



Original

Salud mental y calidad de vida en pacientes con psoriasis: un estudio en Atención Primaria de Salud

Lucía Higuera Cabañes^a, Marta García Diego^b, Óscar Martínez Sáez^c,
 José Antonio Pere Pedrol^{d,*}, Renata Muñoz Bieber^c, Rafael Prado Valdivieso^d

^aCentro de Salud Ciudad de los Periodistas. Madrid. ^bInspección Hospitalaria. Segurcaixa Adeslas. Madrid.

^cCentro de Salud Buenos Aires. Madrid. ^dCentro de Salud Ángela Uriarte. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de marzo de 2023

Aceptado el 31 de agosto de 2023

On-line el 23 de octubre de 2023

Palabras clave:

Atención primaria

Psoriasis

Ansiedad

Depresión

Calidad de vida

R E S U M E N

Objetivo. Estudiar los trastornos de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con psoriasis atendidos en centros de atención primaria. Secundariamente, analizamos si otros factores están relacionados con estos trastornos de salud mental.

Métodos. Estudio transversal en dos centros de salud urbanos de la Comunidad de Madrid. 117 pacientes con psoriasis de las consultas de Atención Primaria. Entrevista sobre enfermedades asociadas a la psoriasis, afectación extradermatológica, tipo de tratamiento recibido, consumo de tabaco y variables sociodemográficas. Variables antropométricas y presión arterial. Evaluación de la gravedad de la psoriasis mediante el índice PASI, los niveles de ansiedad y depresión mediante las escalas HARS y BDI, la calidad de vida mediante la escala DLQI y la calidad del sueño mediante la escala de Pittsburg.

Resultados. Los pacientes con psoriasis tenían una puntuación media de 12,88 en la escala HARS (variable principal). La puntuación media en la escala de depresión del BDI: 8,56. Puntuación media del DLQI: 3,27. Los trastornos del sueño estuvieron presentes en el 68 % de los pacientes.

Conclusiones. Los niveles de ansiedad en nuestra muestra son bajos. Los niveles de gravedad de la psoriasis no parecen estar asociados a peores puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josea.pere@gmail.com (J.A. Pere Pedrol).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.039>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mental health and quality of life in psoriasis patients. A study in Primary Health Care

A B S T R A C T

Keywords:

Primary care
Psoriasis
Anxiety
Depression
Quality of life

Objective. To study anxiety disorders, depression and quality of life in patients with psoriasis attended in primary care centers. Secondly, we analyzed if other factors were related with this mental health disorders.

Methods. Cross-sectional study. Two urban primary care centers in the Community of Madrid. 117 Psoriasis patients from Primary Care consultations. Interview about diseases associated with psoriasis, extra-dermatological involvement, type of treatment received, tobacco use and sociodemographic variables. Anthropometric variables and blood pressure. Assessment of psoriasis severity using the PASI index, anxiety and depression levels using the HARS and BDI scales, quality of life using the DLQI scale and sleep quality using the Pittsburgh scale.

Results. Psoriasis patients had a mean score of 12.88 on the HARS scale (main variable). The mean score on the BDI depression scale: 8.56. DLQI mean score: 3.27. Sleep disorders were present in 68% of patients.

Conclusions. Anxiety levels in our sample are low. Psoriasis severity levels do not seem to be associated with worse anxiety and depression test scores.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no existe cura, y que provoca un importante deterioro en la calidad de vida del paciente¹.

En España se ha producido un aumento de casi un 1 % en la prevalencia de esta enfermedad en los últimos 15 años, y se sitúa actualmente en un 2,3 %^{2,3}. Hablamos, por tanto, de un problema de salud relevante y de abordaje complejo debido a un factor multifactorial que aún no es totalmente comprendido.

En las últimas décadas ha sido muy estudiada la asociación entre la psoriasis y otras patologías crónicas como la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico, las enfermedades inmunológicas, las hematológicas y las reumatológicas^{3,4}; también su relación con el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión⁵⁻⁷, los trastornos del sueño^{8,9}, la disfunción sexual¹⁰, e incluso con mayor riesgo de suicidio^{11,12}. Se ha demostrado que la psoriasis tiene un impacto significativo en la salud mental y la calidad de vida del paciente^{13,14}. Cuanto más grave es la enfermedad, mayor es el deterioro de la calidad de vida y mayor la prevalencia de los trastornos de salud mental^{15,16}. Sin embargo, muchos estudios se han realizado en la atención hospitalaria^{17,18}, donde es posible que los pacientes presenten niveles de deterioro más intensos.

