



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

FACULTAD DE MEDICINA

TITULO:

**PREVALENCIA DE ALEXITIMIA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.  
PERIODO FEBRERO – JULIO 2015.**

TRABAJO DE TITULACION QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO  
PREVIO A OPTAR EL GRADO DE MEDICINA GENERAL

ESTUDIANTE: DANIELA SALAS GARCIA

NOMBRE DEL TUTOR: IVAN CHERREZ

SAMBORONDON, 30 ENERO 2016

## HOJA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Guayaquil, 30 Diciembre 2016

Yo Iván Chérrez, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema “Prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis de la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil durante el período febrero-julio del 2015” presentado por la alumna Daniela Salas García, egresada de la carrera de Medicina, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de Facultad.

---

Dr. Iván Chérrez

## **Dedicatoria**

Gracias a Dios por la vida y sus propósitos en mí.

Dedicado a mis papas por acompañarme en esta primera etapa de mi carrera y alentarme a seguir soñando. Gracias familia y amigos por creer en mí aun cuando yo no lo hacía.

## **Reconocimiento**

Agradezco al Hospital Universitario de Guayaquil por posibilitarme el acceso a los pacientes, a la Dra. María Elena Vera, especialista en dermatología, quien no solo me facilitó su consultorio para realizar las encuestas, sino fue una guía fundamental en el entendimiento de esta investigación; y al Dr. Iván Chérrez, mi tutor de tesis, por conducirme durante todo el tiempo que duró este trabajo.

Gracias a los doctores Juan Carlos Calderón, Daniel Moreno e Ibeth Regato por su asesoría estadística, fueron muy importantes para finalizar este proyecto.

## ÍNDICE GENERAL:

Aprobación del Tutor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Reconocimiento.....	iv
Indice General.....	v
Indice de Tablas.....	vi
Indice de Gráficos.....	vi
Indice de Figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Introducción.....	9
<b>Capítulo 1.....</b>	<b>11</b>
1.1. Antecedentes.....	11
1.2. Planteamiento del problema.....	16
1.3. Alcance y delimitación del objeto.....	16
1.4. Preguntas de investigación.....	16
1.5. Objetivos de la investigación.....	16
1.6. Justificación de la investigación.....	17
1.7. Formulación de hipótesis.....	17
<b>Capítulo 2.....</b>	<b>21</b>
2.1. Marco referencial.....	21
2.1.1. Marco teórico.....	21
2.1.1.1. Psoriasis.....	21
2.1.1.2. Índice de Area y severidad en psoriasis (PASI).....	36
2.1.1.3. Alexitimia.....	38
2.1.1.4. Escala de Toronto para Alexitimia (TAS-20).....	41
2.1.2. Marco Conceptual.....	44
2.1.3. Marco Legal.....	46
<b>Capítulo 3.....</b>	<b>49</b>
3.1. Diseño de la investigación.....	50
3.2. Población y muestra.....	52

3.3. Descripción de los instrumentos y herramientas.....	52
3.4. Procedimientos de la investigación.....	52
<b>Capítulo 4.....</b>	<b>54</b>
4.1. Resultados.....	54
4.2. Discusión.....	55
<b>Capítulo 5.....</b>	<b>59</b>
5.1. Propuesta de mejoramiento de la situación práctica.....	59
5.1.1. Conclusiones.....	59
5.1.2. Recomendaciones.....	60
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>70</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>74</b>

#### ÍNDICE DE TABLAS:

<b>Tabla 1.-</b> Características de la población .....	64
<b>Tabla 2.-</b> Clasificación de los corticoides tópicos.....	64
<b>Tabla 3.-</b> Clasificación de la psoriasis.....	65

#### ÍNDICE DE GRÁFICOS:

<b>Gráfico 1.-</b> Correlación sexo y alexitimia.....	66
<b>Gráfico 2.-</b> Correlación entre tiempo de diagnóstico con psoriasis y alexitimia	66
<b>Gráfico 3.-</b> Relación entre PASI, actividad y alexitimia.....	67
<b>Gráfico 4.-</b> Correlación entre la actividad de la enfermedad y alexitimia.....	67
<b>Gráfico 5.-</b> Correlación entre nivel de educación y alexitimia.....	68
<b>Gráfico 6.-</b> Correlación entre el PASI y alexitimia .....	69
<b>Gráfico 7.-</b> Resultados del TAS-20.....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS:

<b>Figura 1.-</b> Flujograma de selección de los pacientes .....	65
--	----

## Anexos

<b>ANEXO 1:</b> Cuestionario utilizado para evaluar la prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis (TAS-20).....	74
<b>ANEXO 2:</b> Calculo del PASI .....	76
<b>ANEXO 3:</b> Consentimiento informado .....	79
<b>ANEXO 1:</b> Permiso para realizar encuestas en el Hospital Universitario de Guayaquil.....	80

## **Resumen**

Alexitimia es la incapacidad de poder representar mentalmente emociones, causado por la limitación que presentan los pacientes para entenderlas, regularlas y procesarlas, dando como resultado un déficit comunicativo emocional. Los pacientes con alexitimia tienen la tendencia a somatizar sus problemas psíquicos y emocionales causando síntomas orgánicos involuntariamente; siendo ésta posible la explicación del mantenimiento de una enfermedad psicósomática.

Aproximadamente un 30% de los pacientes con patología cutánea presentan alteraciones psicológicas o psiquiátricas. Es importante conocer esto en el momento de empezar un tratamiento, ya que son factores decisivos en la prevención de la progresión, recidiva y las complicaciones. (Gupta MA, 2004)

El objetivo del estudio es demostrar la presencia alexitimia en pacientes con psoriasis, y relacionarlo con diferentes variables para conocer su impacto en el desarrollo de la enfermedad.

Para esta investigación se realizó la Escala de alexitimia de Toronto-20 (TAS-20) y el Índice de Actividad y Severidad de Psoriasis (PASI) a 50 pacientes de la consulta externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil.

Como resultado se encontró que el 58% de la población presenta alexitimia, observándose además una relación entre la edad de los pacientes encuestados y la prevalencia de la misma. Mientras más jóvenes los participantes obtuvimos mayor incidencia de alexitimia.

En conclusión se puede decir que existe una prevalencia importante de alexitimia en pacientes con psoriasis, la cual debe ser relacionada con las características individuales de la población estudiada.

**Palabras clave:** alexitimia, psoriasis, psicósomático, somatizar, TAS 20, PASI.



## Introducción

La psoriasis es una enfermedad crónica, recurrente, benigna, psicosomática de la piel. Se presenta con mayor frecuencia como psoriasis vulgar, caracterizada por placas descamativas, eritematosas en piel y cuero cabelludo. Otras presentaciones menos comunes son la Psoriasis guttata, pustulosa, eritrodérmica, inversa y psoriasis ungueal.

La prevalencia de psoriasis en la población global oscila en adultos, de 0.91 a 8.5%, viéndose influenciado por la locación geográfica. La mayoría de los estudios refieren datos hospitalarios y no de población general. En Estados Unidos es el 1% y España es 1.17-1.43% de la población general. En Sudamérica tenemos que la prevalencia de psoriasis en Argentina es de 2 a 3%, en población de origen europeo. En Ecuador es muy poca la información estadística pero entre los reportes se encuentra que existe una prevalencia de psoriasis del 1.1% de la población hospitalaria y 0,56% de la población general, según Cañarte-Palacios.

Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, reportándose que entre los años 1970 y 1974, y entre 1995 y 1999 hubo un incremento del 50% de la incidencia de psoriasis (Feldman, Marzo 015). Actualmente ésta representa entre el 3 y el 5% de los casos de la práctica dermatológica corriente. De estos pacientes aproximadamente el 25% presentan formas moderadas a graves de psoriasis. (Batista Romagosa M, 2009)

Una característica importante de la psoriasis es que es una enfermedad multifactorial, que se encuentra determinada por la predisposición genética, factores ambientales, y estilo de vida del paciente. La ansiedad, el estrés, la depresión, entre otros factores cumplen un papel importante, ya que son los desencadenantes más estudiados en cuanto a la búsqueda de la etiología de la psoriasis.

Existen diversos trastornos psicológicos y psiquiátricos que juegan un importante papel en la expresión de algunas patologías cutáneas, que en

ocasiones pueden incrementar el efecto desfavorable de la enfermedad dermatológica sobre la calidad de vida del paciente. (Cecilia Cañarte MD, Franklin Cabrera MD, Santiago Palacios MD)

La alexitimia es una de las condiciones que se asocian directamente con las enfermedades dermatológicas, influyendo ya sea en la aparición de la enfermedad, en su evolución o en su pronóstico. (Ria Willemsen, 2008)

El término alexitimia fue descrito por primera vez por Sifneos en 1973, para agrupar pacientes con características cognitivas y afectivas típicas de pacientes con desórdenes psicósomáticos. Así se describe que la alexitimia, es la incapacidad de poder generar representaciones mentales de las emociones, lo cual conduce a una mínima capacidad para comprenderlas y regularlas, que puede contribuir en el desarrollo o mantenimiento de una enfermedad psicósomática. Se ha identificado desde aquel entonces que existe una alta prevalencia de alexitimia relacionada a diferentes problemas de salud, mayormente en enfermedades crónicas. (Richards, Fortune, Griffiths, & Main, 2004 )

Al ser la psoriasis una condición psicósomática, ha sido causa de estudio para relacionarla con alexitimia, debido a que su prevalencia depende de características específicas de la población a estudiar, resulta importante comparar los resultados con las publicaciones ya existentes sobre alexitimia y psoriasis, así conocer su desarrollo con otras enfermedades psicológicas y psiquiátricas.

## **CAPÍTULO I**

### **Antecedentes**

Se define alexitimia como a un déficit comunicativo emocional, el cual se encuentra asociado al pensamiento operacional, alta impulsividad y escasas sensaciones corporales. En su etiología participan diversos factores neurológicos, psíquicos y sociales. Se cree que en individuos con diagnóstico de alexitimia, constituye un factor de riesgo frente a problemas del comportamiento y psiquiátricos, así como la prevalencia de una enfermedad física o emocional (Taylor GJ, 1997). Se plantea su diagnóstico diferencial con bloqueo emocional y depresión atípica, proponiendo un nuevo concepto de pseudoalexitimia (Alonso Fernandez, 2011).

Al ser relativamente un concepto nuevo, no existen muchos estudios en donde se haga una relación entre los pacientes con psoriasis y la presencia de alexitimia. La mayoría de los estudios sobre alexitimia, depresión y ansiedad concluyen que éstas están fuertemente relacionadas, expresándose simultáneamente en el paciente. Entre la estadística reportada tenemos que la prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis oscila entre 33 y 40% en comparación a grupos control (Masmoudi J, 2009).

En la actualidad no es rara la relación de la alexitimia y pacientes que poseen trastornos de la piel, entre ellas se encuentra la psoriasis. Esta es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, de la cual su origen se desconoce a pesar de las múltiples investigaciones y teorías de la misma. Es una enfermedad no contagiosa, crónica, benigna que se ve asociada a factores genéticos, ambientales y al estilo de vida de las personas (ansiedad, depresión, estrés).

La prevalencia mundial de psoriasis en personas adultas, se encuentra entre 0.91 a 8.5%. En Estados Unidos se diagnostican 150.000 casos nuevos por año (Chouela, 2011). En el Ecuador no existen datos estadísticos adecuados sobre la incidencia y prevalencia, el último dato del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC), reporta 86 casos de los egresos hospitalarios en el año 2000 (INEC, 2001).

En el del Hospital Carlos Andrade Marín, Quito- Ecuador, durante 7 años 1995-2002, se registraron 290 pacientes, con una prevalencia del 1.1 % de las consultas nuevas (Cañarte C, 2000). Así también el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil-Ecuador reportó que durante los años 2000-2010, se diagnosticaron 4648 casos de psoriasis, 9% en las consultas dermatológicas del centro (Spleto, 2014).

En el estudio "Alexithymia in patients with psoriasis Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20", se encontró que la prevalencia global de alexitimia en esta población de pacientes con psoriasis, como se indica por el TAS- 20, fue del 33%. La puntuación total de TAS- 20 no estaba relacionada con la gravedad clínica, la edad, la edad de inicio o la duración de la psoriasis (Chouela, 2011).

En otro estudio, "Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study" se obtuvo como resultado que los pacientes con psoriasis tenían mayores niveles de alexitimia en comparación con el grupo control de pacientes sanos. Mientras que una alta tasa de pacientes con psoriasis presenta ansiedad y la depresión, las diferencias que se encontraron en comparación con el grupo de control no fueron significativas. Aquí se describe la dificultad de los pacientes en identificar sus sentimientos y expresarlos, lo cual causa ansiedad y depresión en los pacientes (Richards, Fortune, Griffiths, & Main, 2004 ).

Aunque en los nombrados estudios se da una prevalencia, hemos decidido realizar este estudio ya que se encontraron los siguientes errores metodológicos. El primer estudio que demuestra la prevalencia tiene errores de

sesgo debido a que el estudio fue realizado en un centro especializado solo en pacientes con psoriasis. Por esta razón los resultados del mismo no pueden ser extrapolados a toda la población con psoriasis, debido a que podría interpretarse que solo los pacientes más severos concurren a este servicio, al encontrar nosotros estas diferencias metodológicas.

En el segundo artículo previamente citado, se lo describe como un caso control. Esto lo hace un estudio transversal, donde no se realiza el cálculo de la muestra por lo tanto sus conclusiones no puede ser tomadas como 100% correctas.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos científicas y no se encontraron publicaciones de alexitimia en psoriasis en Latinoamérica. Por lo tanto creemos justificado la realización del estudio ya que sabemos existen variaciones genéticas, y clínicas en el comportamiento de la psoriasis mundialmente.

## **Planteamiento del Problema**

En 1970 Sifneos y Nemiah empezaron a reportar y agrupar pacientes que tenían desordenes psicosomáticos clásicos como colitis ulcerativa, asma, ulcera péptica y artritis reumatoide; quienes demostraron “dificultad marcada en la expresión verbal o para describir sus emociones una ausencia o disminución notable de la fantasía”. (Nehim LC, 1970, págs. 154-160)

Como resultado de su investigación inicial nace el término alexitimia, que fue descrita por primera vez por Sifneos en el año 1973, quien la describe como la dificultad de reconocer, entender y describir emociones, y la se relaciona con varias patologías psicosomáticas (Richards, Fortune, Griffiths, & Main, 2004 ). Su nombre nace de las palabras griegas “Alexis” que significa “sin palabras” y “thymos” que es emoción.

La alexitimia es considerada un aspecto de la personalidad que consiste en la reducción de pensamientos simbólicos, restricción en la habilidad de fantasear, una dificultad de entender las sensaciones corporales y una inadecuada intuición y empatía (Korkoliakou & al, 2014).

Existe una amplia gama de enfermedades de la piel que puede ser provocada o exacerbada por angustia psicológica. Arc et al. Revisaron un grupo de investigaciones recientes que ofrecen evidencia sólida de un eje de la piel neuroendocrino que opera como una importante conexión "cerebro - piel" (Arck PC, 2006, págs. 1697-1404).

