



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON PSORIASIS VULGAR  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC.  
ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:  
**DRA. NATHALIE NADIA ROMERO FLORES**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD  
**DERMATOLOGÍA**

ASESOR DE TESIS  
**DRA. ESTHER GUADALUPE GUEVARA SANGINÉS**

NO. DE REGISTRO

**110.2017**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. JUNIO DE 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**AUTORIZACIÓN DE TESIS**

**DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA**  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

**DRA. FLOR MARIA DE GUADALUPE ÁVILA FEMATT**  
JEFA DE ENSEÑANZA

**DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO**  
JEFE DE INVESTIGACIÓN

**AUTORIZACIÓN DE TESIS**

**DRA. LORENA GUADALUPE ESTRADA AGUILAR**  
JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

**DRA. ESTHER GUADALUPE GUEVARA SANGINÉS**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO  
DE POSGRADO DE DERMATOLOGÍA  
ASESOR DE TESIS

**COLABORADORES DE LA TESIS**

**DRA. LORENA GUADALUPE ESTRADA AGUILAR**

JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

**DRA. MARÍA TERESA BARRÓN TAPIA**

DERMATÓLOGA ADSCRITA

**DRA. NANCY LIBERTAD CHÁVEZ GÓMEZ**

RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

## AGRADECIMIENTOS

A mi esposo **Miguel Ángel Bañuelos Gómez** por su inmenso amor y apoyo durante mi carrera y residencia.

A mi padre **Reyes Romero Capetillo** por todo el amor, el apoyo incondicional y su cariño que me ha brindado durante toda mi vida y carrera, quien siempre me impulsa a seguir creciendo

A mis hermanas **Diana, Adriana y Paula**, mi sobrinita, por estar siempre conmigo y por su apoyo y demostrarme que pese a cualquier dificultad siempre estaremos juntas.

A todos mis profesores por la oportunidad de aprender lo mejor de cada uno de ellos en especial a **Dra. Esther Guadalupe Guevara Sanginés, Lorena Estrada Aguilar y Ma. Teresa Barrón Tapia.**

A la **Dra. Martha Eunice Rodríguez Arellano y Nancy Chávez** por su apoyo en la elaboración de tesis.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
4. JUSTIFICACIÓN	12
5. OBJETIVOS	13
6. HIPÓTESIS	14
7. MATERIAL Y MÉTODOS	15
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
9. RESULTADOS	19
10. DISCUSIÓN	38
11. CONCLUSIÓN	40
12. ANEXOS	41
13. BIBLIOGRAFÍA	46

## 1. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, cuyas principales manifestaciones son cutáneas, tiende a ser diseminada bilateral y simétrica; afecta principalmente zonas de extensión, piel cabelluda, codos, rodillas, región sacra; puede afectar amplias zonas de superficie cutánea, cuando afecta área genital, palmas y plantas o pliegues se considera grave; está constituida por placas eritemato-escamosas con escama yesosa bien definidas.<sup>1</sup>

Presenta una prevalencia estimada del 1,5-2% de la población de los países industrializados. Afecta por igual a varones y mujeres; ocurre a cualquier edad, aunque hay un cierto predominio de inicio en la segunda y la cuarta década de la vida. Puede ser incapacitante y tener un gran impacto en la calidad de vida.<sup>2</sup>

La sexualidad es una de las áreas afectadas en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, cuando los síntomas se localizan en los genitales o en las zonas erógenas privilegiadas como boca, ano, y mamas, suelen afectar la “mecánica” sexual propiamente dicha pero eso no implica necesariamente que las relaciones sexuales o la satisfacción sexual no puedan ocurrir. No obstante, el hecho de ser una enfermedad crónica con fuerte influencia en la imagen corporal juega un papel importante en la sexualidad ya que existe la creencia social de que hay una relación directa entre atractivo físico y relación sexual satisfactoria.<sup>8,9,10.</sup>

La percepción de la calidad de la satisfacción sexual es multifactorial, sin embargo los pacientes con psoriasis podrían presentar un factor agregado como la autopercepción de imagen y las lesiones en piel que pueden favorecer la disminución tanto la satisfacción como el desempeño de la vida sexual, al conocer la disminución de la calidad de vida sexual permitirá eventualmente establecer intervenciones que podrían mejorar la calidad de vida del paciente.

## 2. MARCO TEÓRICO

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, cuyas principales manifestaciones son cutáneas, tiende a ser diseminada bilateral y simétrica; afecta principalmente zonas de extensión, piel cabelluda, codos, rodillas, región sacra, puede afectar amplias zonas de superficie cutánea, y afectar área genital. Está constituida por placas eritemato-escamosas con escama yesosa bien definidas. <sup>1</sup>

Presenta una prevalencia estimada del 1,5-2% de la población de los países industrializados. Afecta por igual a varones y mujeres; ocurre a cualquier edad, aunque hay un cierto predominio de inicio en la segunda y después de la cuarta década de la vida. Puede ser incapacitante y tener un gran impacto en la calidad de vida. <sup>1,2</sup>

Se clasifica en psoriasis tipo I o juvenil en donde la edad promedio de inicio es a los 20 años. Suele ser más generalizada, más resistente al tratamiento y más grave; y tipo II o del adulto que inicia aproximadamente entre 50-60 años. Con una evolución benigna, puede coincidir con alteraciones metabólicas. <sup>3</sup>

Clínicamente se clasifica:

1. Placas: llamada también psoriasis vulgar, es la forma clínica más frecuente de la psoriasis y se presenta entre el 80 a 90 % de los pacientes.
2. Gotas: predomina en tronco y extremidades con tendencia a la generalización, respeta palmas y plantas. Se caracteriza por la erupción de pequeñas placas eritemato-escamosas, entre 2 y 10 mm. Frecuentemente es precedida por una infección de vías respiratorias por *Streptococo β hemolítico* del grupo A o por alguna infección viral.
3. Palmo-plantar: variedad de psoriasis diseminada a palmas y plantas; caracterizada por placas eritemato-descamativas. Las lesiones pueden fisurarse, agrietarse y tener bordes dentados por lo que suele ser incapacitantes.
4. Piel cabelluda: Afecta las áreas de implantación del pelo o comprometen toda la piel cabelluda; suelen ser más persistentes que el resto de las lesiones del cuerpo. Con frecuencia es la primera e incluso la única topografía afectada, se caracteriza por placas eritematosas, descamativas a veces infiltradas, con descamación micácea.
5. Invertida: Se caracteriza por lesiones diseminadas a pliegues cutáneos como axilas, región genitocrural y cuello. La descamación es mínima o ausente muestra un eritema intenso, brillante, claramente demarcado, se exacerba notoriamente por la sudoración.
6. Eritrodérmica: representa la forma generalizada, que afecta a más del 90% de la superficie corporal, están presentes todos los datos clínicos previamente descritos, pero el eritema es el más pronunciado.

