



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
"SALVADOR ZUBIRÁN"**

**FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL  
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL:  
GRADO DE ESPECIALISTA**

**EN:  
MEDICINA INTERNA**

**PRESENTA:  
KEVIN RAMÓN GARCÍA FONG**

**TUTOR-DIRECTOR DE TESIS Y/O  
ASESOR PRINCIPAL:  
GUILLERMO ARTURO GUARACHA BASAÑEZ**



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**LUGAR  
FACULTAD DE MEDICINA, CIUDAD UNIVERSITARIA  
CIUDAD DE MÉXICO (2024)**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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


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

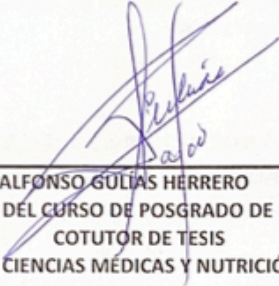
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


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.



**INCMNSZ**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
"DR. SALVADOR ZUBIRÁN"  
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

  
\_\_\_\_\_  
**DR. JOSÉ ALBERTO ÁVILA FUNES**  
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

  
\_\_\_\_\_  
**DR. ALFONSO GÚLLAS HERRERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE MEDICINA INTERNA  
COTUTOR DE TESIS  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

  
\_\_\_\_\_  
**DR. GUILLERMO ARTURO GUARACHA BASAÑEZ**  
TUTOR DE TESIS  
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

# Índice

I. MARCO TEÓRICO	5
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
V. HIPÓTESIS	9
VI. OBJETIVOS	9
VII. DISEÑO DEL ESTUDIO	9
VIII. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	10
a) Criterios de inclusión	10
b) Criterios de exclusión	10
c) Criterios de eliminación	10
IX. INTERVENCIONES Y SELECCIÓN DE PACIENTES	10
X. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	11
a) Variables	11
b) Instrumentos	12
XI. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
XII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	13
XIII. ASPECTOS ÉTICOS	13
XIV. RESULTADOS	14
Características de los participantes del estudio	14
a) Características de la población general a la evaluación basal (tabla 1)	15
b) Dimensiones de la percepción de imagen corporal (tabla 2)	16
Resultados de las regresiones lineales univariadas	17
a) Regresiones lineales univariadas respecto a los PROs y las dimensiones de la percepción de la imagen corporal (tabla 3)	18
Resultados de las regresiones lineales multivariadas	19
a) Factores asociados al puntaje de las dimensiones de la percepción de la imagen corporal en los pacientes con PsD (tabla 4)	19
XV. DISCUSIÓN	20
XVI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	24
XVII. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS	25
XVIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
XIX. GLOSARIO	31
XX. ANEXOS	32

Anexo A	32
Anexo B	33
Anexo C	34
Anexo D	34
Anexos E	35
Anexos F	40
Anexos G	43
Anexos H	44
Anexos I	47
Anexos J	49

# FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

## I. MARCO TEÓRICO

La enfermedad psoriásica (PsD) es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta a diferentes órganos y sistemas en pacientes con psoriasis (Ps) y artritis psoriásica (PsA). Se caracteriza por ser mediada por mecanismos autoinmunes y autoinflamatorios (1). La Ps es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel asociada a lesiones dolorosas y visibles (2). La PsA por su parte es una enfermedad inflamatoria articular que se asocia a la Ps. Los pacientes con PsA suelen afectar estructuras periarticulares, incluidos tendones y ligamentos, además causando manifestaciones clínicas en distintos dominios: piel, uñas, articulaciones (periféricas y axiales), úvea y sistema gastrointestinal (1, 3). Existe una prevalencia de Ps de aproximadamente 2-3% de la población caucásica (4) no obstante, únicamente 0.04% a 1% de la población general presenta PsA (5) ambas se pueden manifestar a cualquier edad y con la misma distribución entre hombres y mujeres (4-6). Aunque no hay estudios epidemiológicos formales en México, se estima que alrededor de 3 millones de mexicanos estarían afectados con la enfermedad (7). El grupo GRAPPA (*The Group for Research and Assessment of Psoriasis and PsA*) calculó una prevalencia aproximada de 2.14% de Ps y 15.4% de PsA entre los países participantes (Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, México, Perú, Uruguay y Venezuela), no obstante, dichas cifras pudieran estar infraestimadas debido a que los estudios existentes son heterogéneos y no longitudinales (8).

El 14% hasta 25% de los pacientes con Ps concomitantemente presentará PsA (9, 10). Los factores que predicen mayor riesgo de desarrollar PsA son las lesiones en piel cabelluda (HR 3.9, 95% CI 2.2-6.9), zonas interglúteas/perianales (HR 2.4, 95% CI 1.3-4.2), Ps ungueal (HR 2.9, 95% CI 1.7-5.1), gravedad de la Ps, antecedente de uveítis y un bajo nivel

educativo (11). Usualmente la Ps precede a la PsA, sin embargo, en el 15% ocurre de forma inversa y en otro 15% se presentará de manera simultánea (12, 13).

Se han diseñado criterios (CASPAR) que permiten la identificación de pacientes con PsA de manera temprana. De acuerdo con este sistema de clasificación los pacientes al menos deben contar con 3 puntos para cumplir los criterios diagnóstico: la presencia de Ps (2 puntos), historia de Ps (1 punto) o un familiar con Ps (1 punto); involucro ungueal (1 punto); dactilitis (1 punto); factor reumatoide negativo (1 punto); o formación de hueso yuxtaarticular por radiografía (1 punto). La sensibilidad y especificidad de los criterios de CASPAR se reportan en un 87.4% y 99.1% respectivamente, en aquellos casos de PsA de inicio temprano (14, 15).

Los pacientes con PsD se ven afectados negativamente en su calidad de vida, ya que la naturaleza crónica de la enfermedad los condiciona a incomodidades o discapacidades que afectan su productividad laboral e interacción social (16). Aunque el padecimiento no condiciona un riesgo potencial para la vida, se ha asociado a desórdenes psiquiátricos que impactan negativamente la calidad de vida del paciente (17). Se ha reportado un incremento del riesgo de depresión en comparación con individuos sanos, presentando un riesgo relativo (RR) de 1.29 en pacientes con Ps y de 1.52 en aquellos con PsA (18, 19). Incluso la Ps es considerada de las enfermedades dermatológicas con mayor índice de ideación suicida (19, 20). La etiología de dicha circunstancia es múltiple; estando relacionado a los cambios fisiopatológicos y los efectos negativos en la imagen corporal y calidad de vida. Las citocinas involucradas en la Ps pueden condicionar cuadros de depresión. Se reporta una mejoría de los síntomas afectivos con el uso de inhibidores de la interleucina (IL) 12, IL-23 y factor de necrosis tumoral (TNF) (21-23). Por otro lado, la apariencia y la incomodidad de las lesiones psoriásicas impactan negativamente la imagen corporal y la calidad de vida (24-26). Los pacientes con Ps tienden a cubrir sus lesiones con el uso de ropa adicional, experimentan dificultades sexuales y evitan el ejercicio (24).

La imagen corporal va más allá del solo “cómo me veo”, generalmente las opiniones subjetivas de la apariencia de los individuos suele ser más importante psicológicamente que la realidad. Concluimos que la imagen corporal se refiere a la experiencia psicológica que depende pero que no es exclusiva de la apariencia física (27). Nuestra comprensión actual de la imagen corporal positiva demuestra que es un constructo distinto de la imagen corporal negativa (28). Actualmente existen diversos instrumentos de medición para la imagen corporal ya que dicho concepto es multidimensional, sin embargo en la actualidad aquellas escalas que evalúan la percepción cognitiva y afectiva del individuo de su cuerpo o apariencia son aquellas utilizadas en la práctica profesional (29). En pacientes con Ps la imagen corporal está distorsionada y se ha relacionado con padecimientos psiquiátricos y calidad de vida (30, 31)

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los pacientes con PsD cuenta con una percepción negativa de su imagen corporal ya que presentan temor de ser estigmatizados si la piel afectada queda a la vista de los demás. Los pacientes tienden a ocultar sus lesiones con exceso de ropa y evitando lugares públicos, lo que ocasiona disminución de la autoestima y estrés psicológico. Por su parte los pacientes con PsA manifiestan deformidades articulares en ocasiones que pueden afectar su imagen corporal (24). El entorno social comúnmente malinterpreta y teme a la enfermedad como contagiosa (32). Si bien la calidad de vida de los pacientes con Ps puede ser equiparable a la población general, se requiere una mayor disponibilidad de recursos psicosociales y mejores perspectivas sobre la imagen corporal que aquellos individuos sanos (33). La mala calidad de vida de los pacientes se ha asociado con un consumo mayor de sustancias psicoactivas, incidencia de enfermedades psiquiátricas y disfunción sexual (34, 35)

## **III. JUSTIFICACIÓN**

Existen pocas publicaciones serias con una cantidad de pacientes suficientes que indaguen sobre la imagen corporal en pacientes con Ps y mucho menos en aquellos con PsA. Es



reconocido que los pacientes con PsD cuentan con una peor calidad de vida (31, 36); sin embargo, se conoce poco sobre el impacto que puede tener la noción de la imagen corporal en la vida del paciente, así como de otros factores sociodemográficos.

En el estudio de *Rzeszutek y cols.* (33) se dividieron a los pacientes en 4 grupos: 1) Nivel medio de recursos económicos y una valoración intermedia de la imagen corporal; 2) Nivel medio de recursos económicos y una valoración alta de la imagen corporal; 3) Nivel bajo de recursos económicos y una valoración baja de la imagen corporal; y finalmente 4) Nivel alto de recursos económicos y la valoración más alta de la imagen corporal. Se concluyó que la mayor calidad de vida se presentaba en el grupo 4, mientras que el grupo 3 se presentaba lo contrario. Esto nos demuestra que no siempre la gravedad clínica de la enfermedad correlaciona proporcionalmente con la calidad de vida.