Entre las patologías psicosomáticas que se encuentran hoy en estudio relacionadas a la alexitimia, está la psoriasis. Al conocer esto, no podremos separar la asociación de la alexitimia con la ansiedad y la depresión con la psoriasis, que se nombraron en el estudio sin ser parte de él por el tiempo determinado para la investigación. Esto se debe a que el estrés psicológico crónico cumple un rol desencadenante para enfermedades inflamatorias de la piel por los cambios en el eje neuroendocrino entre el cerebro y la piel, lo cual es importante al momento de seleccionar los pacientes para nuestro estudio.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica que afecta principalmente la piel, las uñas y articulaciones. Tiene una conocida predisposición genética, mediada por mecanismos inmunológicos y se reconoce que diversos factores ambientales pueden desencadenar o agravar la evolución de la misma (Carolina L. Anselmi, 2012).

La psoriasis se encuentra clasificada como una enfermedad psicosomática, acompañada de estados patológicos de estrés, ansiedad, depresión y miedo. La psoriasis afecta del 1-8% de la población, con la misma distribución de género y puede ocurrir a cualquier edad; por lo tanto relacionaremos la asociación de alexitimia en pacientes que tengan un diagnóstico de psoriasis.

Entre las inquietudes que se presentan al momento de plantearnos el tema de investigación es que si llegaremos a encontrar que existe una alta prevalencia de alexitimia en estos pacientes, ¿estarán los pacientes correctamente tratados? al no poder expresar e inclusive entender lo que ellos sienten, ¿el médico tratante sabe lo que le está pasando al paciente en caso de necesitar una modificación en el tratamiento?

La psoriasis tiene una presentación clínica sumamente variable, pero en todas sus formas el aspecto físico de las lesiones psoriáticas suelen provocar un rechazo social importante a causa del aspecto de las mismas. El impacto en la calidad de vida de estos pacientes se ha estudiado por años, estableciendo una existente y completa relación entre la psoriasis y la depresión. Su prevalencia se encuentra entre 10% y el 62% según diferentes estudios (Chamoun A, 2015). Al existir también esta afección a nivel psicológico en los pacientes, es uno de los factores relacionados con la presentación y diagnóstico de la alexitimia.

Por lo tanto, la investigación se realiza con el propósito de encontrar si existe prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis en el Ecuador, y si está presente, ver si parecida a la internacional. Como no existen estudios en Ecuador ni en Latinoamérica ser los primeros en encontrar la relación. Los resultados del estudio serán de gran aporte a la comunidad científica ya que implica que al encontrar una prevalencia diferente a la reportada por las diferencias metodológicas con los estudios anteriores. Así también desde el punto de vista clínico podría ser considerada como una causa de peores desenlaces de la enfermedad.

De haber esta diferencia, se podría incorporar a la evaluación diaria de los pacientes, que no responden al tratamiento de psoriasis, a una evaluación con este test de TAS 20 e identificar la necesidad de que el paciente acuda a una consulta con el psiquiatra.

## **Formulación del problema**

- **Variable independiente**

Pacientes con diagnóstico de psoriasis, género, edad.

- **Variable dependiente**

PASI, presencia de alexitimia.

## **Sistematización del problema**

- ¿Existe alguna diferencia entre los pacientes con psoriasis latente y los pacientes con psoriasis activa y la presencia de alexitimia?
- ¿Es el estatus socioeconómico un factor de riesgo para desarrollar alexitimia?
- ¿Está relacionado el nivel de PASI al momento de la encuesta con la presencia de alexitimia?
- ¿Existe alguna relación el sexo del paciente y la presencia de alexitimia?
- ¿Es la alexitimia más frecuente en personas mayores que en los jóvenes?

## **Objetivo general**

Establecer la prevalencia de alexitimia en los pacientes con psoriasis que asisten a la consulta externa de dermatología del Hospital Universitario en Guayaquil.

## **Objetivos específicos**

- Identificar si la presencia de alexitimia en pacientes con psoriasis está relacionada con la severidad del PASI.
- Identificar si la presencia de alexitimia en pacientes con psoriasis está relacionado a tiempo de diagnóstico de psoriasis.



- Establecer si el nivel de educación es un factor de riesgo para la presencia de alexitimia.
- Determinar si el género es un factor de riesgo para la presencia de alexitimia.

### **Hipótesis principal**

La prevalencia de alexitimia en psoriasis en Guayaquil es semejante a los estudios realizados en otros países.

### **Hipótesis secundarias**

1. Hay un alta prevalencia de alexitimia en pacientes mujeres que en hombres.
2. La prevalencia de alexitimia no está relacionada al tiempo de diagnóstico de psoriasis.
3. La presencia de alexitimia aumenta en pacientes con PASI severo.
4. En los pacientes jóvenes con psoriasis es más frecuente que presenten alexitimia por la carga social de la enfermedad.

### **Justificación de la investigación**

El interés en cuanto al estudio de la alexitimia ha incrementado considerablemente en la última década. La alexitimia, como ya hemos mencionado, se refiere a un trastorno cognitivo-afectivo caracterizado por la dificultad en identificar y describir sentimientos y en elaborar fantasías, en otras palabras, es la dificultad del paciente en diferenciar y describir lo que siente, dado que no puede expresar los síntomas de su enfermedad. Este concepto se derivó de observaciones clínicas de pacientes con enfermedades psicósomáticas clásicas. Diversos estudios indican que ésta actúa como un desencadenante frente a varias patologías médicas y psiquiátricas (Ria Willemsen, 2008).

Aunque la mayoría de publicaciones se menciona a Sifneos como el primero que describió alexitimia en 1973, hoy sabemos que realmente no creó un término nuevo, sino es quien organiza las observaciones clínicas descritas en el pasado sobre pacientes psicósomáticos en una entidad conceptual. Décadas atrás diversos autores habían trabajado describiendo a estos pacientes. Entre ellos están, Polavsky en 1945 hablaba del carácter vago e impersonal del discurso de los pacientes psicósomáticos que él estudiaba, Ruesch en 1948 se enfocaba en la falta en simbolización del paciente psicósomático, mientras que Groen y Bastiaans en el año 1951 revelaron que estos pacientes no eran capaces de desprenderse del impacto afectivo en las situaciones de estrés emocional y que continuaban tratando estas situaciones como si fuesen situaciones normales, entre un gran número de autores como Freedman y Sweet (1954), McLean (1949) que hablaban del comportamiento en lo pacientes psicósomáticos (Yáñez J. F.-M., 1994).

En la definición original de alexitimia, se pueden diferenciar tres componentes; la dificultad marcada para describir sentimientos, la ausencia de la fantasía y la manifestación del pensamiento operatorio.

Con el tiempo y el aumento de interés de la comunidad científica en el tema, le ha añadido a esta definición nuevos elementos observados en estos pacientes, cuya inclusión sigue siendo discutida en la actualidad. Así a la definición se le asocian las siguientes características:

- Conformismo en el ámbito social
- Inclinación no participativa y ausencia de cuestionamiento de sucesos externos.
- Infrecuente recuerdo de ensueños
- Rigidez postural.
- Escasez de expresiones emotivas

Aunque son características asociadas a la alexitimia no están incluidas en la definición (Ria Willemsen, 2008).

Al entender un poco más sobre la alexitimia vemos como se convierte en un factor desencadenante o una variable de riesgo para el desarrollo de muchas enfermedades físicas y desordenes psiquiátricos. Debido a que utiliza estas cuatro vías, la somatización o expresión de las emociones o los sentimientos en forma de signos somáticos; el predominio de la experiencia emocional elemental negativa, tipo hostilidad; la mala calidad de vida, y la degradación de las experiencias interaccionadas con los otros.

El paciente con alexitimia es un sujeto somatizador por excelencia. Un somatizador es una persona con pocos recursos para canalizar la ansiedad, no dejando que ésta se libere de una forma adaptativa, causando que la ansiedad se manifieste a nivel físico, sin rastro de enfermedad orgánica que lo justifique.

El paciente con alexitimia vierte sus emociones y sentimientos por un canal somático sin ser capaz de diferenciar la emoción en sí de sus signos somatizados, ni de discriminar el sufrimiento emocional del dolor físico, dado que por su condición hiperestésica, experimenta todos los fenómenos corporales de un modo especialmente mortificante (Alonso Fernandez, 2011).

En la somatización decaen los mecanismos de defensa habituales de represión, desplazamiento y proyección, sin que los conflictos tengan representación mental, por lo que son remitidos a usar el cuerpo como lugar privilegiado de expresión (C Ascensión Godoy, 2003). Por todo esto, al hablar de alexitimia y de pacientes con este diagnóstico sabemos que no se puede aislar al paciente y que estarán fuertemente relacionados con depresión, ansiedad y estrés.

Se ha encontrado que la alexitimia no es inusual entre los pacientes con ciertos trastornos de la piel. Su presencia se ha incriminado en la génesis y en el mantenimiento los mismos, así como psoriasis, urticaria, dermatitis seborreica, entre otras. De estas, la psoriasis fue clasificada entre las enfermedades psicosomáticas, que es de tipo inflamatoria, crónica y recurrente. Se cree que existen factores genéticos y ambientales los que desempeñan un papel importante en la patogénesis de la enfermedad.

Entre las patologías de piel que se atienden a diario en los servicios de dermatología a nivel mundial, la psoriasis afecta aproximadamente al 5% de la población total, oscilando entre 1 y 8% dependiendo de la raza, y localización geográfica. Es importante recordar que tiene una distribución equitativa entre los géneros, y su aparición puede ocurrir a cualquier edad. Los incidentes de la psoriasis se han conectado a estados patológicos del estrés y la ansiedad, como la impaciencia, la depresión y la preocupación patológica (Carolina L. Anselmi, 2012).

Aunque la relación de la psoriasis con ciertos trastornos psicológicos y psiquiátricos, por ejemplo depresión, se conoce con mucha claridad. La relación psoriasis y alexitimia es un campo muy poco explorado. Existen muy pocos estudios en Norte América y Europa, y en Latinoamérica existe solo un estudio publicado durante el período que se realizó este trabajo.

## **CAPÍTULO II**

### **Marco referencial**

#### **Marco teórico**

##### **La Psoriasis**

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria reincidente de la piel, aparentemente autoinmune, la cual es el resultado de múltiples factores genéticos y ambientales. Aunque muchas veces no es muy tomada en cuenta, cada día la existencia de pacientes con psoriasis aumenta. Esta enfermedad afecta del 2 al 3% de la población y tiene una distribución igual entre géneros, y puede manifestarse en cualquier rango de edad, con una media de presentación a los 28 años (Wolfsthal, 2012). En la mayoría de los casos la enfermedad no es suficientemente severa para afectar la salud general y es tratada de manera ambulatoria, esto se debe a que la mayoría de los pacientes deciden ir al médico porque las placas se vuelven un problema de apariencia. Es muy rara el tipo de presentación en la que el paciente tendrá que requerir un manejo intensivo hospitalario.

La psoriasis se clasifica según su cuadro clínico, siendo su presentación más común la psoriasis vulgar que se caracteriza por la aparición de placas descamativas y pápulas eritematosas. Al ser una enfermedad cuyo mayor compromiso se encuentra en la piel, afecta en gran manera al aspecto del paciente generando estrés psicosocial.

El ser humano al ser parte de una comunidad, tiene la necesidad de sentirse aceptado y “normal” para poder desarrollarse como un individuo seguro de sí mismo y de su aspecto frente a las demás personas.

Aunque la mayoría de las personas conoce que la psoriasis no es una enfermedad contagiosa, la falta de educación en esta área de la salud. Como resultado la gente de las comunidades rechaza al paciente, sobre todo en

países con niveles socioeconómicos bajos, cuya tasa de falta de educación es más alta que en países desarrollados.

La psoriasis puede afectar la apreciación que tienen los pacientes de ellos mismos. Y esto es un potencial iniciador o exacerbante de desórdenes psicológicos como depresión, ansiedad, entre otros. Por lo tanto muchos de ellos se beneficiarían en su tratamiento cuando es acompañado de fármacos antidepresivos o terapias psicológicas.

Se ha descubierto que la incidencia de la psoriasis está fuertemente relacionada con la patogenia a estados de stress y ansiedad, así como la impaciencia, depresión y la preocupación patológica (DG, HL, & Main CJ, 1998).

### **Etiología de la psoriasis**

La etiología de la psoriasis es algo que no está totalmente descrito con certeza, pero se forman parte de la respuesta inmune de la psoriasis algunos antígenos leucocitarios humanos, los más asociados son HLA-B3, HLA - B17, HLA- BW57 y HLA CW6 (Wolfsthal, 2012).

El factor genético es uno de los de mayor importancia para analizar la patogenia de la enfermedad. Este aspecto se sustenta en la tendencia de transmitirse de forma hereditaria, o sea si ambos progenitores la sufren, las posibilidades del hijo son de 60 %, en tanto que si un solo padre está afectado, las posibilidades bajan de 20 a 30 %. El hermano de un gemelo no idéntico tiene 70 % de posibilidades de estar afectado, pero si un gemelo es idéntico, el riesgo asciende a 90 % (Falabella R, 1997).

## **Tratamiento de la psoriasis**

El tratamiento de la psoriasis será de acuerdo al grado clínico que presente el paciente. La edad de presentación de la enfermedad determinará el pronóstico y posibles causas y desencadenantes de la enfermedad. La psoriasis tipo I de inicio en la infancia tardía-pubertad, asociado más a antecedentes familiares y clínica más severa y psoriasis tipo II con inicio en la cuarta década, de curso menos indolente y sin tanta predisposición genética.

En las lesiones hay dos componentes claramente que son la hiperproliferación epidérmica, con un gran aumento del número de células basales que se multiplican y diferenciación anómala del queratinocito, e inflamación de la dermis. El linfocito T y cumple un papel importante como factor patogénico en la producción de las lesiones cutáneas; éste influiría en los otros mecanismos alterados como la hiperproliferación epidérmica. (Lázaro Ochaíta P, 2001)

El primer aspecto clave en el manejo de un paciente con psoriasis es una buena relación médico-paciente, lo cual es esencial para el mejoramiento de cualquier enfermedad. Como ya se mencionó, la psoriasis es una enfermedad crónica, que se ve ocasionada y/o desencadenada por factores ambientales y psicológicos, que no llega a ser curada sino, con el tratamiento adecuado, mantenerla controlada.

Se debe ofrecer información clara al paciente sobre que es su enfermedad, cuales son las complicaciones, que puede empeorar su cuadro clínico y así también explicarles a la familia. No debemos ocultarle la cronicidad y los brotes que puede presentar, que puede recaer incluso después de haber realizado el tratamiento más adecuado, la ausencia de contagio y la posibilidad de seguir su vida normal. La comodidad o incomodidad de los tratamientos y los efectos secundarios que pueden presentarse durante el mismo.

Es importante conversar con los pacientes y advertirles de productos “hechos en casa” que quizás puedan recomendarles y explicarles como pueden agravar su cuadro. Que tengan una clara visión de que el estrés no es solo emocional, si no de hábitos como el cigarrillo, mala alimentación, la ingesta de alcohol, etc. Todos aquellos hábitos que afecten al sistema inmune y disminuyan las defensas de los pacientes, y la relación con las exacerbaciones de la enfermedad.

