



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DOCUMENTO DE CONSENSO

Documento de consenso sobre las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas



M. Ribera^{a,*}, S. Ros^b, B. Madrid^c, R. Ruiz-Villaverde^d, F. Rebollo^e, S. Gómez^e, E. Loza^f y G. Carretero^g

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^c Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^d Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^e Departamento médico de Pfizer, Alcobendas, Madrid, España

^f Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid, España

^g Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Recibido el 4 de junio de 2018; aceptado el 8 de octubre de 2018

Disponible en Internet el 5 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Psoriasis;
Dermatitis atópica;
Aspectos psicológicos;
Recomendaciones;
Guías para la práctica clínica;
Dermatosis crónicas

Resumen

Objetivo: Establecer recomendaciones para conocer, identificar y manejar las necesidades psicológicas y emocionales de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas en la práctica clínica habitual.

Métodos: En una reunión de grupo nominal con expertos dermatólogos y psicólogos, se realizó una discusión guiada sobre las necesidades psicológicas y emocionales de estos pacientes, cómo abordarlas, y cuáles serían los criterios de derivación apropiados. A partir de todo ello, con la ayuda de un grupo focal de pacientes y de una revisión de la literatura, se preparó un documento matriz con las recomendaciones para su discusión, así como una encuesta tipo Delphi para evaluar el grado de acuerdo con las mismas, que se hizo extensiva a más dermatólogos y psicólogos.

Resultados: Se establecieron 10 recomendaciones que podrían resumirse en las siguientes: explore la esfera psicológica de los pacientes con preguntas abiertas tanto en el momento del diagnóstico como durante el curso de la enfermedad. Dele explicaciones claras adaptadas a sus preocupaciones e infórmele de la existencia de asociaciones de pacientes. Explore si existen síntomas de ansiedad y depresión, y si se confirman mediante una puntuación de 11 o más en la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), valore una derivación a un especialista en salud mental. En las visitas, genere un clima de confianza, empatice con el paciente, consensúe con él los objetivos y opciones terapéuticas, y motivele para conseguir una buena adherencia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miquel.ribera@uab.cat (M. Ribera).

KEYWORDS

Psoriasis;
Atopic dermatitis;
Psychological
aspects;
Clinical practice
guidelines;
Chronic dermatoses

Conclusiones: Estas recomendaciones pueden servir a los profesionales sanitarios para que aborden de forma abierta y natural aspectos psicológicos y emocionales del paciente en la consulta diaria.

© 2018 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Consensus Statement on the Psychological Needs of Patients With Chronic Inflammatory Skin Diseases

Abstract

Objective: To establish recommendations to determine, identify, and manage the psychological and emotional needs of patients with chronic inflammatory skin diseases in clinical practice.

Methods: A guided discussion was held at meeting of a nominal group of expert dermatologists and psychologists on the psychological and emotional needs of patients with chronic inflammatory skin diseases, how to manage these cases, and which referral criteria to employ. Based on the results of the discussion, and with the aid of a patient focus group and a review of the literature, a master document was drawn up with recommendations for discussion. A Delphi survey was circulated among a larger group of dermatologists and psychologists to assess the level of agreement with the recommendations.

Results: Ten recommendations were established and can be summarized as follows: explore the psychological sphere of the patients with open questions at the time of diagnosis and during the course of the disease; provide patients with clear explanations that address their concerns and inform them of the existence of patient associations; investigate symptoms of anxiety and depression and, if confirmed by means of a Hospital Anxiety and Depression score (HADS) of 11 or greater, consider referral to a mental-health specialist; and, during visits, create a climate of trust, empathize with patients, agree goals and treatment options with them, and motivate them to adhere to those treatments.

Conclusions: These recommendations may help health care professionals address psychological and emotional aspects of their patients in daily clinical practice.

© 2018 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas son muy frecuentes en la población general. Se estima una prevalencia de psoriasis de hasta un 2,3% en nuestro país¹ y de hasta el 3% para la dermatitis atópica². Este grupo de enfermedades comportan un gran impacto psicológico en el paciente y su familia^{3,4}.

Desde que se manifiestan los primeros síntomas, se establece un diagnóstico concreto y a lo largo de todo el tratamiento, el paciente se ve sometido con frecuencia a un proceso de estrés, que muchas veces se acompaña de ansiedad o depresión. En el caso concreto de los pacientes con psoriasis, la prevalencia de depresión y ansiedad puede llegar hasta el 30%⁵⁻⁸ y entre el 10-37% en la dermatitis atópica⁹. Pero el estado de ánimo no es la única área de la esfera psicológica que puede verse afectada. Muchos pacientes con este grupo de enfermedades refieren sentimientos de estigmatización, aislamiento, baja autoestima, emociones negativas y alexitimia^{3,10-12}.

La presencia de adicciones a sustancias como el tabaco o el consumo de alcohol puede ser incluso superior al 40% en la psoriasis¹³. Los datos publicados en otras

enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas son muy similares¹⁴⁻¹⁶.

Por otro lado, estos pacientes pueden presentar dificultades en las áreas familiar, laboral o social, igualmente relevantes¹⁷⁻²³. Todo ello, además de generar malestar y discapacidad en el paciente y su entorno, condiciona un alto consumo de recursos sociosanitarios y, por consiguiente, de costes para el sistema sanitario público²⁴.

Sin embargo, a pesar de todo ello, el abordaje integral de la esfera psicológica y emocional en la consulta diaria es en muchos casos insuficiente o no está del todo establecida por falta de formación, de guías o de recomendaciones.

A partir de lo anteriormente expuesto, se decidió realizar un documento de consenso multidisciplinar con el objetivo de 1) conocer e identificar las necesidades psicológicas y emocionales en la práctica diaria de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas desde su diagnóstico y durante el curso de su enfermedad; 2) saber abordarlas en la consulta, y 3) definir los criterios de derivación a un profesional de la salud mental.

Con ello se quiere promover y mejorar la comunicación con el paciente, la toma de decisiones compartidas, el abordaje psicológico en la consulta y la derivación a

otros profesionales de salud mental. Los autores del presente documento consideran que se podría beneficiar de la aplicación de estas recomendaciones cualquier profesional sanitario que trate pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, como dermatólogos, enfermeras, médicos de atención primaria, psicólogos y psiquiatras.