La psoriasis también se clasifica de acuerdo a la gravedad en leve, moderada y severa, las principales escalas utilizadas para evaluar la gravedad son: Índice de Severidad del área de

Psoriasis (PASI), Superficie corporal afectada (BSA) e Índice de calidad de vida en Dermatología (DLQI) que miden íntegramente la gravedad clínica y el impacto de la enfermedad en la vida diaria.<sup>4</sup>

El PASI que evalúa el grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida, la puntuación varía de 0 a 72; es de gran ayuda para la decisión terapéutica y controles posteriores, sin embargo también se considera que la psoriasis es moderada a severa si afecta áreas corporales visibles y específicas como piel cabelluda, área genital, región palmoplantar y si existe afección de las articulaciones, aunque sea mínima la superficie corporal afectada.<sup>4,5</sup>

Otra medición para valorar la gravedad de la psoriasis es la superficie corporal afectada (BSA) la forma más sencilla para medir la superficie afectada por las lesiones de psoriasis es usar la palma de la mano del paciente incluidos los dedos, como equivalente al 1% de la totalidad de la superficie corporal del mismo. La psoriasis se considera leve cuando afecta menos del 3% de la superficie cutánea, moderada cuando afecta entre el 3 y el 8% y grave cuando afecta más del 10%.<sup>5</sup>

También se ha utilizado la escala de Índice de calidad de vida en Dermatología (DLQI) que se emplea en pacientes mayores de 16 años y evalúa seis áreas clave que interfieren en la calidad de vida: sobre los síntomas del paciente y sus sensaciones, actividades diarias, ocio, trabajo y colegio, relaciones personales y tratamiento, en donde la pregunta número nueve aborda la vida sexual del paciente, consta de una puntuación de 0 a 30 puntos y se considera impacto de la calidad de vida leve de 2 a 5 puntos, moderada 6 a 10 puntos, severa de 11 a 20 puntos y muy severa de 21 a 30 puntos.<sup>4,5</sup>

Por lo que aplicando estas tres escalas se considera la severidad de la psoriasis en:

Leve:	PASI <5	BSA <3%	DLQI 2-5.
Moderada	PASI 5-10	BSA 4-10%	DLQI 6-10.
Grave	PASI > 10	BSA >10	DLQI >10

El tratamiento debe ser individualizado y dependerá de la gravedad de la enfermedad. Los tratamientos tópicos, sistémicos convencionales, fototerapia y biológicos constituyen las cuatro variantes de tratamiento disponibles en la actualidad. Éstas pueden emplearse solos o combinados, administrarse en formas alternadas o secuencialmente. Se puede elegir la opción de iniciar un tratamiento con un fármaco sistémico como metotrexato, azatioprina, ciclosporina o biológico como anti TNF y mantener el control con fototerapia y/o tratamientos tópicos con esteroides, reductores o inhibidores de la calcineurina.<sup>6</sup>

La satisfacción sexual se define como la actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva que se amoldan a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores de sentimientos de vergüenza de culpabilidad y de factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales.<sup>7</sup>

La percepción de la autoimagen del paciente que cursa con psoriasis se encuentra afectada, con disminución en la calidad de vida y dentro de ésta la satisfacción sexual que ha sido poco estudiado en estos pacientes.

La satisfacción es un parámetro que debería ser estudiado para eventualmente favorecer intervenciones si fueran necesarias, para contribuir al bienestar biopsicosocial de los individuos con esta enfermedad.

La sexualidad es un estado de bienestar físico, mental y social en las relaciones sexuales, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la

intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.<sup>8,9</sup>

La sexualidad es una de las áreas afectadas en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, cuando las lesiones se localizan en los genitales o en las zonas erógenas privilegiadas como boca, ano y mamas, las lesiones suelen afectar la “mecánica” sexual propiamente dicha pero eso no implica necesariamente que las relaciones sexuales o la satisfacción sexual no puedan ocurrir. No obstante, el hecho de ser una enfermedad crónica con fuerte influencia en la imagen corporal juega un papel importante, así como la creencia social de que hay una relación directa entre atractivo físico y relación sexual satisfactoria.<sup>8,9,10</sup>

Según Sampogna y cols.<sup>9</sup> definen que la afectación de la sexualidad es independiente del grado de severidad de los síntomas; posteriormente Ludwig y cols.<sup>10</sup> comentan que la afectación en la satisfacción sexual incluso podría no estar relacionada con la localización genital, y sí en cambio con preocupaciones acerca de la textura y apariencia de la piel en otras localizaciones no genitales, según Magin y colaboradores.<sup>11</sup>

Existe un impacto psicosocial importante que genera más angustia que sus síntomas físicos, esto representa un impacto perjudicial en el funcionamiento social y la autoimagen. Ryan y cols. describieron que el 45,8% de los pacientes con psoriasis no habían discutido su implicación genital con su dermatólogo, así como su impacto negativo en cuanto a la función sexual, frecuencia sexual, miedo a relaciones sexuales y empeoramiento de su enfermedad genital posterior al coito.<sup>10,11</sup>

En los últimos años se ha producido un incremento progresivo de los estudios que analizan el impacto de la psoriasis sobre la función sexual. Esta alteración parece ser considerable y puede ocasionar alteraciones significativas de la calidad de vida<sup>11,12</sup>

El dermatólogo representa el eje de atención médica de los pacientes con psoriasis, especialmente de aquellos con una enfermedad más severa, se debe facilitar la comunicación en relación con los problemas sexuales y ofertar los recursos pertinentes es necesario para realizar un tratamiento holístico en pacientes con psoriasis y mejorar su calidad de vida de forma global.<sup>13,14</sup>

Entre los estudios de sexualidad y psoriasis merecen destacarse los de Gupta y Gupta quienes en 120 pacientes, hallaron que 40,8% estaban afectados en su sexualidad, reportaron disminución de actividad sexual. Entre los afectados, 60% atribuyeron la disminución de la actividad sexual al efecto de la psoriasis en su apariencia. Ben y cols encontraron que 4 de 50 pacientes estudiados reportaron problemas en el área de la sexualidad.<sup>15</sup>

Por lo anterior, el establecer la satisfacción sexual en este tipo de pacientes permitirá establecer intervenciones adecuadas para mejorar su calidad de vida.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se ha demostrado que los pacientes con psoriasis tienen disminución en la satisfacción sexual en distintos países, pero ha sido poco estudiada en la población mexicana.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La satisfacción sexual se define como la actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva que se amolda a criterios de ética social y personal, así como la ausencia de temores de sentimientos de vergüenza de culpabilidad y de factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales.<sup>7</sup>

La percepción de la calidad de la satisfacción sexual es multifactorial, sin embargo los pacientes con psoriasis podrían presentar un factor agregado como la autopercepción de imagen y las lesiones en piel que pueden favorecer la disminución tanto la satisfacción como el desempeño de la vida sexual, al conocer la disminución de la calidad de vida sexual permitirá eventualmente establecer intervenciones que podrían mejorar la calidad de vida del paciente.

## **5. OBJETIVO**

### **OBJETIVO GENERAL**

Establecer si existe disminución en la satisfacción sexual en pacientes con psoriasis vulgar del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE"

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Estimar la prevalencia de pacientes con afectación genital secundaria a psoriasis y su relación con la satisfacción sexual
2. Estimar los determinantes de satisfacción sexual
3. Correlacionar la sintomatología genital con la satisfacción sexual
4. Establecer un punto de corte por medio del uso de un cuestionario para determinar la presencia de satisfacción sexual
5. Reclutar una muestra con los pacientes que cumplan los criterios de inclusión
6. Aplicar los cuestionarios validados de satisfacción sexual
7. Realizar el análisis estadístico

## **6. HIPÓTESIS**

### **CAUSALIDAD**

Los pacientes con psoriasis vulgar tienen disminución en la satisfacción sexual y esta se relaciona con la gravedad de la enfermedad.