Sólo se ha demostrado empeoramiento de las formas pustulosas con el consumo de tabaco, sobre todo en mujeres y dosis dependiente y, en algunos trabajos relacionan una mala evolución clínica con la ingestión de alcohol. Las posibles opciones terapéuticas vienen determinadas por el tipo de psoriasis, la gravedad, la extensión y la localización de las lesiones. (Lázaro Ochaita P, 2001)

Otro factor importante que se debe tener en cuenta es la parte estética del paciente que afectará a todos por igual sin escatimar sexo, edad, actividad profesional y social. Se debe educar a los pacientes en el cuidado general de su piel que en ellos debe ser más estricta que en personas que no presenten esta patología. Lo elemental que es la frecuente lubricación cutánea con emolientes, de tipo crema agua/aceite, ya que se ha visto que este hábito puede mejorar considerablemente las lesiones y disminuir las molestias del paciente. Los emolientes actúan creando una capa oleosa oclusiva que hidrata la capa córnea de la piel, lo cual impide la evaporación del agua y previenen la formación de fisuras; manteniéndola correctamente hidratada.

Otros coadyuvantes para el mantenimiento de los pacientes con psoriasis son los aceites minerales (parafina, vaselina) y sintéticos con el amplio grupo de los polioxietilenglicoles, los cuales tienen una propiedad importante de reducir la cohesión de los corneocitos facilitando su descamación. Se venden como cosméticos y son las llamadas cremas hidratantes. En ocasiones, las cremas mencionadas llevan incorporadas urea (5-30%) o ácido salicílico (3-15%) para producir una eliminación de las capas superficiales de la piel. Permitiendo de esta manera la correcta restauración y regeneración de la misma.



Existen también un grupo de tratamientos tópicos que pueden ser irritantes y otros necesitan una dedicación diaria importante ya que deben ser aplicados 2 ó 3 veces al día. Es importante que el paciente entienda el tratamiento y lo pueda cumplir, así como la familia para que se sientan apoyados en el proceso.

Los tratamientos tópicos sólo están indicados en formas leves que afecten a menos del 10% de la superficie corporal, o de coadyuvantes cuando el paciente ya está en un tratamiento sistémico. En superficies mayores la posible absorción es alta y el tiempo necesario para la aplicación del producto sería muy elevado con lo que el cumplimiento del tratamiento en cada una de las lesiones no se realizaría adecuadamente, el costo y la dedicación al tratamiento serían un problema para algunos pacientes.

Los tratamientos tópicos de soporte para la psoriasis son: los corticosteroides, alquitranes, ditranol, derivados de la vitamina D y retinoides, utilizados independientemente si el paciente se encuentra en un tratamiento sistémico o no.

## **Corticoides**

Los corticosteroides son la droga de elección más utilizada a nivel nacional para el tratamiento de la psoriasis, ya que se encuentran en el cuadro básico de medicamentos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estos fármacos, descubiertos por Suizberger y Witten, se utilizan en las enfermedades inflamatorias desde 1952. En este momento se inaugura la corticoterapia tópica para la rama de dermatología.

Para conocer su mecanismo de acción es importante saber la estructura química del fármaco. Tienen una estructura común todos los corticoesteroides, caracterizada por un núcleo de ciclopentanoperhidrofenantreno, en el que se cumple la función donde determinadas modificaciones aumentan la potencia generándose dobles

enlaces en C1-C2, halogenización en C6,C9,C21, adición de grupos hidroxilo o cadenas carbonatadas como acetónidos, valeratos y propionatos. La utilidad de un corticosteroide se basa en su efecto antiinflamatorio, inmunosupresor y antimitótico. Su mecanismo de acción es intracelular: una vez dentro del citoplasma hay unos receptores intracitoplasmáticos específicos en los que son transportados al núcleo donde se unen a la región del «DNA elemento de respuesta al corticosteroide», lo que inhibe o estimula la transcripción genética adyacente y regula el proceso inflamatorio. (Tabla 2)

### **Tratamiento sistémico**

Cuando la psoriasis ya no puede controlarse con terapia tópica que es el caso de algunos pacientes, tenemos alternativas de tratamiento sistémico, de uso exclusivo dermatológico, que deben conocerse para ayuda del paciente que sigue estos tratamientos, para mejorar su calidad de vida con esta enfermedad crónica.

Entre las opciones de tratamiento tenemos fototerapia, fotoquimioterapia, retinoides, ciclosporina y metotrexato. El área de la investigación dermatológica continúa en investigaciones para encontrar la cura de la psoriasis.

La fototerapia y fotoquimioterapia no es más que el correcto uso de los rayos solares. El efecto beneficioso del sol, en la mayoría de los pacientes, es conocido por todos ellos, aunque deben protegerse ya que el exceso de exposición solar puede causar una quemadura que podría empeorar las lesiones, causando irritación y puede ser propensa a infecciones dérmicas.

De los retinoides sistémicos, tenemos el soriatane (acitretina), el cual es un retinoide oral. Siendo el único actualmente disponible, éste es una forma sintética de la vitamina A. La manera en la que los retinoides trabajan es ayudando a controlar la multiplicación de las células de la piel, incluyendo la rapidez de crecimiento y la exfoliación de la superficie de la piel.

El soriatane es el único retinoide de administración oral hasta el momento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) específicamente para tratar la psoriasis. Por lo tanto es el único retinoide de elección al momento del tratamiento.

Entre los medicamentos usados tenemos así mismo la ciclosporina, un deca péptido que inhibe la formación de interleukina-2 (IL2) por el linfocito T4, suprimiendo el sistema inmunológico, con el fin de enlentecer la progresión de la psoriasis, así como el de la artritis psoriática. Con el uso y los avances en la investigación se ha demostrado que también existe una acción citostática directa sobre los queratinocitos.

Su uso se limita al momento que empezamos a ver complicaciones graves de la enfermedad. La principal indicación son las psoriasis eritrodérmicas o eritematoescamosas muy inestables. Su efecto es inmediato, consiguiendo un rápido mejoramiento, pero con necesidad de control de tensión arterial y aclaramiento de la creatinina, ya que puede provocar daños crónicos e irreversibles a nivel renal, arterial y cardíaco.

### **Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD)**

Existe otro grupo de fármacos importantes para el tratamiento de la psoriasis, llamados “medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad”. Su función es tratar la inflamación y al mismo tiempo interfieren con los procesos que causan la enfermedad. Entre ellos tenemos la terapia antimalárica y el metotrexate.

Los antimaláricos son los comúnmente más utilizados en el tratamiento de la artritis reumatoide. No son la droga de elección para el tratamiento de la artritis psoriásica ya que existen ciertos medicamentos antimaláricos pueden desencadenar en algunas personas síntomas de psoriasis. Pero es importante

conocerlos ya que se pueden utilizar cuando no existen más opciones y el paciente lo necesita. (al L. P., 2009)

## **Metotrexate**

El metotrexate, es un antagonista del ácido fólico, conocido y utilizado desde hace más de 40 años muy conocido a por los dermatólogos por la excelente respuesta que la mayoría de los pacientes obtienen.

Su mecanismo de acción radica en inhibir enzimas para interrumpir en el ciclo rápido de crecimiento de las células. Actúa inhibiendo la síntesis de DNA. Se necesita un estricto control de cifras de transaminasas, y funcionamiento de médula ósea ya que tiene altos niveles de toxicidad. Una de sus contraindicaciones absolutas es que no debe asociar nunca a trimetoprima/sulfametoxazol.

Entre sus efectos adversos puede también provocar úlceras orales y sensación de quemazón en las lesiones. Algunos de estos efectos se contrarrestan con la administración de ácido fólico.

En las personas que con diagnóstico de psoriasis, sobre todo cuando los tratamientos tópicos no han tenido resultados el metotrexate les ofrece excelentes resultados mejorando en gran manera el estilo de vida del paciente así como la calidad de vida que tiene. Es también tratamiento de elección para reducir la inflamación de la artritis psoriásica.

## **Sulfasalazina**

Para finalizar con los medicamentos que trabajan en la moderación del sistema inmunológico, tenemos la sulfasalazina, la cual puede usarse en el

tratamiento de la artritis psoriásica. Sus resultados no son tan efectivos en la psoriasis como los obtenidos por el metotrexate.

### **Medicamentos antiinflamatorios no esteroidales (AINES)**

Es importante mencionar a este grupo de medicamentos ya que al hablar que la psoriasis es una enfermedad crónica, los AINES pueden ayudar a aliviar el dolor, la hinchazón y la rigidez de las articulaciones.

Los AINES forman parte de la práctica clínica diaria de la mayoría de las especialidades, y de uso libre por los pacientes ya que están disponibles en formulaciones de diferentes potencias, con o sin receta médica.

### **Complicaciones de la psoriasis**

La psoriasis es una enfermedad crónica, que a pesar que el paciente no tenga lesiones todo el tiempo, no debe descuidar su estilo de vida para no exacerbar la aparición de lesiones. Cuando existe una psoriasis severa puede producir deficiencias en folato, familia de las vitaminas B, la cual es importante para las correctas funciones neurológicas. La misma en mujeres en edades fértiles es importante ya que previenen el defecto en fetos y elevaciones de la homocisteine, y es un factor importante para los pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria.

Con el avance de los estudios y la investigación, se ha demostrado que la psoriasis puede ser cambiar a una alteración maligna, o cáncer de la piel. Resultado no solo por la génesis de la enfermedad si no por los medicamentos que se utilizan para la misma, sobre todo en las presentaciones graves de la enfermedad. Aunque no haber tomado medicamentos sistémicos para la psoriasis no significa que disminuye la probabilidad de malignidad.

La psoriasis como cualquier enfermedad presenta complicaciones en el momento que el paciente no logra tener una correcta adherencia al tratamiento, o cuando el personal de salud se demora en realizar el correcto diagnóstico.

Una de las complicaciones que molestan al paciente en su diario vivir es la incorrecta regulación de la temperatura corporal. Esto ocurre generalmente en la psoriasis eritrodérmica la cual se caracteriza porque las lesiones psoriáticas cubren el área corporal total del paciente, pudiendo causar anomalías en la habilidad del cuerpo para regular la temperatura.

Una complicación poco común es la psoriasis Zumbusch, la cual es una combinación de psoriasis eritrodérmica y pustular causa una seria condición. Se caracteriza por ser una condición que se puede desarrollar abruptamente en el paciente.

Los síntomas de esta presentación varían pudiendo incluir fiebre, escalofríos, pérdida de peso y debilidad muscular. Los pacientes con este tipo de psoriasis pueden desarrollar excesiva acumulación de fluidos, pérdida de proteínas, deshidratación sin pérdida aparente, generándose un desbalance electrolítico. Aumentando la susceptibilidad de paciente a sobre infecciones bacterianas o micóticas en las lesiones psoriáticas.

Una de las complicaciones más frecuentes es la artritis psoriática. Muchos de estos casos de artritis psoriática son leves y bien manejados por el dermatólogo el cual debe trabajar en conjunto con el médico reumatólogo. Si no se consigue un correcto cuidado pueden ocurrir mayores complicaciones relacionadas a la artritis como deformidad y destrucción de las articulaciones.

La deformidad severa y destrucción de las articulaciones, llamada artritis mutilante, ocurre con mayor frecuencia en en las pequeñas articulaciones de las manos y pies. Estudios reportan una incidencia de cerca del 5-16% de los pacientes. Existe un mayor riesgo para los pacientes que aparte de su

diagnóstico de psoriasis tiene comorbilidades como osteoartritis o artritis reumatoidea.

### **Desencadenantes y/o exacerbantes de psoriasis**

Para el correcto control de esta enfermedad de curso crónico es importante la educación del paciente y de su familia de parte del médico tratante. Los traumas físicos y/o químicos en la piel a cualquier edad son frecuentemente causa de aparición de placas psoriáticas.

En lactantes y niños pequeños la fricción por los pañales, en adolescentes y adultos la ropa ajustada, laceraciones y escisiones que pueden desencadenar algo llamado fenómeno de Koebner. Este es el resultado de la liberación de citocinas proinflamatorias o de la exposición de autoantígenos inducida por los traumatismos.

Otras causas incluyen las quemaduras solares, y agentes químicos irritantes o cáusticos. Las infecciones bacterianas, las cuales en niños se asocian a infecciones del tracto respiratorio superior, faringitis estreptocócica y ocasionalmente dermatitis perianal, por lo tanto es importante el correcto cuidado por los padres de ellos. (Sociudad Argentina de Dermatología, 2010)

### **Psoriasis en el Ecuador**

Psoriasis como ya sabemos es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, se caracteriza por el enrojecimiento, descamación exagerada y prurito. Es una enfermedad no contagiosa que puede afectar piel, uñas, cuero cabelludo y articulaciones. La palabra psoriasis, derivada del griego, que significa *psor*: prurito, *iasis*: estado.

Con el tiempo se ha encontrado que los pacientes con psoriasis pueden desarrollar otras enfermedades como diabetes, hipertensión, artritis psoriásica, síndrome metabólico, factores de riesgo importantes en los eventos cardiovasculares. Por ésta razón se considera que la psoriasis es una dermatosis que debe ser tratada de forma multidisciplinaria con otras especialidades.

Aunque se ha avanzado mucho en estudios todavía no se conoce la causa de la misma, pero es importante destacar que esta dermatosis si bien tiene una base genética, también puede presentarse por desencadenantes como el suministro de antiinflamatorios, antihipertensivos, alcohol, procesos infecciosos, factores ambientales, psicológicos como estrés laboral y educativo. De esta manera afecta significativa en la calidad de vida del paciente, tanto en el ámbito físico, emocional, laboral, social, sexual y económico.

La prevalencia de la psoriasis es de 1-6% en la población mundial, afecta a hombres y mujeres por igual, sin tener una edad de presentación aunque predomina su aparición entre los 18 y 50 años. Su existencia es más común en piel tipo I y II según la clasificación de Fitzpatrick, que son personas de raza blanca (Griffiths CEM, 2007, págs. 258-62. ). Las causas de tales variaciones van desde factores raciales hasta geográficos y ambientales, lo que explica la importancia del estudio de esta enfermedad según el país y grupo de personas (Alfonso Trujillo I, 2002).

La psoriasis representa entre el 3 y el 5% de los casos de la práctica dermatológica corriente, de los cuales aproximadamente 25 % de los pacientes con psoriasis que llegan a la consulta presentan formas de moderadas a graves. (Batista Romagosa M, 2009)

En Ecuador no se conoce la incidencia ni la prevalencia de esta enfermedad, ni a nivel nacional ni provincial, ya que la información proporcionada por organismos oficiales es muy pobre. Pero un ejemplo que



tenemos es que el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador) reportó 86 casos de egresos hospitalarios en el año 2000 con diagnóstico de psoriasis. (INEC, 2001) Un trabajo realizado en la Consulta externa del Hospital Dr. Luis Vernaza que busco la frecuencia e incidencia de los casos de psoriasis entre el año 2000 y el año 2010, reportó que durante el periodo en estudio se incluyeron un total de 4648 casos con diagnóstico de psoriasis.