Metodología

Para la elaboración del consenso se siguió la metodología de grupo nominal y Delphi. La elaboración del documento se realizó por distribución de tareas y comentarios a las partes, con la ayuda de una amplia revisión de la literatura y de un grupo focal de pacientes. Todo el proceso estuvo supervisado por un experto metodólogo.

Primero se estableció un grupo de 5 profesionales de la salud con experiencia reconocida en la atención de pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas: 3 dermatólogos y 2 psicólogas. Para su selección se realizó una búsqueda en Medline que identificó a estos profesionales españoles con publicaciones en el tema objeto del presente documento y los trabajos remitidos al congreso nacional de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

Reunión de grupo nominal

El grupo de expertos mantuvo una reunión de grupo nominal, en la que en primer lugar se definieron los objetivos, el alcance y los usuarios del documento. Tras ello, mediante una discusión guiada, abordaron todos los aspectos relacionados con las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas desde el inicio de los síntomas, diagnóstico y durante el curso de la enfermedad, dependiendo de sus características (por ejemplo, en función de la edad u otras circunstancias). También se abordaron los recursos o acciones que puede realizar un dermatólogo u otros profesionales implicados para contribuir positivamente en este sentido. Tras la discusión se definieron los apartados y tablas del documento final y se decidió hacer una revisión de la literatura y un grupo focal de pacientes sobre los distintos aspectos del abordaje psicológico de los mismos.

Grupo focal de pacientes

Se convocó un grupo focal de pacientes asociados y no asociados. Para seleccionar los primeros se contactó con una asociación de pacientes, a la que se le envió el casillero tipológico para la selección de los mismos (representatividad en cuanto a edad, gravedad y género). De la misma manera se buscaron pacientes no asociados para completar el grupo. Los pacientes no asociados se seleccionaron a través del equipo metodológico siguiendo igualmente el casillero tipológico. Para la realización del grupo focal se generó un mapa de discusión. En este, se recogió información sobre los siguientes aspectos: a) impacto psicológico de la enfermedad en general; b) impacto psicológico en circunstancias concretas (al diagnóstico, en un brote, con relación al uso de medicamentos, etc.); c) tipo de comunicación con

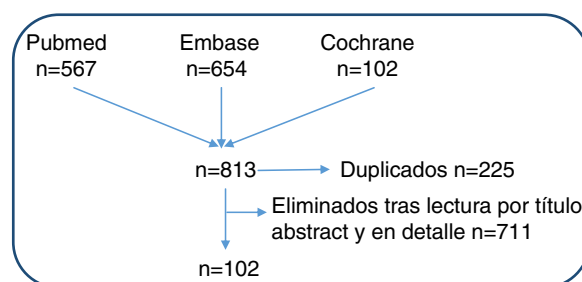


Figura 1 Diagrama de flujo de los estudios de la revisión de la literatura.

los implicados en su cuidado; d) barreras y facilitadores en la comunicación, y e) áreas de mejora.

Revisión de la literatura

Se realizó una amplia revisión de la literatura para la que se definieron los criterios de inclusión y exclusión. Se buscaron artículos que incluyesen pacientes con psoriasis y otras enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas que debían analizar la prevalencia y características del impacto psicológico que producen en los pacientes. Para tal fin, se incluyeron estudios con los siguientes diseños: metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales. Se cribaron las siguientes bases de datos bibliográficas: Medline (desde su inicio hasta octubre de 2017), Embase (desde su inicio hasta octubre de 2017) y Cochrane Library (desde su inicio hasta octubre de 2017). Se utilizaron en Medline las denominadas *Clinical Queries* y para todas las bases términos MeSH y términos en texto libre. Entre los términos y *queries* utilizados incluimos: exp Psoriasis/, psoria*.tw., (pustulo* adj3 palm*).tw., ((chronic or plaque) adj3 psoriasis).ti,ab., 'clinical trial'/exp, 'randomized controlled trial'/exp, 'crossover procedure'/exp, 'behavior'/exp, 'anxiety disorder'/exp, 'stigma'/exp (fig. 1).

Delphi

Con toda la información previamente descrita se propusieron una serie de recomendaciones preliminares que tras varias revisiones por parte de los expertos generaron las recomendaciones definitivas que posteriormente fueron sometidas a una votación Delphi, vía *on-line*. El Delphi se extendió a un grupo de 25 expertos en el tema (dermatólogos, enfermeras y psicólogos) seleccionados por el grupo nominal por sus publicaciones y participación como ponentes en temas relacionados con los aspectos psicológicos en enfermedades dermatológicas. Para su selección se realizó una búsqueda en Medline que identificó a estos profesionales españoles con publicaciones en el tema objeto del presente documento y los trabajos remitidos al congreso nacional de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

Los participantes votaron cada recomendación de 1 a 10 (1 = totalmente en desacuerdo a 10 = totalmente de acuerdo). Se definió acuerdo si al menos el 80% de los participantes votaban ≥ 7 . Las recomendaciones con grado de

Tabla 1 Niveles de evidencia y grado de recomendación del *Center for Evidence-Based Medicine* de Oxford

Nivel evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho
1c	Práctica clínica («todos o ninguno»)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad
2c	<i>Outcomes research</i> , estudios ecológicos
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad
3b	Estudio de casos y controles
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, <i>bench research</i> o <i>first principles</i>
Grado recomendación	
A	Estudios de nivel 1
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel

Fuente: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine²⁵.

acuerdo (GA) inferior al 80% fueron reevaluadas y, si procedía, redactadas de nuevo y votadas en una segunda ronda.

Documento de consenso final

Tras el Delphi y con los resultados de las revisiones de la literatura se redactó el documento definitivo. A cada recomendación, y con asistencia de la metodóloga, se le asignó un nivel de evidencia (NE) y un grado de recomendación (GR) según las recomendaciones para medicina basada en la evidencia del *Center for Evidence-Based Medicine* de Oxford²⁵ (tabla 1). La asignación del grado de acuerdo (GA) se realizó según lo descrito previamente. El documento final fue revisado por los expertos que aportaron los últimos comentarios.

