice de masa corporal promedio de 29.32 ± 4.73 , haciendo énfasis en los rangos de IMC donde predominó el sobrepeso con 42.9%, seguido de valores normales 24.8%, obesidad grado I 21.4%, obesidad grado II 9.5% y obesidad grado III 1.4%. (Cuadro VII.2.)

Cuadro VII.2 Características antropométricas

	Media	DE
Peso	77.68 kg	12.30
Talla	1.62 mts	0.75 mts
IMC	29.32	4.73

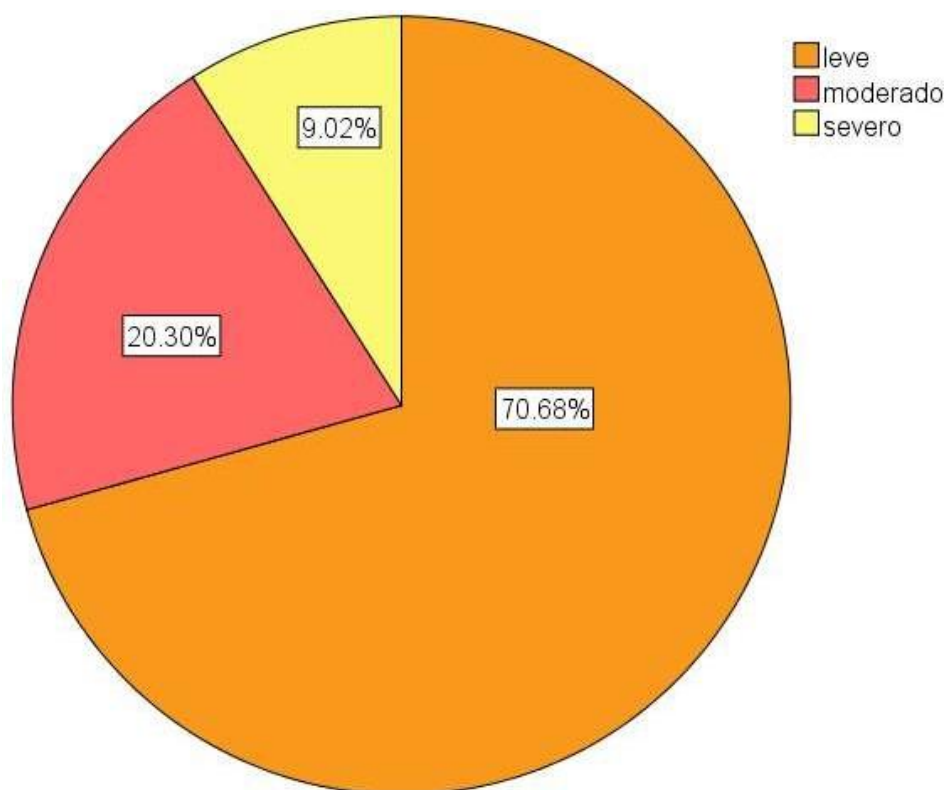
El porcentaje de depresión que se presentó en los pacientes con psoriasis fue de 46.6%, de los cuales, de acuerdo a la escala de Beck los niveles de depresión que cursaron fue de 54.9% para depresión mínima, 17.3% depresión leve, 21.1% depresión moderada y 6.8% depresión severa. (VII.3.)

Cuadro VII.3. Grado de depresión de acuerdo a la escala de Beck



En cuanto al grado de severidad de la psoriasis por PASI/PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX, la severidad con la que cursaron fue de 70.7% psoriasis leve, 20.3% psoriasis moderada, 9% psoriasis severa. (VII.4)

Cuadro VII.4. Grado de severidad de Psoriasis de acuerdo al índice de gravedad y área afectada PASI



En cuanto a la presencia de relación entre el grado de severidad de la psoriasis y el nivel de depresión, se observó que en los pacientes con psoriasis leve cursaron con una depresión mínima del 44.4 %, depresión leve del 11.3%, depresión moderada del 12.8% y depresión severa del 3%, en los pacientes con psoriasis moderada cursaron con una depresión mínima del 8.3%, depresión leve del 3%, depresión moderada del 8.3% y depresión severa del 0.8%, en los pacientes con psoriasis severa cursaron con una depresión mínima del 2.3%, depresión leve 3%, depresión moderada 0%, depresión severa 9%. (VII.4.)

Cuadro VII.5. Tabla cruzada PASI y Beck

			Beck				Total
			Mínima	Leve	moderada	Severa	
PASI	leve	Recuento	59	15	17	3	94
		% del total	44.4%	11.3%	12.8%	2.3%	70.7%
	moderado	Recuento	11	4	11	1	27
		% del total	8.3%	3.0%	8.3%	0.8%	20.3%
	severo	Recuento	3	4	0	5	12
		% del total	2.3%	3.0%	0.0%	3.8%	9.0%
Total		Recuento	73	23	28	9	133
		% del total	54.9%	17.3%	21.1%	6.8%	100.0%

Para analizar la correlación se realizaron pruebas de normalidad para el numero de muestra, se realizó la prueba de Kolmogoro Smirnov y de Shapiro Wilk llegando a la conclusión que por resultado de prueba de normalidad se tendría que utilizar una prueba no paramétrica, es decir la correlación de spreman que para estos fue de 0.285. Concluyendo asi que si existe correlación entra la presencia de psoriasis y depresión. (Cuadro VII.5, VII6.)

Cuadro VII.6. Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Beck	.337	133	.000	.752	133	.000
PASI	.430	133	.000	.616	133	.000

Cuadro VII. 5. Correlaciones

			Beck	PASI
Rho de Spearman	Beck	Coeficiente de correlación	1.000	0.285 **
	PASI	Coeficiente de correlación	0.285 **	1.000
		N	133	133

En cuanto a las diferencias entre grupos se realizó χ^2 para los diferentes grupos entre PASI y Beck las únicas χ^2 significativas entre los grupos fueron los de:

- Depresión y sexo con una χ^2 7.64 con una $p=0.006$
- IMC Beck y PASI con una χ^2 0.27 con $p=0.027$, siendo de aquí el grupo de más diferencia leve y moderado con χ^2 31 y 24 con $p=0.002$, y $p=0.004$ respectivamente
- Sexo Beck y PASI con una χ^2 10 con $p=0.013$, siendo el grupo de más diferencia el de PASI moderado
- El grupo de tratamiento con χ^2 18.46 con una $p=0.005$, siendo el de más diferencia el grupo de tratamiento sistémico.