Existen sin embargo iniciativas particulares que logran dar una ligera idea de la magnitud del problema aunque referido a circunscripciones específicas. Entre esas tenemos Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis (FEPSO), la cual “nace con la idea de que los pacientes enfermos de la piel no se curen únicamente con remedios, sino que también necesitan de la parte afectiva, humana, y de orientación”, indica el doctor Santiago Palacios, presidente de la institución (Hora, 2005).

Existen algunos factores que pueden tanto desencadenar así como exacerbar la psoriasis incluyen, entre esos tenemos infecciones, fármacos (Beta-bloqueadores, AINES, litio y cloroquina), el consumo excesivo de alcohol, traumatismos físicos y estrés psicológico (Bo K, 2008, págs. 5-40).

Entre las complicaciones de la psoriasis tenemos la eritrodermia y la artritis psoriática, la cual se considera una artropatía erosiva potencialmente destructiva que según algunas series se presenta en el 5% al 30% de la psoriasis cutánea (Kyle S, 2004). Al no existir un tratamiento curativo para la psoriasis es una enfermedad que afecta de por vida al estilo de vida de los pacientes y su bienestar general día a día.

Aunque sabemos que la psoriasis no es una enfermedad con alta mortalidad, tiene un fuerte impacto negativo en calidad de vida por su afectación en el ámbito psico-emocional. Entre los problemas que afrontan son niveles reducidos de plazas de trabajo, ingresos, falta de conocimiento de la enfermedad de las personas a su alrededor sino también por los dolores físicos y limitaciones que presentan con los diferentes tipos de la psoriasis.

Sabemos que existe un problema de salud ya que desde el año 2015, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Guayaquil, se realiza la Terapia Biológica, como alternativa eficaz para tratamiento de la psoriasis. Consiste en la administración de fármacos biológicos de forma sistémica. Con su aplicación se logran resultados eficaces en pacientes con Psoriasis, dermatosis de carácter crónico.

Cuando se realiza este tratamiento, el paciente debe permanecer en el hospital de 3 a 4 horas para su administración; durante este tiempo, el personal de enfermería capacitado, observa y monitorea los signos vitales del paciente.

La terapia biológica son fármacos creados mediante biotecnología (moléculas que actúan como antagonistas del Factor de Necrosis Tumoral alfa), el cual incide en la inflamación de las lesiones, quien va a recibir este tratamiento debe presentar:

- Una afección cutánea mayor al 10%.
- Un índice de afectación y severidad mayor al 10% y.
- Una afección de calidad de vida mayor al 10%

Estos criterios permiten establecer que el paciente presenta una psoriasis de moderada a severa. (Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2015)

## **Psoriasis y trastornos psiquiátricos**

Las enfermedades dermatológicas en las cuales la morbilidad psicológica y psiquiátrica se tienen en común el hecho de que se exacerban en relación con el estrés psicológico y que pueden ser manifestaciones simultáneas en sujetos con patología psiquiátrica como depresión. El

reconocimiento del paciente dermatológico con riesgo de presentar un trastorno psicológico o psiquiátrico es crucial.

Una investigación en 132 enfermos indicó que el 39% refería un evento estresante el mes previo al primer episodio de psoriasis. Una investigación en 245 niños con psoriasis reveló que el estrés era un factor desencadenante en el 90% de los casos. Sin embargo, no se registró correlación entre la gravedad del estrés y el tiempo hasta la aparición o exacerbación de la psoriasis. Por su parte, la afección cutánea genera un efecto sumamente desfavorable en la calidad de vida de los pacientes, fenómeno que a su vez es causa de morbilidad psicológica importante. El estrés asociado con la psoriasis puede influir en la exacerbación de la afección de la piel pero cabe destacar, añaden los autores, que las mediciones clínicas y epidemiológicas de gravedad en psoriasis sólo explican una parte leve de la variabilidad en el estrés y en la incapacidad psicológica.

La patología psiquiátrica en psoriasis puede ser primaria o secundaria al efecto de la enfermedad sobre la calidad de vida. Las consecuencias económicas también son mayores en sujetos con enfermedad más grave, de modo que se incrementa aún más la morbilidad psicosocial.

Las características psicológicas más frecuentemente encontradas incluyen depresión, ansiedad, rasgos obsesivos y dificultades para la expresión verbal de las emociones, especialmente ira. La psoriasis de inicio a edades tempranas se ha correlacionado con mayores dificultades en la expresión de la cólera -un rasgo de personalidad que puede tornar al enfermo más susceptible al estrés- (Madhulika A. Gupta, December 2003, Volume 4).

La alexitimia es un hallazgo frecuente en individuos con psoriasis y puede contribuir con la aparición de ansiedad y depresión. Cuando se estudió la relación entre la duración de la psoriasis y las características de la personalidad no se encontró ningún patrón homogéneo, lo cual sugiere que estos rasgos no surgen por la enfermedad cutánea crónica.

## **Índice de Área y de Severidad de Psoriasis (PASI)**

El PASI es una herramienta clínica creada para valorar a manera de escala la severidad y la extensión de área cuando existen lesiones psoriáticas. Su nombre es dado por sus siglas en inglés: **P**soriasis **A**rea and **S**everity **I**ndex. En español “Índice de Área y Severidad de la psoriasis”.

Este método objetivo que se aplica desde 1978 en pacientes con psoriasis, para la evaluación clínica de la respuesta terapéutica en la práctica clínica diaria y en los ensayos clínicos. (Alfonso-Trujillo, 2007)

Las características que se valoran aquí son la intensidad del eritema, extensión de la superficie afectada, el grosor de las placas y la descamación que estas presentan las placas.

Para esto se da a las características valores numéricos para poder clasificarlos. Los valores son:

- 0 – ninguno
- 1 – leve
- 2 – moderato
- 3 – severo
- 4 – muy severo

Según el resultado final medimos la severidad y la actividad de la enfermedad en ese momento.

## **Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas**

Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas se refiere a desórdenes que es diagnosticado cuando la condición médica general del paciente ya se ha visto afectada no solo psicológicamente si no en su

comportamiento diario. Es importante conocer esto, ya que si el personal de salud se encuentra en conocimiento del tema se puede diagnosticar a tiempo y derivar al paciente a otro miembro del equipo más preparado. Así precipitarse a factores que puedan exacerbar condiciones médicas, interferencia en los tratamientos clínicos o contribuir a la morbilidad y mortalidad de una enfermedad orgánica.

Es importante que los médicos de todas las especialidades clínicas sepan cuando derivar a los pacientes por causa de factores psicológicos, sin que estos pacientes hayan tenido previamente un diagnóstico psicológico o psiquiátrico previo.

Se sugiere buscar ayuda cuando los resultados aparentes representan una enfermedad psiquiátrica mal controlada, aunque no haya sido previamente diagnosticada, como por ejemplo problemas depresivos, crisis de ansiedad, que el paciente, o el familiar refieren cambios en el comportamiento.

Es importante que exista una buena relación médico- paciente para poder valorar la evolución de la enfermedad orgánica y poder diferenciar cuando se está viendo somatizada por algún desorden psicológico del paciente. Así como una correcta historia clínica en cada consulta, ya que son pacientes que necesitan sentir que el médico les genera confianza. De esta manera el paciente siente empatía hacia su médico, se le es más fácil llevar su tratamiento correctamente y al médico se le facilita el acceso a educar al paciente, así como a la familia del mismo.

No se puede dejar de lado el explicarle a los pacientes las complicaciones de su enfermedad o las complicaciones del tratamiento que estén realizando por miedo a que somaticen el problema y que haya una peor evolución de la enfermedad. El paciente debe saber y entender claramente que es lo que tiene y aprender a vivir con la enfermedad, cambiando su estilo de vida. Para esto es propicio recomendar al paciente grupos de apoyo, o realizar una interconsulta aun profesional de salud más preparado en el tema. (Levenson, Dimsdale, & Solomon, 2015)

## **Alexitimia**

La alexitimia forma parte de un amplio grupo de trastornos mentales, las cuales constituyen aproximadamente el 25% de las consultas médicas. Se perciben síntomas somáticos leves y transitorios, que no siempre son expresados en un consultorio médico. No se conoce la frecuencia exacta con la que se presenta este tipo de enfermedad debido a que quien la padece no siempre es diagnosticado, ya sea por falta de conocimiento del personal de salud o porque el paciente no sabe cómo expresar lo que está sintiendo.

El termino alexitimia fue introducido por Sifneos como recopilación de muchos autores décadas atrás que expresaban características de pacientes psicomaticos en una entidad conceptual; la define con el fin de describir una deficiencia en el entendimiento, proceso y descripción de las emociones (PE, 1973). La alexitimia es considerada una alteración en la personalidad que consiste en reducir los pensamientos simbólicos, una restricción en la vida fantástica, orientándola y exteriorizando el pensamiento cognitivo; con una dificultad de distinguir las sensaciones del cuerpo y un adecuado entendimiento de la intuición y la empatía (A, y otros, 2003).

El principio de la medicina psicósomática es la deficiencia en la experiencia y en la expresión de las emociones que se transforma en un evento que afecta a la salud de los pacientes de manera negativa. Esto sugiere un fuerte enlace entre la alexitimia como probable causal o detonador de enfermedades psicósomáticas.

En la literatura se considerada que la etiología de la alexitimia es una consecuencia de diversos factores genéticos, déficits neurobiológicos y detonantes que desarrollan una susceptibilidad a la enfermedad, junto a otras variables. Un punto de vista hacia la alexitimia es que es constituida como un factor de riesgo a diferentes enfermedades psiquiátricas, trastornos en el

comportamiento, así como problemas en el desarrollo interpersonal o enfermedades físicas (GJ, RM, & JDA, 1997).

En su artículo "Alexithymia and dermatology" Willemsen et al., recopilan numerosas publicaciones en cuanto a la etiología de la alexitimia. Reportan un vínculo importante de experiencias traumáticas a temprana edad en estos pacientes, o una falta de apego e inseguridad con las personas que los cuidan como posible causa de su origen.

De hecho, las primeras relaciones de una persona son importantes, ya que son capaces de influir en la organización del estrés y de las emociones. Las personas con un apego seguro se sienten cómodas con la intimidad y la autonomía. Ellos esperan que su pareja sea confiable y que él, o ella será quien va a proporcionar apoyo cuando sea necesario. Por lo tanto, se sugiere que un apego inseguro podría aumentar el estrés percibido y puede afectar a la intensidad o la duración de la respuesta al estrés fisiológico (Kooiman CG, 2004).

Existe un grupo de investigadores que dedicados a la búsqueda de la etiología de la alexitimia encontraron que existe una relación entre la alexitimia, la psicofisiología y el sistema inmune. El sistema inmune está influenciado por el sistema autónomo, existen fibras simpáticas que inervan los órganos linfáticos, por las cuales las catecolaminas pueden circular influenciando la producción de citoquinas. La actividad simpática aumenta la actividad celular y la respuesta celular de T-helper-1, Th-1.

Este sistema nervioso autónomo está especialmente implicado en el estrés agudo. Además, especialmente durante el estrés crónico, donde se produce una respuesta endocrina al estrés es inducida por la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que conduce a la secreción de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la hipófisis y corticosteroides de la glándula adrenal. (Guilbaud O, 2003)

Se ha demostrado que el estrés agudo aumenta la actividad simpática cardíaca y la concentración de catecolaminas en plasma, y a su vez induce la

respuesta inmunitaria mediada por las células Th-1. El estrés crónico tiene como resultado un incremento en la presión arterial y de los niveles plasmáticos de ACTH, y la disminución de la respuesta inmune celular, con la inducción de la respuesta celular humoral por T-helper-2, Th-2 (Guilbaud O, 2003).

Investigaciones han revelado la existencia de un complejo neuronal-immuno-endocrino-cutáneo, una red de comunicación entre el cerebro y la piel que puede actuar como un periférico equivalente del eje HPA, como una respuesta al estrés local independiente sistema. En personas vulnerables, la liberación inducida por el estrés de neuroinmune sustancias, incluidos los neuropéptidos, pueden activar procesos inflamatorios en la piel. El estrés también puede alterar la permeabilidad de la barrera epidérmica, que pueden, a su vez, activar una cascada de citocinas epidérmica-iniciado con la persistencia de la inflamación de la piel (Arck PC, 2006).

### **Tratamiento de Alexitimia**

A pesar de que con el tiempo, desde la descripción de alexitimia, llama la atención que son muy pocas las publicaciones que hablen de su tratamiento. No es frecuente que los pacientes con alexitimia vayan y busquen terapias o ayuda por su propia voluntad. Esto ocurre generalmente por la presión generada por los familiares o personas que frecuentan y ha notado que algo anda mal. (Swiller, 1988)

Uno de los que más ha investigado del tema es Swiller, quien propone un tratamiento en donde el paciente debe combinar una terapia individual con un profesional en psicología o psiquiatría, y una terapia grupal. La cual se basa en la teoría de Lane Schwartz que se basa en la teoría del desarrollo cognitivo de la conciencia emocional.



Lane y Swarts proponen en 5 pasos el desarrollo cognitivo, los pueden ser desde el más primitivo (reflexivo sensorial motor) al más avanzado que es operacional- formal. (Yáñez J. F.-M., 1994)

### **La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)**

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) es un cuestionario que incluye 20 preguntas desarrolladas por Bagby en el año 1994. El TAS-20 es la versión mejorada de un sin número de cuestionarios que se crearon y fueron mejorando desde 1973 cuando Sifneos introdujo el término de alexitimia.

Hasta mediados de los 80, dominaron las escalas clínicas como el Beth-Israel Questionnaire (BIQ) de Sifneos (1973) y las técnicas proyectivas como el Test de las Manchas de Tinta de Rorschach (Vogt, Burckstrummer, Ernot, Meyer y Rad, 1977), el TematicAperceptive Test (TAT) (Lolas y von Rad, 1977), el Arhetypal Test-9 (AT-9) (Demers-Desrosiers, 1982) y ScoredArchetypal Test-9 (SAT-9) (Cohen, Demers-Desrosiers y Catchlove, 1983); pues las medidas de autocuestionario desarrolladas resultaban un total fracaso, medidas como la Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS) de Apfel y Sifneos (1979) y la MMPI-Alexithymia Scale (MMPI-AS) de Kleiger y Kinsman (1980). (Moral de la Rubia & Retamales Rojas, 2001)

Con la evolución del cuestionario para el diagnóstico de alexitimia en 10885 Taylor, Ryan y Bagby cambiaron el panorama de la medición, al resultar una escala de autocuestionario fiable y válida, sin los problemas de confiabilidad de las medidas proyectivas como el Rorschach y el TAT, al publicar de la Escala de Alexitimia de Toronto de 26 elementos (TAS26). Con el propósito de mejorar las preguntas y tener el mejor resultado diagnóstico, Badby, Parker y Taylor hicieron un consenso entre las 2 últimas TAS de 23 y 26 preguntas, y crearon la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) de 20 preguntas.