### **NULA**

Los pacientes con psoriasis vulgar no presentan disminución en la satisfacción sexual y esta no se relaciona con la gravedad de la enfermedad.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

Para evaluar la satisfacción sexual en pacientes con psoriasis se diseñó un estudio clínico observacional, transversal, en pacientes con psoriasis que acuden a consulta en el servicio de dermatología del Hospital Regional “Licenciado Adolfo López Mateos” entre Octubre del 2016 y abril del 2017. El estudio fue autorizado por el comité de ética institucional y está apegado a la normatividad vigente de investigación en salud en nuestro país.

Se capturaron a los pacientes con psoriasis y se les solicitó participar en el estudio. Aquellos que aceptaron participar en el estudio, se les solicitó firmar el formato de consentimiento informado (**Anexo 1**)

Los criterios de inclusión fueron pacientes con psoriasis que contaran con expediente completo con diagnóstico de psoriasis vulgar, mayores de 18 años, con inicio de vida sexual y relaciones sexuales en los últimos 6 meses.

En la hoja de recolección de datos (**Anexo 2**) se registraron las siguientes variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Edad	Edad en años cumplidos al momento de la entrevista	Años	Cuantitativa discreta
Sexo	Preguntar directamente al entrevistado si es hombre o mujer.	0: Masculino 1: Femenino	Cualitativa nominal
Nivel de estudios	Preguntar directamente al entrevistado el último grado académico que cursó	0: Primaria 1: Secundaria 2. Preparatoria 3. Licenciatura 4. Posgrado	Cualitativa nominal
Estado civil	Preguntar directamente al entrevistado estado civil actual.	0: Soltero 1: Casado 2. Unión libre 3. Divorciado	Cualitativa nominal

Gravedad de psoriasis	Evaluación de la gravedad: (PASI) índice de la severidad del área de Psoriasis,  (BSA) superficie corporal afectada,  (DLQI) índice de calidad de vida.	0: Leve: PASI <5, BSA <3% DLQI 2-5. 1: Moderado: PASI 5-10, BSA 4-10%, DLQI 6-10. 2: grave PASI > 10, BSA > DLQI > 10.	Cualitativa ordinal
Afección en área genital	Se revisará al paciente cuerpo completo	0: Labios mayores 1: Labios menores 2: Perineo 3: Mamas 4: Pene 5: Glande 6: Escroto	Cualitativa nominal
Sintomatología posterior al coito  Prurito	Se preguntará directamente al paciente si cursa sintomatología posterior al coito en pacientes con psoriasis en área genital	0: Si 1: No	Cualitativa nominal
Dispareunia	Se preguntará directamente al paciente si cursa sintomatología posterior al coito en pacientes con psoriasis en área genital	0: Si 1: No	Cualitativa nominal
Ardor	Se preguntará directamente al paciente si cursa sintomatología posterior al coito en pacientes con psoriasis en área genital	0: Si 1: No	Cualitativa nominal
Emperamiento de placas posterior a coito	Se preguntará directamente al paciente si cursa sintomatología posterior al coito en pacientes con psoriasis en área genital	0: Si 1: No	Cualitativa nominal
Comorbilidades  Diabetes Mellitus tipo 2	Se preguntará al paciente si cursa con alguna comorbilidad más la revisión del expediente	0: Si 1: No	Cualitativa nominal
Hipertensión Arterial Sistémica	Se preguntará al paciente si cursa con alguna comorbilidad más la revisión del expediente	0: Si 1: No	Cualitativa nominal

Se les aplicó el siguiente cuestionario: escala de *Massachusetts General Functioning Questionnaire* (MGH- SFQ) (**Anexo 3**)

Se clasificó la psoriasis de acuerdo a su gravedad: BSA, PASI **Anexo 4** y DLQI **Anexo 5**.

Se realizó el análisis de la información con procesamiento manual, se seleccionaron los datos y realizaron las asociaciones de las variables de estudio mediante la utilización de estadística descriptiva e inferencial. Finalmente se realizaron gráficas para mostrar los hallazgos más relevantes.

## 8. ANALISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron los datos con el software estadístico STATA SE versión 12. Se corroboró la normalidad de las variables analizadas por medio de la prueba de Shapiro Wilk con lo cual se decidió reportarlas como mediana y rangos intercuartilares si fueron consideradas como no paramétricas, y como media y desviación estándar si fueron paramétricas.

Al no contar con un punto de corte para poder determinar la satisfacción se tomó como punto de corte arbitrario un total de  $\geq 16$  puntos en el cuestionario de satisfacción y se creó una variable dicotómica para poder clasificarla como satisfecha o no.

Para corroborar la relación entre la satisfacción sexual y los síntomas referidos en el cuestionario se hicieron correlaciones de Spearman, que son útiles para variables continuas, en donde se reportaron los coeficientes de correlación y su significancia estadística.

Se realizó un modelo regresión logística para determinar la relación que tiene la satisfacción sexual con las demás variables estudiadas.

## 9. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 26 pacientes con psoriasis vulgar que acudieron a consulta al servicio de Dermatología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, con las siguientes características generales **(Tabla 1)**.

De los 26 pacientes: 18 pacientes fueron del sexo masculino (69.23%) 8 pacientes del sexo femenino (30.77%). **(Gráfica1)**.

Estado civil: soltero 1 paciente (3.85%), 22 pacientes casados (84.2%), unión libre 2 pacientes (7.69%) y 1 paciente divorciado (3.85%) **(Gráfica 2)**. No hubo diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a el estado civil y sexo de los pacientes con una  $P = 0.366$  **(Tabla 2)**.

De los pacientes estudiados el nivel escolar fue: primaria en 1 paciente (3.85%), secundaria 5 pacientes (19.23%), preparatoria 8 pacientes (30.77%) y licenciatura 12 pacientes (46.15%). **(Gráfica 3)**. No hubo diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al nivel escolar y sexo de los pacientes con una  $P = 0.514$  **(Tabla 3)**.

La edad de los pacientes varió entre 38 a 77 años, con una  $DE \pm 8.6$ , con una media de edad de 55 años.

Se identificó dentro de la encuesta y revisión de expediente si el paciente tenía diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 o no; de los 26 pacientes estudiados 5 pacientes eran diabéticos (19.23%) y 21 pacientes (80.77%) no eran diabéticos. Se revisó que los pacientes estuvieran controlados con adecuada toma de medicamentos para que el descontrol metabólico no fuera un factor de sesgo en el estudio. La mediana de glucosa en estos pacientes fue de 89mg / dl. No hubo diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al control glucémico y sexo de los pacientes con una  $p = 0.619$  **(Tabla 4)**.

Se incluyeron dentro de la encuesta el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en donde 2 pacientes (7.69 %) tenían el diagnóstico de HAS y 24 pacientes (92.31%) no. A todos los pacientes se les midió la Tensión Arterial para determinar si los pacientes se encontraban en control o no, de los 26 pacientes, un paciente (3.65%) no se encontraba en control y 25 pacientes (96.15%) tuvieron cifras de tensión arterial dentro de los límites normales. No hubo diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a las cifras de tensión arterial y sexo de los pacientes con una  $p = 0.540$  **(Tabla 5)**.