Por otra parte, la imagen corporal en los pacientes con PsD está influenciada por otros factores. Por ejemplo, en la investigación de *Mazurkiewicz y cols.* (37) se incluyeron 54 pacientes con obesidad. Se encontró que la gravedad de la Ps no impacta en la percepción de estigma a comparación con aquellas pacientes con obesidad, de acuerdo al análisis multivariado. Concluyeron que los pacientes con PsD priorizaron su evaluación sobre su salud como el elemento más importante para su valoración corporal.

El atractivo físico de los pacientes varía de acuerdo a la edad, relaciones sociales, estatus, ambiente familiar y los valores socioculturales (24). Es por ello que la imagen corporal en pacientes con PsD parece tener mayores componentes que sólo la apreciación subjetiva de los pacientes.

#### **IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio tiene como propósito responder la siguiente pregunta de investigación, tomando en consideración las características particulares de una población

con múltiples oportunidades de intervención como lo es una cohorte de pacientes con Ps y PsA:

*¿Cuáles son los factores asociados a la percepción de la imagen corporal en pacientes con Ps y PsA?*

## **V. HIPÓTESIS**

Los pacientes con PsA presentarán una peor percepción de la imagen corporal comparado con los pacientes con Ps.

## **VI. OBJETIVOS**

Con las consideraciones previas en mente, se propusieron los siguientes objetivos:

### *Objetivo principal*

1. Describir la percepción de la imagen corporal entre los pacientes con PsD.

### *Objetivo secundario*

1. Identificar los factores asociados a la percepción de la imagen corporal en pacientes con Ps y PsA.

## **VII. DISEÑO DEL ESTUDIO**

*Escenario y población de estudio: Pacientes con PsD pertenecientes a la **Clínica de Atención Multidisciplinaria de enfermedad PsOriásica (CAMPsO)**.*

En marzo del 2022 inició sus funciones la CAMPsO en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ). Dentro de la CAMPsO a todos los pacientes se les realiza una evaluación inicial, la cual consiste en una historia clínica completa; exploración física por un médico reumatólogo y dermatólogo certificados, con medición de la actividad de la enfermedad en los diferentes dominios (piel, aparato ungueal, articulaciones periféricas y axial, entesitis y dactilitis); toma de laboratorios

generales; radiografías de manos y pies; y medición de desenlaces reportados por el paciente (PROs) (Calidad de vida relacionada a la salud, discapacidad, trastornos del estado del ánimo y percepción de la imagen corporal). Específicamente para la evaluación de la percepción de la imagen corporal se utilizó el cuestionario *multidimensional body self relations questionnaire* (MBSRQ), el cual contiene 45 reactivos, los cuales se califican con una escala likert del 1-5, se agrupan en cuatro dimensiones de acuerdo a su validación en español: (1) *Importancia subjetiva de la corporalidad*: mide la satisfacción con aspectos diferenciados de la apariencia. (2) *Mantenimiento de la forma física*: mide el grado de inversión de estar en buena forma física, (3) *Atractivo físico y autocuidado*: Mide los sentimientos de atractivo físico o la falta de atractivo, y la satisfacción o insatisfacción con los que uno observa, (4) *Cuidado del aspecto físico*: Mide el grado de inversión en la apariencia. Puntajes más altos, indican una mejor percepción de la imagen corporal.

## **VIII. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

### *a) Criterios de inclusión*

Pacientes con el diagnóstico de PsD pertenecientes a la CAMPsO del INCMNSZ que hayan aceptado su participación mediante la firma del consentimiento informado.

### *b) Criterios de exclusión*

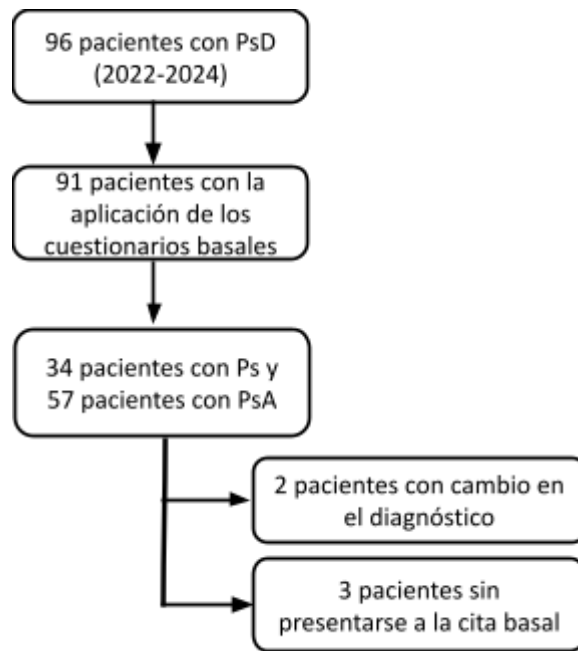
Pacientes con el diagnóstico de PsD pertenecientes a la CAMPsO del INCMNSZ que hayan retirado su consentimiento.

### *c) Criterios de eliminación*

Pacientes en quienes no se contará con la información completa en el expediente.

## **IX. INTERVENCIONES Y SELECCIÓN DE PACIENTES**

Hasta marzo del 2024 se recopilaron datos de 96 pacientes, se inició el registro de la CAMPsO desde marzo del 2022 en adelante. De ellos 2 pacientes tuvieron otro diagnóstico diferente a PsD y 3 pacientes no acudieron a su valoración inicial (**Figura**).



**Figura. Diagrama de flujo de los pacientes con PsD.**

Toda la información de las variables sociodemográficas, clínicas y los PROs de la CAMPSO fue recolectada del archivo físico y electrónico del INCMNSZ por una sola persona, previo entrenamiento y quien se encargó de verificar la integridad de la información.

## X. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### A) VARIABLES

Variables	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
<b>Edad</b>	Tiempo en años, transcurrido entre la fecha de nacimiento proporcionada por el paciente y la fecha de la reintegración a la consulta externa	Cuantitativa continua	Número de años
<b>Sexo</b>	Registro realizado por el médico especialista en el expediente clínico durante la revisión reumatológica basal	Cualitativa dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
<b>Remuneración económica</b>	Registro realizado por el médico especialista en el expediente clínico durante la revisión reumatológica basal	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
<b>Estado civil (presencia o no de pareja)</b>	Condición que refiere el participante en el estudio en relación a su situación familiar	Cualitativa nominal politómica	0=soltero/a 2=casado/a 2=unión libre 3=divorciado o separado/divorciada /separada 4=viudo/viuda

<b>Escolaridad básica</b>	Registro realizado por un médico o trabajadora social, en el expediente clínico	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
<b>Tiempo de evolución con la PsD</b>	Registro realizado por el médico especialista en el expediente clínico durante la revisión reumatológica/dermatológica basal	Cuantitativa continua	Número de años
<b>Presencia de Comorbilidades</b>	Para fines del presente estudio se tomarán como comorbilidades las que refiera el propio paciente al aplicarle el instrumento, ante la pregunta expresa: ¿En la actualidad tiene otras enfermedades además de su PsD?	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
<b>Presencia de dactilitis</b>	Datos de dolor, eritema y edema en algún dedo de manos o pies	Cuantitativa continua	0-20
<b>EVA del reumatólogo/ dermatólogo</b>	Intensidad del dolor referida por el paciente	Cuantitativa continua	0-100

## B) INSTRUMENTOS

<b>Instrumento</b>	<b>Descripción</b>	<b>Anexo</b>
<b>Índice de comorbilidad en enfermedades reumatológicas</b>	8 reactivos que evalúan: enfermedad pulmonar, cardiovascular, hipertensión arterial sistémica, diabetes, fractura cadera, depresión, cáncer y enfermedad gastrointestinal	<b>A</b>
<b>Índice de actividad e intensidad de la Psoriasis (PASI)</b>	4 regiones: cabeza y cuello, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores. Se califican 4 características eritema, induración y descamación	<b>B</b>
<b>Índice de actividad e intensidad de psoriasis en uñas (NAPSI)</b>	4 cuadrantes de las 20 uñas, valorando la matriz (hoyuelos, leuconiquia, onicorrexis y eritema en la lúnula) y el lecho ungueal (onicolisis, hemorragia en astilla, hiperqueratosis y mancha en aceite)	<b>C</b>
<b>Actividad de la enfermedad en artritis psoriásica (DAPSA)</b>	Considera la apreciación global propia del paciente, escala visual análoga del dolor, proteína C reactiva (mg/dL), el número de articulaciones inflamadas y dolorosas (68 articulaciones)	<b>D</b>
<b>Índice de discapacidad de la psoriasis</b>	15 preguntas en cinco dimensiones: actividades diarias (5 ítems), trabajo/estudios (3 ítems), relaciones personales (2 ítems), ocio (4 ítems) y tratamiento (1 ítem). Las respuestas van de 0 (interferencia nula de la psoriasis) a 3 (interferencia máxima de la psoriasis), y su puntuación total va de 0 a 45 (a mayor puntuación, mayor impacto en la calidad de vida)	<b>E</b>
<b>Escala reducida de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)</b>	Evalúa mediante 26 preguntas el modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones de las últimas dos semanas de su vida	<b>F</b>
<b>Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)</b>	7 preguntas de depresión y 7 preguntas de ansiedad.	<b>G</b>

<b>MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire)</b>	Evaluación de 4 aspectos: (1) importancia subjetiva de la corporalidad; 2) conductas orientadas a mantener la forma física; 3) atractivo físico autoevaluado; y 4) cuidado del aspecto físico. Se compone en total de 45 preguntas	<b>H</b>
<b>HAQ</b>	En las 8 áreas del cuestionario escoger la puntuación más alta de los 2 ó 3 ítems que la componen, por lo que se obtienen 8 puntuaciones. Así, los 20 ítems iniciales quedan reducidos a 8	<b>I</b>
<b>FACIT</b>	13 preguntas ,que se se puntúan del 0-4, con un máximo puntaje de 52. Los puntajes más elevados representan menos fatiga	<b>J</b>

## **XI. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

No se realizó un cálculo formal del tamaño de la muestra, debido a que se incluyeron a todos los pacientes pertenecientes a la CAMPsO al momento del estudio. La muestra se compuso de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que hubieran firmado el consentimiento informado.