Resultados

Las recomendaciones generadas en este documento de consenso así como los resultados del Delphi (tasa de respuesta del 60%) se recopilan en la tabla 2. Asimismo, a lo largo de este documento, y a modo de ayuda, además de explicar y justificar cada recomendación, se muestran ejemplos de cómo poner en práctica lo indicado en cada una de las recomendaciones propuestas (en cursiva). Queremos señalar que aunque las recomendaciones se refieren a todas las enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas, gran parte de la evidencia proviene de la psoriasis, que consideramos paradigma de estas enfermedades.

Aspectos generales

Las distintas guías y consensos referentes a las enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas enfocan los objetivos del tratamiento principalmente en variables objetivas clínicas relacionadas con la propia enfermedad, como

por ejemplo el PASI (*psoriasis area severity index*) en el caso de la psoriasis y el EASI (*eczema area and severity index*) en el caso de la dermatitis atópica²⁶. Y, aunque progresivamente se van introduciendo variables relacionadas con la experiencia subjetiva del paciente, como la calidad de vida, estas son muchas veces insuficientes. Además, se ha descrito que incluso los pacientes con psoriasis bien controlada con el tratamiento siguen sin tener cubiertas necesidades emocionales y sociales^{27,28}. En este sentido, el modelo biopsicosocial, recomendado actualmente para el abordaje de cualquier enfermedad crónica, insta a detectar y tratar los problemas psicológicos de los pacientes y a no centrarse únicamente en sus problemas físicos, pues se ha visto que el control de los síntomas de índole psicológica, la información y una comunicación efectiva mejoran la relación médico-paciente y el curso de la enfermedad²⁹⁻³².

A lo largo del documento iremos describiendo qué áreas y cómo realizar esta exploración psicológica, que fundamentalmente se basa en el uso de preguntas abiertas y algunos cuestionarios.

Recomendación 1

Explorar siempre la existencia de afectación psicológica en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas en el momento del diagnóstico y durante el curso de la enfermedad (NE: 5; GR: D; GA: 100%).

Aunque muchos consideran que los trastornos psicológicos aparecen durante el desarrollo de estas enfermedades, se ha comprobado, por ejemplo, que en el momento del diagnóstico un porcentaje importante de pacientes con psoriasis palmoplantar o psoriasis presentan ansiedad³³. Cabe recordar en este punto, que algunos aspectos psicológicos, como el estado anímico (depresión, ansiedad), la personalidad del paciente o el apoyo social que reciben, son muy críticos para el afrontamiento de la enfermedad y la evolución de estos enfermos³². Es por ello que el panel

Tabla 2 Resultados del Delphi de las recomendaciones sobre las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas

	Recomendación	% ≥ 7	Media (DE)	Mediana	p25-p75	Mín.	Máx.
1	Se recomienda explorar siempre la existencia de afectación psicológica en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas en el momento del diagnóstico y durante el curso de la enfermedad	100	9,4 (2,1)	10	9-10	7	10
2	En el momento del diagnóstico y antes de cualquier otra explicación, se recomienda generar preguntas abiertas para 1) evaluar qué sabe el paciente de la enfermedad y 2) analizar el impacto que pueda provocar el diagnóstico específico en el paciente	94	8,9 (5,6)	10	9-10	2	10
3	A la hora de explicar la enfermedad, el panel recomienda comunicar la información de forma clara, realista, constructiva y positiva, adaptando estas explicaciones a las preocupaciones y necesidades del paciente, ayudados de material informativo	94	9,1 (6,3)	10	9-10	1	10
4	El panel recomienda informar sobre la existencia de asociaciones de pacientes, su funcionamiento y recursos de los que disponen	75	7,9 (6,3)	9	7,3-10	1	10
5	La detección, evaluación y seguimiento de las alteraciones psicológicas deben ser continuas y deben reevaluarse durante las visitas de seguimiento. Durante el curso de la enfermedad también se debe prestar especial atención a las necesidades psicológicas del paciente y su entorno	100	9,2 (2,1)	9	9-10	7	10
6	En caso de presentar síntomas de ansiedad y depresión, confirmada por una puntuación del HADS ≥ 11 o puntuaciones entre 8 y 10 que son consideradas <i>borderline</i> , estaría indicado valorar una derivación a un especialista en salud mental	94	8,6 (6,3)	9	8,7-10	1	10
7	Se debe explorar de forma explícita la esfera sexual	88	8,3 (6,3)	9	8-10	1	10
8	Se recomienda motivar al paciente respecto a la adherencia a su plan de tratamiento, al plan de visitas y de controles analíticos, además de empoderarle con relación al cuidado de su salud	100	9,5 (0,7)	9,5	9-10	9	10
9	Se recomienda generar un clima de confianza, empático, con el paciente, consensuando con el mismo los objetivos y opciones terapéuticas siempre que sea posible	100	9,5 (0,7)	10	9-10	9	10
10	En caso de brote tras un periodo de control de la enfermedad se recomienda explicar que es el curso natural de la enfermedad, generar confianza con los tratamientos dermatológicos y reforzar el vínculo con el paciente	100	9,6 (0,7)	10	9-10	9	10

DE: desviación estándar; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; Máx.: máximo; Mín.: mínimo.

recomienda tener presente que pueden existir problemas en la esfera psicológica desde el comienzo de la enfermedad (tabla 3).

Fase diagnóstica

Desde el punto de vista psicológico, el momento del diagnóstico puede ser de alto impacto emocional. Las personas

vienen con ideas preconcebidas (consecuencia de su búsqueda en Internet y de la opinión de conocidos), que pueden generar miedo, ansiedad, o incertidumbre.

Por tanto, el primer objetivo en cuanto a las necesidades psicológicas de los pacientes en esta fase es construir el vínculo terapéutico.