La TAS presenta, como primer factor, un déficit en la discriminación de señales emocionales, esto es, dificultad para diferenciar las reacciones afectivas de los síntomas y signos médicos. Factor que ha abierto la vía a diversas teorías cognitivas. Aunque TAS-20 es más eficaz detectando la ausencia de alexitimia que su presencia, demostró una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest.

La fiabilidad de la escala completa es elevada (alfa de Cronbach de 0,81). En la validación española la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. La sensibilidad y la especificidad del TAS-20 es del 78% al 95%, respectivamente.

El resultado de la encuesta se clasifica en:

<= 51	Ausencia de alexitimia
entre 52 y 60	Posible alexitimia
>= 61	Alexitimia

Obteniendo de esta manera el diagnóstico de alexitimia.

## **Psoriasis y Alexitimia**

Para entender el rol que cumple la alexitimia en el posible origen y/o exacerbaciones de la psoriasis, es importante saber que la alexitimia puede estar asociada a la somatización. Basándose en que los individuos con alexitimia carecen de representaciones mentales de las emociones debido a un déficit en el procesamiento cognitivo. Dando como resultado una capacidad limitada para comprender y regular las emociones.

Se han propuesto etiologías potenciales para explicar el fenómeno de somatización: un componente biológico o genético, rasgos de personalidad,

exposición en la primera infancia a los modelos de comportamiento de la enfermedad, exposición al trauma y procesamiento emocional disfuncional.

En la explicación y/u origen de patología psiquiátrica en las enfermedades dermatológicas intervienen múltiples factores tales como la severidad de la dermatosis, cronicidad, repercusiones estéticas, acontecimientos vitales, autoimagen corporal, ansiedad social, atractivo interpersonal percibido, etc. (García Hernández, Ruiz Doblado, & Caballero Andaluz, 2000)

Está comprobado que los pacientes que somatizan tienen mayores niveles de excitación fisiológica y son menos propensos a habituarse a un estímulo estresante que los sujetos control. (Torres-Hernández M, 2015)

A pesar de la existencia de la hipótesis psicósomática en cuanto a la psoriasis, existen pocos estudios que asocien la psoriasis con la alexitimia. Además la mayoría de los estudios en cuanto a la alexitimia en pacientes con diagnóstico de psoriasis no ha concluido factores importantes que se hayan asociado como la depresión o la ansiedad o han evaluado el uso de herramientas sicométricas que contienen aspectos somáticos que serían más comunes en las psoriasis (S, AL, RT, & P, 1998).

Considerando la escases científica de literatura con estudios relevantes en cuanto a la prevalencia de la alexitimia en pacientes con psoriasis que nos proporcionen resultados útiles que afirmen la relación entre la depresión la ansiedad como síntomas de alexitimia; así como las 3 dimensiones de dificultad para identificar sentimientos, dificultada para describir los sentimientos y exteriorizar pensamientos.

Al tener el rol de los niveles de estrés en la psoriasis, ya ha sido aceptada, la naturaleza de esta asociación todavía debe ser justificada. Al entender que la psoriasis se pueda verse significativamente afectada por factores psicosociales, es importante que aparte del manejo clínico convencional, se ha sugerido enfatizar el tratamiento conjunto con terapias psicológicas y psiquiátricas de estos pacientes.

## Marco conceptual

- **Psoriasis:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica, de naturaleza inmunológica, de predisposición genética y desencadenantes multifactoriales. Se caracteriza por la afectación de piel, semimucosas, mucosas y anexos, y puede también comprometer articulaciones. Muchas veces se acompaña de otras morbilidades que pueden afectar aún más la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. La influencia de múltiples factores ambientales puede desencadenar o agravar su evolución (al A. A., 2010).
- **Alexitimia:** En la definición de alexitimia se deben diferenciar 3 componentes: a) una dificultad marcada para describir sentimientos, b) una ausencia o una reducción importante de la fantasía, c) la manifestación del pensamiento operativo (Yárnoz J. F.-M., 1994).
- **Pseudoalexitimia:** Según la escala del TAS-20 existen los pacientes con alexitimia (puntuación mayor igual de 61), sin alexitimia (menor igual a 51), y los pacientes “indefinidos” o “probables” entre 60 y 50, estos pacientes serían catalogados como “pseudoalexitímicos”.
- **Depresión:** síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por concepto, la depresión recoge la presencia de síntomas afectivos: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. (Jesús Alberdi, 2006)
- **Depresión atípica:** sentimientos de tristeza y una disminución de la capacidad de disfrutar la vida. Pero la depresión atípica incluye estos signos y síntomas principales. Es un estado de agitación, inquietud o zozobra del

ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

- **Estrés:** tensión provocada por situaciones agobiantes y que origina reacciones psicosomáticas. (Real Academia Española )
- **Somatización:** Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aun cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica. (Silvester, 1998)
- **Somatizar:** Transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria. (Española, 2014)
- **Bloqueo emocional:** barreras que se pone el sujeto, que disminuye la capacidad de pensamiento creativo. Unas personas pueden desarrollar su vida con normalidad, pero tener un bloqueo emocional en algún aspecto concreto de su vida.
- **Enfermedad psicosomática:** toda enfermedad que resulta de un proceso psicológico que tiene su influencia en el cuerpo. Es un padecimiento físico real, que tiene su origen en conflictos emocionales y psicológicos inconscientes del paciente. Conocidas también como emociones displacenteras, sentimientos negativos o estar sometidos a situaciones o momentos de alto impacto, lo que puede llevar a una representación física como enfermedad, dando lugar a esto que somos seres que conectamos mente y cuerpo.
- **Enfermedad orgánica:** o funcional, es todo proceso que afecte físicamente al bienestar de las personas. Esta puede ser por causa traumática, causas ambientales tóxicas, metabólicas, degenerativas, neoplásicas, infecciosas y

mentales, las cuales son de suma importancia ya aparentan no tener causa alguna.

- **Pensamiento Operacional:** se refiere a las habilidades analíticas y lógicas nuevas que la persona va descubriendo a lo largo de su crecimiento, que surge de una combinación de la maduración y la experiencia. Es el conjunto de habilidades de “razonamiento deductivo y el pensamiento hipotético”.
- **Desarrollo cognitivo:** El desarrollo cognitivo se enfoca en los procedimientos intelectuales y en las conductas que emanan de estos procesos. Este desarrollo es una consecuencia de la voluntad de las personas por entender la realidad y desempeñarse en sociedad, por lo que está vinculado a la capacidad natural que tienen los seres humanos para adaptarse e integrarse a su ambiente.
- **Ansiedad:** una manifestación esencialmente afectiva. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio, en este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico.

### **Marco Legal**

Para la realización de este trabajo de investigación, someteremos el estudio un comité de ética local para su aprobación. Se invitará a los pacientes a participar en este estudio y luego del consentimiento verbal, se realizará el cuestionario sin ningún incentivo financiero para la realización del mismo. Al final de la encuesta se les facilitará un consentimiento escrito para que los participantes firmen.

Este estudio se realizara en forma anónima en los pacientes con psoriasis previa. Se han considerado aspectos éticos como el no divulgar nombres de los participantes, las encuestas no tendrán ninguna numeración o referencia que relacione al paciente con el consentimiento informado, no se comentarán datos de sus diagnósticos o antecedentes patológicos personales fuera del marco del estudio.

La constitución política del Ecuador, no hace una referencia específica en el área legal sobre el consentimiento informado, pero en la Ley Orgánica de la salud y el código de ética médica, escriben sobre la privacidad del paciente y sus derechos.

#### Art. 7 de la Ley Orgánica de la Salud

“Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tienen relación a la salud, los siguientes derechos: d ) respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, a sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; e) ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con la salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas de ser el caso serán informados en su lengua materna.”

#### Código de Ética Médica.- Artículo 15

“El médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si este no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a

corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos, y las posibles complicaciones.”

.- Artículo 16

“Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente.”



### **CAPITULO III**

#### **Diseño de la investigación**

Para la presente investigación se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el que se buscó la presencia de alexitimia en los pacientes con psoriasis, examinando y correlacionando las propiedades psicomotoras y clínicas de la escala TAS-20 de alexitimia en pacientes que padecen de psoriasis.

Utilizamos el cuestionario TAS-20 para el diagnóstico de alexitimia, este evalúa alexitimia desde tres factores:

- a. Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas q acompañan a la activación emocional
- b. Dificultad para describir sentimientos a los demás
- c. Pensamiento orientado hacia lo concreto, lo fáctico, sin relación con lo emocional

Se puntúan las respuestas entre 1 y 5. La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar entre los 20 y los 100 puntos. Hay 5 ítems que deben ser puntuados en forma inversa. Se considera “alexitimia leve” a un sujeto que obtenga una puntuación igual o superior a 50 Una puntuación igual o mayor a 61 habla de una alexitimia marcada.

La duración de la recolección de datos fue durante 7 meses, entre febrero y julio 2015, el cual se realizó en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil. A cada paciente se le pedirá el consentimiento informado en forma verbal.

Para reportar los datos de estadística descriptiva se utilizara proporciones, media y DE. Para la estadística inferencial se utilizara chi cuadrado, anova y correlacion de spearman.

Para confirmar en el diagnóstico de psoriasis, trabajaremos en conjunto con la Dra. María Elena Vera, dermatóloga del Hospital Universitario, del Ministerio de Salud Pública de Guayaquil, en el área de consulta externa la cual posee una quien cuenta con vasta experiencia en el diagnóstico y manejo de pacientes con psoriasis.

### VARIABLES A ESTUDIAR

- Género
- Edad
- Tiempo de enfermedad
- PASI.
- Nivel de Educación

### CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>PASI (Psoriasis area and severity index)</b>	<p>El PASI es el sistema de medición de la gravedad de la psoriasis más utilizado.</p> <p>Para valorar la eficacia de los tratamientos se ha ideado un sistema de medida que corrige los defectos de medición del PASI. Se define como PASI 25, 50, 75 y 100. Los más utilizados son el PASI 50 y el 75 que se definen como el porcentaje de pacientes que</p>	<p>Se obtiene una puntuación única entre 0 (no psoriasis), y 72 (psoriasis muy grave) calculada a partir de la superficie corporal afectada, y de la gravedad de los signos de la psoriasis (eritema, induración y descamación), en cada zona corporal.</p>	Cuantitativa

	alcanzan una disminución del 50% o del 75% del PASI inicial. Además, en la mayoría de los ensayos clínicos con fármacos biológicos se define un PASI >10-12 como criterio de psoriasis de moderada a grave.		
<b>Agudización de la psoriasis</b>	Eventos de reaparición de las placas psoriáticas en pacientes que tienen la enfermedad latente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de inicio o durante el periodo de estudio</li> </ul>	Cualitativa nominal
<b>Diagnostico de alexitimia (TAS-20)</b>	<p>El rango de posibles resultados de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) es de 20-100.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; = 51 es ausencia de Alexitimia</li> <li>• Entre 52 y 60 posible diagnóstico de Alexitimia</li> <li>• &gt; = 61 diagnóstico de Alexitimia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de la muestra</li> <li>• Momento de consulta</li> </ul>	Cuantitativa
<b>Género</b>	Personas definidas por su tipo de género, si el paciente es mujer u hombre.	Femenino, Masculino	Cualitativa nominal
<b>Edad biológica</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad en años	Cuantitativa
<b>Nivel de Educación</b>	Número total de cursos aprobados.	Sin estudios, Primaria, Secundario, Superiores	Cuantitativa

## **Población**

Se tomaran en cuenta dos grupos:

- La población del primer grupo serán pacientes cuya enfermedad se encuentre en periodo de latencia; los mismos deben tener un diagnóstico de psoriasis conocido, diagnosticado por un especialista y estén siendo tratados por el mismo.
- En el otro grupo se tomaran en cuenta a los pacientes que con un diagnóstico de mínimo un año o más de psoriasis, en el momento están pasando por una agudización de la enfermedad con reaparición de placas activas de menor, igual o mayor intensidad que la primera vez.

## **Instrumentos de recolección de datos**

- Windows 8 Pro, Intel Core i3-4130 cpu 3.40 GHz, 4GB memoria RAM
- IBM SPSS Statistics 20
- Sistema del Hospital Universitario del Ministerio de Salud Pública

## **Técnicas de investigación y pasos a utilizar**

La técnica de investigación a utilizar es la observación directa, ya que el investigador se pondrá en contacto con el hecho o fenómeno a investigar: (Torres, Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales, 2010).

El tiempo a realizar el estudio será desde el lunes 2 de Febrero hasta el viernes 31 de Julio del 2015, en donde se tiene previsto asistir 3 veces a la semana a la consulta externa del Hospital Universitario para la selección de pacientes que ingresen dentro de los criterios de estudio:

### **Criterios de inclusión.**

- Pacientes con diagnóstico de psoriasis por un médico dermatólogo y que tengan mínimo un año de enfermedad.
- Pacientes que acudan a la consulta externa del Hospital Universitario durante el mes de febrero del 2015 al mes de julio del 2015.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que tengan otra enfermedad dermatológica conocida y que este en tratamiento; así como dermatitis seborreica, dermatitis atópica, entre otras.
- Pacientes que tengan una enfermedad psiquiátrica diagnosticada por un médico especialista.

Estos fueron planteados por la libertad que tienen los pacientes de elegir o no participar en el mismo; excluyendo así también a pacientes que tengan diagnóstico dermatológico previo, ya que existen estudios que han empezado a relacionarlas con alexitimia y podría ser objeto de confusión y realizar una relación inexistente.

En cuanto al factor psicológico de Devrimci-Ozguven et all. Quienes publicaron un estudio titulado “The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients”, escriben que de sus 50 pacientes involucrados, 34 en un período de 3 meses tuvieron eventos de un alto nivel psicológico y 44 declararon la relación entre el estrés psicológico y nuevas lesiones. Por lo que se decide no involucrar en el estudio a pacientes que tengan un diagnóstico previo de enfermedades psicológicas/psiquiátricas.

## **CAPITULO IV**

### **Presentación y análisis de los resultados**

#### **Resultados**

La toma de muestra del estudio se realizó durante 6 meses, del mes de febrero al mes de julio de 2015 donde se acudió a la consulta externa por 68 días para encontrar pacientes con diagnóstico de psoriasis que cumplan con los criterios. Durante esos días acudieron 72 pacientes en la consulta externa con psoriasis.

De los 72 pacientes ingresaron a nuestro estudio 50. Esto se debe a que de 22 pacientes 14 tenían menos de un año de diagnóstico, 5 se encontraban con depresión mayor, 2 paciente presentaban enfermedad cardiovascular y 2 se negaron a participar en el estudio (Figura1).

32 de pacientes fueron mujeres y 18 fueron hombres, la edad media fue de 41.08 años, la mínima 16 y la máxima 85 años. La media de tiempo de diagnóstico fue de 5 años, donde el mínimo fue de 1 año y el máximo de 30 años. De los 50 pacientes encuestados, en 20 de ellos estaba la enfermedad activa al momento de la participación, mientras que en 30 no lo estaba. De ellos 40% poseían educación terciaria, 32% primaria, 18% secundaria y 10% ninguna. De la muestra 70% recibía como tratamiento corticoides tópicos, 30% drogas modificadoras de artritis reumatoidea (DMAR), ningún sujeto recibía biológicos (Tabla1).