El objetivo de este estudio es determinar la gravedad, prevalencia de enfermedad mental y calidad de vida de los pacientes con psoriasis atendidos en atención primaria. Como hipótesis

de partida, se espera que en atención primaria la gravedad de la enfermedad sea menor y por tanto el impacto en la salud mental y la calidad de vida también sea menor.

Además, dado que en Atención Primaria de Salud es vital conocer los determinantes sociales que inciden en la salud de nuestros pacientes, también nos planteamos como objetivo estudiar los factores sociodemográficos de la muestra seleccionada.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal analítico con poblaciones de dos centros de salud urbanos.

En el periodo de diciembre de 2018 a mayo de 2019 se reclutaron 117 pacientes con psoriasis de los Centros de Salud Ángela Uriarte y Buenos Aires, ubicados en Madrid. Se incluyeron pacientes de entre 18 y 65 años con diagnóstico confirmado de psoriasis que aceptaron participar y dieron su consentimiento informado.

La muestra se seleccionó mediante la aplicación "Consulta Web" de la base de datos AP-Madrid (Registro Sanitario Electrónico) e incluyendo pacientes con código CIAP2 S91 (Psoriasis) o CIE 10 L40.

El tamaño de la muestra de 109 sujetos se calculó con una precisión del 8 % sobre una población con psoriasis de 800 sujetos, con una proporción esperada del 30 % de diagnóstico de ansiedad, utilizando el software Epidat 4.2. de la Organización Panamericana de la Salud/SERGAS.

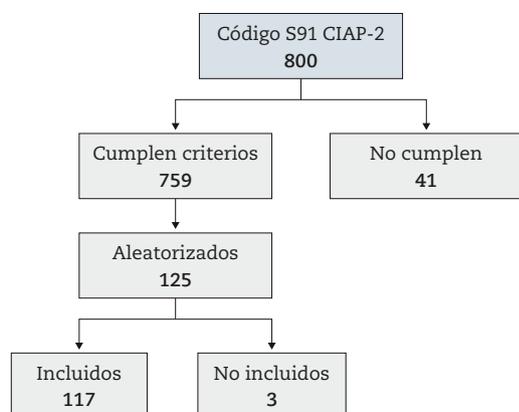


Figura 1 – Diagrama de flujo.

Tras realizar un muestreo aleatorio simple, finalmente reclutamos 117 pacientes (figura 1).

Se contactó con los pacientes telefónicamente o aprovechando una visita por otro motivo. La visita consistió en una breve entrevista que incluía datos sobre enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatías, enfermedades autoinmunes), presencia de afectación extradermatológica, tipo de tratamiento recibido y consumo de tabaco. Posteriormente, se recogieron datos sobre variables sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, estado civil, religión, nivel educativo, número de hijos, nivel medio de ingresos, actividad laboral) y otras variables cuantitativas como peso, talla, perímetro abdominal y presión arterial.

Se utilizó el *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) 20 para evaluar la gravedad de la psoriasis mediante la aplicación móvil *Psoriasis Calc*. Los investigadores fueron formados en el Servicio de Dermatología del Hospital Infantil Leonor para asegurar la homogeneidad de la valoración PASI.

La *Escala de Ansiedad HARS-Hamilton*, la *Escala Dermatológica de Calidad de Vida-DLQI*, la *Escala de Depresión BDI* y la *Escala de Perturbación del Sueño de Pittsburgh* fueron elegidas principales variables de resultado del estudio. Todas las escalas están validadas para el idioma español²¹⁻²⁵. La idoneidad de las pruebas de evaluación de Salud Mental fue supervisada por un médico psiquiatra.

La ansiedad se evaluó como variable principal mediante la escala de clasificación de ansiedad de Hamilton (HARS). Esta es una escala utilizada en la población general y aplicada por un médico después de una entrevista. No hay puntos de corte en esta escala. Una puntuación más alta indica una mayor intensidad de ansiedad. La puntuación máxima es de 56.

La calidad de vida se evaluó mediante el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), un cuestionario autoaplicado que consta de 10 preguntas. Las preguntas se relacionan con el impacto percibido de la enfermedad de la piel en la calidad de vida en la última semana y se han utilizado en pacientes dermatológicos mayores de 16 años. El DLQI se calcula sumando las puntuaciones de cada pregunta. La puntuación tiene un mínimo de 0 y un máximo de 30. Las puntuaciones altas corresponden a una peor calidad de vida.