VIII. Discusión

Después de realizar una revisión general de los resultados obtenidos se procedió a compararlos con otros estudios similares a fin de diferenciarlos o establecer similitudes comenzando con los aportes de Parisi et al. quien realizó una revisión sistemática y aunque su metodología es diferente, también encontró una alta prevalencia de psoriasis aunque su enfoque fue más bien orientado hacia la localización geográfica, sin embargo, al igual que el estudio llevado a cabo en el Hospital General Regional No.2 se confirma una fuerte asociación entre psoriasis y depresión, un hallazgo consistente en la literatura médica, por lo tanto, al combinar estos dos estudios se proporciona una visión más completa de la psoriasis y su relación con la depresión. Si bien la revisión sistemática establece un panorama general, el estudio observacional profundiza en la experiencia de los pacientes en un contexto específico. Los resultados subrayan la importancia de una evaluación integral de los pacientes con psoriasis, incluyendo la evaluación de su estado emocional y la identificación de comorbilidades. Futuras investigaciones deben centrarse en los mecanismos subyacentes a esta asociación, así como en el desarrollo de intervenciones multidisciplinarias para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Por otra parte, se comparan los hallazgos de Michalek, Loring & John con su afirmación sobre la prevalencia global de psoriasis muestra una amplia variabilidad, desde 0.51% hasta 11.43% en adultos, y de 0% a 1.37% en niños atribuyéndole esa variedad a factores geográficos, socioeconómicos y metodológicos, pero también aporta al igual que el estudio realizado en el Hospital General Regional No.2 un importante registro donde concuerdan en que la psoriasis es más común en adultos que en niños con una predominancia en el sexo masculino. También es importante el aporte de Yamazaki donde se encontró que la grasa corporal y el aumento de peso eran factores de riesgo significativos para el desarrollo de psoriasis. En su estudio, los pacientes con un IMC de 35 kg/m² o más presentaron un riesgo más del doble de desarrollar psoriasis en comparación con aquellos con peso normal. Los resultados del estudio actual en el Hospital General Regional No.2 corroboran los hallazgos previos sobre la alta prevalencia de comorbilidades metabólicas y depresión en pacientes con psoriasis. Además, aporta nuevos datos sobre la relación entre la gravedad de la psoriasis y los niveles

de depresión, así como la influencia del sexo en la presentación de la enfermedad. Estos resultados subrayan la importancia de un enfoque integral para el manejo de los pacientes con psoriasis, que incluya el tratamiento no solo de las lesiones cutáneas, sino también de las comorbilidades y los trastornos del estado de ánimo. También se ha realizado una comparativa con el estudio de Sanminder-Singh et al. donde se reporta un odds ratio (OR) significativamente mayor para la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado en pacientes con psoriasis. Esto sugiere una asociación robusta entre la psoriasis y un mayor riesgo de comportamientos suicidas. El estudio en el Hospital General Regional No.2 encontró una prevalencia de depresión del 46.6% en pacientes con psoriasis, lo cual es considerablemente alto, mientras la distribución de la gravedad de la depresión también fue amplia, con una proporción significativa de pacientes presentando depresión moderada y severa. Además, el estudio de Sanminder-Singh et al. sugiere que la psoriasis más grave se asocia con una mayor probabilidad de suicidio, mientras en el Hospital General Regional No.2 se encontró una correlación positiva entre la severidad de la psoriasis (medida por el PASI) y el nivel de depresión, la prueba de Spearman indicó una correlación positiva (0.285), también los análisis de chi-cuadrado revelaron diferencias significativas entre los grupos de severidad de la psoriasis en cuanto a la gravedad de la depresión. Ambos estudios sugieren que la edad más joven se asocia con un mayor riesgo de suicidio en pacientes con psoriasis, también en los dos estudios se converge en la conclusión de que existe una fuerte asociación entre la psoriasis y la depresión. La severidad de la psoriasis parece influir en la gravedad de la depresión, y otros factores, como es la edad y el sexo jugando también un papel importante.

Estos hallazgos subrayan la importancia de una evaluación psiquiátrica integral en pacientes con psoriasis. Los profesionales de la salud deben estar atentos a los síntomas depresivos en estos pacientes y ofrecer un tratamiento adecuado, tanto para la psoriasis como para la depresión. Además, se necesitan más estudios para explorar los mecanismos subyacentes a esta asociación y desarrollar estrategias preventivas.

Por otra parte, se realiza un contraste entre los resultados obtenidos en Pompili et al. donde los pacientes con psoriasis tienen una probabilidad significativamente mayor de experimentar ideación suicida y de tener un diagnóstico psiquiátrico, respaldando el 46.6% de los pacientes con psoriasis y depresión, con una correlación significativa entre la gravedad de la psoriasis y el nivel de depresión, en general, ambos estudios coinciden en que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis. También es importante señalar que en el estudio de Pompili et al. fue señalado que la psoriasis más grave se asoció con una mayor probabilidad de suicidio, coincidiendo con los hallazgos en el Hospital General Regional No.2 encontrando una correlación positiva entre la gravedad de la psoriasis (medida por el PASI) y el nivel de depresión, por lo tanto, ambos estudios sugieren que la gravedad de la psoriasis influye en la severidad de la depresión.