## **XII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó estadística descriptiva mediante el empleo de medias y desviación estándar, medianas y rangos, de acuerdo con la distribución de las variables cuantitativas. Para variables cualitativas se efectuaron frecuencias absolutas. La comparación entre grupos se realizó mediante *t* de Student o prueba de  $X^2$  dependiendo del tipo de variables. Para identificar los factores relacionados con la puntuación del cuestionario MBSRQ para percepción de la imagen corporal, se realizaron regresiones lineales multivariadas. Todos los datos se analizaron utilizando el paquete de software estadístico SPSS tomando un valor de  $p \leq 0.05$  como nivel de significancia estadística.

## **XIII. ASPECTOS ÉTICOS**

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán” (IRE-4065-22-27-1). Se obtuvo consentimiento informado por escrito de todos los pacientes participantes.

## XIV. RESULTADOS

### Características de los participantes del estudio

Se analizaron los datos de 91 pacientes con PsD pertenecientes a la CAMPsO. El 37.4% contaban con el diagnóstico de Ps ( $n=34$ ), mientras que el 62.6% contaban con el diagnóstico de PsA ( $n=57$ ).

La tabla 1 resume las características de los pacientes incluidos, de manera breve, el 53.8% de los pacientes eran mujeres ( $n=49$ ), con una edad mediana de 58 años (RIQ 51-66), un tiempo de evolución de la Ps de 12 años (RIQ 7-26) y de la PsA de 3 años (1-9), el 84.6% ( $n=77$ ) presentaban una comorbilidad adicional a la PsD. Un tercio de los pacientes contaban con educación básica completa ( $n=32$  [35.2%]) y recibían un salario ( $n=32$  [35.2%]). Más de la mitad contaban con pareja ( $n= 61$  [67%]).

La tabla 1 resume la comparación entre los pacientes con Ps y PsA, los pacientes con PsA presentaron un mayor puntaje de en el índice de comorbilidad (1(1-2) vs 1(0.25-2),  $p=0.034$ ), mayor discapacidad medida por HAQ-DI (0.18(0-1) vs 1.25(0.38-1.63),  $p=0.001$ ), mayor puntaje en el índice de discapacidad de psoriasis (3(0-12) vs 15(3-23),  $p<0.001$ ) y una menor calidad de vida en la dimensión de salud física (57.14(41-67.86) vs 42.85(25.98-50),  $p=0.002$ ) en comparación con los pacientes con Ps.

De manera general los pacientes presentaron actividad leve del dominio de la piel, con un PASI de 2.5 (RIQ 0.58-6.5), los pacientes con PsA presentaron actividad moderada medida por DAPSA 18.8 puntos (RIQ 0-28.4), finalmente de forma global todos los pacientes presentaron un impacto importante en todos los dominios de la calidad de vida medida por WHOQoL-BREF.

**Tabla 1. Características de la población general a la evaluación basal.**

	Pacientes con PsD <i>n</i> =91	Psoriasis <i>n</i> =34 (37.4%)	Artritis psoriásica <i>n</i> =57 (62.6%)	<i>p</i>
<b>Sociodemográficos</b>				
Mujeres*	49(53.8)	17(50)	32(56.1)	0.665
Edad, años	58(51-66)	60(51.75-70.25)	57(49.5-62)	0.222
Remuneración económica*	39 (42.9)	15(44.1)	24(42.1)	1.00
Con pareja*	61(67)	23(67.7)	38(66.7)	1.00
Con escolaridad básica *	32(35.2)	15(44.1)	17(29.8)	0.181
<b>Relacionadas con la enfermedad psoriásica</b>				
Tiempo de evolución de Ps, años	12(7-26)	12(6.75-19.25)	14(7-27.5)	0.470
Tiempo de evolución de PsA, años	3(1-9)	NA	3(1-9)	NA
Índice de comorbilidad	1(0-2)	1(1-2)	1(0.2-2)	<b>0.034</b>
Con alguna comorbilidad*	77(84.6)	30(88.2)	47(82.5)	0.558
<b>Relacionadas con la actividad de la enfermedad</b>				
Dactilitis*	7(12.3)	NA	7(12.3)	NA
Puntuación DAPSA	18.8(0-28.4)	NA	18.8(0-28.4)	NA
Remisión por DAPSA*	40(54.1)	NA	40(54.1)	NA
EVA del Reumatólogo	20(2-39)	NA	20(2-39)	NA
Puntuación PASI	2.5(0.58-6.5)	2.4(0.4-5.05)	2.5(0.65-7.15)	0.518
Puntuación NAPSI de manos	0(0-4)	0(0-2.5)	0(0-4.5)	0.407
Puntuación NAPSI de pies	0(0-1)	0(0-0.5)	0(0-1.5)	0.668
EVA del Dermatólogo	6(1.25-16)	3(1-10)	8(1.63-20)	0.363
<b>Desenlaces reportados por el paciente (PROs)</b>				
Puntuación HAQ-DI	0.75(0.12-1.5)	0.18(0-1)	1.25(0.38-1.63)	<b>0.001</b>
Índice de Discapacidad de Psoriasis	11(2-18)	3(0-12)	15(3-23)	<b>≤0.001</b>
Puntaje de la dimensión de salud física (0-100)	46.4(32-60.7)	57.14(41-67.86)	42.85(25.98-50)	<b>0.002</b>
Puntaje de la dimensión de salud psicológica (0-100)	58.3(45.8-70.8)	58.3(50-70.8)	54.17(45.83-69.79)	0.241
Puntaje de la dimensión de relaciones sociales (0-100)	50(33.3-66.7)	50(41.6-66.7)	50(31.25-60.42)	0.142
Puntaje de la dimensión de ambiente (0-100)	50(43.7-62.5)	54.68(43.8-66.4)	50(43.75-62.5)	0.219
Pacientes con ansiedad por HADS*	23 (26.1)	6 (17.6)	17 (31.5)	0.213



Pacientes con depresión por HADS*	15 (16.9)	4 (11.8)	11 (20)	0.391
Puntuación FACIT	29(22-36.5)	NA	29(22-36.5)	NA
Puntuación PSAID-12	5.6(3.8-7.1)	NA	5.6(3.8-7.1)	NA

Los datos se presentan como mediana (P25-75) excepto \*n(%), NA= no aplica

La tabla 2 resume los puntajes del cuestionario de percepción de imagen corporal y de sus dimensiones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con Ps y PsA.

**Tabla 2. Dimensiones de la percepción de imagen corporal.**

	Pacientes con PsD <i>n</i> =91	Psoriasis <i>n</i> =34 (37.4%)	Artritis psoriásica <i>n</i> =57 (62.6%)	<i>p</i>
<b>Percepción de la imagen corporal</b>				
Puntaje de la dimensión de importancia subjetiva de la corporalidad	3.17(2.87-3.37)	3.3(2.88-3.43)	3.1(2.94-3.39)	0.333
Puntaje de la dimensión de mantener forma física	3(2.7-3.43)	3(2.85-3.42)	3(2.17-3.67)	0.699
Puntaje de la dimensión de atractivo físico y autocuidado	3(2.3-3.7)	3.2(2.33-3.42)	3(2.17-3.67)	0.868
Puntaje de la dimensión de cuidado del aspecto físico	3.4(3-4)	3.4(2.8-3.85)	3.6(3.4)	0.593

### Resultados de las regresiones lineales univariadas

Se realizaron regresiones lineales univariadas para cada una de las cuatro dimensiones del cuestionario de percepción de imagen corporal, las características clínicas y PROs, tanto para los pacientes con PsD, como para los pacientes con Ps y PsA.

Se identificó que una mayor actividad en piel evaluada por PASI explicó una disminución del puntaje en la dimensión de importancia subjetiva de la corporalidad en los pacientes con PsD ( $\beta$ : -0.297 (IC95%: -0.540 a -0.055)  $p=0.017$ ) y en pacientes con Ps ( $\beta$ : -0.925 (IC95%: -1.668 a -0.182)  $p=0.016$ ); así como del puntaje de la dimensión de atractivo físico y autocuidado ( $\beta$ : -0.198 (IC95%: -0.353 a -0.043)  $p=0.014$ ), en este mismo grupo de pacientes. Por otra parte, se identificó que una mayor actividad de la PsA evaluada por DAPSA explicó la disminución del puntaje en el dominio de la importancia subjetiva de la corporalidad ( $\beta$ : -0.126 (IC95%: -0.249 a -0.003)  $p=0.045$ ), en pacientes con PsA.

La tabla 3 resume los resultados de las regresiones lineales univariadas respecto a los PROs de funcionalidad, calidad de vida, ansiedad y depresión, tanto en los pacientes con PsD, como en la población con Ps y PsA, de manera breve se identificó que una mayor discapacidad, menores puntajes en los dominios de la calidad de vida y mayores puntajes de ansiedad y depresión explicaron la disminución del puntaje en casi todos los dominios de la percepción de la imagen corporal.