Además, sería deseable conseguir, al finalizar la primera consulta, la tranquilidad y la esperanza con un mensaje

Tabla 3 Áreas a tener en cuenta para evaluar las necesidades psicológicas del paciente con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas

#	Área
1	Estado de ánimo (depresión, ansiedad)
2	Sexualidad
3	Sueño
4	Emociones negativas (baja autoestima)
5	Adaptación
6	Estigmatización
7	Falta de comprensión familia/amigos/laboral
8	Planificación familiar
9	Hábitos saludables
10	Ideación suicida

realista sobre su enfermedad pero que le ayude a ir afrontando de forma correcta esta nueva condición de enfermo crónico.

Es importante señalar que el cómo y qué transmite el médico puede ser un elemento muy determinante en la forma en la que el paciente va a comprender y a comportarse con su enfermedad³⁴. Se ha demostrado que una comunicación efectiva previene el desarrollo de trastornos psicológicos, como la ansiedad, la depresión o el distrés, y favorece otros aspectos importantes, como la adherencia al tratamiento^{29,35}. Esta comunicación efectiva implica, entre otras cosas: 1) explorar lo que el paciente sabe y adaptar la información a lo que quiere o está preparado para saber de forma progresiva si es necesario; 2) un plan terapéutico claro, objetivo, realista y compartido (que el paciente lo viva como si fuera suyo, no algo impuesto); y 3) permitir la «ventilación emocional» del paciente (esto es, dejar que el paciente exprese sus emociones escuchándole activamente). Además, a esto hay que añadir que puede contribuir muy positivamente que el paciente perciba que tanto el dermatólogo que le atiende como el servicio en general son accesibles, por ejemplo, facilitando canales de comunicación abiertos con los pacientes (acceso fácil a las visitas, contacto con enfermería, teléfono de contacto, email, etc...).

Recomendación 2

En el momento del diagnóstico y antes de cualquier otra explicación, se recomienda generar preguntas abiertas para evaluar qué sabe el paciente de la enfermedad y analizar el impacto que pueda provocar el diagnóstico específico en el paciente (NE: 5; GR: D; GA: 94%).

Podemos utilizar frases como las siguientes: «*Antes de nada, me gustaría preguntarle, ¿qué sabe usted de la dermatitis atópica?*», «*Le ha comentado el médico de cabecera algo sobre la psoriasis o quizá algún familiar o amigo?*», «*Los resultados indican que probablemente se trate de una rosácea, ¿ha escuchado hablar de la rosácea? ¿Qué sabe de esta enfermedad? ¿De dónde ha obtenido la información?*», para saber el nivel de estrés que puede presentar el paciente en esta consulta y cómo puede impactarle el diagnóstico de confirmación que le vamos a dar. Así, en función de esto, podremos adaptar el mensaje y las explicaciones

para disminuir el estrés, detectar falsas creencias, matizar otras concepciones que el paciente pueda tener, etc.

Tras ello debemos ver cuál/es son los ejes de preocupación del paciente en su nueva situación, para que posteriormente focalicemos (al menos gran parte de nuestra información) en estos aspectos. Podemos abordarlo así: «*De lo que ha escuchado sobre la psoriasis, ¿hay algo que le inquiete?, ¿qué es lo que más le preocupa?*», «*¿Ha notado usted cambios desde que tiene la enfermedad, en casa o en el trabajo?*». Su entorno familiar y laboral pueden ser áreas de especial interés.

Teniendo en cuenta que especialmente al principio no existe la confianza suficiente y/o que son aspectos muy personales, también podemos realizar preguntas o comentarios abiertos y dejar la puerta abierta para cuando los pacientes estén preparados, sin que se sientan presionados. Podría ser: «*Esta enfermedad puede hacer que en algún momento no se encuentre cómodo en su entorno, si en algún momento se siente así lo podemos abordar juntos*».

Si se dispone de tiempo, se puede preguntar sobre el entorno familiar, se puede indagar sobre la relación con su pareja, o de padres con hijos, etc. En el ámbito laboral se puede ver cómo es su ambiente en el trabajo, cuánto interactúa con sus compañeros (reuniones, por ejemplo), requerimientos en cuanto a la imagen física, repercusiones por una baja laboral, etc. Distintos estudios han puesto de manifiesto que la incidencia de problemas en estas áreas es muy elevada^{4,18,36,37}. Otra área a explorar sería su red social de apoyo (la actividad social del paciente, si se ha aislado, etc.). Si no fuese posible se podría abordar en las siguientes visitas.

Recomendación 3

A la hora de explicar la enfermedad, el panel recomienda comunicar la información de forma clara, realista, constructiva y positiva, adaptando estas explicaciones a las preocupaciones y necesidades del paciente, ayudados de material informativo (NE: 5; GR: D; GA: 94%).

Recomendación 4

El panel recomienda informar sobre la existencia de asociaciones de pacientes, su funcionamiento y recursos de los que disponen (NE: 5; GR: D; GA: 75%).

Para minimizar el impacto psicológico cuando expliquemos cualquier aspecto relacionado con la enfermedad, podemos utilizar frases como «*Sabemos lo que tiene y le vamos a ayudar*».

Es muy posible, especialmente en la primera o primeras visitas, que el paciente no interiorice ni entienda bien todas las explicaciones y mensajes que se le dan. Por ello, recomendamos dosificar la información, empezando por aquellos aspectos que hayamos visto que más le preocupan. Esto es, adaptarse a lo que el paciente es capaz de comprender, a lo que quiere saber, a su necesidad. También podemos utilizar materiales informativos como folletos, o direccionar al paciente a webs recomendadas. Para aquellos perfiles especiales —como personas que viven solas— puede resultar muy útil ofrecer, además de la información oral, información escrita. Igualmente, en este sentido, el panel recomienda informar sobre las asociaciones de pacientes

ya que disponen de muchos recursos informativos especialmente diseñados para pacientes³⁸.

Cuando informemos, también debemos evitar al máximo tecnicismos médicos, así como palabras y expresiones que puedan impactar negativamente en el paciente, del tipo: «*Esta es una enfermedad crónica*», «*Cursa con brotes*», «*Aparece porque su sistema inmune se ha vuelto loco y le ataca a usted mismo*». Estas se pueden sustituir, por ejemplo, por «*Esta es una enfermedad a largo plazo*», «*Algunas sustancias inflamatorias están aumentadas en su sangre y la piel pero cada vez sabemos más sobre ellas y eso nos permite utilizar más y mejores tratamientos*». De ahí que el panel recomiende emplear una comunicación empática, independientemente del mensaje.