Se realizó medición de PASI, BSA y DLQI a los pacientes en donde se obtuvo una mediana de PASI de 2.9, con un rango de 0 a 15.1; una mediana de BSA de 2.5, con un rango de 0 a 48.98 y una mediana de DLQI de 4.5 con un rango de 0 a 21. **(Tabla 1)**

Todos nuestros pacientes estaban bajo tratamiento médico en el momento de la encuesta. De los 26 pacientes de acuerdo a la severidad de la psoriasis vulgar se clasificaron en: leve 15 pacientes (57.69%), moderada 8 pacientes (30.77%) y severa 3 pacientes (11.57%). **(Tabla 6) (Gráfica 4)**. Se dividió a los pacientes por sexo y severidad de la enfermedad en donde se puede observar que no hay diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la severidad de psoriasis y sexo de los pacientes con una  $p = 0.246$  **(Tabla 7)**.

De los 10 pacientes que tuvieron afección en área genital, 5 pacientes refirieron aumento de prurito (50%) durante y posterior al coito, 4 pacientes (40%) tuvieron ardor en las placas durante y posterior al coito, dispareunia en una paciente (10%) y empeoramiento de placas de psoriasis posterior al coito en tres pacientes (30%) (**Tabla 8**).

De acuerdo si había afección en área genital 16 pacientes (61.54%) no tenían afección en área genital y 10 pacientes (38.46%) si tenían afección en área genital. De acuerdo al sexo 7 varones tuvieron afección en área genital y 11 varones no. Tres mujeres tuvieron lesiones en área genital y 5 no. No tuvo diferencia estadísticamente significativa con una  $p= 0.946$  cuando se correlaciono el sexo con el área genital (**Tabla 9**).

En las mujeres una paciente tenía afección en labios mayores (3.85%), una en labios menores (3.85%) una en perineo (3.85%), y una en mamas (3.85%). En cuanto a los pacientes del sexo masculino un paciente tuvo afección en pene (3.85%), uno paciente afección en glande (3.85%) y seis pacientes en escroto (23.08%). (**Tabla 10**)

Dentro de la satisfacción sexual global se realizó resumen de la afección sexual en pacientes con psoriasis vulgar que acuden a consulta de Dermatología en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos. (**Tabla 11**) (**Gráfica 5**)

De los 26 pacientes el **interés sexual** fue totalmente disminuido en 3 pacientes (11.54%), marcadamente disminuido en un paciente (3.85%) moderadamente disminuido en 3 pacientes (11.54%) mínimamente disminuido en 4 pacientes (15.38%) y normal en 15 pacientes (57.69%)

La **excitación sexual** estuvo totalmente disminuido en 2 pacientes (7.69%), marcadamente disminuido en 2 pacientes (7.69%) moderadamente disminuido en 4 pacientes (15.38%) y mínimamente disminuido en 5 pacientes (19.23%) y normal en 13 pacientes.

El **orgasmo** estuvo totalmente disminuido en 2 pacientes (7.69%), marcadamente disminuido en 2 pacientes (7.69%), moderadamente disminuido en 5 pacientes (19.23%) mínimamente disminuido en 4 pacientes (15.38%).

La **satisfacción sexual** estuvo totalmente disminuido en 2 pacientes (7.69%), marcadamente disminuido en 3 pacientes (11.54%), moderadamente disminuido en 5 pacientes (19.23%) mínimamente disminuido en 5 pacientes (19.23%) y normal en 11 pacientes (42.31%).

En los sujetos del sexo masculino la afección en la **erección**, un paciente estuvo totalmente disminuido (6.25%), marcadamente disminuido en un paciente (6.25%), moderadamente disminuido en 5 pacientes (31.25%), mínimamente disminuido en 3 pacientes (18.75%) y normal en 6 pacientes (37.50%).

No hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con afección genital y sin afección genital en cuanto interés sexual, excitación sexual, orgasmo, satisfacción sexual referida por el paciente, erección o satisfacción sexual global como se muestran en las **tablas 12, 13, 14, 15, 16 y 17**.

De acuerdo a la tabla de correlación de Spermán entre la gravedad de la enfermedad y la satisfacción sexual global, el interés sexual, excitación sexual, capacidad para conseguir orgasmo, y la erección fue estadísticamente significativa como se muestra en la tabla 18.

La satisfacción sexual global se obtuvo un coeficiente Rho de 0.56, con una  $p < 0.002$  siendo estadísticamente significativa.

Recordamos que la severidad se clasificó en grave no solo por la escala del PASI o BSA es decir por la superficie corporal afectada sino también por el DLQI que fue el que definió la gravedad.

El interés sexual tuvo un coeficiente de correlación de 0.60, con una  $p < 0.001$ . La excitación sexual tuvo un coeficiente de correlación de 0.83, con una  $p < 0.000$ . El orgasmo tuvo un coeficiente de correlación de 0.74, con una  $p < 0.000$ . La satisfacción sexual referida por el paciente tuvo un coeficiente de correlación de 0.73, con una  $p < 0.000$ . La erección tuvo un coeficiente de correlación de 0.67 con una  $p < 0.004$ .

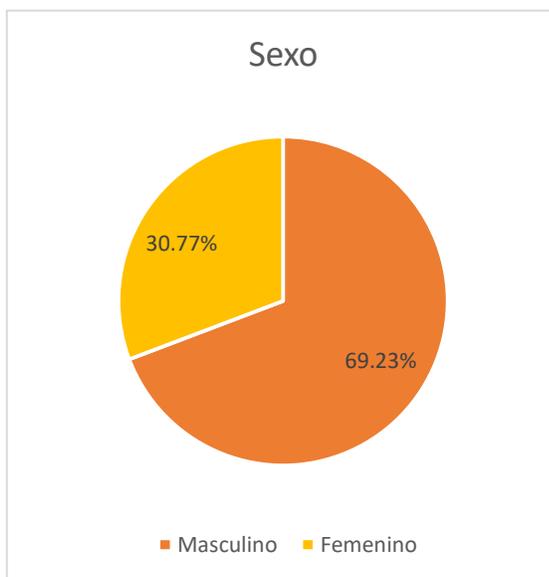
## TABLAS Y GRÁFICAS

**Tabla 1.** Características generales de pacientes con psoriasis del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE

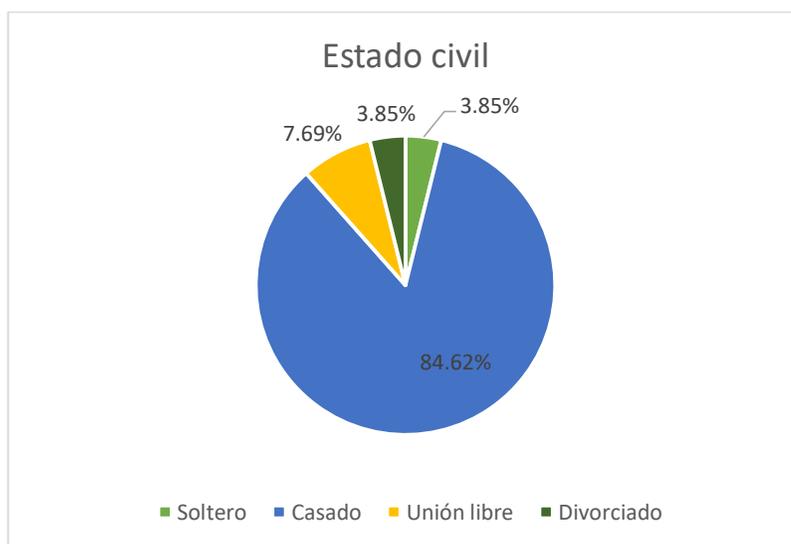
VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE		DS	VALOR MINIMO	VALOR MÁXIMO
<b>SEXO</b>	Masculino	18	69.23%				
	Femenino	8	30.77%				
<b>ESTADO CIVIL</b>							
	Soltero	1	3.85%				
	Casado	22	84.62%				
	Unión libre	2	7.69%				
	Divorciado	1	3.85%				
<b>ESCOLARIDAD</b>							
	Primaria	1	3.85%				
	Secundaria	5	19.23%				
	Preparatoria	8	30.77%				
	licenciatura	12	46.15%				
<b>DM2</b>							
	No	21	80.77%				
	Si	5	19.23%				
<b>HAS</b>							
	No	24	92.31%				
	Si	2	7.69%				
<b>Control TA</b>							
	No	1	3.85%				
	SI	25	96.15%				

<b>EDAD</b>				Media 55	8.6	38 77
<b>GLUCOSA</b>				Mediana 89		72 202
<b>PASI</b>				Mediana 2.9		0 15.1
<b>BSA</b>				Mediana 2.5		0 48.98
<b>DLQI</b>				Mediana 4.5		0 21

**Gráfica 1.** Porcentaje de distribución de sexo de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.



**Gráfica 2.** Porcentaje de distribución del estado civil de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.



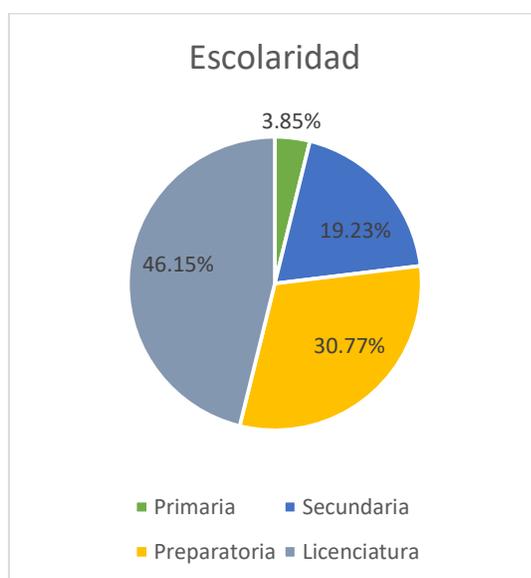
**Tabla 2.** Distribución de estado civil de acuerdo al sexo de los pacientes con psoriasis vulgar del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

**ESTADO CIVIL**

SEXO	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	DIVORCIADO	TOTAL
HOMBRE	1	16	1	0	18
MUJER	0	6	1	1	8
TOTAL	1	22	2	1	26

**p= 0.366 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Gráfica 3.** Porcentaje de distribución de nivel de educación de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.



**Tabla 3.** Distribución del nivel de estudios de acuerdo al sexo de los pacientes con psoriasis vulgar del hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos.

**NIVEL DE ESTUDIOS**

SEXO	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA	TOTAL
HOMBRE	1	4	4	9	18
MUJER	0	1	4	3	26

**p = 0.514 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 4.** Distribución de Diabetes Mellitus Tipo 2 de acuerdo al sexo de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

SEXO	DM2		TOTAL
	NO	SI	
HOMBRE	15	3	18
MUJER	6	2	8
TOTAL	21	5	26

**p = 0.619 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 5.** Distribución de Hipertensión Arterial Sistémica de acuerdo al sexo de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

SEXO	HAS		TOTAL
	NO	SI	
HOMBRE	17	1	18
MUJER	7	1	8
TOTAL	24	2	26

**p = 0.540 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 6.** Características de la gravedad de psoriasis en pacientes estudiados del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

VARIABLE	CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>GRAVEDAD</b>			
	Leve	15	57.69%
	Moderada	8	30.77%
	Severa	3	11.57%

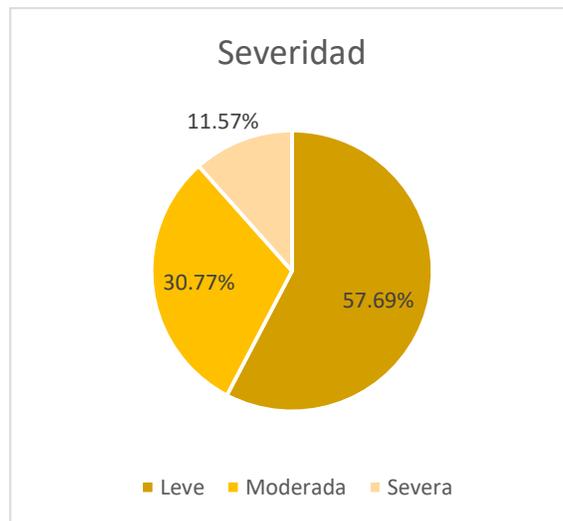
**Tabla 7.** Distribución de severidad de acuerdo a escalas validadas para psoriasis de acuerdo al sexo de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

**GRAVEDAD**

SEXO	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
HOMBRE	12	5	1	18
MUJER	3	3	2	8
TOTAL	15	8	3	26

**P = 0.246 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Gráfica 4.** Porcentaje de distribución de severidad de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.



**Tabla 8.** Características de afección genital en pacientes con psoriasis estudiados en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

VARIABLE	CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Afectación genital</b>			
	No	16	61.54%
	Si	10	38.46%
<b>Área genital afectada</b>			
	Labios mayores	1	3.85%
	Labios menores	1	3.85%
	Perineo	1	3.85%
	Mamas	1	3.85%
	Pene	1	3.85%
	Glande	1	3.85%
	Escroto	6	23.08%
<b>Prurito</b>			
	No	5	50%
	Si	5	50%
<b>Ardor</b>			
	No	6	60%
	Si	4	40%%
<b>Dispareunia</b>			
	No	9	90%
	Si	1	10%
<b>Empeoramiento coito</b>			
	No	7	70%
	Si	3	30%