Además, si bien ambos estudios identifican la psoriasis como un factor de riesgo para la depresión, el estudio observacional en el Hospital General Regional No.2 aporta información adicional sobre otros factores asociados, como características sociodemográficas y clínicas, encontrando asociaciones entre la depresión y el sexo, el IMC y el tratamiento. En síntesis, ambos estudios refuerzan la idea de que existe una fuerte asociación entre la psoriasis y la depresión. Los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión, y la gravedad de la psoriasis puede influir en la severidad de la depresión.

Desde otra perspectiva se realizó un contraste con los resultados de Veintimilla et al. donde se refleja 24.4% de prevalencia de depresión, esta cifra es menor a la obtenida en el estudio llevado a cabo en el Hospital General Regional No.2 con 46.6%, también se evidencia que la mujer presenta mayor riesgo de depresión en ambos estudios. En cuanto a la severidad de la psoriasis como factor de riesgo, Veintimilla et al. asocia con psoriasis severa, mientras en el estudio realizado a nivel local se encontraron casos asociados a leve y moderada también como factor de riesgo. Ambos estudios confirman esta relación, aunque el estudio actual muestra que incluso la psoriasis leve y moderada se asocian a depresión, también coinciden en que las mujeres con psoriasis tienen mayor riesgo de depresión, lo cual podría estar relacionado con factores biológicos, psicosociales y culturales encontrando

que tanto la psoriasis como la depresión son condiciones crónicas que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes.

En otro orden de ideas, se encontró una fuerte asociación entre psoriasis y depresión en el estudio de Tzur-Bitan et al. donde se enfatiza el impacto del nivel socioeconómico, mientras que el estudio local en el Hospital General Regional No.2 aporta datos sobre variables como sexo, IMC y tratamiento. Ambos estudios subrayan la necesidad de un enfoque multifactorial para abordar la psoriasis y sus comorbilidades.

Otro aporte importante es el de Fleming et al., ya que ambos estudios, a pesar de sus diferencias metodológicas y poblaciones, arrojan luces interesantes sobre la relación entre psoriasis y depresión. Por ejemplo, la edad media encontrada en los pacientes de Fleming et al. fue de 31.9 y 59.4 años, mientras que el resultado encontrado en el Hospital General Regional No.2 es puntual pero dentro de ese rango con una media de 55.48 años.

En cuanto a la proporción de psoriasis, en los pacientes estudiados por Fleming et al. se encuentra en una media entre 7.65 y 22.8, en cambio en el hospital se encontró entre 20.3 a 70.7% aunque con una mayor proporción de psoriasis leve. Ambos estudios coinciden en una alta prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis, aunque el estudio observacional proporciona un dato más específico (46.6%), además, encuentran una correlación significativa entre la gravedad de la psoriasis y los niveles de depresión. Fleming et al. sugieren que el tratamiento de la psoriasis puede mejorar los síntomas de ansiedad, mientras que el estudio observacional analiza el tipo de tratamiento (sistémico vs. tópico) y encuentra diferencias significativas, por lo tanto, los estudios aportan evidencia sólida sobre la alta comorbilidad entre psoriasis y depresión.

Desde la misma perspectiva, se presentan dos estudios que exploran la relación entre la psoriasis y la depresión. El primero, de Vanaclocha et al., es un estudio con un diseño metodológico no especificado, que presenta datos sobre la validez, fiabilidad y sensibilidad a cambios de un cuestionario específico (PDI). El segundo es un estudio observacional, transversal y comparativo que evalúa la prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis en un hospital mexicano, explorando la

relación entre la severidad de la psoriasis, el índice de masa corporal (IMC) y el sexo. Vanaclocha et al. demostraron una alta validez de constructo y consistencia interna del PDI, lo que sugiere que este instrumento es confiable para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con psoriasis, pero en el estudio llevado a cabo en el Hospital General Regional No.2 se presentaron datos sobre la validez o fiabilidad de los instrumentos utilizados para medir la depresión y la severidad de la psoriasis, pero en contraste, el estudio de Vanaclocha no presenta datos sobre la prevalencia de depresión en cambio para el hospital se reporta una alta prevalencia de depresión (46.6%) en pacientes con psoriasis, con una distribución que va desde depresión mínima hasta severa.

Para el estudio de Vanaclocha se encuentra una correlación significativa entre las puntuaciones del PDI y el PASI y el EQ-5D VAS, lo que sugiere una relación entre la gravedad de la psoriasis y la calidad de vida relacionada con la salud. También se encuentra una correlación significativa entre la severidad de la psoriasis y el nivel de depresión, aunque la fuerza de esta asociación es baja ($r = 0.285$). Además, identifica diferencias significativas en la prevalencia de depresión según el sexo, el IMC y el tratamiento. Ambos estudios convergen en la evidencia de una asociación entre la psoriasis y la depresión. Sin embargo, presentan algunas diferencias importantes:

Aunque ambos estudios encuentran una relación significativa, la fuerza de esta asociación parece ser mayor en el estudio de Vanaclocha, en general, la evidencia disponible sugiere una fuerte asociación entre la psoriasis y la depresión. Es fundamental que los profesionales de la salud estén atentos a esta comorbilidad y ofrezcan un abordaje integral que incluya tanto el tratamiento dermatológico como el psicológico.

Algunas limitaciones del estudio fueron que al ser un estudio observacional, no es posible establecer una relación causal entre la psoriasis y la depresión. Además, la muestra del estudio podría no ser representativa de toda la población de pacientes con psoriasis. Finalmente mencionar que, en México se han realizado pocos estudios para determinar la relación entre la severidad de la psoriasis y la depresión por lo que es sumamente valioso encontrar correlación positiva.

IX. Conclusiones

El presente estudio, realizado en un hospital de segundo nivel de atención, reveló una prevalencia de depresión del 46.6% en pacientes con psoriasis. Esta cifra subraya la significativa comorbilidad entre ambas condiciones y la necesidad de una atención integral que abarque tanto los aspectos dermatológicos como los psicológicos.

La población estudiada presentó características sociodemográficas y antropométricas típicas de la población mexicana con psoriasis, con una predominancia del sexo masculino y una alta prevalencia de comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Además, se observó una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo cual podría influir en la gravedad de la psoriasis y la depresión.