De igual manera puede resultar muy útil validar los sentimientos y preocupaciones que comenta el paciente. Esto es, recoger y verbalizar en alto lo que el paciente comenta para conectar con la persona: «*Comprendo su preocupación por los efectos secundarios de los medicamentos, pero podemos conseguir que mejore mucho y vamos a controlarle en todo momento para que esté usted bien*». Esto puede ayudarnos a que el paciente vaya adquiriendo un papel más activo en relación con su enfermedad, a confiar en nosotros porque sienta que le entendemos, y fomentar la adherencia al tratamiento y a las revisiones periódicas.

Otro objetivo a conseguir en esta fase es tratar que el paciente genere un vínculo terapéutico, que se sienta comprendido, generar confianza. Frases como «*Le voy a acompañar durante un tiempo para tratar entre los dos su enfermedad...*», «*Entiendo su situación, nos vamos a ver más veces, le van a ir surgiendo más dudas, no se preocupe, iremos resolviéndolas*» pueden ayudarnos.

Seguimiento de la enfermedad

Conforme avance el tiempo y las visitas, en la mayoría de pacientes, el nivel de ansiedad en relación con su enfermedad suele descender. Aun así es importante comprobar si el paciente ha comprendido bien el diagnóstico y el tratamiento.

Aprovecharemos las visitas sucesivas para seguir evaluando las necesidades psicológicas del paciente. Es muy posible que algunas afloren una vez han alcanzado una mejoría cutánea. Como hemos comentado previamente, incluso estando el paciente «blanqueado», la enfermedad sigue causándole un impacto psicológico²⁷. Es por lo tanto muy importante ahora valorar la posible afectación de otras áreas diferentes a la cutánea.

Recomendación 5

La detección, evaluación y seguimiento de las alteraciones psicológicas deben ser continuas y deben reevaluarse durante las visitas de seguimiento. Durante el curso de la enfermedad también se debe prestar especial atención a las necesidades psicológicas del paciente y su entorno (NE: 5; GR: D; GA: 100%).

Para ello seguimos preguntando, de forma abierta, utilizando por ejemplo frases como las siguientes: «*¿Ha dejado de hacer algo debido a su dermatosis?*», «*Si en algún momento quiere que comentemos sobre...*», «*Es posible que*

por tener esta enfermedad sienta X, le pase Z, si es así me lo puede decir y lo vemos juntos».

Por otro lado, aprovecharemos también las visitas del seguimiento para seguir analizando qué aspectos son los que preocupan/molestan más al paciente para así adaptar no solo los tratamientos, sino nuestra información y explicaciones. Se ha descrito que uno de los síntomas que más preocupan/molestan a los pacientes con psoriasis y dermatitis atópica es el prurito, y también, aunque en menor medida, la fatiga y el dolor³⁹. Al igual que en la fase de diagnóstico podemos hacer preguntas abiertas y, por ejemplo, cuando alguno de ellos esté presente podemos incidir en el mismo: «*El tratamiento, además de la piel, le va a mejorar el picor...*».

Dado que muchos pacientes relacionan el estrés con el empeoramiento de su enfermedad⁴⁰, podemos abordar este tema indirectamente, y ver qué factores relaciona el paciente con los brotes para evitarlos y qué le mejora para reforzar. Por ejemplo: «*¿Cree usted que alguna cosa haya podido influir para que le saliera este brote?*», «*Entiendo, cuando delega las tareas del hogar todo parece ir mejor, me parece una decisión muy acertada*». Este puede ser un buen momento para recomendar técnicas de relajación o el ejercicio físico, explicando el porqué y qué beneficios pueden tener⁴¹.

Como muchas de estas enfermedades inflamatorias dermatológicas cursan con brotes, debemos explicar este tema en sentido constructivo, ya que se dispone de muchas opciones terapéuticas. Además, el seguimiento periódico del paciente contribuye a detectarlos precozmente o se ofrece la posibilidad de acudir a una cita no programada si fuera preciso. «*Es posible que en algún momento las manchas en la piel vuelvan a aparecer, pero tranquilo que estaremos pendientes para tratarlas rápidamente*».

A diferencia del momento del diagnóstico, en que probablemente el paciente estuvo muy bloqueado, es durante el seguimiento cuando el paciente va a tener más dudas o necesidad de información. Una estrategia para mejorar este punto es preparando la visita. Podemos decir al paciente que apunte dudas cuando le surjan y las traiga apuntadas a la consulta. También podemos aprovechar momentos en la propia consulta, cuando tenemos por ejemplo que escribir en el ordenador, y comentarle al paciente: «*Mientras escribo su historia clínica piense a ver si quiere preguntarme algo sobre la enfermedad, tratamiento o cualquier otra cosa que usted quiera o si hay algo que tenía pensado decirme antes de que se termine la consulta*».

Por otro lado, también con vistas a seguir generando un vínculo de confianza y para mejorar la adherencia a las visitas y los tratamientos, podemos utilizar las estrategias descritas en el diagnóstico: «*Recuerde en todas las visitas que estoy para lo que necesite*», «*Aquí estamos por si tiene alguna duda o problema*» o recordarle los flujos asistenciales que existen para cuando no esté bien. En este momento podemos aprovechar para mostrarle que además de todo lo referente a la asistencia puramente sanitaria contamos con más recursos, como son las asociaciones de pacientes³⁸.