Frecuencias y porcentajes fueron generados. Para la categorización de alexitimia se utilizó el TAS-20, obteniendo una presencia del 58%, probabilidad del 30% y ausencia del 12% (Gráfico 1). Entre los sujetos con tiempo de diagnóstico de psoriasis de 1 a 5 años se encontró alexitimia presente en un 46%, probable en 20% ausente en 8%; en aquellos de 6 a 15 años 10%, 6%, 2%; y en los de mayor a 15 años 2%, 4%, 2% respectivamente.

En los resultados expresados de mayor a menor porcentaje a través del índice de severidad y actividad de la psoriasis, se encontraron los siguientes hallazgos: casos leves en un 50%, actividad inexistente y moderada 16%, muy severo 12% y severa 6% (Gráfico 2).

Posteriormente mediante el coeficiente de Rho de Spearman se realizó la correlación entre la presencia de alexitimia y otras variables obteniendo: PASI - 0,29 (p=0,35); Nivel de educación 0.36 (p=0.011); tiempo de diagnóstico - 0.15 (p=0.27); edad -0,35 (p=0.012). Además, el puntaje de la escala de alexitimia es inversamente proporcional a la edad es -0.365 (p<0.01).

## Discusión

Desde la descripción de alexitimia en 1970, hasta el primer reporte en Latinoamérica (Torres-Hernández *et al* 2015) en pacientes con psoriasis, este estudio representa hasta el momento de su escritura la mayor investigación en América latina y la primera de su naturaleza en Ecuador.

En el 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio para carga mundial de las enfermedades cambio su enfoque, apartando a la mortalidad neta como principal, factor de importancia para la carga, desarrollando el concepto de *“años de vida potencialmente perdidos”*, siendo estos *los años vividos con discapacidad más los años de muerte prematura*. Luego de ser sometidos los datos a este nuevo concepto demostró que los desórdenes mentales cuentan como el 56.7% para la carga mundial a la salud. Los desórdenes mentales como la alexitimia, podrían contribuir significativamente en la carga a la salud de una sociedad, en particular en los *años vividos con discapacidad* (Whiteford HA, 2015). En el 2008 Cruz *et al*. Reportó la grave necesidad del Ecuador en políticas de salud mental. Este estudio es importante porque identifica un problema no descrito en la literatura médica ecuatoriana, y la alexitimia al ser una condición en la cual la persona no puede describir sus sentimientos, incrementa la incidencia de la ansiedad, lo

cual podría causar exacerbaciones del cuadro de psoriasis concomitante (Torres 2015).

Los desórdenes mentales deben ser una prioridad en el Ecuador, por la escasez de estudios epidemiológicos, que describan la realidad actual, ayuden a establecer medidas preventivas e intervenciones costo efectivas ante los desórdenes mentales que pudiendo exacerbar comorbilidades no transmisibles manifiestan su relevancia. El sistema de salud ecuatoriano debe responder implementando políticas convenientes o apoyando las investigaciones necesarias para desarrollar decisiones adecuadas.

Frente a la necesidad de estudios descriptivos en el área de la salud mental, esta investigación apunta a contribuir disminuyendo la escasez de información en ese campo. Por lo tanto, este estudio marca el inicio del desarrollo de estudios similares.

Este estudio encontró una prevalencia de alexitimia del 58% en pacientes con psoriasis, no muy diferente al obtenido por Picardi *et al.* quienes encontraron 51.5%, hallazgos difíciles de comparar debido a la diferencia del diseño entre los estudios. Al igual que los resultados obtenidos en otras investigaciones, en el cual la prevalencia oscila entre 15% a 35%.

Una de las características del diseño de este estudio es el uso del PASI, el cual encontró que existe un mayor número de sujetos con PASI leve que presentan mayor porcentaje de alexitimia, que con PASI moderado a severo. Pese a éste hallazgo la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $-0,29$  ( $p=0,35$ )), igual a lo reportado por Panagiota *et al.* quienes reportan que no existe relación alguna ( $p>0.05$ ,  $n=108$ ). Muy diferente es el diseño utilizado por la mayoría de los otros estudios en que se observan la presencia o ausencia de exacerbaciones de la psoriasis o/y evolución de la enfermedad, que si bien no permite comparar los resultados con este, al igual no lograron encontrar una diferencia significativa de presencia de alexitimia con actividad de la enfermedad.



Es válido resaltar lo importante de utilizar escalas estandarizadas para facilitar el análisis de los resultados por diferentes grupos de investigación en diversas culturas.

Según los resultados obtenidos encontramos que existe una fuerte relación entre el nivel de educación de los sujetos encuestados (Gráfico 3), en la cual se observó que mientras mayor es el nivel de educación, mayor es la probabilidad de presentar alexitimia (0.36 ( $p=0.011$ )). Pese a que esta asociación se halló estadísticamente significativa, es importante remarcar que durante la recolección de datos mediante la entrevista privada con los sujetos del estudio, pudimos observar dificultades para el entendimiento de las preguntas del TAS-20. Los pacientes que tenían un menor nivel educativo llegaban a solicitar de 2 a 3 repeticiones de la encuesta, y muchos de ellos pedían también que se les explique las preguntas con ejemplos “comunes”.

Creemos conveniente la adecuación del cuestionario utilizado, pertinente a la realidad de nuestro país. Por lo tanto no creemos que ésta asociación deba ser tomada en cuenta en este estudio y ser sometida a nuevas investigaciones con una mayor cantidad muestral, e instrumentos culturalmente adecuados.

Al comparar la presencia de alexitimia con el tiempo de diagnóstico de psoriasis (Gráfico 4), se obtuvo que existe una relación estadísticamente no significativa al igual que los estudios previamente publicados, así como Richards *et al.* Esta indica que mientras menos tiempo tiene el sujeto con psoriasis, mayor es la probabilidad de tener alexitimia ( $-0.15$  ( $p=0.27$ )); relación que nos vuelve a sugerir realizar un estudio con un mayor número de muestra.

Una relación estadísticamente significativa encontrada en nuestro estudio, es la relación entre la edad del paciente con psoriasis ( $-0,35$  ( $p=0.012$ )) y la prevalencia de alexitimia. Mientras más jóvenes los sujetos encuestados, mayor es la población que presenta alexitimia, dato diferente a los estudios ya publicados que en ellos se indica que no existe esta relación. Entre esos tenemos a Panagiota *et al.* y a Richards *et al.* quienes a pesar de tener un

diseño diferente de estudio, cuentan con un mayor número de muestra 108 y 300 sujetos respectivamente. Lo que trae a cuestionamiento a que si la muestra aumenta esta relación podría desaparecer.

Debemos mencionar las múltiples debilidades que posee nuestro estudio, no fue un estudio multicéntrico, no es el mejor diseño para establecer la prevalencia real al no ser puerta a puerta.

Como ya mencionamos anteriormente pudimos observar que los instrumentos utilizados pese a estar validados para hispanoparlantes no eran lo más culturalmente adecuados

No se pudo llevar a cabo una recolección diaria por dependencia de la agenda del especialista, es una unidad hospitalaria de segundo nivel probablemente la mayoría de los pacientes acude al centro de salud más cercano, limitando la muestra estudiada.

Encontramos dificultades en la participación de los pacientes porque muchos no estaban dispuestos a participar en el estudio pese al carácter anónimo de la encuesta.

Aunque cada día se diagnostican casos con psoriasis o iban a su control los pacientes ya conocidos por el servicio, no todos los pacientes de Guayaquil acuden al Hospital Universitario ya que la mayoría de ellos mantiene controles en los subcentros de salud del Ministerio de Salud, y van al hospital cuando se les hace un interconsulta

Entre las fortalezas del estudio tenemos que el Hospital Universitario es el segundo hospital más grande del ministerio de salud pública del Ecuador (MSP) en la ciudad de Guayaquil, la ciudad más poblada del Ecuador. El MSP atiende al 40% de la población ecuatoriana, por lo tanto existe una gran afluencia de pacientes. Este hospital es un hospital docente, lo cual facilitó la accesibilidad a los pacientes en el hospital y a sus datos en el sistema. (MANUEL, 1998)

El cuestionario de TAS-20 se encuentra con libre acceso en español, así que no hubo problemas para poder usarlo como cuestionario principal en nuestro estudio.

Contamos con la participación muy activa de la especialista en dermatología, quien era la encargada de corroborar el diagnóstico de psoriasis y de realizar el PASI a cada paciente que se iba a encuestar.

Este estudio es el trabajo con mayor muestra en Latinoamérica en alexitimia en pacientes con psoriasis, y es el primer estudio de este tema en el Ecuador. Lo cual da lugar al reconocimiento de un problema antes no descrito en nuestro país y sirve de antecedente y modelo para el desarrollo de futuras investigaciones en este campo de la salud

## **Conclusión**

Se encontró una alta prevalencia de alexitimia en psoriasis, parecida a la prevalencia de los resultados internacionales. La prevalencia no se encontró correlacionada estadísticamente a parámetros clínicos con excepción de la edad. Es necesario desarrollar más investigaciones con un mejor diseño ya que la alexitimia podría representar un factor relevante en el manejo de la psoriasis.

Al conocer a nuestros pacientes y ver la dificultad que muchos tuvieron para entender las preguntas, se presenta la oportunidad de primero, realizar un estudio para validar el cuestionario en nuestra población y de realizar uno para pacientes analfabetos. De esta manera poder tener un mayor alcance de nuestra población.

Sabemos que la alexitimia es de carácter intermitente u ocasional, se considera importante generar un estudio seriado donde los pacientes con diagnóstico de psoriasis, puedan ser encuestados con el TAS-20 de manera consecutiva por un tiempo determinado.

## **Recomendaciones**

Es sumamente importante que todos los pacientes que tenga un diagnóstico de enfermedades crónicas, donde se vea afectada su calidad de vida sean tratados conjuntamente con especialistas en psicología. Esto se debe a que el paciente debe entender que no se va a curar y que debe aprender a vivir con la enfermedad.

Al ver los resultados encontramos que el 58% de los pacientes encuestados tuvieron test positivo para alexitimia. De los cuales al separar los pacientes por edad, encontramos que la mayoría de ellos eran pacientes jóvenes. Según lo estudiado en cuanto a la psoriasis y conocer el comportamiento de la enfermedad, creemos que la psoriasis tiene un mayor impacto social y psicológico en los pacientes jóvenes por lo que ellos son quienes están más predispuestos a presentar alexitimia. La presión social que ejercen los amigos, familia, trabajo, lugar de estudio, etc, pueden hacer que los pacientes generen un bloqueo emocional, ansiedad, depresión. Lo que nos sugiere hacer un diagnóstico diferencial y dar el tratamiento y soporte emocional adecuado.

Picardi et al. Describe que existe una fuerte asociación entre la evitación relacionada con el apego y la exacerbación de la psoriasis en placas difusas, acompañado del rechazo de los pacientes terapia psicológica de soporte. Es difícil que los pacientes jóvenes acepten este tipo de problemas y suelen pedir ayuda cuando las situaciones se salen de control.

Al relacionar la presencia de alexitimia y el nivel de educación de nuestros pacientes, encontramos que su presentación fue mayor en los pacientes que están cursando o han terminado su educación superior. Lo cual al analizar la encuesta, consideramos que se debe a que ellos tienen un correcto entendimiento de las preguntas y los síntomas que se intentan identificar en las mismas. Así como las mujeres, en las cuales identificamos que existe un mayor índice de alexitimia que en los hombres.

No encontramos que existe una relación entre la presencia de alexitimia y un PASI severo en el momento de realizar la encuesta, lo cual nos abre una ventada para realizar un seguimiento a los pacientes y poder comparar si realmente existe o no relación entre el grado de PASI y el diagnóstico de alexitimia.

Así como si el poder relacionar el tiempo de diagnóstico que tienen los pacientes con la presencia de alexitimia, el poder realizar una encuesta a los pacientes en el momento del diagnóstico y hacerles un seguimiento con el TAS-20.

## ELEMENTOS ORGANIZATIVOS ADMINISTRATIVOS

### Presupuestos y recursos necesarios en el desarrollo del trabajo de titulación

RECURSOS HUMANOS: Personas que colaborarán con el desarrollo del trabajo de titulación				
NOMBRES	HORAS/SEMANA	COSTO/HOR A	COSTO/MES	COSTO TOTAL
TUTOR				
DrIvanCherrez	Una hora cada dos semanas por cinco meses (20 semanas)			
ESTUDIANTE				
Daniela Salas G.				

EQUIPOS: Herramientas especializadas para la realización del trabajo de titulación				
EQUIPOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	
Encuestas	38	\$0.15	\$5.70	
Movilización	50	\$2	\$100	
Consulta Estadística	1	\$200	\$200	
TOTAL			\$305.70	
TOTAL	10tutorías			

MATERIALES Y SUMINISTROS: Implementos varios para la recolección de datos			
EQUIPOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
SPSS Statistics 19	1	\$800	\$800
Sistema MSP	1	0	0
Bolígrafo	1	\$0.50	\$0.50
Computadora	1	\$600	\$600
<b>TOTAL</b>			<b>\$1,400.50</b>

### Cronograma de actividades 2015

Actividades	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Diseño de investigación	X	X																															
Recolección paciente									X				X	X																			
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Revisión de datos																							X	X	X								
Desarrollo de la investigación																											X	X	X	X			
Culminación de anteproyecto																																	
Entrega de anteproyecto																															X		
Reunión con tutor	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		

## Tablas y figuras

<b>Sexo</b>	<b>N</b>
Mujeres	32
Hombres	18
<b>Edad (a)</b>	
Edad Media	41.08
Rango	16-85
<b>Tiempo de diagnóstico (a)</b>	
Media	5
Rango	1-300
<b>Actividad</b>	
Si	20
No	30
<b>Nivel de educación (%)</b>	
Tercearia	40
Secundaria	32
Primaria	18
Ninguna	10
<b>Tratamiento (%)</b>	
Tópico	70
DMAR	30
Biológicos	0
<b>Tabla 1. Participantes del estudio</b>	

