COMORBILIDAD EN PACIENTES PSORIASICOS: ANSIEDAD, DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA

Tribó MªJ[1]; Turroja M[1]; Ros S[2]; Gallardo F[1]; Sánchez J[1]; Espallardo O[3]; Pujol RMª[1]; Bulbena A[2]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital del Mar, IMAS-IMIM; [2]Servicio de Psiquiatría, Hospital del Mar IMAS-IMIM; [3]Health Economics MerckSerono

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una de las dermatosis inflamatorias más comunes, afectando aproximadamente entre el 2 y el 3% de la población general. A pesar de que se han realizado numerosos estudios, la etiopatogenia de la psoriasis aún no está clarificada. Diferentes factores tienen un papel importante en su aparición y exacerbación, pudiendo considerarse aspectos hereditarios, psicológicos y ambientales. El desarrollo de la psoriasis puede generar un gran impacto en los pacientes; tanto a nivel físico, como funcional y psicológico; interfiriendo a su vez en la calidad de vida. Las **figuras 1, 2 y 3** muestran ejemplos de pacientes psoriásicos que presentaban una interferencia a nivel psicológico y en la calidad de vida relacionada con la enfermedad.

Fig.1

Fig.2

Fig.3

OBJETIVOS

1. Examinar si la depresión y la ansiedad son condiciones psiquiátricas independientes o si están asociadas en los pacientes con psoriasis.
2. Determinar la sintomatología y las características sociodemográficas de los pacientes en relación a la gravedad de la psoriasis.
3. Estudiar la validez concurrente de las principales escalas para medir ansiedad y depresión en un grupo de pacientes psoriásicos.
4. Analizar el impacto de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo desarrollado durante dos años con 231 sujetos psoriásicos. Cada sujeto se valoró desde las perspectivas siguientes:

- Dermatológicamente: mediante el cálculo de la gravedad de la psoriasis con el Psoriasis Area Severity Index (PASI) y el Body Surface Area (BSA); evaluación de los síntomas de la psoriasis por parte del paciente (PSA); y valoración de la sintomatología activa con la Escala Visual Analógica de prurito (EVA prurito) y de dolor (EVA dolor).
- Psicológicamente: a través del State-Trait Anxiety Inventory (STAI), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA), la Escala de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), la Life Events Scale (LES) y el cuestionario de salud Short Form 12 (SF-12).

RESULTADOS

Características de la muestra:
La **tabla 1** recoge todos los datos sociodemográficos y clínicos estudiados. La edad media de la muestra fue de 50.89 (16.89); el 53.5% eran mujeres y 46.5% hombres. La puntuación media del PASI fue de 10.45 (8.98), y la del BSA fue 18.71 (14.85). El 59.7% de los pacientes presentaba un brote de psoriasis en el momento de la consulta y el 92.6% había sufrido al menos una exacerbación en el último año. Un 37.2% de los sujetos refería antecedentes familiares de psoriasis. Los síntomas de prurito y de dolor asociados a la enfermedad se observaron en el 79,6% y el 27,8% de los casos respectivamente.

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas

Género; mujer / hombre n(%)		123 (53,5) / 108 (46,5)
Edad; media (DS)		50,9 (16,9)
IMC; media (DS)		26,84 (4,85)
Antecedentes familiares de PS; n(%)		86 (37,2)
Gravedad; media (DS)		
BSA		18,7 (14,85)
PASI		10,5 (8,98)
Tiempo desde el diagnóstico; media (DS)		17,23 (15,68)
Brote actual n(%)		138 (59,7)
Brote último año n(%)		214 (92,6)
Sintomatología Picor n(%)		183 (79,6)
Sintomatología Dolor n(%)		64 (27,8)
Género; n-media (DS)	Mujer	Hombre
HAD Ansiedad	122-7,1 (4,08)	107-5 (4,12)
HAD Depresión	122-3,9(3,89)	107-2,3(2,5)
STAI	113-18,5(9,5)	99-15,8(8,38)
HRSA	122-6,55(5,51)	106-4,2(4,43)
MADRS	122-7,57(6,3)	107-4,93(4,1)
LES	122-22,77(15,27)	107-19,5(11,87)
SF-12	122-39,60(6,27)	107-43,14(4,82)
SF-12/Física	44,52(9,9)	48,54(6,8)
SF-12/Mental	35,27(8,56)	37,77(6,52)

Estratificación por género:
La **tabla 2** muestra las diferencias de las variables en función del género. El malestar psicológico y la interferencia en la calidad de vida fueron significativamente mayores en el grupo de las mujeres, a pesar de que presentaban menor gravedad clínica de la psoriasis que los hombres (PASI 8,8♀vs 12,2♂- BSA 16,3♀vs 21,5♂).

Tabla 2: Comparación por género

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Media Mujer	Media Hombre	Incremento porcentual
PASI	4749	12252	-3,555	0	8,82	12,2	-4,69%
BSA	4972	12475	-3,11	0,002	16,28	21,46	-5,18%
SF12	4157	11660	-4,738	0	39,6	43,14	3,54%
SF SalFis gl	2247,5	6712,5	-2,414	0,016	44,52	48,54	4,02%
SF SalMen gl	2513,5	6978,5	-1,45	0,147	35,27	37,77	2,50%
HADS	4436,5	10214,5	-4,188	0	11,02	7,33	8,79%
HADS Ansiedad	4430	10208	-4,207	0	7,08	5,03	9,76%
HADS Depresión	5126,5	10904,5	-2,836	0,005	3,94	2,3	7,81%
HRSA	4510,5	10181,5	-3,87	0	6,55	4,19	4,22%
MADRS	4871,5	10649,5	-3,323	0,001	7,57	4,93	4,40%
PSA	5929	11600	-0,777	0,437	12,76	10,94	3,78%
STAI Estado	4591	9541	-2,252	0,024	18,49	15,8	4,52%
STAI Rasgo	3927,5	8877,5	-3,741	0	21,51	16,52	8,32%
LES	5833,5	11611,5	-1,386	0,166	22,78	19,5	