Lo habitual suele ser disponer de poco tiempo en las visitas, por lo que el uso de un cuestionario específico puede ser de gran ayuda, como por ejemplo el *Dermatology Quality of Life Index (DLQI)*, la *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, la escala de ansiedad y depresión

Tabla 4 Preguntas de *screening* sobre los aspectos psicológicos más relevantes a evaluar en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas

#	Pregunta	Objetivo
1	Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza?	Explorar estado de ánimo deprimido
2	Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas?	Explorar la anhedonia (tener pocas ganas de hacer cosas, poco disfrute haciéndolas)
3	¿Qué tal está descansando?	Explorar el área del sueño y del descanso
4	¿Ha dejado de hacer cosas desde que tiene la enfermedad?	Explorar la evitación (dejar de hacer por la enfermedad)
5	¿Se siente más nervioso/inquieto que antes?	Explorar la inquietud
6	¿Evita situaciones sociales o ha dejado de atender alguna reunión social por su enfermedad?	Explorar la evitación social

de Goldberg (EADG) o el Skindex. El DLQI nos puede ayudar a que el paciente se exprese y nos ofrece información sobre la que seguir preguntando. No obstante, no evalúa todo lo que necesitamos ver desde un punto de vista psicológico. Para ello podemos utilizar el cuestionario HADS⁴² o EADG⁴³, y si la afectación emocional se confirma plantear una derivación a un especialista en salud mental. En este caso recomendamos el cuestionario HADS porque es el que más se ha usado en dermatología. Disponer de pequeñas preguntas de *screening* (3-4 preguntas) sobre los aspectos psicológicos más relevantes a evaluar (tabla 4) puede ayudarnos.

Finalmente, durante esta fase el panel también recomienda seguir con la actitud general positiva, constructiva y empática con el paciente.

A continuación describimos una serie de afectaciones de la esfera psicológica frecuentes en estos pacientes que debemos tener en cuenta durante el seguimiento. Si las detectamos, también debemos comprobar que sean por la propia enfermedad y no por otras causas.

Recomendación 6

En caso de presentar síntomas de ansiedad y depresión, confirmada por una puntuación del HADS ≥ 11 o puntuaciones entre 8 y 10 que son consideradas *borderline* estaría indicado valorar una derivación a un especialista en salud mental (NE: 5; GR: D; GA: 94%).

Es importante consensuar con el paciente la derivación explicando que con ella podrá manejar de forma más adaptativa la enfermedad.

Depresión/ansiedad. En el caso de la psoriasis, por ejemplo, se estima que durante el curso de la enfermedad la prevalencia de síntomas depresivos o depresión clínica puede alcanzar hasta casi el 30% de los pacientes⁵⁻⁸. Por otro lado, en muchos casos, los síntomas ansioso-depresivos pueden no ser graves, y puede ser suficiente nuestra actitud empática para ir poco a poco controlando esta sintomatología. Para ello podemos utilizar el cuestionario HADS⁴² y si la afectación emocional se confirma plantear una derivación a un especialista en salud mental. Convendría también indagar sobre el uso de fármacos antidepressivos o ansiolíticos.

Estigmatización. Es muy habitual que los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas sufran sentimientos de estigmatización^{3,10-12}, definida como la condición por la que un individuo es incluido en una categoría social rechazada por el resto de la sociedad. La estigmatización, debida fundamentalmente a sentimientos de rechazo, culpa o vergüenza, se ha correlacionado en el caso de la psoriasis con la intensidad del prurito, el estrés previo a las exacerbaciones, los síntomas depresivos y la calidad de vida¹⁰.

Además de detectarla, debemos valorar su posible interpretación por parte del paciente, quizá sea errónea o magnificada. Podemos evaluarla de la siguiente manera: «¿En algún momento se ha sentido rechazado? Pruebe a ver, y luego me comenta». A veces es una anticipación al rechazo, por lo tanto puede no ser real. En caso de que realmente así sea, también podemos plantear otras alternativas, del tipo: «Vale, entiendo, vamos a ver qué opciones tenemos para que vayas cómodo a la fiesta». Asimismo, debemos reforzar el afrontamiento positivo: «Muchas veces, poder explicar lo que tenemos de forma abierta puede ayudarnos a sentirnos mejor y a que las personas que nos rodean conozcan la enfermedad: por ejemplo, comente a sus compañeros del gimnasio, trabajo, que tiene psoriasis». Estas estrategias las emplearemos en función de las características de cada paciente. Finalmente, esta puede ser una buena oportunidad para empoderar al paciente: «Esto le va a ayudar a mejorar su estrés», «Sé que no es de su agrado pero seguro que puede, vamos a intentarlo juntos».

Falta de comprensión familia/amigos/laboral. Muchos de los pacientes pueden percibir que no son comprendidos en su entorno. En este sentido tenemos que tener presentes dos cosas: la primera es que esta situación de percepción de incompreensión puede contribuir negativamente en el paciente, y la segunda es que parte del éxito también depende de que el paciente tenga un buen apoyo familiar y social. Por ello debemos analizar esta situación y actuar en consecuencia, tal y como hemos hecho con el estigma: «¿Sabe su familia, amigos o compañeros de trabajo que tiene psoriasis?», «¿Cree que entienden lo que le está pasando?».

Ante una situación de incompreensión, deberemos ver en primer lugar cómo es su entorno y el alcance de esta situación. Y, salvo casos complejos, podemos animar al paciente a que explique a su entorno la enfermedad y a que tenga paciencia en este sentido porque el grado de conocimiento en general es bajo. Darle naturalidad a su situación puede resultar muy útil: *«Y como parte del tratamiento le voy a animar a que haga su vida lo más normal posible, e intente seguir quedando con su familia, amigos. Si le gustaba ir a fiestas, vaya y diviértase. Y si hay alguna cosa que ya no pueda hacer vamos a pensar un momento, que seguro que encontramos muchas otras que le gustaría hacer y con las que se encuentre cómodo»*.

Trastornos del sueño. Son frecuentes los problemas con el sueño en este grupo de pacientes^{22,44,45}. En el caso de la psoriasis y la dermatitis atópica, algunos de los factores asociados descritos —apnea obstructiva, síndrome de las piernas inquietas, prurito y dolor de las lesiones cutáneas y de la artritis— contribuyen a ello^{22,44}.

Evaluar estos trastornos puede servirnos también para detectar otros como depresión/ansiedad dado que se les asocian. Podemos seguir evaluando como en los casos anteriores y aquí además podemos dar pautas del tipo: *«Es normal que tenga problemas para conciliar el sueño...»*. En estos casos, facilitar estrategias y pautas de higiene del sueño puede ser recomendable.