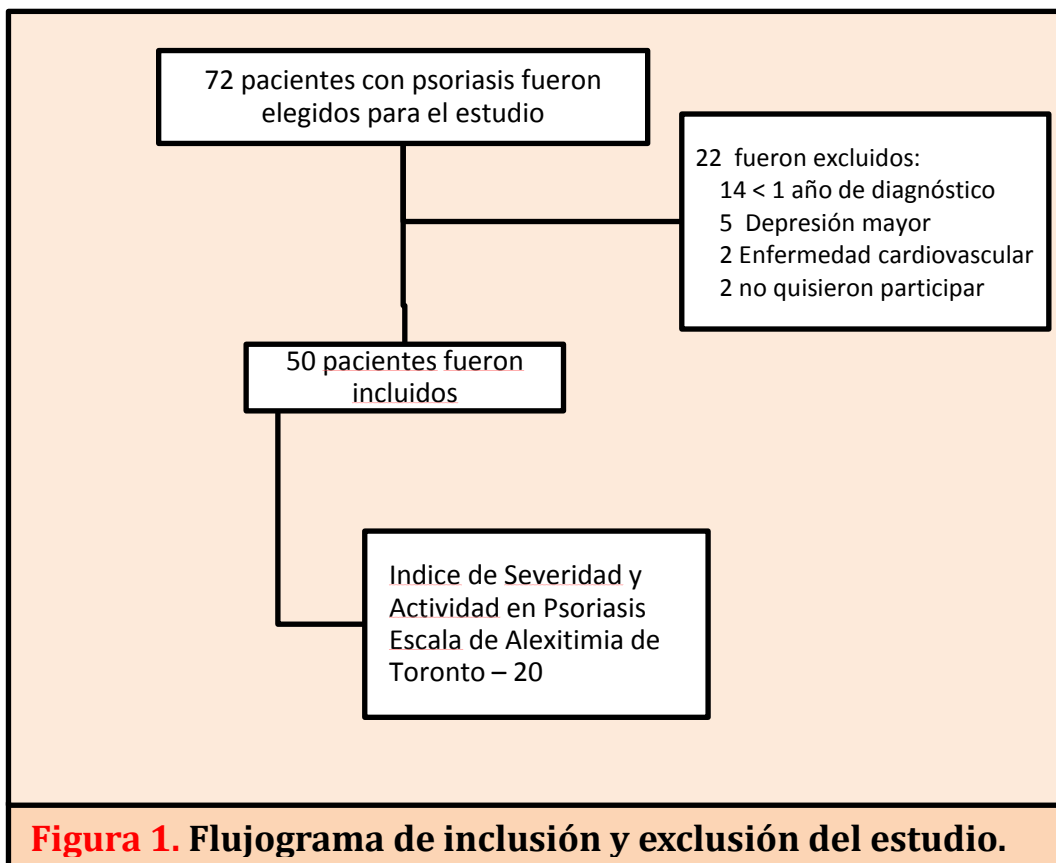
CLASE I (Muy potentes)	CLASE II (Potentes)	CLASE III (Potencia moderada)	CLASE IV (Potencia baja)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diflucortolona valerato 0,3%</li> <li>• Clobetasol propionato 0,05%</li> <li>• Halcinónido 0,1%</li> <li>• Halobetasol propionato 0,05%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beclometasona dipropionato 0,025%, crema, ungüento</li> <li>• Betametasona: dipropionato 0,05%, ungüento valerato 0,1%, ungüento</li> <li>• Budesonida 0,05%</li> <li>• Diflucortolona valerato 0,1%</li> <li>• Metilprednisolona aceponato, 0,1%</li> <li>• Mometasona furoato 0,1%</li> <li>• Prednicarbato 0,25%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beclometasona dipropionato 0,025% loción</li> <li>• Betametasona dipropionata 0,05% loción</li> <li>• Hidrocortisona: aceponato 0,1% crema valerato 0,2% butirato 0,1%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluocortina butilo 0,75% crema</li> <li>• Hidrocortisona acetato 1%</li> <li>• Metilprednisolona acetato 0,25%</li> </ul>
<b>TABLA 2 CORTICOSTEROIDES TÓPICOS CLASIFICADOS SEGÚN SU POTENCIA</b>			



1. PSORIASIS LEVE	2. PSORIASIS MODERADA	3. PSORIASIS GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis estable, en placas, que afecta a menos del 10% de la superficie corporal. – Psoriasis en gotas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis que afecta del 10 al 25% de la superficie corporal, excepto si afecta zonas incapacitantes como cara, manos y pies, genitales o pliegues, y siempre que no exista afectación articular.</li> <li>• Estado psicológico del paciente no excesivamente afectado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis que afecta a más del 25% de la superficie corporal o zonas incapacitantes como cara, manos y pies, genitales o pliegues.</li> <li>• Afectación articular con limitación de la movilidad.</li> <li>• Perturbación emocional que impida el desarrollo de las actividades normales. –</li> <li>• Psoriasis aguda, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis pustulosa generalizada.</li> <li>• Eritrodermia psoriásica.</li> <li>• Psoriasis en extensión rápida</li> </ul> </li> </ul>

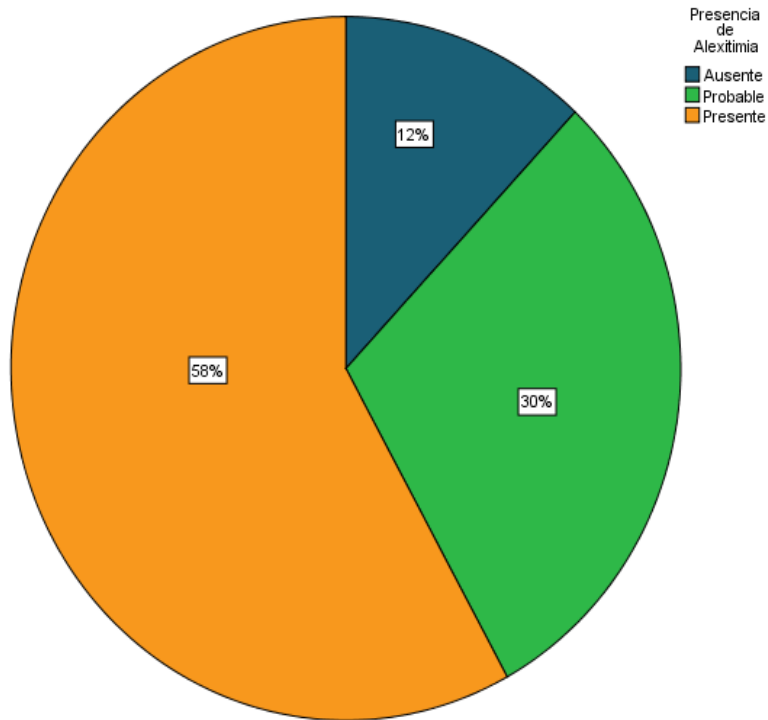
**TABLA 3** CLASIFICACIÓN DE LA PSORIASIS SEGÚN SU GRAVEDAD

(al L. P., 2009)



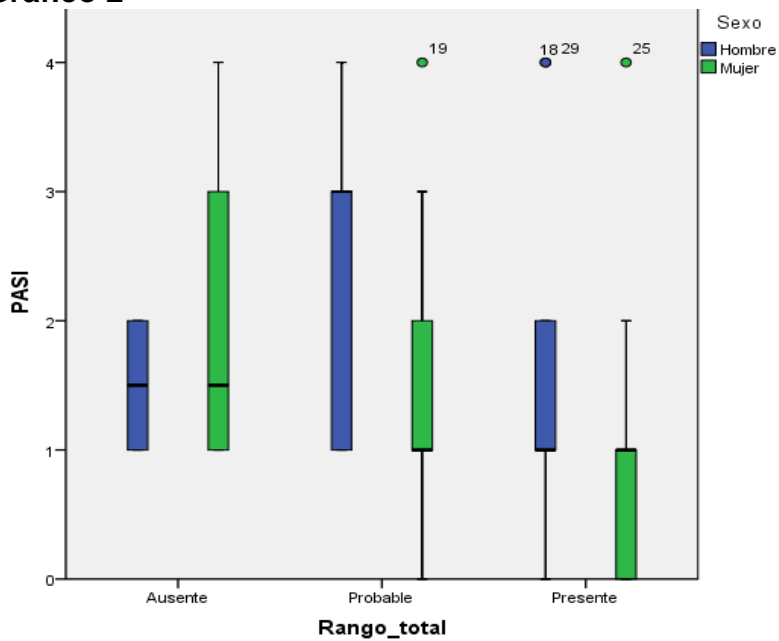
## Gráficos

Gráfico 1.



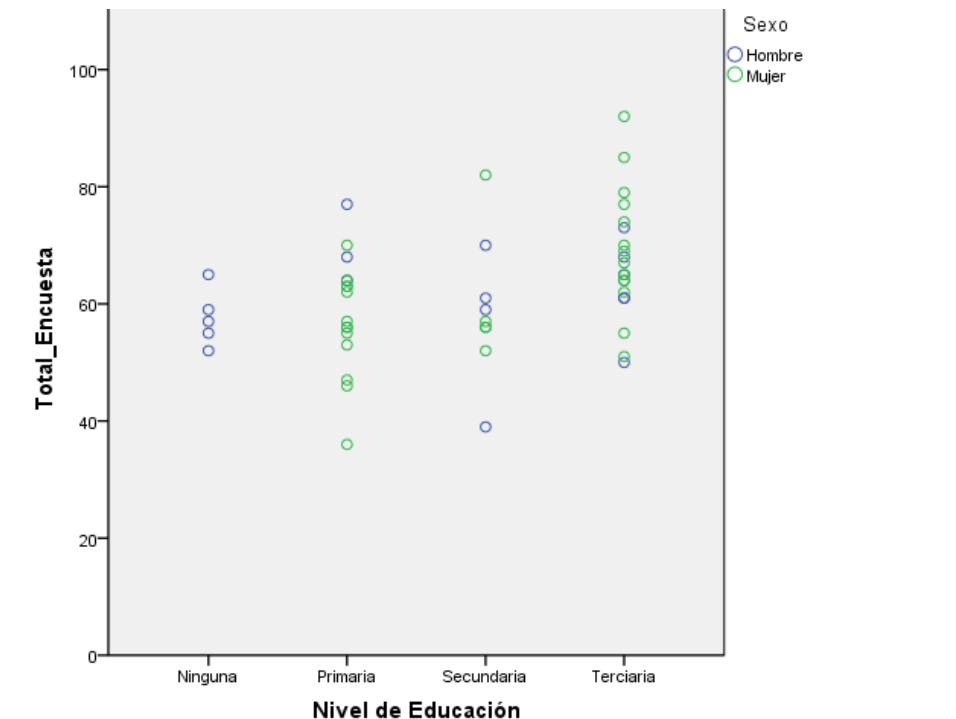
Porcentaje de resultados el TAS-20 de los pacientes encuestados.

Gráfico 2



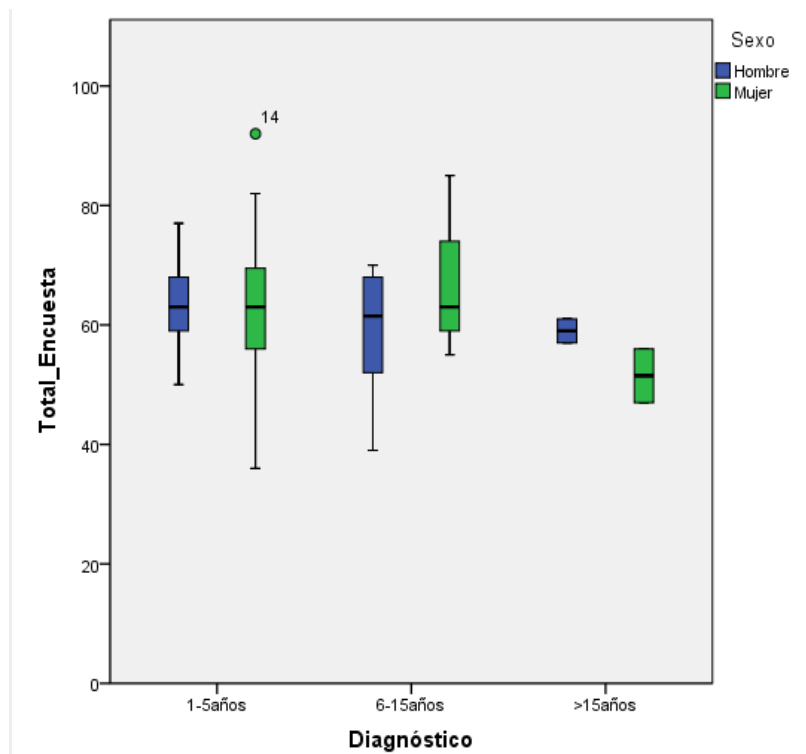
Correlación entre el valor del PASI en el momento de la encuesta, el valor de alexitimia mediante el TAS.-20, separados por sexo.

**Gráfico 3**



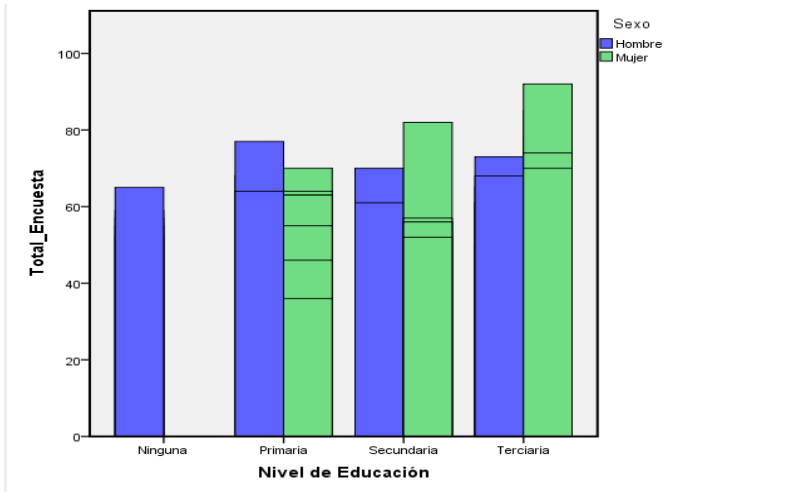
Correlación del nivel de educación de los pacientes con el nivel de alexitimia según el TAS.20

**Gráfico 4**



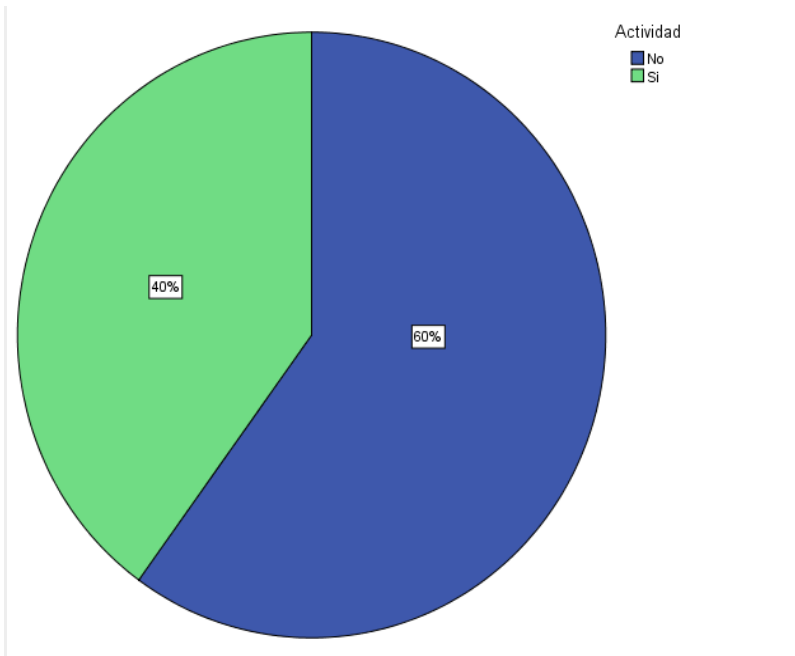
Relación entre el tiempo de diagnóstico con psoriasis y prevalencia de alexitimia.