Los resultados obtenidos evidencian una clara asociación entre el grado de severidad de la psoriasis y la presencia de depresión. Los pacientes con psoriasis severa presentaron una mayor prevalencia de depresión severa en comparación con aquellos con psoriasis leve o moderada. La relación entre la psoriasis y la depresión sugiere una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. La inflamación asociada a la psoriasis podría influir en la química cerebral, mientras que el impacto psicológico de una enfermedad crónica como la psoriasis podría contribuir al desarrollo de depresión.

Los análisis estadísticos confirman esta relación, demostrando una correlación significativa entre las escalas de gravedad de la psoriasis (PASI) y los niveles de depresión (Escala de Beck). Estos hallazgos son consistentes con la literatura

existente y sugieren que la psoriasis, especialmente en sus formas más severas, puede ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de depresión.

El estudio identificó varios factores asociados tanto a la psoriasis como a la depresión. El sexo femenino, el índice de masa corporal y el tipo de tratamiento utilizado se mostraron como variables significativas en relación con la presencia y gravedad de ambas condiciones. Estos resultados resaltan la importancia de considerar factores biológicos, psicológicos y sociales al evaluar y tratar a pacientes con psoriasis y depresión.

Los hallazgos de este estudio tienen importantes implicaciones para la práctica clínica. En primer lugar, subrayan la necesidad de una evaluación integral de los pacientes con psoriasis, incluyendo una evaluación exhaustiva de su estado de ánimo y bienestar psicológico. En segundo lugar, sugieren que los pacientes con psoriasis, especialmente aquellos con formas severas de la enfermedad, deberían ser considerados como un grupo de alto riesgo para el desarrollo de depresión y otras comorbilidades psiquiátricas. Al contrastar los pacientes con psoriasis severa con aquellos que presentan formas más leves de la enfermedad, el estudio resalta la diferencia en la prevalencia de depresión. Esto refuerza la idea de que la gravedad de la psoriasis es un factor determinante en la probabilidad de desarrollar depresión.

Finalmente, estos resultados enfatizan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la psoriasis, que involucre a dermatólogos, psicólogos y otros profesionales de la salud pero es importante reconocer las limitaciones de este estudio. Al ser un estudio observacional, no es posible establecer una relación causal entre la psoriasis y la depresión. Además, la muestra del estudio podría no ser representativa de toda la población de pacientes con psoriasis.

En conclusión, este estudio proporciona evidencia sólida de la estrecha relación entre la psoriasis y la depresión. La alta prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis y la asociación entre la gravedad de la enfermedad y la severidad de los síntomas depresivos resaltan la importancia de abordar de manera integral tanto los aspectos físicos como psicológicos de esta enfermedad.

X. Bibliografía

1. Zhou X, Chen Y, Cui L, Shi Y, Chunyuan G, Advances in the pathogenesis of psoriasis: from keratinocyte perspective, Official journal of CDDpress, 2022, 1-10, Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41419-022-04523-3>
2. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM; Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence, J Invest Dermatol, 2013 Feb;133(2):377-85, Disponible en: [doi: 10.1038/jid.2012.339](https://doi.org/10.1038/jid.2012.339). Epub 2012 Sep 27. PMID: 23014338
3. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Feb;31(2):205-212. Disponible en: doi: 10.1111/jdv.13854. Epub 2016 Aug. 30. PMID: 27573025.
4. Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Maradit Kremers H. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. J Am Acad Dermatol. 2009 Mar;60(3):394-401, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.10.062>.
5. Yamazaki F, Psoriasis: Comorbidities, J Dermatol. 2021;48:732-740, Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15840>
6. Yamanaka K, Yamamoto O, Honda T, Pathophysiology of psoriasis: A review, The Journal of Dermatology, 2021;00:1-10, Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15913>
7. Sanminder-Singh BS, Taylor BC, Heather K, Armstrong A, Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis, J AM ACAD DERMATOL, SEPTEMBER 2017, 425-439, Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2017.05.019>

8. Rapp R, Lyn M, Reboussin d, Feldman S, Fleischer A, Clark A, The Physical, Psychological and Social Impact of Psoriasis, Journal of Health Psychology, 1997, Vol 2, 525-537, Disponible en: <https://doi.org/10.1177/135910539700200409>

9. Pompili M, Innamorati M, et Cols, Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis, Journal of International Medical Research 2016, Vol. 44(1S) 61-66, Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0300060515593253>

10. Veintimilla-Quintana PD, Guamán-Chuquimarca MM, Guamán- Chuquimarca R, Peralta-Buestan FE,ET COLS, Relationship between severity degree of psoriasis and depression, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 36, núm. 6, 2017, pp. 153-157, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55954943004>.

11. Takahasi H, Izuka H. Psoriasis and metabolic syndrome. J Dermatol. 2012;39:212-8. Disponible en: doi 10.1111/j.1346-8138.2011.01408.x

12. Zhu KJ, Zhang C, Li M, Zhu CY, Shi G, Fan YM. Leptin levels in patients with psoriasis: a meta-analysis. Clin Exp Dermatol. 2013;38:478-83. Disponible en: doi 10.1111/ced.12171

13. Duan X, Liu J, Mu Y, et al. A systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and hypertension with adjustment for covariates. Medicine. 2020;99(9):e19303. Disponible en: doi 10.1097/MD.00000000000019303

14. Stockenhuber K, Hegazy AN, West NR, et al. Foxp3(+) T reg cells control psoriasiform inflammation by restraining an IFN-I-driven CD8(+) T cell response. J Exp Med. 2018;215(8):1987-98 Disponible en: 10.1084/jem.20172094