Interpretación de las puntuaciones: 0-1: ningún efecto sobre la vida del paciente; 2-5: pequeño efecto en la vida del paciente; 6-10: efecto moderado en la vida del paciente; 11-20:

gran efecto en la vida del paciente; 2-30: extremadamente grande efecto en la vida del paciente.

La depresión se evaluó mediante la *Escala de Depresión de Beck* (BDI), que se utiliza en la población general. Es una escala aplicada por un médico. El entrevistador puntúa cada ítem de 0 a 4 puntos; evalúa tanto la intensidad como la frecuencia del ítem.

La interpretación de las puntuaciones del BDI es: 0-10: normal; 11-16: trastorno emocional leve; 17-20: depresión clínica límite; 21-30: depresión moderada; 31-40: depresión grave; más de 40: depresión extrema.

Los trastornos del sueño se evaluaron mediante la *Pittsburgh Sleep Disturbance Scale*, una escala autoaplicada que consta de preguntas referidas a los hábitos de sueño solo durante el último mes. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT) que puede oscilar entre 0 y 21. Según Buysse et al, una PT de 5 es el punto de corte que separa a los sujetos con buena calidad de sueño de los malos; una puntuación igual o inferior a 5 indica que duermen bien¹⁹.

Se utilizó el *Índice de Área y Gravedad de la Psoriasis* (PASI) para evaluar la gravedad de la misma. Esta escala puntúa la intensidad de las lesiones por superficie corporal: cabeza y cuello, miembros superiores, tronco y miembros inferiores, con un valor máximo de 7.

Las variables se describen mediante la media y la desviación estándar, si tienen una distribución normal, y la mediana y el rango intercuartílico, cuando no la tienen.

Se realizó estadística descriptiva para cada variable. Se expresaron los resultados en porcentajes en el caso de variables cualitativas y mediante la media y desviación estándar en el caso de variables cuantitativas.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con corrección de Fisher para la comparación de proporciones y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon (Mann Whitney) y la prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de dos o más medias con variables categorizadas. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para establecer la normalidad de las variables continuas. La significación estadística (error alfa) se fijó en 5 %. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico Stata 14.

Los autores declaran que han seguido las normas éticas de la publicación, que se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente y que el estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación Sureste de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, que no consideró necesaria la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica.

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés en este estudio.

Las variables se muestran en las tablas 1, 2 y 3.

Resultados

Se entrevistó a 117 pacientes. La edad media era de 49 años; mujeres el 51 % de los entrevistados. Otros datos sociodemográficos se pueden ver en la tabla 1.

El índice de masa corporal medio fue de 27,86 (sobrepeso). La obesidad estaba presente en alrededor de 30 % de los pacientes, la hipertensión arterial en 24,79 %, la diabetes mellitus en 12 %, la dislipemia en 19 % y las cardiopatías en casi 6 %. El 69 %

Edad media (DE)		49,47 (10,40)
Sexo N (%)	Mujer	60 (51,28)
	Hombre	57 (48,72)
Intervalos de edad N (%)	< 40 a	19 (16,24)
	40 a 55 a	63 (53,85)
	> 55 a	35 (29,91)
Nacionalidad N (%)	Español	107 (91,45)
	Otro	10 (8,35)
Estado civil N (%)	Casado	80 (68,38)
	Separado	8 (6,84)
	Soltero	24 (20,51)
	Viudo	5 (4,27)
Religión N (%)	No	71 (60,68)
	Sí	46 (39,32)
Nivel educativo N (%)	Sin estudios	1 (0,85)
	Estudios primarios	27 (23,08)
	Estudios secundarios	57 (48,72)
	Estudios universitarios	31 (26,50)
	Estudios de posgrado	1 (0,85)
Hijos N (%)	Sí	84 (71,79)
	No	33 (28,21)
Ingresos mensuales N (%)	< 1.500 €	53 (45,30)
	1.500-2.500 €	54 (46,15)
	> 2.500 €	10 (8,35)
Actividad laboral N (%)	Activo	83 (70,94)
	Incapacidad temporal	3 (2,56)
	Jubilado	13 (11,11)
	Desempleado	14 (3,42)
	Otros	4 (11,97)