**Tabla 9.** Distribución de afección genital de acuerdo al sexo de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

**AFECCIÓN GENITAL**

SEXO	NO	SI	TOTAL
HOMBRE	11	7	18
MUJER	5	3	8
TOTAL	16	10	26

**p = 0.946 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

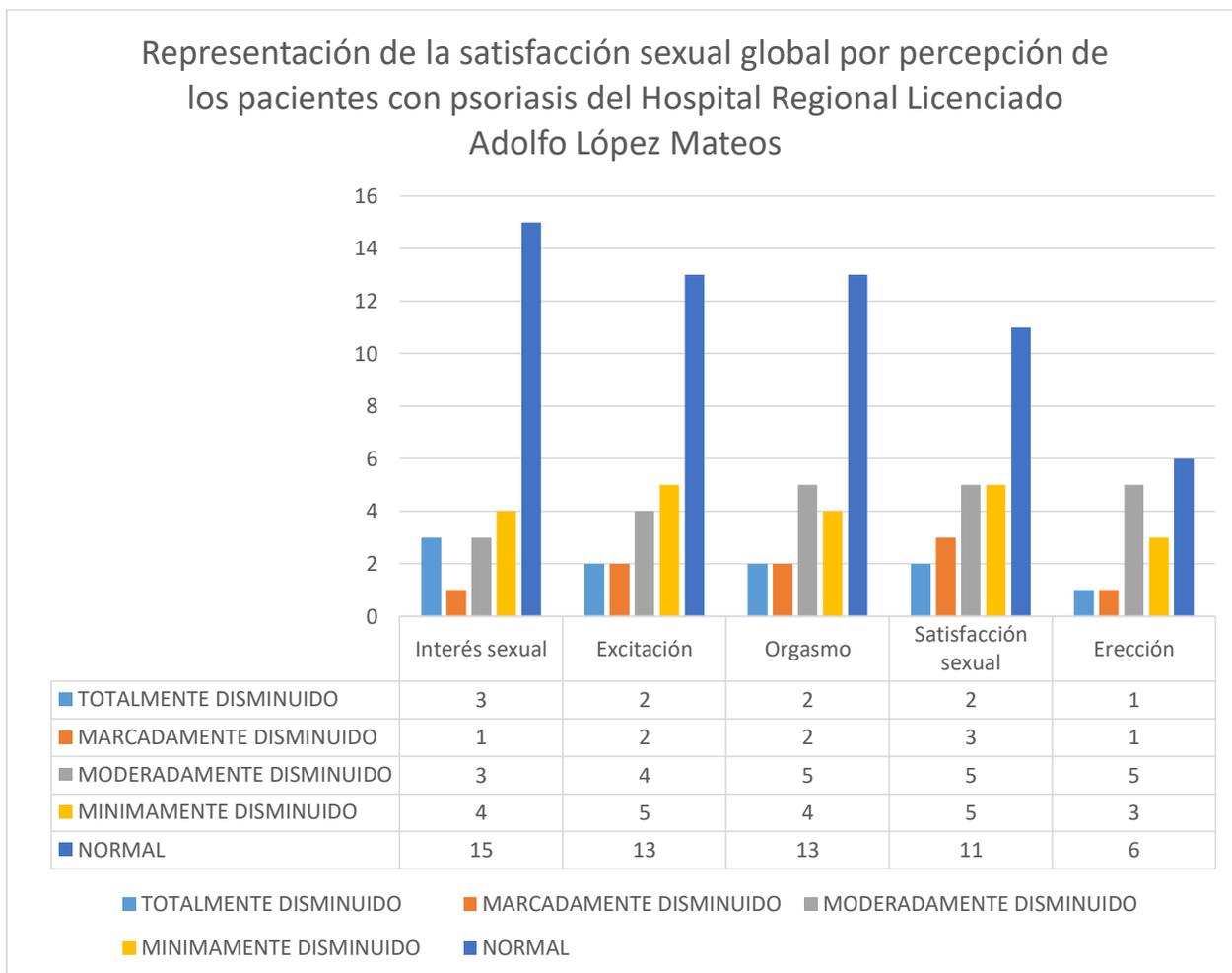
**Tabla 10.** Distribución de afección genital de los pacientes con psoriasis vulgar que acuden a Dermatología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

Área genital	Freq.	Percent	Cum.
Labios mayores	1	3.85	3.85
Labios menores	1	3.85	7.69
Perineo	1	3.85	11.54
Glande	1	3.85	15.38
Escroto	6	23.08	38.46
Sin afección	16	61.54	100.00
Total	26	100.00	

**Tabla 11.** Valoración de la satisfacción global sexual en pacientes con psoriasis del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

SATISFACCIÓN GLOBAL	TOTALMENTE DISMINUIDO		MARCADAMENTE DISMINUIDO		MODERADAMENTE DISMINUIDO		MINIMAMENTE DISMINUIDO		NORMAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Interés sexual</b>	3	11.54%	1	3.85%	3	11.54%	4	15.38%	15	57.69%
<b>Excitación</b>	2	7.69%	2	7.69%	4	15.38%	5	19.23%	13	50%
<b>Orgasmo</b>	2	7.69%	2	7.69%	5	19.23%	4	15.38%	13	50%
<b>Satisfacción sexual</b>	2	7.69%	3	11.54%	5	19.23%	5	19.23%	11	42.31%
<b>Erección</b>	1	6.25%	1	6.25%	5	31.25%	3	18.75%	6	37.50%

**Gráfica 5.** Representación de la satisfacción sexual global por percepción de los pacientes con psoriasis vulgar en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE..



**Tabla 12.** Interés sexual de pacientes con psoriasis vulgar con y sin afección genital del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

**INTERÉS SEXUAL**

<b>AFECCIÓN GENITAL</b>	<b>TOTALMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MARCADAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MODERADAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MINIMAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>NORMAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	2	1	2	1	10	16
<b>SI</b>	1	0	1	3	5	10
<b>TOTAL</b>	3	1	3	4	15	26

**p = 0.539 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 13.** Excitación de pacientes con psoriasis vulgar con y sin afección genital del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE

<b>AFECCIÓN GENITAL</b>	<b>TOTALMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MARCADAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MODERADAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MINIMAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>NORMAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	1	2	2	4	7	16
<b>SI</b>	1	0	2	1	6	10
<b>TOTAL</b>	2	2	4	5	13	26

**p = 0.621 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 14.** Orgasmo de pacientes con psoriasis vulgar con y sin afección genital del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE

AFECCIÓN GENITAL	TOTALMENTE DISMINUIDO	MARCADAMENTE DISMINUIDO	MODERADAMENTE DISMINUIDO	MINIMAMENTE DISMINUIDO	NORMAL	TOTAL
NO	1	2	4	2	7	16
SI	1	0	1	2	6	10
<b>TOTAL</b>	2	2	5	4	13	26

**p = 0.621 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 15.** Satisfacción referida por los de pacientes con psoriasis vulgar con y sin afección genital del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE

AFECCIÓN GENITAL	TOTALMENTE DISMINUIDO	MARCADAMENTE DISMINUIDO	MODERADAMENTE DISMINUIDO	MINIMAMENTE DISMINUIDO	NORMAL	TOTAL
NO	1	3	4	3	5	16
SI	1	0	1	2	6	10
<b>TOTAL</b>	2	3	5	5	11	26

**p = 0.418 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 16.** Erección de pacientes con psoriasis vulgar con y sin afección genital del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE

<b>AFECCIÓN GENITAL</b>	<b>TOTALMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MARCADAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MODERADAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>MINIMAMENTE DISMINUIDO</b>	<b>NORMAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	0	1	4	2	2	9
<b>SI</b>	1	0	1	1	4	7
<b>TOTAL</b>	1	1	5	3	6	166

**p = 0.328 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 17.** Satisfacción sexual global de pacientes con psoriasis vulgar con y sin afección genital del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE

<b>AFECCIÓN GENITAL</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	10	6	16
<b>SI</b>	3	7	10
<b>TOTAL</b>	13	13	26

**p = 0.107 (sin diferencias estadísticamente significativas)**

**Tabla 18.** Correlación de Spearman de síntomas sexuales referidos comparados con la satisfacción sexual global medida en personas con psoriasis del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE.