15. Ikumi K, Odanaka M, Shime H, et al. Hyperglycemia is associated with psoriatic inflammation in both humans and mice. *J Invest Dermatol*. 2019;139(6):1329-38. Disponible en: doi 10.1016/j.jid.2019.01.029.
16. Yamanaka K, Yamamoto O, Honda T, Pathophysiology of psoriasis: A review, *The Journal of Dermatology*, 2021;00:1-10, Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15913>
17. Gelderblom M, Gallizioli M, Ludewig P et al. IL-23 (Interleukin-23)- producing conventional dendritic cells control the detrimental IL-17 (interleukin-17) response in stroke. *Stroke*. 2018;49:155-64. Disponible en: DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.019101
18. Greb JE, et Cols, Psoriasis Primer, *Nature reviews*, volume 2, 2016, 1-14, Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.82>
19. Bhushan R, Lebwohl MG, Gottlieb AB, Boyer K, et al. Translating psoriasis guidelines into practice: Important gaps revealed. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 544-551. Disponible en: DOI: 10.1016/j.jaad.2015.11.045
20. Sehtman A, Consenso Nacional De Psoriasis guía de tratamiento. Actualización 2020, Sociedad Argentina de Dermatología, Año 1, No 1, Agosto 2020; 4-33, Disponible en: <https://sad.org.ar/wpcontent/uploads/2020/08/CONSENSO-NACIONAL-DE-PSORIASIS.ACTUALIZACION-2020.pdf>
21. Vanaclocha F, Puig L, Daudén E., Escudero J, Hernanz HM, Ferrándiz C, Febrer I, Lizán L, Badia X, Validation Of The Spanish Version Of The Psoriasis Disability Index Questionnaire In Assessing The Quality Of Life Of Patients With Moderate-Severe Psoriasis, *Actas Dermo- Sifiliográficas*, 2005, 96: 659-668. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(05\)73154-9](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(05)73154-9).

22. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Oct; 51(4):563-569. Disponible en: PMID: 15389191. DOI: <https://10.1016/j.jaad.2004.04.012>.
23. Fernandez P, et cols, Prevalence and factors associated with depression and anxiety in patients with psoriasis, *Dermatology nad radiotherapy*, 2020, 2-21, Disponible en: doi:10.1111/JOCN.15577
24. Schmitt J, Ford DE. Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis - a structural equations modeling approach. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:134-140. Disponible en: <https://10.1016/j.genhosppsych.2006.12.004>
25. 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. Disponible en: <https://10.1016/j.ad.2013.02.009>
26. Bhatti, ZU, Finlay AY and Salek, Chronic skin diseases influence major life-changing decisions: a new frontier in health outcome research, *British Journal of Dermatology*, 2009, 161, 58-59. Disponible en: <https://orca.cardiff.ac.uk:54439>
27. González-Parra S, Daudén E, Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación, *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(1):12-29, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.009>
28. Dowlathshahi EA, Wakke M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol*. 2014;134:1542- 1551, disponible en: <https://10.1038/jid.2013.508>

29. Fleming P, Bai J.W, Pratt M, Sibbald C, Lynde C, Gulliver5 W.P, The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials, JEADV, European Academy of Dermatology and Venereology, 2016; 1-8, Disponible en: <http://doi: 10.1111/jdv.13891>

30. Greb JE, et Cols, Psoriasis Primer, Nature reviews, volume 2, 2016, 1-14, Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.82>

31. Aleem D, Tohid H, Pro-inflammatory Cytokines, Biomarkers, Genetics and the Immune System: A Mechanistic Approach of Depression and Psoriasis, Rev Colomb Psiquiat, 2017; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.03.002>

32. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Feb;31(2):205-212, PMID: 27573025, Disponible en: <http://doi: 10.1111/jdv.13854>

33. Valkanova V, Ebmeier KP, Allan CL. CRP, IL-6 and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. J Affect Disord. 2013;150:736-744. Disponible en: [10.1016/j.jad.2013.06.004](http://doi: 10.1016/j.jad.2013.06.004)

34. Pompili M, Innamorati M, et Cols, Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis, Journal of International Medical Research 2016, Vol. 44(1S) 61-66, Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0300060515593253>

35. Fleming P, Bai J.W, Pratt M, Sibbald C, Lynde C, Gulliver5 W.P, The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials, JEADV, European Academy of Dermatology and Venereology, 2016; 1-8, Disponible en: <http://doi: 10.1111/jdv.13891>

36. Luna-Ceron E, Flores-Camargo AA, Bonilla-Hernandez R, Vichi-Lima LJ,

Gomez-Gutierrez AK, Diagnostic approach and management of psoriasis in primary care, Aten Fam. 2021;28(1):54-61. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.1.77662>

37. Sehtman A, Consenso Nacional De Psoriasis guía de tratamiento. Actualización 2020, Sociedad Argentina de Dermatología, Año 1, No 1, Agosto 2020; 4-33, Disponible en:
<https://sad.org.ar/wpcontent/uploads/2020/08/CONSENSO-NACIONAL-DE-PSORIASIS.-ACTUALIZACION-2020.pdf>
38. Tzur-Bitan, D, Krieger I, Comaneshter D, Cohen AD, Feingold D, The association between the socioeconomic status and anxiety depression comorbidity in patients with psoriasis:a nationwide population-based study, European Academy of Dermatology and Venereology, 2019, 1-6, Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/jdv.15651>
39. Veintimilla-Quintana PD, Guamán-Chuquimarca MM, Guamán- Chuquimarca R, Peralta-Buestan FE,ET COLS, Relationship between severity degree of psoriasis and depression, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 36, núm. 6, 2017, pp. 153-157, Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55954943004>
40. Vázquez G, Rojas E, Meneses AG, Aguilar Ponce JL y Alvarado Aguilar S Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II in cancer patients, Psicología y Salud, Vol. 26, Núm. 1: 43-49, enero-junio de 2016, PP 44-48
41. Hoegler KM, John AM, Handler MZ,Schwartz RA, Generalized pustular psoriasis: a review and update on treatment, European Academy of Dermatology and Venereology, 2018, 2-5, Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/jdv.1494>

XI. Anexos

XI.1 Carta de consentimiento informado

Se otorgó carta de consentimiento informado explicando e informando al paciente los riesgos y beneficios de la participación en dicha investigación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud

Hospital General Regional No. 2, el Marques, Queretaro, 2023

No. de registro institucional: F-2023-2201-142

Título del protocolo: Relación entre el grado de severidad de la Psoriasis y la Depresión en un hospital de segundo nivel de atención

Justificación y objetivo de la investigación: La psoriasis es una enfermedad común que afecta hasta al 3% de la población. Aunque su causa no está del todo clara, la psoriasis es una enfermedad inflamatoria multifactorial, que involucra causas genéticas como ambientales; entre ellas, el estrés emocional parece jugar un papel importante en la aparición y exacerbación de la misma. Se ha descrito que la depresión es más frecuente en las personas con enfermedades crónicas degenerativas que en la población general, siendo su origen complejo. Los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de enfermedades psiquiátricas, ideación suicida y curso a largo plazo de la enfermedad en comparación con pacientes que tienen otras enfermedades dermatológicas, por lo tanto es importante abordar las enfermedades psiquiátricas, recalcando la presencia de depresión para mejorar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes y mejorar su calidad de vida relacionada con la salud.

Por lo que el trabajo tiene como objetivo **identificar la relación entre la severidad de psoriasis y la depresión, ya que si bien es conocida esta asociación, en nuestro país se tiene poco registro de esta relación.**

En virtud de lo cual, entiendo que se solicita mi autorización para ser evaluado por el servicio de dermatología y acepto contestar el cuestionario de tamizaje de depresión, así como autorizo hacer uso de mis datos para desarrollar investigaciones futuras en salud relacionadas con psoriasis.

Procedimientos y duración de la investigación:

Si Usted acepta participar en el estudio, la consulta dermatológica de valoración se realizará de la siguiente manera:

Clave 2810-009-013

1. Realizaremos su historia clínica: se le preguntaran datos de importancia clínica, como lo es su estado civil, sexo y edad, así como padecimiento de otras enfermedades además de la psoriasis, específicamente si padece de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo o depresión ya diagnosticada.
2. Realizaremos la exploración física: donde se le solicitará que pase al cambiador del consultorio a colocarse la bata de exploración médica para proceder a pesarlo y medirlo por parte de la enfermera del consultorio, posteriormente se evaluará por parte del servicio de dermatología las lesiones que tiene en la piel a causa de la psoriasis por medio de la visualización de la lesión a través de un dispositivo denominado dermatoscopio, este es un aparato que nos permite ver estructuras cutáneas profundas no visibles a simple vista, para poder identificar la presencia del enrojecimiento, escama y endurecimiento de la piel que son características de la psoriasis, así como delimitar las zonas afectadas en su cuerpo y poder otorgar un puntaje que determina el grado de severidad de la psoriasis con la que usted cursa.
3. Aplicaremos el cuestionario de Beck conformado por 21 apartados, donde seleccionará de acuerdo a como se ha sentido emocionalmente en las últimas 2 semanas, el enunciado que más corresponda a usted deberá ser marcado con un asterisco o tache; cada pregunta cuenta con 4 enunciados que se enumeran del 0 al 3, de acuerdo a su respuesta, obtendremos un puntaje que determina la presencia o ausencia de depresión y el grado de severidad de la misma.
4. Se le otorgaran los resultados en esta misma consulta, donde de acuerdo al resultado del cuestionario si usted cursa con depresión sin importar el grado, se canalizará al servicio de psicología y psiquiatría para recibir apoyo psicosocial y/o medicamentoso de manera oportuna, así mismo de acuerdo a la gravedad de la psoriasis con la que curse y su tratamiento actual utilizado, se valorará por parte del dermatólogo continuar con el mismo esquema o cambiar por otro tratamiento ya sea tópico, sistémico, biológico o combinado, por lo que las citas de seguimiento dermatológicas se personalizaran de acuerdo a la gravedad de su enfermedad.

La investigación durará 6 meses en total. Durante este tiempo, será necesario que venga al Hospital Regional No 2 del Marques, al tercer piso, consultorio 29 de dermatología, a una sola consulta que durará aproximadamente 30 minutos, donde se le hará saber el resultado de su cuestionario en la misma consulta y en caso de cursar con depresión se le canalizara al servicio de psicología y psiquiatría para recibir apoyo psicosocial y farmacéutico de acuerdo al criterio médico del especialista de manera oportuna, así mismo de acuerdo a la gravedad de psoriasis con la que curse se valorará por parte del servicio de dermatología hacer ajustes de acuerdo al tipo de tratamiento que reciba, por lo que las citas de seguimiento se personalizaran de acuerdo a la gravedad de su enfermedad.

Para guardar la confidencialidad de su información, se asignará un número de folio y dicha información se guardará en una base de datos en Excel en el sistema de cómputo del hospital por 5 años. Las contraseñas de este sistema se actualizan mensualmente.

Riesgos y molestias: Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como pena o vergüenza por la valoración de lesiones en la piel en zonas selectas y pudorosas del cuerpo como zonas de flexión, glúteos, pliegues inguinales, cabeza, codos, rodillas y uñas, zonas afectadas característicamente por la psoriasis, es importante mencionar que dicha valoración será realizada por el dermatólogo que será acompañado por el investigador principal y la enfermera del consultorio, si existiera alguna molestia o pena está en la libertad de detener la valoración. Los riesgos del estudio son mínimos y estos están asociados con los procedimientos de evaluación clínica (medición de peso, talla, visualización de lesiones de la piel). Así mismo es posible que experimente incomodidad al responder el cuestionario, si usted cursa con ciertos problemas emocionales puede desencadenar una crisis de ansiedad que aunque la posibilidad de que esto suceda es muy baja, estamos preparados para canalizarlo al servicio de urgencias donde acudirá el psiquiatra para una valoración clínica integral y seguimiento.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Durante su participación en el proyecto, usted recibirá la atención médica que tiene por derecho en el IMSS, y se le ofrecerán los servicios de atención médica establecidos en esta unidad. No recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Un posible beneficio de su participación en este estudio es que si usted cursa con depresión sin importar el grado se canalizará al servicio de psicología y psiquiatría para recibir apoyo psicosocial y/o medicamentoso de manera oportuna, así mismo de acuerdo a la gravedad de la psoriasis con la que curse y su tratamiento actual utilizado, se valorará por parte del dermatólogo continuar con el mismo tratamiento establecido o cambio por otro tratamiento ya sea tópico, sistémico, biológico o combinado. El conocer sobre su estado de salud mental y el grado de la psoriasis que usted padece pudiera ser un beneficio para usted. Así mismo los resultados del presente estudio contribuirán a la identificación de enfermedades asociadas como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, obesidad, sobrepeso y desnutrición.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público y los resultados se publicaran en congresos de investigación para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación. No se compartirá información confidencial.