**Tabla 3. Regresiones lineales univariadas respecto a los PROs y las dimensiones de la percepción de imagen corporal.**

	FUNCIONALIDAD (HAQ-DI)	DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA				ANSIEDAD (HADS)	DEPRESIÓN (HADS)
		Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente		
Puntaje de la dimensión de importancia subjetiva de la corporalidad	$\beta$ : -0.52 (IC95% -0.94 a -0.01)*	$\beta$ : 0.25 (IC95% 0.12 a 0.37)*	$\beta$ : 0.20 (IC95% 0.07 a 0.32)*	NS	$\beta$ : 0.19 (IC95% 0.03 a 0.24)*	$\beta$ : -1.35 (IC95% -1.83 a -0.87)*	$\beta$ : -1.24 (IC95% -1.79 a -0.69)*
	$\beta$ : -0.56 (IC95% -0.98 a -0.01)*	$\beta$ : 0.28 (IC95% 0.06 a 0.49)*	$\beta$ : 0.28 (IC95% 0.024 a 0.55)*	$\beta$ : 0.26 (IC95% 0.06 a 0.46)*	$\beta$ : 0.34 (IC95% 0.07 a 0.62)*	$\beta$ : -1.19 (IC95% -2.06 a -0.32)*	NS
	$\beta$ : -6.0 (IC95% -10.4 a -1.67)*	$\beta$ : 0.25 (IC95% 0.08 a 0.42)*	$\beta$ : 0.17 (IC95% 0.02 a 0.33)*	NS	$\beta$ : 0.15 (IC95% 0.01 a 0.62)*	$\beta$ : -1.43 (IC95% -2.04 a -0.82)*	$\beta$ : -1.36 (IC95% -2.04 a -0.68)*
Puntaje de la dimensión de mantener forma física	NS	$\beta$ : 0.08 (IC95% 0.04 a 0.12)*	$\beta$ : 0.08 (IC95% 0.01 a 0.12)*	NS	$\beta$ : 0.07 (IC95% 0.02 a 0.12)*	$\beta$ : -0.25 (IC95% -0.44 a -0.05)*	$\beta$ : -0.34 (IC95% -0.55 a -0.13)*
	NS	NS	NS	NS	$\beta$ : 0.12 (IC95% 0.03 a 0.22)*	NS	NS
	$\beta$ : -1.95 (IC95% -3.56 a -0.34)*	$\beta$ : 0.12 (IC95% 0.01 a 0.18)*	$\beta$ : 0.07 (IC95% 0.01 a 0.07)*	NS	$\beta$ : 0.06 (IC95% 0.00 a 0.12)*	$\beta$ : -0.32 (IC95% -0.58 a -0.06)*	$\beta$ : -0.35 (IC95% -0.63 a -0.08)*
Puntaje de la dimensión de atractivo físico y autocuidado	$\beta$ : -0.01 (IC95% -0.02 a -0.01)*	$\beta$ : 0.04 (IC95% 0.02 a 0.06)*	$\beta$ : 0.04 (IC95% 0.02 a 0.07)*	$\beta$ : 0.03 (IC95% 0.01 a 0.05)*	$\beta$ : 0.04 (IC95% 0.01 a 0.07)*	$\beta$ : -0.260 (IC95% -0.36 a -0.16)*	$\beta$ : -0.27 (IC95% -0.38 a -0.17)*
	$\beta$ : -0.01 (IC95% -0.02 a -0.01)*	$\beta$ : 0.05 (IC95% 0.01 a 0.09)*	$\beta$ : 0.07 (IC95% 0.02 a 0.12)*	$\beta$ : 0.07 (IC95% 0.03 a 0.11)*	$\beta$ : 0.08 (IC95% 0.03 a 0.13)*	$\beta$ : -0.23 (IC95% -0.42 a -0.05)*	$\beta$ : -0.24 (IC95% -0.44 a -0.04)*
	$\beta$ : -1.95 (IC95% -3.56 a -0.34)*	$\beta$ : 0.12 (IC95% 0.01 a 0.18)*	$\beta$ : 0.07 (IC95% 0.01 a 0.06)*	NS	$\beta$ : 0.06 (IC95% 0.01 a 0.12)*	$\beta$ : -0.32 (IC95% -0.58 a -0.06)*	$\beta$ : -0.35 (IC95% -0.63 a -0.08)*
Puntaje de la dimensión de cuidado del aspecto físico	NS	$\beta$ : 0.04 (IC95% 0.01 a 0.08)*	NS	NS	NS	$\beta$ : -0.23 (IC95% -0.38 a -0.08)*	$\beta$ : -0.19 (IC95% -0.35 a -0.03)*
	NS	$\beta$ : 0.063 (IC95% 0.01 a 0.13)*	NS	$\beta$ : 0.01 (IC95% 0.04 a 0.16)*	NS	$\beta$ : -0.31 (IC95% -0.59 a -0.03)*	$\beta$ : -0.31 (IC95% -0.62 a -0.01)*
	NS	NS	NS	NS	NS	$\beta$ : -0.204 (IC95% -0.39 a -0.02)*	NS

■ Pacientes con PsD ■ Pacientes con Ps ■ Pacientes con PsA

\* $p$ <0.05, NS: Sin significancia estadística

### Resultados de las regresiones lineales multivariadas

En la tabla 4 se resumen los factores asociados a la puntuación de las cuatro dimensiones de la percepción de la imagen corporal tanto para los pacientes con PsD como para los pacientes con Ps y PsA.

Como podemos observar algunos PROs como fatiga, funcionalidad, calidad de vida en la dimensión de salud física, ansiedad y depresión se asociaron consistentemente a las dimensiones de la percepción de la imagen corporal tanto en pacientes con PsD como en pacientes con Ps y PsA.

**Tabla 4. Factores asociados al puntaje de las dimensiones de la percepción de la imagen corporal en los pacientes con PsD**

	Pacientes con PsD		Pacientes con Ps		Pacientes con PsA	
Puntaje de la dimensión de importancia subjetiva de la corporalidad	Puntaje de ansiedad (HADS)	$\beta$ : -0.66 (IC95% -0.05 a -0.02), $p < 0.001$	Funcionalidad por HAQ-DI	$\beta$ : -0.73 (IC95% -0.02 a 0.01) $p < 0.001$	Ansiedad por HADS	$\beta$ : -0.66 (IC95% -0.06 a -0.02), $p < 0.001$
			Puntaje de ansiedad (HADS)	$\beta$ : -0.51 (IC95% -0.06 a -0.02), $p < 0.002$		
Puntaje de la dimensión de mantener forma física	Funcionalidad por HAQ-DI	$\beta$ : -0.33 (IC95% -0.56 a 0.00) $p = 0.05$	Puntaje de ansiedad (HADS)	$\beta$ : -0.93 (IC95% -0.16 a -0.02) $p = 0.023$	Puntaje de NAPSI de manos	$\beta$ : -0.37 (IC95% -0.27 a -0.01) $p = 0.031$
	Puntaje de NAPSI de manos	$\beta$ : -0.35 (IC95% -0.27 a -0.01) $p = 0.029$				
Puntaje de la dimensión de atractivo físico y autocuidado	Puntaje de fatiga (FACIT)	$\beta$ : 0.37 (IC95% 0.27 a 0.01) $p = 0.027$	Funcionalidad por HAQ-DI	$\beta$ : -0.59 (IC95% -0.02 a 0.01) $p = 0.023$	Puntaje de fatiga (FACIT)	$\beta$ : 0.33 (IC95% 0.01 a 0.04) $p = 0.043$
	Puntaje de depresión (HADS)	$\beta$ : -0.63 (IC95% -0.12 a -0.04) $p = 0.001$	Puntaje de ansiedad (HADS)	$\beta$ : -0.48 (IC95% -0.17 a 0.00) $p = 0.05$	Puntaje de depresión (HADS)	$\beta$ : -0.71 (IC95% -0.12 a -0.04) $p < 0.001$
Puntaje de la dimensión de cuidado del aspecto físico	Puntaje de la dimensión de salud física (WHOQoL-BREF)	$\beta$ : 0.48 (IC95% 0.01 a 0.02) $p = 0.005$	Puntaje de ansiedad (HADS)	$\beta$ : -0.58 (IC95% -0.14 a -0.01) $p = 0.042$	Puntaje de depresión (HADS)	$\beta$ : -0.52 (IC95% -0.09 a -0.01) $p = 0.020$

■ Características clinimétricas ■ PROs

## XV. DISCUSIÓN

El siguiente estudio recopiló datos de pacientes con PsD, incluyó a pacientes con Ps y PsA. La población evaluada recibió un cuestionario validado en su consulta basal, datos que fueron analizados para evaluar la pregunta de investigación en la población objetivo. Inicialmente fue bastante claro que los pacientes con PsA presentaron mayor índice de discapacidad por psoriasis y discapacidad física medidas por HAQ-DI ( $p \leq 0.001$ ). Se reconoce que el dolor en los pacientes con PsA es habitual y además no sólo se relaciona con la inflamación articular, pueden existir otras etiologías como la fibromialgia o la presencia previa de erosiones articulares que son parte del componente del dolor (38). Los pacientes con PsA por esta misma razón presentan una mayor discapacidad (al puntaje de HAQ en pacientes con PsA [ $p \leq 0.001$ ]), lo cual fue evaluado también en el análisis, en comparación a los pacientes con Ps. *L. C. Coates y cols.* reportan que el 78% de de los pacientes con PsA en su cohorte analizada, presentaba algún tipo de dificultad en las actividades físicas, además tuvieron una importante incidencia de estrés emocional (58%) y social (45%) (39). *Glenn Haugeberg y cols.* en una población parecida a la de nuestro estudio, en una cohorte identificaron varios factores asociados a una peor calidad de vida en individuos con PsA: la fatiga, alteraciones del sueño, ansiedad/depresión, discapacidad física, desempleo y la presencia de comorbilidades (40).

Por otra parte, los puntajes de la percepción de la imagen corporal en las regresiones lineales univariadas se asociaron en la dimensión de importancia subjetiva de la corporalidad con la puntuación de actividad de la enfermedad en los dominios de piel (PASI) y articular (DAPSA) en pacientes con Ps y PsA respectivamente ( $p \leq 0.05$ ). Exclusivamente en pacientes con Ps el apartado de atractivo físico y autocuidado se correlacionó con el puntaje de PASI ( $p \leq 0.05$ ). *Hulya Nazik y cols.* y *Fatemeh Hassani y cols.*, determinaron que la imagen corporal se ve comprometida en pacientes con Ps (31, 41). Por otro lado varios autores (*Monika Rosińska y cols.* y *Ewa Wojtyna y cols.*) han observado

que no existe una asociación directa entre la gravedad de la PsD y la interpretación de la imagen corporal, se ha propuesto que dicho efecto paradójico se explica porque los pacientes con una enfermedad más extensa suelen sentirse exentos de los estándares sociales y culturales de la imagen “perfecta”, por lo contrario los individuos con lesiones menos dispersas se sienten probablemente más afectados antes los ideales físicos impuestos por la sociedad (30, 35). Por su parte *Anıl Gündüz y cols.* no encontraron ninguna asociación entre el puntaje de PASI y la imagen corporal cuando se separó por sexo ( $p=0.962$  para hombres y  $p=0.718$  para mujeres) esto mencionado, ya que culturalmente las mujeres pueden darle una mayor importancia a la imagen corporal (34). Sin embargo; en nuestro estudio la gravedad de la enfermedad determinada por PASI determinó varios componentes de la percepción de la imagen corporal, lo que define que la gravedad de la enfermedad es un componente más que explica la noción de la imagen corporal de los pacientes, no obstante; no el único, ni el más importante.