<b>Variable</b>	<b>Coefficiente de correlación</b>	<b>P</b>
<b>Severidad de la enfermedad</b>	-0.56	0.002
<b>Afectación genital</b>	0.31	0.11
<b>Prurito</b>	0.21	0.54
<b>Ardor</b>	0.08	0.80
<b>Dispareunia</b>	-0.50	0.13
<b>Empeoramiento del coito</b>	-0.04	0.89
<b>Interés sexual</b>	0.60	0.001
<b>Excitación</b>	0.83	0.000
<b>Orgasmo</b>	0.74	0.000
<b>Satisfacción sexual referida por el paciente</b>	0.73	0.000
<b>Erección</b>	0.67	0.004

**Tabla 19.** Modelo de regresión logística para satisfacción sexual en pacientes con psoriasis del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, 2017.

Source	SS	df	MS	Number of obs = 26		
-----+-----				F( 14, 11) = 4.25		
Model	5.4868113	14	.391915093	Prob > F = 0.0104		
Residual	1.0131887	11	.092108064	R-squared = 0.8441		
-----+-----				Adj R-squared = 0.6457		
Total	6.5	25	.26	Root MSE = .30349		

-----						
---						
satisglob	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
---						
_Isexo_1	-.0482854	.2209605	-0.22	0.831	-.534616	.4380453
severidad	-.2421049	.1196703	-2.02	0.068	-.5054974	.0212876
afetaciongenital	-.0027652	.2044232	-0.01	0.989	-.4526977	.4471672
prurito	.619435	.6919942	0.90	0.390	-.9036341	2.142504
ardor	-.1745565	.5774244	-0.30	0.768	-1.445459	1.096346
dispareunia	.3590376	.5572586	0.64	0.533	-.8674803	1.585555
empeoramientocoito	-.1338322	.4389294	-0.30	0.766	-1.099909	.832245
interessexual	-.0823175	.1349637	-0.61	0.554	-.3793707	.2147356
excitacion	.19683	.1480382	1.33	0.211	-.1289999	.52266
orgasmo	.0953045	.1196142	0.80	0.442	-.1679647	.3585736
satisfaccion	.0731209	.1102292	0.66	0.521	-.169492	.3157338
dm2	-.2857552	.2600299	-1.10	0.295	-.8580772	.2865667
has	.3609156	.2854051	1.26	0.232	-.2672567	.9890879
edad	-.0176363	.008651	-2.04	0.066	-.036677	.0014045
_cons	.7423542	.5695969	1.30	0.219	-.5113201	1.996029

## 10. DISCUSIÓN

La sexualidad es una de las áreas afectadas en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, cuando las lesiones se localizan en los genitales o en las zonas erógenas privilegiadas como boca, ano y mamas, las lesiones suelen afectar la “mecánica” sexual propiamente dicha pero eso no implica necesariamente que las relaciones sexuales o la satisfacción sexual no puedan ocurrir. No obstante, el hecho de ser una enfermedad crónica con fuerte influencia en la imagen corporal juega un papel importante, así como la creencia social de que hay una relación directa entre atractivo físico y relación sexual satisfactoria. Esto fue corroborado con los resultados en nuestro estudio.

Nuestra población encuestada que cumplía los criterios fueron 26 pacientes con psoriasis vulgar que acuden a consulta al servicio de Dermatología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ISSSTE, la población de estudio no fue homogénea ya que eran más pacientes del sexo masculino, el estado civil más frecuente fueron pacientes casados y el nivel escolar más frecuente fue licenciatura, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo femenino y masculino estado civil y escolaridad.

Se incluyó dentro de la encuesta y revisión de expediente si el paciente tenía el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica y si estas se encontraban en adecuado control y tratamiento para evitar sesgo, aunque al iniciar el cuestionario se hacía hincapié de que las preguntas y respuestas eran respecto a la psoriasis y la actividad sexual.

De acuerdo a nuestros resultados la gravedad de la psoriasis afecto significativamente la satisfacción sexual global no concordamos con lo reportado con Samponga y cols en donde comentan que la afección de la sexualidad es independiente del grado de severidad.<sup>9</sup>

Nosotros encontramos que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción sexual y si el paciente tenía afección del área genital o no, como lo reportan Ludwig y colaboradores en donde establecen que podría no estar relacionada la disminución de la satisfacción sexual con la localización genital y sí con preocupaciones acerca de la textura y apariencia de la piel en otras localizaciones no genitales como lo comenta Magin y cols.<sup>10,11</sup>

Gupta y Gupta en quienes entre 120 pacientes, hallaron que 40,8% estaban afectados en su sexualidad, reportando disminución de actividad. Entre los afectados, 60% atribuyeron su disminución al efecto de la psoriasis en su apariencia. Ben y colaboradores encontraron que 4 de 50 pacientes estudiados reportaron problemas en el área de la sexualidad<sup>15</sup>

En nuestro estudio las variables con mayor coeficiente de correlación con la satisfacción sexual medida por medio del cuestionario fueron: severidad de la enfermedad, la cual afecta negativamente la satisfacción, interés sexual (60%), excitación (83%), orgasmo (74%), satisfacción referida (73%), erección (67%) sin importar la afección en área genital o no.

Existe un impacto psicosocial importante que genera más angustia que sus síntomas físicos, esto representa un Impacto perjudicial en el funcionamiento social y la autoimagen. Ryan y cols. describieron que el 45,8% de los pacientes con psoriasis no habían discutido su implicación genital con su dermatólogo, así como su impacto negativo en cuanto a la función sexual, frecuencia sexual, miedo a las relaciones sexuales.<sup>11</sup> En nuestro estudio ningún paciente había comentado a los médicos tratantes la implicación del área genital y su impacto en la calidad de vida.

En nuestro estudio algunos pacientes que se clasificaron en psoriasis severa, aunque el PASI y BSA fueran menor de 10 pero con DLQI mayor de 10, ya que este tuvo un impacto en disminución de la satisfacción sexual global. Por lo que no necesariamente hay que tener una gran superficie corporal afectada con placas de psoriasis, ya que es importante como se percibe el paciente y como la actividad afecta su calidad de vida de forma global e incluyendo el área sexual.

## 11. CONCLUSIONES

En este estudio se demuestra claramente que los pacientes con psoriasis vulgar que tienen mayor gravedad tienen una mayor disminución en la satisfacción sexual global tanto el interés sexual, capacidad para conseguir orgasmo, excitación sexual, mantener erección y satisfacción sexual referida por el paciente, ya que afecta negativamente en cuanto a mayor puntuación de PASI, BSA, y DLQI.

Se observó un factor importante en cuanto al Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) en cinco pacientes a pesar de tener un BSA y PASI bajos tuvieron un DLQI elevado lo que implica el impacto en la calidad de vida incluyendo la satisfacción sexual.

El punto de cohorte de la escala aplicada se estableció arbitrariamente sin embargo fue efectivo para clasificar en dos grupos con o sin afección en la satisfacción sexual y por lo tanto este punto de corte es efectivo para evaluar este aspecto en población mexicana.

Las variables con mayor coeficiente de correlación con la satisfacción sexual medida por medio del cuestionario fueron: Severidad de la enfermedad (la cual afecta negativamente la satisfacción), interés sexual (60%), excitación (83%), orgasmo (74%), satisfacción referida (73%), erección (67%).