Adicción a sustancias. Se ha descrito que la prevalencia de fumadores activos en la psoriasis puede ser incluso superior al 40%, relacionándose su intensidad y duración con su gravedad^{13,46-48}. En otras enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas también se ha observado una alta prevalencia de la misma¹⁴⁻¹⁶. Igual sucede con el consumo de alcohol inadecuado⁴⁹⁻⁵¹. A veces los pacientes utilizan estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el consumo de alcohol, para evitar algunas situaciones sociales o bien para evadirse y no confrontar la situación. Estos hábitos, además, favorecen la inflamación sistémica y las comorbilidades físicas y psíquicas asociadas, por lo que igualmente urge su cribado^{52,53}. Es importante derivar a los pacientes para el tratamiento de estas adicciones.

Recomendación 7

Se debe explorar de forma explícita la esfera sexual (NE: 5; GR: D; GA: 88%).

Salud sexual y reproductiva. Los resultados de diferentes estudios han confirmado la prevalencia y el gran impacto de este grupo de enfermedades en la sexualidad^{54,55}. Algunos de los factores de riesgo asociados con la disfunción sexual son la gravedad de la enfermedad, la localización genital de las lesiones, el sexo femenino, la presencia de artritis o la edad^{54,56}. En casos de disfunción grave se recomienda la derivación al especialista correspondiente.

Dado que es un ámbito muy sensible e íntimo para muchas personas, para poder evaluarla podemos servirnos de preguntas/explicaciones abiertas, como las siguientes: *«Como ya le he comentado, esta enfermedad puede afectarle en las relaciones sexuales, así que si algún día tiene alguna duda o me quiere comentar no dude en hacerlo»*. El DLQI formula una pregunta directa en relación con este tema y puede ayudarnos a entrar a explorar esta área con el paciente.

En este punto el panel también recomienda explorar el deseo gestacional, no solo en mujeres en edad fértil, sino también en hombres, para poder realizar una correcta planificación familiar y aclarar dudas sobre el componente genético de estas enfermedades.

Recomendación 8

Se recomienda motivar al paciente respecto a la adherencia a su plan de tratamiento, al plan de visitas y de controles analíticos, además de empoderarle en relación con el cuidado de su salud (NE: 2 b; GR: B-C; GA: 100%).

El panel considera fundamental motivar al paciente, conseguir su compromiso, implicarle, que sea él mismo el que realmente esté convencido de que se lo tiene que tomar o aplicar, que le merece la pena, que sienta la necesidad, y que el plan de tratamiento lo sienta como suyo, no como algo impuesto por el dermatólogo. Existen técnicas como la entrevista motivacional que pueden ayudar.

Este es un punto clave. En el contexto de las enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas existe una falta de adherencia muy importante, sobre todo a los tratamientos tópicos⁵⁷, aunque también se ha descrito falta de adherencia a los tratamientos sistémicos⁵⁸. Podemos encontrarnos en la consulta con perfiles especiales que pueden tener factores que no favorecen la adherencia, como personas que viven solas, ancianos, pacientes con bajo nivel de educación o con determinadas creencias culturales.

Durante el seguimiento de la enfermedad, puede ser necesario realizar un cambio de tratamiento farmacológico. El cambio de tratamiento puede ser por falta de eficacia, y en ese caso, el paciente puede experimentar frustración y/o ansiedad. Si el motivo del cambio es por acontecimiento adverso, podrían aparecer sentimientos de pérdida y miedo en el paciente. En ambos casos es muy importante reforzar los mensajes dados en el apartado anterior: *«Tranquilo, esto pasa pero tenemos más tratamientos para tratar su enfermedad»*, *«Que le haya pasado con este medicamento no significa que le tenga que suceder con otra medicación»*, *«Vamos a seguir vigilándole de cerca...»*.

Finalmente, y con relación a los tratamientos y a la adherencia, el panel recomienda evitar actitudes paternalistas o reprimendas.

Recomendación 9

Se recomienda generar un clima de confianza, empático, con el paciente, consensuando con él los objetivos y opciones terapéuticas siempre que sea posible (NE: 5; GR: D; GA: 100%).

Debemos adaptar también el tratamiento a la necesidad del paciente. Los objetivos y la decisión terapéutica deben ser compartidos, tal y como se recomienda actualmente^{35,59}. Además, se ha visto que una buena interacción y comunicación entre el médico y el paciente favorece la adherencia³⁰. En este punto tenemos que tener presentes dos aspectos importantes desde el punto de vista del paciente. El primero son las expectativas y necesidades con relación a lo que busca o cree que se puede conseguir, y el segundo se corresponde con la gestión de las dudas y miedos en relación con la seguridad de los medicamentos.

Primero exploraremos los objetivos del paciente, qué espera conseguir con el tratamiento. Durante este proceso,

además, podemos ayudarle a ajustarlos tanto si son demasiado ambiciosos como si lo son poco. Si conseguimos que el paciente acabe haciéndolos propios será más fácil que cumpla con los tratamientos indicados. Podemos preguntar: «¿Qué le gustaría conseguir con el tratamiento de su enfermedad?, ¿hasta dónde cree usted que podemos llegar?».

El panel también considera importante que el paciente tenga claro que hay muchas opciones terapéuticas, explicar bien que existen riesgos (dado que pueden tener muchos miedos, especialmente a los medicamentos sistémicos) y contextualizarlos. Por ejemplo: «El riesgo de tener un efecto secundario con esta medicación es inferior a tener un accidente realizando otras actividades cotidianas», «Este medicamento puede producir X, y aunque es muy infrecuente vamos a vigilarle por si le pasa», «Llevamos muchísimos años utilizando este medicamento para tratar a personas con su misma enfermedad». Es importante que puedan visualizar correctamente la relación riesgo-beneficio: «Efectivamente existe un riesgo de que usted tenga una neumonía, pero también de que gracias a esta medicación todas las manchas de la piel y el picor desaparezcan, con lo que eso puede suponer para usted».