Peso media (DE)		76,99 (16,38)
Talla (cm) media (DE)		166,15 (9,23)
Índice de masa corporal media (DE)		27,86 (5,31)
Peso categorizado N (%)	No obesos	82 (70,09)
	Obesos	35 (29,91)
Perimetro abdominal (cm) media (DE)		96,15 (15,36)
Presion arterial sistólica media (DE)		128,62 (16,52)
Presión arterial diastólica media (DE)		76,02(11,45)
Hipertensión arterial N (%)	Sí	29 (24,79)
	No	88 (75,21)
Diabetes mellitus N (%)	Sí	14 (11,97)
	No	103 (88,03)
Dislipemia N (%)	Sí	22 (18,80)
	No	95 (81,20)
Cardiopatía N (%)	Sí	7 (5,98)
	No	110 (94,02)
Otras enfermedades autoinmunes N (%)	Sí	3 (2,56)
	No	114 (97,44)
Afectación extradermatológica N (%)	Sí	17 (14,53)
	No	100 (85,47)
Tratamiento tópico N (%)	Sí	82 (70,09)
	No	35 (29,91)
Fototerapia N (%)	Sí	8 (6,84)
	No	109 (93,16)
Tratamiento sistémico no biológico N (%)	Sí	7 (5,98)
	No	110 (94,02)
Tratamiento sistémico biológico N (%)	Sí	11 (9,40)
	No	106 (90,60)
Tabaquismo N (%)	Exfumador	45 (38,46)
	< 10 cigarrillos/día	14 (11,97)
	> 10 cigarrillos/día	22 (18,80)
	Nunca fumaron	36 (30,77)
Afectación genital N (%)	Sí	5 (4,27)
	No	112 (97,73)

de los participantes eran fumadores activos o exfumadores. La afectación extradermatológica fue del 14,53 %

Los resultados muestran un tipo predominante de psoriasis crónica estable. El tratamiento más utilizado era el tópico. Las terapias inmunosupresoras fueron más frecuentes en la psoriasis moderada (tabla 2).

La intensidad de la psoriasis era leve (PASI 3,06). La calidad de vida medida por la escala DLQI también era leve (3,27).

La principal variable de resultado del HARS era 12,88 (leve) (tabla 3). La puntuación media en la escala de depresión de Beck (BDI) era de 8,56. También parece que los pacientes con psoriasis duermen mal, ya que el 68,10 % declara tener mala calidad del sueño.

La mayoría de los pacientes tenían entre 11 y 20 años (39,74 %) de antigüedad de diagnóstico de psoriasis, aunque esto no parece estar asociado a niveles más altos de ansiedad, depresión o calidad de vida (tabla 3).

Hemos encontrado mayor frecuencia de ansiedad en mujeres ($p=0,03$) frente a hombres, hábitos religiosos ($p=0,01$) frente a ausencia de religión, dislipemia ($p=0,003$) e hipotiroidismo ($p=0,04$)

No se encontraron diferencias respecto al estado de ánimo (ansiedad o depresión) en nacionalidad, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, hepáticas, renales o respiratorias, peso, afectación extradermatológica, enfermedades autoinmunes, tipo de tratamiento, centro de salud, afectación genital o número de años desde el diagnóstico de la psoriasis.

Se encontró frecuencia de depresión por BDI algo más elevada por sexo en mujeres ($p=0,009$); también de dislipemia ($p=0,03$).

También se detectó peor calidad de sueño en pacientes con psoriasis con afectación extradermatológica ($p=0,01$) y terapia biológica sistémica ($p=0,004$).

Comentarios

La edad media de la población con psoriasis de nuestro estudio era de 49,47 años.

No hay consenso sobre la asociación entre sexo y psoriasis en los estudios publicados. Nuestros datos muestran una mayor prevalencia en varones (51,28 %), de acuerdo con los hallazgos de en España²⁶.

La mayoría de los pacientes incluidos tenían estudios secundarios completos, tenían un trabajo activo y unos ingresos inferiores a 1.500 euros al mes. Tenían pareja estable e hijos y no practicaban ninguna religión. Llama la atención los pocos estudios que han relacionado la enfermedad con determinantes sociales, por lo que el nuestro aporta nueva información relevante al respecto y puede ser utilizada para posteriores estudios cualitativos.