No existe mucha evidencia reportada en la población con PsA y su relación con la imagen corporal; a pesar de esto se ha reportado que son pacientes que presentan mayores sentimientos de estigmatización y rechazo (42); además, al ser pacientes con mayor incidencia de Ps inversa, presentando involucro genital, se ha descrito mayor índice de disfunción sexual (43, 44). Podríamos definir que hasta nuestro conocimiento somos el primer estudio que reporta que el puntaje de DAPSA influye negativamente en la imagen corporal de dichos pacientes. Sin embargo, la actividad de la enfermedad determinada por PASI y DAPSA no permanecieron significativas en las regresiones lineales multivariadas; no así la actividad del dominio ungueal de manos determinada por NAPSI, el cual se encontró asociado al puntaje de la dimensión de mantener forma física en los pacientes con PsD. En una cohorte grande de 1,728 pacientes con PsD de *Jong y cols.* el 79,2% contaban con Ps ungueal, lo cuales reportaban que el 93% mostraban inconformidad cosmética (45). Otros

autores (46) han asociado la severidad de la actividad ungueal en PsD con mayores índices de discapacidad (puntajes de HAQ más elevados), ansiedad y depresión.

La disminución en la funcionalidad medido por HAQ-DI de los pacientes con PsD en el análisis multivariado tuvo un impacto en la imagen corporal. Destacando que en los pacientes con Ps existió una disminución en la importancia subjetiva de la corporalidad y el atractivo físico, mientras que en PsA destacó el apartado de las conductas orientadas en mantener la forma física. Esto se puede explicar justamente con el compromiso cutáneo y articular de manera respectiva. Ya está bien reconocido que la Ps impacta de manera negativa la funcionalidad física secundaria a la comorbilidades metabólicas y cardiovasculares (47), mientras que la PsA contribuye a la disfunción física de la Ps ante el daño articular (48, 49).

La calidad de vida de los pacientes con PsD se comporta directamente proporcional a la imagen corporal de acuerdo a nuestro análisis. Respecto a la salud física se evalúa la movilidad, las actividades del diario, vitalidad y los hábitos del sueño (50); cuando se ve comprometida, los pacientes tienden a detener sus actividades realizadas a diario e incluso cambian su vestimenta lo cual impacta su imagen corporal (51, 52), tal es el caso de los cambios crónicos en las articulaciones (subluxaciones y desalineación) observadas en algunos pacientes con PsA. Respecto al apartado de relaciones sociales, únicamente tuvimos hallazgos en la población con Ps; lo cual se ha descrito previamente como aislamiento social en dichos pacientes. Lo anterior incluso afectando las relaciones intrafamiliares (53). La insatisfacción de un individuo por su apariencia y rostro lleva a una desvalorización personal que priva a la persona de sus actividades sociales habituales (54). Por el contrario, una buena red de apoyo se ha relacionado con una disminución de los síntomas depresivos (55). Por otra parte, en la población de PsA no tuvimos el mismo resultado, sin embargo existe cierta información en la literatura donde se comenta la

relación con el ausentismo laboral asociado al dolor, fatiga y ansiedad que experimentan dichos pacientes (56-58). El ambiente también tuvo un impacto en la imagen corporal de los pacientes con PsD, como por ejemplo una adecuada red de apoyo (55), una atención sanitaria de calidad (59) y un entorno saludable (60) impactan de manera adecuada la percepción de la imagen corporal de los pacientes.

En el área de salud psicológica y los resultados del cuestionario HADS, en ambas secciones, demostraron que también existe una relación inversa con la imagen corporal en los pacientes con PsD. Existen múltiples publicaciones (30, 35, 41) que reconocen la relación entre la Ps, la imagen corporal y la incidencia incrementada de depresión. Por su parte se ha observado mayor índice de depresión en pacientes con PsA en comparación con la población de Ps (61), no obstante no existen mayores casos de suicidio (62). Si bien no hubo diferencia estadística respecto a los casos de depresión entre los pacientes con Ps y PsA, existe una clara prevalencia en la población con PsA. Cabe resaltar que nuestra prevalencia de depresión (16.9%) es equiparable, de acuerdo a lo reportado en la bibliografía (18, 63, 64). *Dowlatshahi y cols.* (18) reportaron que más del 10% contaba con clínica compatible con depresión, presentando un riesgo 1.5 veces mayor (RM 1.57; 95% CI 1.40-1.76) de padecer depresión. La ansiedad es un tema poco explorado en la literatura, recientemente *Jalenques y cols.* (65) reportaron una prevalencia de síntomas relacionados a la ansiedad de aproximadamente 34%, lo cual no difiere demasiado de la encontrada en nuestra cohorte (26.1%).

Finalmente dentro del análisis multivariado resaltó la significancia en la dimensión del atractivo físico y autocuidado, de acuerdo con la escala de fatiga empleada. Recientemente la fatiga ha sido un tema estudiado en PsD. *Nyman y cols.* (66) compararon una cohorte de 2,741 pacientes con PsD con individuos sanos, determinaron que tanto los pacientes con Ps y PsA presentan todos los componentes de la fatiga.



Además es bien reconocido que la población con PsA cuenta con mayor prevalencia e intensidad de la fatiga en comparación con los pacientes con Ps, esto último se ha explicado de acuerdo al dolor articular (66, 67). No existe nada descrito entre la relación entre la fatiga e imagen corporal en pacientes con PsD, sin embargo en pacientes oncológicos, específicamente con cáncer de mama *Cantero-Villanueva y cols.* (68) describieron que la fatiga era mayor en pacientes con mayor depresión ( $r = 0.45, p < 0.05$ ), mayor dolor de hombro ( $r = 0.39, p < 0.05$ ), mayor cervicalgia ( $r = 0.46, p < 0.01$ ), peor imagen corporal ( $r = -0.34, p < 0.05$ ) y menor rango de movilidad en hombro ( $r = -0.32, p < 0.05$ ). Cabe resaltar que la fatiga reduce la actividad física en pacientes con PsA, lo que impacta a su figura física (69).

## **XVI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El presente estudio tiene algunas limitaciones que deben considerarse. El estudio únicamente se aplicó de manera unicéntrica, sobre una muestra homogénea de acuerdo a la que presenta un hospital de tercer nivel de referencia. En segundo lugar, tenemos las desventajas del estudio transversal en donde únicamente tenemos una única medición de los datos. En tercero, la imagen corporal y la calidad de vida únicamente fueron valoradas por sólo un instrumento de medición, a pesar de brindarnos datos objetivos de acuerdo a la validación de las encuestas, existen otros instrumentos validados que nos permitirían valorar de manera más amplia dichas variables. Como cuarto punto, se estudió un número limitado de variables sin contar marcadores bioquímicos, estudios de gabinete y la terapéutica empleada por cada uno de los pacientes. Quinto, nuestra muestra fue pequeña, sin embargo representativa y con resultados paralelos a la evidencia internacional.

## **XVII. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

La percepción de la imagen corporal es un área poco explorada en pacientes con Ps y prácticamente desconocida en PsA. Encontramos varios hallazgos significativos que deben tomarse en cuenta dentro del seguimiento de pacientes con PsD. Existe una relación inversa entre la actividad de la PsD, evaluada por PASI y DAPSA con la percepción de la imagen corporal entre este grupo de pacientes, en especial con la importancia subjetiva de la corporalidad y el atractivo físico y autocuidado. Asimismo, el puntaje de NAPSÍ en manos tiene relación con la imagen corporal en nuestro análisis multivariado en la dimensión de mantener la forma física.

Por otro lado, la disminución en la funcionalidad medido por HAQ-DI de los pacientes con PsD en el análisis multivariado tuvo impacto en la imagen corporal, en especial en aquellos con PsA ya que presentaron mayor índice de discapacidad posiblemente relacionado principalmente al componente del dolor.

La calidad de vida de los pacientes con PsD por su parte se comporta directamente proporcional a la imagen corporal de acuerdo a nuestro análisis. El dominio de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y el propio ambiente; contribuyen paralelamente con la percepción de la imagen corporal de nuestros pacientes. Por otra parte, registramos una prevalencia de depresión y ansiedad similares a los reportados previamente en la literatura, ambos factores con repercusión negativa al componente de imagen corporal; lo cual a su vez exacerba dichas condiciones psiquiátricas.

Por último reportamos por primera vez la asociación entre la fatiga y la imagen corporal en pacientes con PsD, constatando una posible asociación entre el grado de fatiga del paciente y la autopercepción.

Existen diferentes factores asociados a la percepción de la imagen corporal en aquellos pacientes con PsD, identificarlos contribuye al mejor entendimiento en este tema.

## **XVIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. FitzGerald O, Gladman DD. Oxford textbook of psoriatic arthritis. Oxford: Oxford University Press; 2018.
2. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2009 Jul 30;361(5):496-509. doi: 10.1056/NEJMra0804595.
3. Dewing KA. Management of patients with psoriatic arthritis. *Nurse Pract*. 2015 Apr 13;40(4):40-6; quiz 46-7.
4. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM; Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013 Feb;133(2):377-85.
5. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005 Mar;64 Suppl 2(Suppl 2):ii14-7.
6. Ruiz DG, Azevedo MN, Santos OL. Psoriatic arthritis: a clinical entity distinct from psoriasis? *Rev Bras Reumatol*. 2012 Aug;52(4):630-8. English, Portuguese.
7. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM; Global Psoriasis Atlas. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020 May 28;369:m1590.
8. Espinoza LR, Toloza SM, Valle-Onate R, Mease PJ. Global partnering opportunities and challenges of psoriasis and psoriatic arthritis in Latin America: a report from the GRAPPA 2010 annual meeting. *J Rheumatol*. 2012 Feb;39(2):445-7.
9. Ibrahim G, Waxman R, Helliwell PS. The prevalence of psoriatic arthritis in people with psoriasis. *Arthritis Rheum*. 2009 Oct 15;61(10):1373-8.
10. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, Gottlieb AB, Gisondi P, Wu JJ, Thyssen JP, Egeberg A. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jan;80(1):251-265.e19.
11. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2009 Feb 15;61(2):233-9.
12. Tillett W, Charlton R, Nightingale A, Snowball J, Green A, Smith C, Shaddick G, McHugh N. Interval between onset of psoriasis and psoriatic arthritis comparing the UK Clinical Practice Research Datalink with a hospital-based cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2017 Dec 1;56(12):2109-2113.
13. Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, Thorne JC, Schachter RK. Psoriatic arthritis (PSA) an analysis of 220 patients. *Q J Med*. 1987 Feb;62(238):127-41.

14. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006 Aug;54(8):2665-73.
15. Coates LC, Conaghan PG, Emery P, Green MJ, Ibrahim G, Maclver H, Helliwell PS. Sensitivity and specificity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2012 Oct;64(10):3150-5.
16. Peng C, Xu X, Chen W, Li X, Yi X, Ding Y, Yu N, Lu J. Epidemiological Variations in the Global Burden of Psoriasis, an Analysis With Trends From 1990 to 2017. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Feb 2;8:585634.
17. Belinchón I, Rivera R, Blanch C, Comellas M, Lizán L. Adherence, satisfaction and preferences for treatment in patients with psoriasis in the European Union: a systematic review of the literature. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Nov 17;10:2357-2367.
18. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol*. 2014 Jun;134(6):1542-1551.
19. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, Misery L, Szabo C, Linder D, Sampogna F, Evers AWM, Halvorsen JA, Balieva F, Szepietowski J, Romanov D, Marron SE, Altunay IK, Finlay AY, Salek SS, Kupfer J. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015 Apr;135(4):984-991.
20. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Mar;54(3):420-6.
21. Menter A, Augustin M, Signorovitch J, Yu AP, Wu EQ, Gupta SR, Bao Y, Mulani P. The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol*. 2010 May;62(5):812-8.
22. Tying S, Gottlieb A, Papp K, Gordon K, Leonardi C, Wang A, Lalla D, Woolley M, Jahreis A, Zitnik R, Cella D, Krishnan R. Etanercept and clinical outcomes, fatigue, and depression in psoriasis: double-blind placebo-controlled randomised phase III trial. *Lancet*. 2006 Jan 7;367(9504):29-35.
23. Langley RG, Feldman SR, Han C, Schenkel B, Szapary P, Hsu MC, Ortonne JP, Gordon KB, Kimball AB. Ustekinumab significantly improves symptoms of anxiety, depression, and skin-related quality of life in patients with moderate-to-severe psoriasis: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Sep;63(3):457-65.
24. Houry LR, Danielsen PL, Skiveren J. Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *J Dermatolog Treat*. 2014 Feb;25(1):2-7.
25. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Apr;54(4):685-704.
26. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Living with psoriasis: prevalence of shame,

- anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol.* 2012 May;92(3):299-303.
27. Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image.* 2004 Jan;1(1):1-5.
  28. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image.* 2015 Jun;14:118-29.
  29. Kling J, Kwakkenbos L, Diedrichs PC, Rumsey N, Frisén A, Brandão MP, Silva AG, Dooley B, Rodgers RF, Fitzgerald A. Systematic review of body image measures. *Body Image.* 2019 Sep;30:170-211.
  30. Rosińska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Żaba R. Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. *Psychiatr Pol.* 2017 Dec 30;51(6):1145-1152. English, Polish.
  31. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Indian Dermatol Online J.* 2017 Sep-Oct;8(5):343-346.
  32. Kouris A, Platsidaki E, Kouskoulis C, Christodoulou C. Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki.* 2017 Jan-Mar;28(1):54-59.
  33. Rzeszutek M, Podkowa K, Pięta M, Pankowski D, Cyran-Stemplewska S. Comparative study of life satisfaction among patients with psoriasis versus healthy comparison group: the explanatory role of body image and resource profiles. *Qual Life Res.* 2021 Jan;30(1):181-191.
  34. Gündüz A, Topçuoğlu V, Usta Gündüz EB, Ergun T, Gençosmanoğlu DS, Sungur MZ. Significant Effects of Body Image on Sexual Functions and Satisfaction in Psoriasis Patients. *J Sex Marital Ther.* 2020;46(2):160-169.
  35. Wojtyna E, Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2017 Jan 4;97(1):91-97.
  36. Husni ME, Merola JF, Davin S. The psychosocial burden of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2017 Dec;47(3):351-360.
  37. Mazurkiewicz N, Krefta J, Lipowska M. Attitudes Towards Appearance and Body-Related Stigma Among Young Women With Obesity and Psoriasis. *Front Psychiatry.* 2021 Nov 11;12:788439.
  38. Gessl I, Aletaha D, Mandl P. Can imaging help unravel pain in psoriatic arthritis? *Rheumatology (Oxford).* 2022 Feb 2;61(2):488-489.
  39. Coates LC, Orbai AM, Azevedo VF, Cappelleri JC, Steinberg K, Lippe R, Lim I, Eder L, Richette P, Weng MY, Queiro Silva R, Fallon L. Results of a global, patient-based survey assessing the impact of psoriatic arthritis discussed in the context of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire. *Health Qual Life Outcomes.* 2020 Jun 8;18(1):173.
  40. Haugeberg G, Michelsen B, Kavanaugh A. Impact of skin, musculoskeletal and psychosocial aspects on quality of life in psoriatic arthritis patients: A cross-sectional study of outpatient clinic patients in the biologic treatment era. *RMD Open.* 2020 May;6(1):e001223.
  41. Hassani F, Koraei A, Yaghoobi R, Zarea K. An evaluating of the relationship between body image, body satisfaction, depression, marital quality, and self-esteem in patients with psoriasis. *Psychol Health Med.* 2021 Apr;26(4):467-477.

42. Feldman SR, Malakouti M, Koo JY. Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and practice. *Dermatol Online J* 2014;20.
43. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Carrascosa JC, Molina-Leyva I, Naranjo-Sintes R, Jimenez-Moleon JJ. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *An Bras Dermatol* 2015;90:338–45.
44. Shin D, Kim HJ, Kim DS, Kim SM, Park JS, Park YB, et al. Clinical features of psoriatic arthritis in Korean patients with psoriasis: a cross-sectional observational study of 196 patients with psoriasis using psoriatic.
45. de Jong EM, Seegers BA, Gulinck MK, Boezeman JB, van de Kerkhof PC. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology* 1996;193:300–3.
46. Williamson L, Dalbeth N, Dockerty JL, Gee BC, Weatherall R, Wordsworth BP. Extended report: nail disease in psoriatic arthritis--clinically important, potentially treatable and often overlooked. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 Jun;43(6):790-4.
47. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM (1999) Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 41:401–407.
48. Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Margolis DJ, Rolstad T (2004) Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Investig Dermatol Symp Proc* 9:136–139
49. Leary MR, Rapp SR, Herbst KC, Exum ML, Feldman SR (1998) Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychol* 17:530–536
50. De Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9:140-7.
51. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
52. National Psoriasis Foundation benchmark survey on psoriasis and psoriatic arthritis: summary of top-line results. Available at [http://www.psoriasis.org/news/press/2003/20020515\\_life\\_survey.php](http://www.psoriasis.org/news/press/2003/20020515_life_survey.php). Accessed June 24, 2004.
53. Watson T, de Bruin GP. Impact of cutaneous disease on the self-concept: an existential-phenomenological study of men and women with psoriasis. *Dermatol Nurs*. 2007 Aug;19(4):351-6, 361-4.
54. Jones, D. C. (2001). Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex Roles*, 45(9), 645–664.
55. Janowski K, Steuden S, Pietrzak A, Krasowska D, Kaczmarek L, Gradus I, et al. Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2012; 304: 421–432.
56. Tillett W, de-Vries C, McHugh NJ. Work disability in psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51:275–83.

57. Tillett W, Shaddick G, Askari A, Cooper A, Creamer P, Clunie G, et al. Factors influencing work disability in psoriatic arthritis: first results from a large UK multicentre study. *Rheumatology (Oxford)* 2015;54:157–62.
58. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM (1999) Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 41:401–407.
59. Augustin M, Eissing L, Langenbruch A, Enk A, Luger T, Maaßen D, Mrowietz U, Reich K, Reusch M, Strömer K, Thaçi D, von Kiedrowski R, Radtke MA. The German National Program on Psoriasis Health Care 2005-2015: results and experiences. *Arch Dermatol Res.* 2016 Aug;308(6):389-400.
60. Mahler V. Umweltassoziierte dermatologische Erkrankungen [Skin diseases associated with environmental factors]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2017 Jun;60(6):605-617. German.
61. McDonough E, Ayearst R, Eder L, Chandran V, Rosen CF, Thavaneswaran A, et al. Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol* 2014;41:887–96.
62. Hagberg KW, Li L, Peng M, Shah K, Paris M, Jick S. Incidence rates of suicidal behaviors and treated depression in patients with and without psoriatic arthritis using the Clinical Practice Research Datalink. *Mod Rheumatol* 2016;26:774–9.
63. Wannarit K, Wongpraparut C, Chularojanamontri L, Silpa-Archa N, Tayeh N, Prachgosin P, Ratta-Apha W. Prevalence of Depressive Symptoms and Their Impact on Perceived Stress and Quality of Life Among Patients with Psoriasis. *Alpha Psychiatry.* 2023 Nov 1;24(6):239-243.
64. Bardazzi F, Bonci C, Sacchelli L, Di Altobrando A, Iommi M, Rucci P, Sacchelli P, Berardi D, Patrizi A, Tengattini V. Suicide risk and depression in patients with psoriasis. *Ital J Dermatol Venerol.* 2022 Dec;157(6):497-501.
65. Jalenques I, Bourlot F, Martinez E, Pereira B, D'Incan M, Lauron S, Rondepierre F. Prevalence and Odds of Anxiety Disorders and Anxiety Symptoms in Children and Adults with Psoriasis: Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Derm Venereol.* 2022 Aug 26;102:adv00769.
66. Nymand L, Kristensen LE, Thomsen SF, Thyssen JP, Egeberg A. Characteristics and drivers of fatigue in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: A cross sectional study. *J Am Acad Dermatol.* 2024 Jul;91(1):57-63.
67. Ballegaard C, Skougaard M, Guldberg-Møller J, Nissen CV, Amris K, Jørgensen TS, Dreyer L, Kristensen LE. Comorbidities, pain and fatigue in psoriatic arthritis, psoriasis and healthy controls: a clinical cohort study. *Rheumatology (Oxford).* 2021 Jul 1;60(7):3289-3300.
68. Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Fernández-DE-Las-Peñas C, Díaz-Rodríguez L, Sanchez-Cantalejo E, Arroyo-Morales M. Associations among musculoskeletal impairments, depression, body image and fatigue in breast cancer survivors within the first year after treatment. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011 Sep;20(5):632-9.
69. Betteridge N, Boehncke WH, Bundy C, Gossec L, Gratacós J, Augustin M. Promoting patient-centred care in psoriatic arthritis: a multidisciplinary European perspective

on improving the patient experience. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Apr;30(4):576-85