**Gráfico 5**



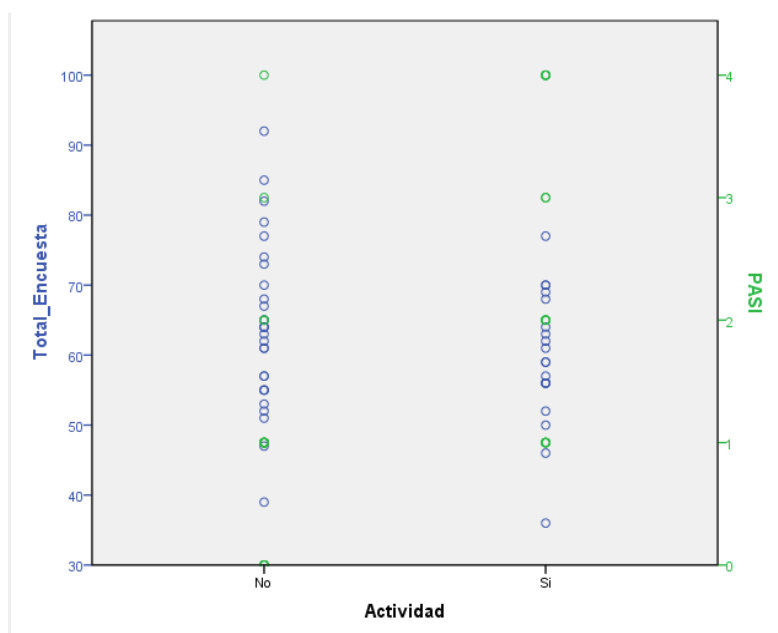
Relación entre el nivel de educación con la presencia de alexitimia entre hombres y mujeres. Indicando que mientras más educación tienen los participantes, más presencia de alexitimia.

**Gráfico 6**



Actividad de la psoriasis en el momento de la encuesta y la relación con la presencia de alexitimia

**Grafico 7**



Diferencia de actividad de la enfermedad en el momento de la encuesta, con el nivel de PASI y la presencia de alexitimia según TAS-20

## Bibliografía

1. A, P., P, P., MS, C., P, G., G, B., CF, M., y otros. (2003). Only limited support for a role of psychomatic factors in psoriasis. *Journal of Psychosomatic Reaserch*, 189-196.
2. al, A. A. (2010). Consenso Latinoamericano de Psoriasis. *Dermatología Argentina, Vol 16, No 3*(10-33).
3. al, L. P. (2009). Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis. *Academia Española de Dermatología y Venereología*, 277-286.
4. Alfonso Trujillo I, D. G. (2002). Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. . *Rev Cubana Med*, 41(1).
5. Alfonso-Trujillo, I. e. (2007). Método objetivo que se aplica desde 1978 en pacientes con psoriasis. *Dermatología Pero*, 40-43.
6. Alonso Fernandez, F. (2011). La Alexitimia y su trascendencia clinica y social. *Salud Ment*, 418-490.
7. Arck PC, S. A. (2006). Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *Journal of Investigative Dermatology*, 16, 1697–1704.
8. Batista Romagosa M, P. B. (2009). Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis. . *MEDISAN*, 13(3).
9. Bo K, T. M. (2008). Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: Results from a Norwegian population survey among adults. . *Dermatology*(216).
10. C Ascensión Godoy, R. M. (2003). Pacientes somatizadores en atención primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 311 - 317.
11. Cañarte C, P. S. (2000). Epidemiología de la Psoriasis en el Hospital Carlos Andrade Marín, IESS-Quito. *Dermatología*, 2-7.
12. Carolina L. Anselmi, M. L. (2012). Psoriasis: prevalencia de comorbilidades cardiovasculares en la población del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. Estudio de corte 2010. *Dermatologia Argentina*, 239 - 244.
13. Cecilia Cañarte MD, Franklin Cabrera MD, Santiago Palacios MD. (s.f.). EPIDEMIOLOGÍA DE LA PSORIASIS EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO. *FEPSO-Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
14. Chamoun A, G. L. (2015). *Europe PubMed Central*. Recuperado el 3 de septiembre de 2015, de Europe PubMed Central: <http://europepmc.org/abstract/med/25856968>
15. Chouela, E. N. (2011). Epidemiologia y genetica de la psoriasis. *Dermatol. Argenti.*, 236-239.
16. DG, F., HL, R., & Main CJ, G. C. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol*, 196-201.
17. Española, R. A. (2014). Recuperado el julio de 2015, de Real Academia Española: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=somatizar>
18. Falabella R, E. C. (1997). Dermatología. En E. C. Falabella R, & C. p. Biologicas (Ed.), *Fundamentos de la Medicina* (págs. 217-24). Medellín.

19. Ferldman, S. R. (Marzo 015). Recuperado el 15 de Junio de 2015, de UptoDate: [http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriasis?source=search\\_result&search=psoriasis&selectedTitle=2~150](http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriasis?source=search_result&search=psoriasis&selectedTitle=2~150)
20. García Hernández, M. J., Ruiz Doblado, S., & Caballero Andaluz, R. (Noviembre de 2000). *Psychodermatology: from emotion to lesion (III): Skin diseases with high psychiatric comorbidity*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2015, de Salud Pública de Brasil: Biblioteca Virtual: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ibc-4831>
21. GJ, T., RM, B., & JDA, P. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
22. Griffiths CEM, C. E. (2007). A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *Br Journal of Dermatology*, 156.
23. Guilbaud O, C. M. (2003). Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed Pharmacother*, 292-295.
24. Gupta MA, G. A. (2004). Enfermedad Psiquiátrica y Psicológica Intercurrente en Pacientes con Trastornos Dermatológicos. *American Journal of Clinical Dermatology*, 833-842.
25. Hora, L. (2005). Recuperado el 20 de 01 de 2016, de La Hora: [http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1000336962/-1/FEPSO,\\_lucha\\_contra\\_la\\_psoriasis.html#.Vp7fDfnhDIU](http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1000336962/-1/FEPSO,_lucha_contra_la_psoriasis.html#.Vp7fDfnhDIU)
26. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (2015). IESS. Recuperado el 6 de 12 de 2015, de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: [http://www.iess.gob.ec/es/web/mobile/home/-/asset\\_publisher/0hbG/content/en-hospital-iess-guayaquil%3A-terapia-biologica-en-psoriasis/10174?redirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fweb%2Fmobile%2Fhome%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_0hbG%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%2](http://www.iess.gob.ec/es/web/mobile/home/-/asset_publisher/0hbG/content/en-hospital-iess-guayaquil%3A-terapia-biologica-en-psoriasis/10174?redirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fweb%2Fmobile%2Fhome%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_0hbG%26p_p_lifecycle%3D0%2)
27. INEC. (2001). *Libro de datos del Instituto Ecuatoriana de Estadísticas y Censos*. . INEC, Estadística.
28. Jesús Alberdi, O. T. (2006). Recuperado el 08 de 09 de 2015, de Fistera: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fistera.pdf>
29. Kooiman CG, V. R. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychoter Psychosom Vol 72, No 2*, 107-116.
30. Korkoliakou, P., & al, e. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *General Psychiatry*, 13:38.
31. Kyle S, C. D. (2004). Guideline for anti TNF therapy in psoriatic arthritis. . *Rheumatology*, 44(390).
32. Lázaro Ochaíta P, S. F. (2001). Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Madrid*, 105-110, VOL 25.
33. Levenson, J., Dimsdale, J., & Solomon, D. (Junio de 2015). *UpToDate*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2015, de Psychological factors affecting other medical conditions: Management: [www.uptodate.com/psychological+ factors+ affecting+ other+ medical+ conditions/](http://www.uptodate.com/psychological+ factors+ affecting+ other+ medical+ conditions/)

34. Madhulika A. Gupta, A. K. (December 2003, Volume 4). Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients with Dermatologic Disorders. *American Journal of Clinical Dermatology*, 833- 842.
35. MANUEL, C. A. (1998). COMPULSORY MEDICAL SERVICE IN ECUADOR: THE PHYSICIAN'S PERSPECTIVE. *Elsevier Science Ltd*, 1937-1946, VOL47.
36. Masmoudi J, M. I. (2009). Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale*, 35(1).
37. Moral de la Rubia, J., & Retamales Rojas, R. (4 de marzo de 2001). *psiquiatria.com*. Obtenido de [http://www.psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/diagnostico-76/pruebas\\_complementarias/estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola/](http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/diagnostico-76/pruebas_complementarias/estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola/)
38. Nehim LC, S. P. (1970). Psychosomatic Illness: A Problem in Communication. *Psychoyher Psychosom*, 18.
39. PE, S. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 255-262.
40. Ria Willemsen, D. R. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*, 903 - 910.
41. Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2004 ). Alexithymia in patients with psoriasis Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 89-96.
42. S, C., AL, D., RT, J., & P, R. (1998). Psychological factors in psoriasis . *Indian J Psychiatry*, 295-299.
43. Silvester, C. D. (1998). *Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad*. Recuperado el 08 de 09 de 2015, de Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26466/27759>
44. Sociedad Argentina de Dermatología. (2010). Guías de Tratamiento de Psoriasis. *Consenso Nacional de Psoriasis*, 1-30.
45. Spleto, A. K. (2014). "Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital "Dr. Luis Vernaza" 2000-2010". "Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital "Dr. Luis Vernaza" 2000-2010". Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad Católica de Guayaquil.
46. Taylor GJ, B. R. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
47. Torres, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Bogotá: PEARSON.
48. Torres, C. A. (s.f.). *Metodología de la investigación*.
49. Torres-Hernández M, L.-G. S.-E.-T. (2015). El papel de la alexitimia comofactor psicósomático en la psoriasis. *Rev Med Inst Mexico*, 53(3):268-72.
50. Whiteford HA, F. A. (6 de Febrero de 2015). *PubMed*. Recuperado el 25 de Enero de 2016, de [PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25658103](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25658103)



51. Wolfsthal, S. D. (2012). Psoriasis. En S. D. Wolfsthal, *National Medical Series for Independent Study* (págs. 616-617). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
52. Yárnoz, J. F.-M. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema Vol 6*, 357 - 366.
53. Yárnoz, J. F.-M. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema, Vol 8, No 3*(357-366).

## ANEXOS

### Alexitimia y Psoriasis





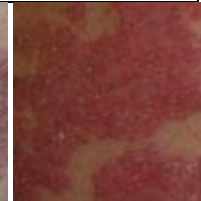





Estimado paciente, Estamos conduciendo este estudio para investigar el tratamiento recibido relacionado con el estadio de la psoriasis del paciente. Dependiendo de los resultados, podremos decidir si es el mejor o no. Por favor ayúdenos a completar este breve cuestionario. Toda la información que usted nos facilite permanecerá confidencial y anónima. Su participación es completamente voluntaria y esto no afectará sus cuidados médicos en ninguna manera. Por favor entregar el cuestionario completo al entrevistador. Gracias.

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
2. ¿Durante cuantos años ha sufrido de \_\_\_\_\_  
**PSORIASIS?**
3. ¿Cuál es su género?  
 Masculino                       Femenino
4. ¿Cuál es su nivel de Educación?  
 Ninguna                       Secundaria  
 Primaria                       Superior
5. Estado civil:  
Soltero       Casado                       Divorciado       Viudo                      Unión Libre
6. Nivel de Psoriasis segun el PASI  
Inexistente       Leve       Moderado       Severo       Muy Severo
7. La enfermedad esta activa al momento?  
SI       NO
8. Tratamiento que utiliza  
 Corticoides tópicos      METROTEXATE       Biológicos
9. Antecedentes Importantes:  
 Obesidad       Síndrome Metabólico       Diabetes tipo 2        
 Hipertensión Arterial      Dislipidemia

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, sin preguntarme por qué suceden de ese modo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Estar en contacto con las emociones es muy importante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
11	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	No sé qué pasa dentro de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Prefiero ver espectáculos simples, pero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	entretenidos, que dramas psicológicos.					
17	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ESCALA DE PASI

<b>Escala de Severidad de la PSORIASIS</b>					
Eritema					
	Ninguno 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3	Muy Severo 4
Grosor de placa					
	Ninguno 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3	Muy Severo 4

Descamación					
	Ninguno 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3	Muy Severo 4

Calculo del resultado

### **Intensidad del eritema**

Las tres puntuaciones de intensidad se suman para cada una de las cuatro regiones del cuerpo para dar subtotales A1, A2 , A3 , A4.

Cada subtotal se multiplica por el área de superficie corporal representado por esa región.

- A1 x 0.1 da B1
- A2 x 0.2 da B2
- A3 x 0.3 da B3
- A4 x 0.4 da B4

### **Area**

El porcentaje de área afectada por la psoriasis se evalúa en las cuatro regiones del cuerpo.

( 0 ) a 1-9 % ( 1 ) , 13-29 de % ( 2 ) , de 30-49 % ( 3 ) , de 50-69 % ( 4 ) , de 70-89 % ( 5 ) o 90-100% ( 6 ) .

- Cabeza y cuello
- miembros superiores
- tronco
- extremidades inferiores

Calculo por área

Cada resultado de area se multiplica por cada area afectada.

- B1 x (0 to 6)= C1
- B2 x (0 to 6)= C2

- $B3 \times (0 \text{ to } 6) = C3$
- $B4 \times (0 \text{ to } 6) = C4$

Resultado total final

El PASE es la suma de  $C1 + C2 + C3 + C4$

FUENTE: Psoriasis Area and Severity Index form 4178 – PASI calculation and whole body diagram, Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing, 2005

Consentimiento informado a los participantes del estudio

## **Consentimiento informado**

Firmo este documento con el consentimiento absoluto de haber escuchado a la estudiante Daniela Salas, de la Universidad Espiritu Santo sobre su tema de tesis.

He aceptado responder las preguntas para ser parte de su estudio después de haber respondido todas mis preguntas y saber que puedo dejar de responder en cualquier momento que desee.

Me queda claro que el cuestionario es totalmente anónimo y no pierdo ningún derecho legal con esto.

---

Nombre del paciente  
(Letra impresa)

---

Firma del paciente

## Autorización para realizar tesis en el Hospital Universitario de Guayaquil



Hospital Universitario de Guayaquil  
Docencia e Investigación



Guayaquil, 29 de Enero del 2016

# AUTORIZACIÓN

Se autoriza a la Srta. SALAS GARCÍA DANIELA ROXANA, portadora de la Cédula de Identidad # 0915815104, egresada de la Universidad de Espíritu Santo para realizar trabajo investigativo previo a la obtención del Título de Médico General, cuyo tema de tesis es: ***“Prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis en la Consulta Externa del Hospital Universitario de Guayaquil de Febrero 2015 a Julio 2015”***

Favor otorgarle datos estadísticos correspondiente a dicho periodo.

Sin ningún otro particular.

Atentamente;

Dra. María Elena Vera Gordillo  
Subdirectora de Docencia e Investigación



C.c. Ing. Verónica Suárez – Coordinadora de la Gestión de Admisiones y Estadística HUG