Tabla 3 – Resultados

PASI, media (DE)		3,06 (4,77)
HARS ^a , media (DE)		12,88 (9,97)
HARS intervalos, N (%)	Ansiedad leve	85 (72,61)
	Ansiedad moderada	17 (14,53)
	Ansiedad grave	15 (12,82)
BDI ^b , media (DE)		8,56 (8,81)
BDI intervalos, N (%)	Normal	84 (71,79)
	Depresión leve	15 (12,82)
	Depresión límite	6 (5,13)
	Depresión moderada	8 (6,84)
	Depresión grave	3 (2,56)
	Depresión extrema	1 (0,85)
DLQI ^c , media (DE)		3,27 (4,21)
DLQI intervalos, N (%)	Sin efecto en calidad de vida	52 (44,44)
	Leve efecto en calidad de vida	43 (36,75)
	Moderado efecto en calidad de vida	13 (11,11)
	Gran efecto en calidad de vida	8 (6,84)
	Efecto extremo en calidad de vida	7 (5,98)
Calidad del sueño-PSQI, media (DE)		9,20 (7,41)
Calidad del sueño-PSQI intervalos, N (%)	Buena calidad del sueño	37 (31,90)
	Mala calidad del sueño	79 (68,10)
Años con psoriasis, media (DE)		
Años con psoriasis intervalos, N (%)	< 5 años	20 (25,64)
	5-10 años	10 (12,82)
	11-20 años	31 (39,74)
	21-30 años	9 (11,54)
	31-40 años	5 (6,41)
	> 40 años	3 (3,85)
Años con psoriasis, N (%)	< 13 años	40 (51,28)
	> 13 años	38 (48,72)
HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; BDI: Beck Depression Inventory; DLQI: Dermatology Life Quality Index; PSQI: Pittsburg Sleep Quality Index.		

La psoriasis se ha asociado recientemente a factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades. Estudios epidemiológicos han identificado un mayor riesgo de desarrollar obesidad y se ha descrito un mecanismo fisiopatológico común entre las dos enfermedades. Además, la obesidad no solo se asocia a una mayor incidencia y gravedad de la psoriasis, sino que también afecta a su respuesta al tratamiento. En nuestro estudio, coincidiendo con estudios previos, el peso medio fue de 27,86 % y el 29,91 % eran obesos. Asimismo, de acuerdo con estudios previos, también destaca la prevalencia del tabaquismo, ya que solo el 30,77 % de los pacientes nunca había fumado. Esta correlación ha sido bien estudiada y se confirma en nuestro estudio.

Los pacientes incluidos tenían psoriasis leve (a diferencia de estudios previos en atención hospitalaria) con una larga historia de la enfermedad (la mayoría entre 11 y 20 años) y la mayoría recibía tratamiento tópico. Además, nuestros pacientes consideran que esta condición solo afecta levemente su calidad de vida.

Asimismo, en línea con los resultados de otros estudios, llama la atención la presencia de ansiedad en nuestros pacientes. La mayoría presentaba un trastorno de ansiedad leve (72,6 %) seguido del 14,53 % de los pacientes con trastorno moderado.

La calidad del sueño se vio más afectada en pacientes con puntuaciones PASI más altas y en fumadores.

Una conclusión relevante de nuestro estudio es que no parece que el nivel de gravedad de la psoriasis se relacione con mayores niveles de ansiedad como sugiere algún estudio reciente²⁷.

Limitaciones

La fuente de información proporcionada por los pacientes directamente en la consulta de atención primaria y no por las estadísticas del registro electrónico puede ser una fortaleza del estudio, aumenta su fiabilidad, permite acercarnos a la realidad de la enfermedad y observar cómo la viven los pacientes.

Creemos que la principal limitación de estudio proviene de su diseño, ya que es transversal, evalúa pacientes con diferentes grados de evolución de la enfermedad e incluye pacientes recién diagnosticados y pacientes con muchos años de evolución, lo que puede influir en el grado de su trastorno de ánimo. Estamos tomando una instantánea de la situación de nuestros pacientes en un momento determinado para saber de dónde partimos. Un estudio de cohorte nos permitirá abordar si nuestros hallazgos se confirman.

Otro posible sesgo proviene de que tres de los cuestionarios utilizados (ansiedad, depresión y trastornos del sueño) no son específicos para pacientes con psoriasis, sino que son aplicables a la población general. Por tanto, es posible que se produzca un sesgo de información o de clasificación, ya que el cuestionario utilizado es poco específico para la población estudiada.

Las características sociodemográficas de nuestra muestra también pueden sesgar los resultados, aunque según la literatura este efecto parece ser pequeño²⁸.