Participación o retiro: Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma a que sea tratado en este hospital. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente.

Clave 2810-009-013

Privacidad y confidencialidad: La información que nos proporcione para identificarla/o (como su nombre y número de seguro social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad. El equipo de investigadores, y las personas que estén involucradas en el cuidado de su salud sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo, si llegara a sufrir alguna crisis de ansiedad o ideación suicida o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, por ejemplo, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número de folio para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos, dicha información se guardará en una base de datos en Excel en el sistema de cómputo del hospital por 5 años. Las contraseñas de este sistema se actualizan mensualmente.

Entiendo que, los datos confidenciales y los resultados de mi valoración dermatológica y tamizaje de depresión, serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas con la psoriasis, para lo cual deberán pasar por la evaluación y aprobación de un Comité de Ética de Investigaciones humanas, con la finalidad de asegurar que se respeten en todo momento los principios bioéticos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dr. Martin de Jesús Reyna Ramírez
Investigador responsable
Correo electrónico: mcfly1683@gmail.com
Celular: 5545059645

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dr. Martin de Jesús Reyna Ramírez
Investigador responsable
Correo electrónico: mcfly1683@gmail.com
Celular: 5545059645

Comité de Ética e Investigación localizado en la coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General Regional no.1: Avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP. 76000, Querétaro, Querétaro. De lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337, correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Clave 2810-009-013

Declaración de consentimiento: Comprendo que los resultados de este proyecto serán utilizadas con fines de investigación que tengan que ver con la salud mental y la calidad de vida de pacientes con psoriasis. Me han explicado los riesgos y beneficios en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los investigadores tomarán las medidas necesarias para cuidar la confidencialidad de mi información.

En virtud de lo cual, voluntariamente (marque con una X):

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este Estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Clave 2810-009-013

XI. 2 PASI SCORE (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX/ ÍNDICE DE GRAVEDAD Y ÁREA DE PSORIASIS)

Se utilizó como instrumento para medir la gravedad de las lesiones y área afectada de la psoriasis en consulta médica con uso de dermatoscopio.

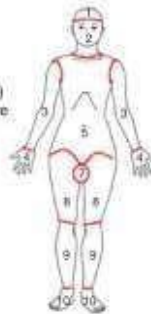
PART 1A (proSPI) Circle the option that most closely describes the current extent of psoriasis in each body area.

- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------|
| 0 | Clear or minimal with no more than a few scattered thin plaques (0) |
| ± | Obvious but still leaving plenty of normal skin (0.5) |
| + | Widespread and involving much of the affected area (1.0) |

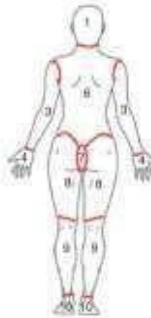
§ Please note that this is not the same as percentage body surface area (BSA) involvement: the extent score takes into account how dispersed the plaques are

PART 1A (saSPI) For each of these 10 body areas please circle one choice that best describes your psoriasis today

- | | |
|---|----------------------------------------------------------|
| 0 | Clear or so minor that it does not bother me (0) |
| ± | Obvious but still leaving plenty of normal skin (0.5) |
| + | Widespread and involving much of the affected area (1.0) |



1	Scalp and hairline	0	±	+
2	Face, neck, and ears	0	±	+
3	Arms and armpits	0	±	+
4	Hands, fingers, and fingernails*	0	±	+
5	Chest and abdomen (stomach)	0	±	+
6	Back and shoulders	0	±	+
7	Genital area and/or around anus (back passage)	0	±	+
8	Buttocks and thighs	0	±	+
9	Knees, lower legs, and ankles	0	±	+
10	Feet, toes, and toenails*	0	±	+
*PSORIASIS OF THE NAILS: even if the skin of the hands or feet is unaffected you can score ± for severe psoriasis of at least 2 and + for 6 or more finger- or toenails		SUM		



PART 1B (proSPI) Select the option that best describes the current average severity of psoriasis. This should take into account all affected areas identified above, not just the worst areas. Please refer to photographic severity key if available.

- | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Essentially clear: with faint erythema or residual pigmentation only |
| 1 | Mild: erythema and/or scale with focal slight palpable thickening |
| 2 | Mild-to-moderate: erythema and/or scale with majority of affected skin palpably thickened |
| 3 | Moderate: erythema and/or scale and/or skin thickening |
| 4 | Marked: erythema and/or scale and/or skin thickening |
| 5 | Intensely inflamed skin: with or without pustulation |

PART 1B (saSPI) Please circle whichever of these choices best describes the overall state of your psoriasis today. Your score should reflect the average of all your psoriasis, not just the worst areas.

- | | |
|---|----------------------------------------------------------------|
| 0 | Clear or just slight redness or staining |
| 1 | Mild redness or scaling with no more than slight thickening |
| 2 | Definite redness, scaling, or thickening |
| 3 | Moderately severe with obvious redness, scaling, or thickening |
| 4 | Very red and inflamed, very scaly, or very thick |
| 5 | Intensely inflamed skin with or without pustules (pus spots) |

You may be given some photographic images to help you score your psoriasis.