Este estudio da pie a continuar con la investigación en los ámbitos psicosexuales de las personas que tienen trastornos cutáneos como la psoriasis ya que se vio una tendencia hacia la correlación con la satisfacción sexual.

Durante el estudio se demostró que este aspecto no es evaluado en la práctica clínica diaria a pesar de su gran impacto de la calidad de vida de los pacientes, por lo que se propone que forme parte de la evaluación integral de los pacientes en la consulta diaria.

## 12. ANEXOS.

### ANEXO 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTOCOLO DE ESTUDIO

Estimado(a) paciente: Introducción/Objetivo: El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado está realizando un proyecto de investigación cuyo objetivo es conocer los cambios ultrasonográficos en la placa psoriática antes y después del tratamiento. Procedimientos: se tomarán sus datos del expediente clínico, se realizará exploración física de las lesiones de psoriasis y se le tomará fotografías, además se le realizará un cuestionario acerca de la satisfacción sexual.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. El paciente quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Título de proyecto: **EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON PSORIASIS VULGAR DEL HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS ISSSTE.**

Participación voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar la participación del paciente en cualquier momento. La decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

---

Firma del paciente o tutor

---

Firma del responsable del protocolo.

## ANEXO 2

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD: 18 a 28 AÑOS \_\_\_\_\_ 29 A 39 AÑOS \_\_\_\_\_ 40 A 50

AÑOS \_\_\_\_\_ 51 A 61 AÑOS \_\_\_\_\_ 62 A 72

AÑOS \_\_\_\_\_ 73 A 83 AÑOS \_\_\_\_\_

SEXO: FEMENINO \_\_\_\_\_ MASCULINO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Soltero \_\_\_\_\_ CASADO \_\_\_\_\_ UNION

LIBRE \_\_\_\_\_ DIVORCIADO \_\_\_\_\_

BSA \_\_\_\_\_ PASI \_\_\_\_\_ DLQI \_\_\_\_\_

GRAVEDAD DE PSORIASIS DE ACUERDO A ESCALAS : LEVE \_\_\_\_\_

MODERADA \_\_\_\_\_ SEVERA \_\_\_\_\_ -

NIVEL DE ESTUDIOS: PRIMARIA \_\_\_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_\_\_

PREPARATORIA \_\_\_\_\_ LICENCIATURA \_\_\_\_\_

POSGRADO \_\_\_\_\_ --

Afección Genital: SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_ -

HOMBRES:

PENE: \_\_\_\_\_ GLANDE \_\_\_\_\_ ESCROTO \_\_\_\_\_

MUJERES:

LABIOS MAYORES \_\_\_\_\_ MENORES \_\_\_\_\_ PERINEO \_\_\_\_\_

MAMAS \_\_\_\_\_

Sintomatología en coito o posterior al mismo:

a) Prurito: SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

b) Ardor: SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

c) Dispareunia : SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

d) Empeoramiento de placas posterior a coito SI \_\_\_\_\_ O NO

\_\_\_\_\_

COMORBILIDADES

Diabetes Mellitus: SI \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_ ULTIMA

GLUCOSA \_\_\_\_\_

Hipertensión Arterial Sistémica: SI \_\_\_\_\_ AÑOS O NO \_\_\_\_\_ ULTIMA

TOMA DE TA \_\_\_\_\_ -

**ANEXO 3 . Escala de *Massachusetts General Functioning Questionnaire* (MGH- SFQ)**

<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
<p>PUNTUACIÓN TOTAL _____</p> <p>Ítem 1: ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>	<p>PUNTUACION TOTAL _____</p> <p>Item 1: ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>
<p>Ítem 2: ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>	<p>Item 2: ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>
<p>Ítem 3: ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>	<p>Ítem 3: ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>
<p>Ítem 4: ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>	<p>Ítem 4: ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>
<p>Ítem 5: ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?</p> <p>0 Totalmente disminuido,            1 Marcadamente disminuido            2 Moderadamente disminuido,            3 Mínimamente disminuido            4 Normal</p>	

**ANEXO 4**

**(PASI) Índice de la severidad del área de Psoriasis**

REGIÓN R	ERITEMA E	INFILTRACION I	ESCAMA E	% AFECTADO (A)=	CÁLCULO
CABEZA Y CUELLO 0.1	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0=0% 1=1-9% 2=10-29% 3=30-49% 4=50-69% 5=70-89% 6=90-100%	
BRAZOS 0.2	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0=0% 1=1-9% 2=10-29% 3=30-49% 4=50-69% 5=70-89% 6=90-100%	
TRONCO 0.3	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0=0% 1=1-9% 2=10-29% 3=30-49% 4=50-69% 5=70-89% 6=90-100%	
PIERNAS 0.4	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo	0=0% 1=1-9% 2=10-29% 3=30-49% 4=50-69% 5=70-89% 6=90-100%	
					Total:

## ANEXO 5

### CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN PSORIASIS (DLQI)

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar que efecto ha tenido el problema de la piel en la vida del paciente **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA**. Por favor seleccione la opción indicada.

1. Durante la última semana. ¿ ha sentido comezón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido adolorida?
  2. Durante la última semana. ¿ se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?
  3. Durante la última semana. ¿ le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?
  4. Durante la última semana. ¿ ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?
  5. Durante la última semana. ¿ ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?
  6. Durante la última semana. ¿ ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?
  7. Durante la última semana. ¿ le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?
- Si la respuesta es "NO" durante la última semana. ¿ cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?
8. Durante la última semana. ¿ su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos cercanos o familiares?
  9. Durante la última semana. ¿ cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?
  10. Durante la última semana. ¿ Cuanta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenado su casa?

1. Nada
2. Un poco
3. Mucho
4. Muchísimo
5. No aplica

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Nestle F, M.D, Kaplan D, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009; 361:496-509.
2. Pelin S, Tuğba C. Psoriasis and Metabolic Syndrome. *J Turk Acad Dermatol* 2015;9(2):1-26.
3. Valdés E, Colorado L, Lozano J, et al. Asociación entre la severidad de la psoriasis en placas y el síndrome metabólico. *Med Int Méx.* 2016;32(2):190-200.
4. Puig L, Bordas X, Carrascosa J, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100: 277-86
5. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013;133:377–85.
6. Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2005; 352:1899-1912
7. De la Cueva D, Moreno A, et al. Sexualidad y psoriasis ¿Amistades peligrosas?. *Más Dermatol.* 2010; 12; 4-13.
8. Molina A, Jimenez J, et al. Impacto de la psoriasis en la sexualidad de los pacientes. *PIEL* 2014; 29(10) 632- 636.
9. Samponga F, Tabolli F, et al. Quality of life impairment and psychological distress in elderly patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; 2007; 215 (4): 341- 347.
10. Ryan C, Sadlier M, Patel M et al Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol:* 2015; 72:6; 978-983.
11. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer Jr AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:401–7.
12. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, Van de Kerkhof PC, Chimenti S, Lotti T, et al. European patient perspectives on the impact of psoriasis: The EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol.* 2006;155:729–36.
13. Palijan TZ, Kovacevic D, Koic E, Ruzic K, Dervinja F. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Coll Antropol.* 2011;35 Suppl 2:81–5.
14. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: Psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol.* 2012;51:12–26.
15. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2005;6:383–92.