## XIX. GLOSARIO

Abreviaturas	Significado
AFA	Atractivo físico autoevaluado
CAF	Cuidado del aspecto físico
<b>CAMPsO</b>	<b>Clínica de Atención Multidisciplinaria de enfermedad PsOrióstica</b>
CASPAR	<i>Classification Criteria for Psoriatic Arthritis</i>
COMF	Conductas orientadas a mantener la forma física
DAPSA	Actividad de la enfermedad en artritis psoriásica
DE	Desviación estándar
dL	Decilitro
EVA	Escala Visual Análoga
FARME	Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad
FACIT	Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas-Fatiga
GRAPPA	<i>The Group for Research and Assessment of Psoriasis and PsA</i>
HADS	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria
HAQ-DI	Cuestionario de Evaluación de Salud e Índice de Discapacidad
HR	<i>Hazard ratio</i>
IMC	Índice de masa corporal
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
IC	Intervalo de confianza
IL	Interleucina
ISC	Importancia subjetiva de la corporalidad
LSN	Límite superior normal
MBSRQ	<i>Multidimensional body self relations questionnaire</i>
MDA	Actividad de la enfermedad mínima
mg	Miligramos
NAPSI	Índice de actividad e intensidad de psoriasis en uñas
PASI	Índice de actividad e intensidad de la Psoriasis
PROs	Desenlaces Reportados por el Paciente
Ps	Psoriasis
PsA	Artritis psoriásica
PSAID	Cuestionario sobre el Impacto de la Artritis Psoriásica
PsD	Enfermedad psoriásica
QoL	Calidad de vida



<b>RIQ</b>	Rango intercuartil
<b>RM</b>	Razón de momios
<b>RR</b>	Riesgo relativo
<b>SPARCC</b>	<i>Spondyloarthritis Research Consortium of Canada</i>
<b>TNF-<math>\alpha</math></b>	Factor de necrosis tumoral $\alpha$
<b>WHOQOL-BREF</b>	Escala reducida de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud

## XX. ANEXOS

### Anexo A

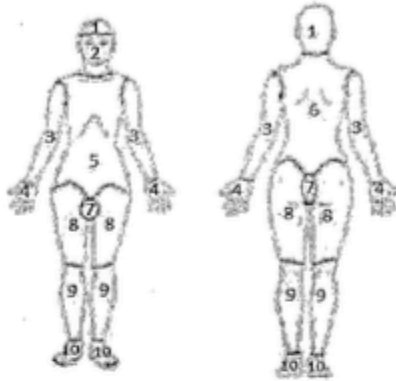
**Índice de comorbilidad en enfermedades reumatológicas (Rheumatic Disease Comorbidity Index)**

<b>Condición</b>	Enfermedad pulmonar	2
	IAM	2
	Otra enfermedad cardiovascular	1
	Enfermedad vascular cerebral o hipertensión arterial sistémica	
	Diabetes mellitus	1
	Fractura de cadera/columna o pierna	1
	Depresión	1
	Cáncer	1
	Úlcera gastrointestinal	1
	Otras enfermedades gástricas	
<b>Puntuación total</b>	Puntuación sumatoria	
<b>Cálculo</b>	2 X enfermedad pulmonar + [2 X (IAM, otra enfermedad cardiovascular, o enfermedad vascular cerebral) o 1 X hipertensión arterial sistémica] + Fractura + Depresión + Diabetes + Cáncer + (úlceras o enfermedades gástricas) = 0-9	
<small>Adaptado de England BR, Sayles H, Mikuls TR, Johnson DS, Michaud K. Validation of the rheumatic disease comorbidity index. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i> (2015) 67(6):865-72. doi: 10.1002/acr.22456.</small>		

## Anexo B

Clínica multidisciplinaria para atención a pacientes con enfermedad psoriásica. Un manejo integral (Ref. 4065)

### Índice de actividad e intensidad de la psoriasis Psoriasis Area and Severity Index (PASI)



<p> <math>0.1(E+G+Es) \times \text{área afectada de la cabeza (área 1 y 2) +}</math>  <math>0.2(E+G+Es) \times \text{área afectada de extremidades superiores (3 y 4) +}</math>  <math>0.3(E+G+Es) \times \text{área afectada del tronco (área 5, 6,7)+}</math>  <math>0.4(E+G+Es) \times \text{área afectada de extremidades inferiores (8,9,10) +}</math> </p> <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E= eritema</li> <li>• G= grosor</li> <li>• Es= escama</li> </ul> <p>El área recibe un valor en grados del 1-6 con base en el % del área implicada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado 1= 1 a 9%</li> <li>• Grado 2= 10 a 29%</li> <li>• Grado 3= 30 a 49%</li> <li>• Grado 4= 50 a 69%</li> <li>• Grado 5= 70 a 89%</li> <li>• Grado 6= 90 a 100%</li> </ul>	<p><b>PARÁMETROS DE SEVERIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0= ausente</li> <li>• 1= leve</li> <li>• 2= moderado</li> <li>• 3= grave</li> <li>• 4= muy grave</li> </ul> <p><b>CLASIFICACIÓN</b></p> <p>Puntuación global de 0-72, donde 0=normal y 72= enfermedad máxima</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-7=leve</li> <li>• 7-12=moderada</li> <li>• &gt; 12=severa</li> </ul>
--	---

Secciones corpóreas	Cálculo por sección	PASI x sección
Cabeza (10%)		
Miembros superiores (20%)		
Tronco (30%)		
Miembros inferiores (40%)		


PASI TOTAL: \_\_\_\_\_

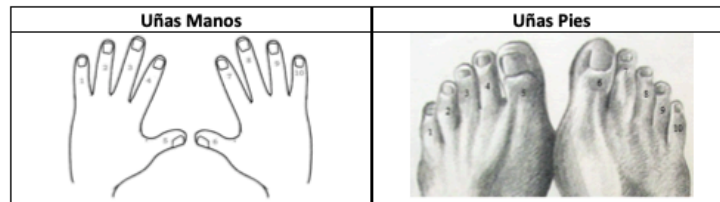
Paciente/Registro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo C

### Índice de actividad e intensidad de psoriasis en uñas Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI)

	<b>Actividad en la matriz</b> - Hoyuelos - Eritema en la lúnula - Onicorrexis	<b>Puntuación</b> 0 = Ausencia de hallazgos 1 = Presencia en ¼ de cuadrante 2 = Presencia en 2/4 de cuadrante 3 = Presencia en ¾ de cuadrante 4 = Presencia en 4/4 de cuadrante  <b>Para hallazgos de matriz y lecho por cuadrante</b>  Uña única – 0 – 8 Todas las uñas de las manos 0-80 Todas las uñas de los pies 0-80 Uñas de manos y pies 0 – 160
	<b>Actividad en el lecho</b> - Onicolisis - Hiperqueratosis subungueal - Hemorragias en astilla	



Favor de colocar el valor total por uña (0-8 puntos) y por localización (0-80)

	1 (0-8)	2 (0-8)	3 (0-8)	4 (0-8)	5 (0-8)	6 (0-8)	7 (0-8)	8 (0-8)	9 (0-8)	10 (0-8)	TOTAL (0-80)
	Lado izquierdo					Lado derecho					
MANOS											
PIES											

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo D

### Actividad de la enfermedad en artritis psoriásica [DAPSA]

CRITERIOS	Valor
1. Número de articulaciones dolorosas (68 articulaciones)	
2. Número de articulaciones inflamadas (68 articulaciones)	
3. Escala global del paciente (0-10 pts)	
4. Escala visual analoga del dolor (0-10 pts)	
5. Proteína C reactiva	
<b>VALOR</b>	
Remisión ≤4 pts, Actividad baja ≤ 14 pts, Actividad moderada ≤ 28 pts, Actividad alta >28pts	

## Anexo E

### **ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE LA PSORIASIS**

- **Gracias por contestar este cuestionario.**
- Por favor, marque con una cruz una casilla para cada pregunta.
- Cada pregunta hace referencia **SÓLO A LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.**

Todas las preguntas hacen referencia a las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

#### **ACTIVIDADES DIARIAS:**

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha interferido su psoriasis para hacer las labores de la casa o del jardín?  

**Muchísimo**<sup>(3)</sup>   
**Regular**<sup>(2)</sup>   
**Un poco**<sup>(1)</sup>   
**Nada**<sup>(0)</sup>
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido que usar ropa de distintos tipos o colores a causa de su psoriasis?  

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido que cambiarse de ropa o lavarla más de lo habitual?  

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su psoriasis ha sido un problema cuando ha ido a la estética o peluquería?  

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**
5. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido que bañarse o ducharse a causa de su psoriasis?  

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**



**SI NO TRABAJA NI ESTUDIA, por favor conteste las siguientes preguntas:**

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su psoriasis le ha impedido realizarsus actividades diarias habituales?

- Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su psoriasis ha alterado la forma enque realiza sus actividades diarias?

- Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

8. ¿Su vida profesional se ha visto afectada por su psoriasis? Por ejemplo: ascensos rechazados, ha perdido un trabajo, le han pedido que cambie de trabajo.

- Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

Todas las preguntas hacen referencia a las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

**RELACIONES PERSONALES:**

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido dificultades en su vida sexual a causa de psoriasis?

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha provocado algún problema con su pareja o con alguno de sus mejores amigos o con sus familiares?

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

**TIEMPO LIBRE:**

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su psoriasis le ha impedido salir y asistir a actividades sociales?

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha dificultado la práctica de algún deporte?

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿no ha podido usted usar baños o vestidores públicos, o ha sido criticado o le han impedido hacerlo?

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha fumado más o ha bebido más alcohol de lo habitual a causa de su psoriasis?

**Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada (o No aplica)**

**TRATAMIENTO:**

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su casa ha estado desordenada osucia a causa de su psoriasis o de su tratamiento?
- Muchísimo**   
**Regular**   
**Un poco**   
**Nada**

**Por favor, compruebe que ha contestado todas las preguntas.  
Gracias por su ayuda.**

©A.Y. Finlay 1993. Este documento no debe ser utilizado sin la autorización del autor.





Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

4

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

---

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---



---

**Gracias por su ayuda**

## Anexo G

### ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HADS (Hospital anxiety and depression scale).

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

<p>1. Me siento tenso o nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Todos los días (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Muchas veces (2)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca (0)</li> </ul>	<p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Muy a menudo (2)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca (0)</li> </ul>
<p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Como siempre (0)</li> <li><input type="checkbox"/> No lo bastante (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Solo un poco (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Nada (3)</li> </ul>	<p>9. Tengo una sensación extraña como si tuviera mariposas en el estómago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nunca (0)</li> <li><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Muy a menudo (3)</li> </ul>
<p>3. Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Un poco pero no me preocupa (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Nada (0)</li> </ul>	<p>10. He perdido interés en mi aspecto personal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Totalmente (3)</li> <li><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre (0)</li> </ul>
<p>4. Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice (0)</li> <li><input type="checkbox"/> No tanto ahora (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi nunca (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca (3)</li> </ul>	<p>11. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mucho (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante (2)</li> <li><input type="checkbox"/> No mucho (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Nada (0)</li> </ul>
<p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia (2)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Solo en ocasiones (0)</li> </ul>	<p>12. Me siento optimista respecto al futuro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Igual que siempre (0)</li> <li><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Nada (3)</li> </ul>
<p>6. Me siento alegre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nunca (3)</li> <li><input type="checkbox"/> No muy a menudo (2)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi siempre (0)</li> </ul>	<p>13. Me asaltan pensamientos repentinos de pánico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante a menudo (2)</li> <li><input type="checkbox"/> No muy a menudo (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Rara vez (0)</li> </ul>
<p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Siempre (0)</li> <li><input type="checkbox"/> Por lo general (1)</li> <li><input type="checkbox"/> No muy a menudo (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca (3)</li> </ul>	<p>14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A menudo (0)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (1)</li> <li><input type="checkbox"/> No muy a menudo (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Rara vez (3)</li> </ul>

## Anexo H

### Questionario de imagen corporal. Versión española validada del MBSRQ reducido y adaptado MBSRQ

**Instrucciones:** A continuación, encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta.

**Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted.** No hay respuestas verdaderas o falsas.

Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo. Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones. Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible. Gracias.

	1 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Indiferente	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
<b>1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto</b>					
2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física					
<b>3. Para mi es importante tener mucha fuerza</b>					
4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo					
<b>5. No hago ejercicio regularmente</b>					
6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física					
<b>7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a</b>					
8. Me gusta mi aspecto tal y como es					
<b>9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo</b>					
10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme					
<b>11. Tengo una buena capacidad de resistencia física</b>					
12. Participar en deportes no es importante para mi					
<b>13. No hago cosas que me mantengan en forma</b>					
14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mi					
<b>15. Soy muy consciente de cambios en mi peso, aunque sean pequeños</b>					

16. Casi todo el mundo me considera guapo/a					
<b>17. Es importante para mí, que mi aspecto sea siempre bueno</b>					
18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas					
<b>19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida</b>					
20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física					
<b>21. Raramente estoy enfermo</b>					

	1 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Indiferente	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
<b>22. A menudo leo libros y revistas de salud</b>					
23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa					
<b>24. No soy bueno en deportes o juegos</b>					
25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas					
<b>26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física</b>					
27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada					
<b>28. Me gusta cómo me sienta la ropa</b>					
29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo					
<b>30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas</b>					
31. Trato de estar físicamente activo					
<b>32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo</b>					
33. Nunca pienso en mi aspecto					
<b>34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico</b>					
35. Me muevo de forma armónica y coordinada					
<b>36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente</b>					
37. Hago deporte regularmente a lo largo del año					
<b>38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud</b>					

39. Al primer signo de enfermedad voy al médico					
---	--	--	--	--	--

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación:

	1 Muy insatisfecho	2 Bastante insatisfecho	3 Punto medio	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)					
41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)					
42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)					
43. Tono muscular					
44. Peso					
45. Aspecto general					

MBSRQ ® (versión española) Ribas, Botella y Benito (2008)

## Anexo I

### INDICE DE DISCAPACIDAD HAQ (HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE - DISABILITY INDEX)

Paciente/Registro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**En esta sección nos interesa conocer cómo afecta su enfermedad a su capacidad para desempeñar sus actividades en la vida diaria.**

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor describa su capacidad habitual DURANTE LA SEMANA PASADA:	Sin NINGUNA	Con ALGUNA	Con MUCHA	NO PUEDE
	Dificultad (0)	Dificultad (1)	Dificultad (2)	Hacerlo (3)
<b>VESTIRSE Y ARREGLARSE</b> ¿Pudo usted: 1- Vestirse solo/a, incluyendo amarrarse las agujetas de los zapatos y abotonarse? 2- Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LEVANTARSE</b> ¿Pudo usted: 3- Levantarse de una silla sin apoyarse? 4- Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMER</b> ¿Pudo usted: 5- Cortar la carne? 6- Llevarse a la boca una taza o un vaso llenos? 7- Abrir una caja nueva de un litro de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CAMINAR</b> ¿Pudo usted: 8- Caminar fuera de su casa en un terreno plano? 9- Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si utiliza habitualmente algún **UTENSILIO O APARATO DE AYUDA** para hacer alguna de las actividades arriba mencionadas, por favor, márkelo con una cruz en la lista siguiente:

1. Bastón                       5. Aparatos utilizados para vestirse (gancho para abotonarse, aparato para subir cierres, calzador con mango largo, etc.)  
 2. Andadera                       6. Utensilios especialmente adaptados para cocinar o para comer  
 3. Muletas                       7. Silla especialmente adaptada  
 4. Silla de ruedas               8. Otros (Especifique los);

Si en alguna de estas actividades suele necesitar **LA AYUDA DE OTRA PERSONA**, por favor, márkela con una cruz en la lista siguiente:

9. Vestirse y arreglarse               10. Levantarse               11. Comer                
 12. Caminar



Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor describa su capacidad habitual DURANTE LA SEMANA PASADA:	Sin NINGUNA	Con ALGUNA	Con MUCHA	NO PUEDE
	Dificultad (0)	Dificultad (1)	Dificultad (2)	Hacerlo (3)
<b>HIGIENE</b> ¿Pudo usted: 10- Lavar y secar su cuerpo? 11- Tomar un baño de tina (por ej. doblando las rodillas, etc)? 12- Sentarse y levantarse de la taza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALCANZAR COSAS</b> ¿Pudo usted: 13- Alcanzar y bajar un objeto de aproximadamente 2 kilos (por ej. una botella de refresco familiar) que estuviera por encima de su cabeza? 14- Agacharse para recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AGARRAR</b> ¿Pudo usted: 15- Abrir las puertas de un carro? 16- Abrir frascos que ya han sido abiertos? 17- Abrir y cerrar las llaves del agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACTIVIDADES</b> ¿Pudo usted: 18- Hacer mandados e ir de compras? 19- Entrar y salir de un carro? 20- Hacer tareas domésticas (por ej. barrer, arreglar el jardín)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si utiliza habitualmente algún UTENSILIO O APARATO DE AYUDA para hacer alguna de las actividades arriba mencionadas, por favor, márkelo con una cruz en la lista siguiente:

13. Asiento elevado en la taza       16. Barra para agarrarse en la tina/regadera  
 14. Asiento para bañarse               17. Aparatos con mango largo para alcanzar cosas  
 15. Abridor de frascos (para frascos cepillo que ya hayan sido abiertos)       18. Aparatos con mango largo en el baño (tales como un cepillo para la espalda)  
 19. Otros (Especifíquelos:)

Si en alguna de estas actividades suele necesitar LA AYUDA DE OTRA PERSONA, por favor, márkela con una cruz en la lista siguiente:

20. Higiene                                   21. Agarrar y abrir cosas  
 22. Alcanzar cosas                         23. Hacer mandados y tareas domésticas

## Anexo J

### ESCALA DE FATIGA FACIT-FATIGUE SCALE (Versión 4)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante los últimos 7 días, por favor, sólo marque una de las casillas que aparecen en cada línea.

	Nada 0 *4	Un poco 1 *3	Algo 2 *2	Mucho 3 *1	Muchísimo 4 *0
1. Me siento agotado(a) H17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Siento debilidad en todo el cuerpo H112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento decaído(a) An1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento cansado(a) An2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estoy cansado(a) An3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo dificultad para <u>terminar</u> las cosas porque estoy cansado(a) An4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.* Tengo energía * An5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.* Soy capaz de hacer mis actividades diarias (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras)* An7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Necesito dormir durante el día An8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estoy demasiado cansado(a) para comer An12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Necesito ayuda para hacer mis actividades diarias (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras) An14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las cosas que quiero hacer An15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio An16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright 1987, 1997