Los resultados de este análisis nos obligan a continuar con la investigación sobre este tema, especialmente con estudios prospectivos que consideren la evaluación de la ansiedad y la depresión en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation (WHO). Global report on psoriasis. Geneva, Switzerland; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>
2. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105(5): 504-9.
3. Puig L. Cardiometabolic comorbidities in psoriasis and psoriatic arthritis. *Int J Mol Sci.* 2017; 25(1): 19-1.
4. Amin M, Lee EB, Tsai TF, Wu JJ. Psoriasis and co-morbidity. *Acta Derm Venereol.* 2020; 100(3): adv0003.
5. Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A, Porich E, Efstathiou V, Kaloudi E, et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry.* 2014; 13(1): 38.

6. Tee SI, Lima ZV, Theng CT, Chan KL, Giam YC. A prospective cross-sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore *J EADV*. 2016; 30: 1159-64.
7. Tian Z, Huang Y, Yue T, Zhou J, Tao L, Han L, et al. A Chinese cross-sectional study on depression and anxiety symptoms in patients with psoriasis vulgaris. *Psychol Health Med*. 2019; 24(3): 269-80.
8. Luca M, Luca A, Musumeci ML, Fiorentini F, Micali G, Calandra C. Psychopathological variables and sleep quality in psoriatic patients. *Int J Mol Sci*. 2016; 17: 1184.
9. Gupta AK. Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2016; 29: 63-75.
10. Molina-Leyva A, Salvador-Rodriguez L, Martinez-Lopez A, Ruiz-Carrascosa JC, Arias-Santiago S. Association between psoriasis and sexual and erectile dysfunction in epidemiologic studies: A systematic review. *JAMA Dermatol*. 2019; 155(1): 98-106.
11. Pompili M, Bonanni L, Gualtieri F, Trovini G, Persechino S, Baldessarini RJ. Suicidal risks with psoriasis and atopic dermatitis: Systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2021; 141: 110347.
12. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010; 146(8): 891-5.
13. Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez AM, Arbeláez CP. Quality of life related to health, negative emotions, and social support in patients suffering from vulgar psoriasis. *Psicología Salud*. 2018; 18(1): 17-25.
14. Petraškiene R, Valiukeviciene S, Macijauskiene J. Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina (Kaunas)*. 2016; 52(4): 238-43.
15. Grozdev I, Kast D, Cao L, Carlson D, Pujari P, Schmotzer B, et al. Physical and mental impact of psoriasis severity as measured by the Compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) Quality of Life Tool. *J Invest Dermatol*. 2012; 132: 1111-6.
16. Yang H-J, Yang K-C. Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan. *Dermatol Sinica*. 2015; 33: 146-50.
17. Sondermann W, Fiege O, Körber A, Scherbaum N. Psychological burden of psoriatic patients in a German university hospital dermatology department. *J Dermatol*. 2021; 48(6): 794-806.
18. Leisner MZ, Riis JL, Schwartz S, Iversen L, Østergaard SD, Olsen MS. Psoriasis and risk of mental disorders in Denmark. *JAMA Dermatol*. 2019; 155(6): 745-7.
19. Buysse DJ, Yu L, Moul DE, Germain A, Stover A, Dodds NE, et al. Development and validation of patient-reported outcome measures for sleep disturbance and sleep-related impairments. *Sleep*. 2010; 33: 781-92.
20. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology*. 2005; 210(3): 194-9.
21. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E; Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118(13): 493-9.
22. De Tiedra AG, Mercadal J, Badía X, Mascaró JM, Heerdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 1998; 89: 692-700.
23. Magán I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol*. 2008; 11(2): 626-40.
24. Pietrzak D, Pietrzak A, Krasowska D, Makara-Studzinska M, Madej A, Baranowska M, et al. Depressiveness, measured with Beck Depression Inventory, in patients with psoriasis. *J Affect Disord*. 2017; 209: 229-34.
25. Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, de la Vega-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del Índice de Calidad De Sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex*. 2008; 144(6): 491-6.
26. Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, Betriu-Bars A, Sanmartin-Novell V, Ortega-Bravo M, et al. Epidemiology of psoriasis. A population-based study. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019; 110(5): 385-92.
27. Yu S, Tu HP, Huang YC, Lan CE. The incidence of anxiety may not be correlated with severity of psoriasis: A prospective pilot study. *Med Hypotheses*. 2019; 130: 109254.
28. Mahé E, Beauchet A, Reguiat Z, Maccari F, Ruer-Mulard M, Chaby G, et al; GEM RESOPSO. Socioeconomic inequalities and severity of plaque psoriasis at a first consultation in Dermatology Centers. *Acta Derm Venereol*. 2017; 97(5): 632-8.