XI.3 Test de depresión de Beck:

Se utilizó como instrumento para evaluar la presencia de depresión, por medio de cuestionario conformado por 21 items, durante la consulta médica, el paciente llenará de acuerdo a como se sintió en las últimas 2 semanas, de 0 a 3 representado como nada en absoluto, levemente, moderadamente o severamente. El rango de la puntuación total va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-9 normal, 10-16 depresión leve; 17-29 depresión moderada; y 30-63 depresión grave.

1. Estado de animo en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no me siento triste
- 1 me siento triste la gran parte del tiempo
- 2 me siento triste todo el tiempo
- 3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo En las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1 me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo
- 2 no espero que las cosas funcionen para mi
- 3 siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puedo empezar

3. Sentimiento de fracaso en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no me siento como un fracasado
- 1 he fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3 siento que como persona soy un fracaso total

4. Insatisfacción en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2 muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 no puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

<p>5. Sentimientos de culpa en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 no me siento particularmente culpable 1 me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho 2 me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3 me siento culpable todo el tiempo</p>
<p>6. Sentimiento de castigo en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 no siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado 2 Espero ser castigado 3 Siento que estoy siendo castigado</p>
<p>7. Disconformidad con uno mismo en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo de siempre 1 He perdido la confianza en mí mismo 2 Estoy decepcionado conmigo mismo 3 No me gusta a mí mismo</p>
<p>8. Autocrítica en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo todo lo malo que sucede</p>
<p>9. Impulsos suicidas en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme 1 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</p>

<p>10.Periodos de llanto en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez 3 Siento ganas de llorar pero no puedo</p>
<p>11.Agitación en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual 1 Me siento más tenso o inquieto de lo habitual 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo</p>
<p>12.Perdida de interés en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas 3 Me es difícil interesarme por algo</p>
<p>13.Indecisión en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucho más dificultad que antes para tomar decisiones 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>
<p>14.Desvalorización en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No siento que yo sea tan valioso 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros 3 Siento que no valgo la pena</p>
<p>15.Perdida de energía</p>

<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada</p>
<p>16.Cambios de habito del sueño: en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño</p> <p>1ª Duermo un poco más de lo habitual</p> <p>1b Duermo un poco menos de lo habitual</p> <p>2ª Duermo mucho más que lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3ª Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
<p>17.Irritabilidad: en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No estoy tan irritable que lo habitual</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo</p>
<p>18.Cambios del apetito: en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <p>1ª Mi apetito es un poco menor que lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual</p> <p>2ª Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3ª No tengo apetito en lo absoluto</p> <p>3b Quiero comer todo el día</p>
<p>19.Dificultad de concentración en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo</p> <p>3 He notado que no puedo concentrarme en nada</p>

20.Cansancio o fatiga: en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más que lo habitual
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer mayoría de las cosas que solía hacer

21.Perdida del libido: en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés con el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que lo habitual
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo que lo habitual
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

XI.4 Instrumento de recolección:

Se utilizó como instrumento para la recopilación de información.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO:

Instrumento de recolección

Delegación Querétaro

Jefatura de prestaciones medicas

Hospital General Regional No. 2, el Marques, Querétaro

NSS
Turno 1= Matutino 2= Vespertino

Edad	Sexo	Estado civil
Años	1= Masculino 2= Femenino	1= Soltero 2= Casado 3= Unión Libre 4= Divorciado 5= Viudo 6= Separado

Peso	Talla	Índice de Masa Corporal Kg/ m2
Kg	M	1= normal 2= sobrepeso 3= obesidad Grado I 4= obesidad Grado II 5= obesidad Grado III 6= desnutrición

Diabetes Mellitus tipo 2	Hipertensión arterial sistémica
1= si 2= no	1= si 2= no

Hipotiroidismo	
----------------	--

1= si 2= no	
----------------	--

en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no me siento triste
- 1 me siento triste la gran parte del tiempo
- 2 me siento triste todo el tiempo
- 3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1 me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo
- 2 no espero que las cosas funcionen para mi
- 3 siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puedo empezar

en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no me siento como un fracasado
- 1 he fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3 siento que como persona soy un fracaso total

en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2 muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 no puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no me siento particularmente culpable
- 1 me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 me siento culpable todo el tiempo

en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:

- 0 no siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo de siempre 1 He perdido la confianza en mí mismo 2 Estoy decepcionado conmigo mismo 3 No me gusta a mí mismo</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo todo lo malo que sucede</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme 1 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez 3 Siento ganas de llorar pero no puedo</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual 1 Me siento más tenso o inquieto de lo habitual 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas 3 Me es difícil interesarme por algo</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p>

<p>2 Encuentro mucho más dificultad que antes para tomar decisiones</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No siento que yo sea tan valioso</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros</p> <p>3 Siento que no valgo la pena</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño</p> <p>1ª Duermo un poco más de lo habitual</p> <p>1b Duermo un poco menos de lo habitual</p> <p>2ª Duermo mucho más que lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3ª Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No estoy tan irritable que lo habitual</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <p>1ª Mi apetito es un poco menor que lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual</p> <p>2ª Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3ª No tengo apetito en lo absoluto</p> <p>3b Quiero comer todo el día</p>
<p>en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido:</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p>

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo 3 He notado que no puedo concentrarme en nada
en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido: 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual 1 Me fatigo o me canso más que lo habitual 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas de las cosas que solía hacer 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer mayoría de las cosas que solía hacer
en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy que enunciado mejor describe el modo en el que se ha sentido: 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés con el sexo 1 Estoy menos interesado en el sexo que lo habitual 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo que lo habitual 3 He perdido completamente el interés en el sexo

Test de Beck/ Puntaje=	
Gravedad de Depresión 1= Mínima 0-9 2= Leve 10-16 3= Moderada 17-29 4= Severa 30-63	Depresión 1= Si 2= No

Psoriasis puntaje=
PASI/ Gravedad 1= Leve 2= Moderado 3= Severo

Tratamiento

1= Tópico

2= Sistémico

3= Biológico

4= Combinado