Correlaciones:
La **figura 4** presenta las correlaciones entre las variables recogidas. Los resultados obtenidos mostraron una relación de la gravedad clínica de la psoriasis (PASI y BSA) con el EVA prurito (rho 0.215; 0.246 p<0.01). La gravedad de la psoriasis también se asoció con el PSA (rho 0.317; 0.273 p<0.01). El cuestionario SF-12 se relacionó con el picor, especialmente en la dimensión de función social (rho -0.188 p<0.01) y la subescala de dolor corporal (rho 0.219 p<0.01). Consecuentemente, se demuestra que el prurito interfiere de manera importante en las actividades sociales habituales y en el sentimiento de dolor de los pacientes. Además, la dimensión de dolor corporal del SF-12 correlacionó de manera significativa con el dolor (p<0.01). En cuanto a las variables psicológicas; la magnitud de correlaciones entre las escalas de ansiedad y depresión eran altas (todas ellas con p<0.01), indicando una validez concurrente excelente, tal como se puede observar en la **tabla 3** y la **tabla 4**. La depresión (MADRS) y la ansiedad (HRSA) se asociaron con el PASI (rho 0.188; rho 0.186; p<0.01). El malestar psicológico (entendido como depresión, ansiedad y estrés) se relacionaba con mayor sintomatología de prurito y dolor; así como peor calidad de vida (p<0.01; p<0.05).
Presentar un brote activo correlacionó con la escala de salud física del SF-12 (rho 0.133; p<0.01) y el EVA prurito (rho 0.147; p<0.01); pero curiosamente, el brote no se relacionó con síntomas de malestar psicológico.

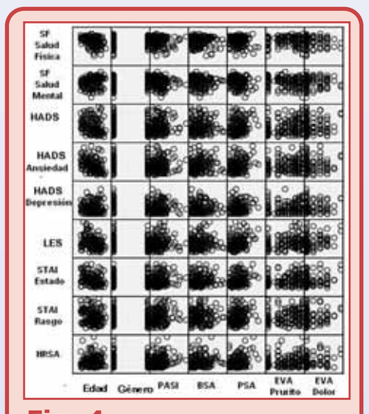

Fig. 4

Tabla 3: Correlaciones escalas de ansiedad

			HADS Ansiedad	HRSA	STAI Estado	STAI Rasgo
Rho de Spearman	HADS Ansiedad	Coeficiente de correlación	1	,516(**)	,642(**)	,621(**)
		Sig. (bilateral)	.	0	0	0
		N	230	228	212	212
	HRSA	Coeficiente de correlación	,516(**)	1	,399(**)	,519(**)
		Sig. (bilateral)	0	.	0	0
		N	228	228	211	211
	STAI Estado	Coeficiente de correlación	,642(**)	,399(**)	1	,612(**)
		Sig. (bilateral)	0	0	.	0
		N	212	211	212	212
	STAI Rasgo	Coeficiente de correlación	,621(**)	,519(**)	,612(**)	1
		Sig. (bilateral)	0	0	0	.
		N	212	211	212	212

*** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

Tabla 4: Correlaciones escalas de depresión

			HAD Depresión	MADRS
Rho de Spearman	HADS Depresión	Coeficiente de correlación	1	,581(**)
		Sig. (bilateral)	.	0
		N	230	230
	MADRS	Coeficiente de correlación	,581(**)	1
		Sig. (bilateral)	0	.
		N	230	230

*** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que hay una buena validez concurrente entre las escalas utilizadas en el estudio para valorar la ansiedad y la depresión de pacientes psoriásicos.
Los análisis indican que la gravedad de la psoriasis se relacionará de manera diferente con el malestar psicológico y con la calidad de vida dependiendo del género de los sujetos.
La presencia de síntomas vinculados a la psoriasis (prurito y dolor), se asociaba con mayor impacto en la calidad de vida y con niveles más altos de ansiedad y depresión. Según los resultados de las escalas administradas los pacientes psoriásicos mostraban síntomas ansiosos y depresivos. En consecuencia, para ajustar el enfoque del tratamiento resulta aconsejable desarrollar una valoración psiquiátrica junto a la exploración dermatológica, especialmente en aquellos pacientes graves y con sintomatología activa.

REFERENCIAS

1. Badia X et al. Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. Br J Dermatol. 1999 Oct; 141(4):698- 702.
2. Fortune DG et al. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. Arch Dermatol 2003; 139:752-6.
3. Maria Esposito et al. An italian study on psoriasis and depression. Dermatology 2006; 212:123-127.
4. Monali J Bhosle et al. Quality of life in patients with psoriasis. Health Qual Life Outcomes. 2006 Jun 6; 4:35.
5. Davies et al. Does ad hoc quality-of-life discussion in inflammatory skin disease consultations reflect standardized patient-reported outcomes? Clinc Exp Dermatol 2008 Jan; 33(1):16-21.

Esta investigación se ha realizado con el soporte de la "Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques" (AATM proyecto 2004/1892/I).

IMIM hospitaldelmar

C S B Consorci Sanitari de Barcelona
IMAS
Institut Municipal d'Assistència Sanitària