Recomendación 10

En caso de brote tras un periodo de control de la enfermedad se recomienda explicar que es el curso natural de la enfermedad, generar confianza con los tratamientos dermatológicos y reforzar el vínculo con el paciente (NE: 5; GR: D; GA: 100%).

Aunque los tratamientos que disponemos actualmente son muy efectivos, algunos pacientes experimentarán un rebrote de su enfermedad⁶⁰. Muchos de ellos van a sentir frustración, ansiedad y volverán a revivir esa experiencia negativa pasada en el inicio y diagnóstico de su enfermedad.

En primer lugar, el panel considera importante recalcar que esta situación esté entre las previstas, es decir, que al paciente «no le pille por sorpresa». Para ello, tal y como venimos comentando, debemos ser sinceros y hablar abiertamente de esta posibilidad desde el diagnóstico, pero sin dramatizar. Y reforzar que nosotros estamos aquí, que le vamos a vigilar estrechamente y que le ayudaremos si hay un brote: «Puede seguir confiando en los tratamientos», «Nos fue muy bien una vez, ahora no tiene por qué ser diferente», «Hay muchas opciones terapéuticas», «No se preocupe, ya lo ha vivido, aquí estoy para solucionar este brote». Así reforzaremos el vínculo entre el paciente y el dermatólogo dejando claro que este es un trabajo conjunto y continuo.

Teniendo en cuenta que puede ser un momento difícil, de nuevo es muy importante practicar la empatía con el paciente: «Entiendo su preocupación y frustración».

Y finalmente, en la [tabla 5](#) resumimos los criterios definidos para derivar a los pacientes a un profesional de la salud mental.

Discusión

La importancia de las alteraciones psicológicas en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas^{3,10-12} justifica el cribado sistemático y específico de estos problemas. Para ello resulta fundamental conocer y comprender las perspectivas y necesidades

Tabla 5 Criterios de derivación de un paciente con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas a un especialista en salud mental

#	Criterio
1	Interferencia grave de la enfermedad en su quehacer diario. Respuesta no adaptativa al diagnóstico, tratamiento o pronóstico
2	Ideación suicida / intento de autolisis
3	Estado de ánimo deprimido o ansioso grave asociado a su enfermedad cutánea (detectables por el cuestionario HADS)
4	Problemas de la esfera sexual del paciente derivados de su enfermedad cutánea
5	Trastornos del sueño derivados de su enfermedad cutánea que generen malestar importante
6	Solicitud del paciente siempre que esté debidamente justificada

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

psicológicas de estos pacientes para poder realizar un abordaje global de su enfermedad³⁹.

En el presente documento hemos descrito estas necesidades psicológicas y sobre eso emitido una serie de recomendaciones y ejemplos prácticos para el día a día, adaptados a las características de la consulta de dermatología habitual. Además, dado que estas necesidades y abordaje son cambiantes y dependen igualmente de las características del propio paciente, se han abordado desde el inicio de la enfermedad y su seguimiento, contemplando distintos escenarios como por ejemplo un brote que puede provocar un impacto psicológico concreto⁶⁰.

Una de las aportaciones más novedosas de este documento son los ejemplos prácticos expuestos. Estos están formulados no solo como una ayuda conceptual para cubrir una necesidad psicológica concreta, sino también para poder tener el mayor impacto positivo posible, es decir, mediante una comunicación efectiva²⁹⁻³². También se ha propuesto utilizar el cuestionario HADS, una herramienta sencilla, para aquellos pacientes con sintomatología ansioso-depresiva⁴². Recordemos que en la psoriasis, por ejemplo, se estima que la prevalencia de síntomas depresivos o depresión clínica puede alcanzar hasta el 30% de los pacientes⁵⁻⁸. El empleo de este cuestionario puede servirnos de orientación para valorar una posible derivación a un profesional de la salud mental. Y es por ello que además se han propuesto una serie de criterios para valorar una posible derivación a un profesional de la salud mental.

Queremos destacar el alto grado de acuerdo alcanzado en todas las recomendaciones, que, teniendo en cuenta que han participado dermatólogos y psicólogos, y la falta de evidencia en este sentido, dan gran valor a las mismas. Quizá resultó más controvertida (aunque alcanzó nivel de acuerdo) la recomendación sobre informar de la existencia de asociaciones de pacientes, su funcionamiento y recursos de los que disponen. Esto puede ser debido a que en la

práctica médica las explicaciones que se dan están muy íntimamente relacionadas con la propia enfermedad y con aquellos cuidados o tratamientos sobre los que se dispone de evidencia científica o sobre los que tenemos experiencia suficiente para recomendarlos. Aunque su funcionamiento e impacto son ciertamente desconocidos para muchos profesionales, tal y como se ha publicado pueden ser muy útiles en el manejo de estos pacientes³⁸.

También queremos destacar que de forma explícita se ha formulado una recomendación sobre la sexualidad, área que se ve muy afectada pero sobre la que suele existir cierta reticencia o tabú para ser tratada^{54,55}.

Por otro lado, una de las limitaciones de este documento de consenso, tal y como hemos comentado, es el bajo grado de evidencia científica de muchas de las recomendaciones, a causa de la falta de estudios al respecto.

En conclusión, desde un punto de vista de la esfera psicológica, en primer lugar no nos podemos olvidar del impacto emocional sobre el paciente y su familia de este grupo de enfermedades^{3,4}. Pero también que, en cuestiones como la adherencia a los tratamientos y visitas sucesivas, las variables psicológicas desempeñan un papel fundamental²⁹⁻³¹. Este documento presenta una serie de recomendaciones sobre las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas que creemos pueden suponer una guía práctica sobre las que el clínico se pueda basar y aplicar a sus pacientes en el día a día. El panel está convencido de que su seguimiento facilitará la comunicación con estos pacientes y será una referencia útil a la hora de mejorar el manejo psicológico de los mismos.

Financiación

Este trabajo de investigación fue financiado por Pfizer. La ayuda en la metodología y la redacción del artículo fue dada por Estibaliz Loza del Instituto de Salud Musculoesquelética (INMUSC), que a su vez financió Pfizer.

Conflicto de intereses

SG y FR realizan su labor profesional en Pfizer. EL no condicionada de Pfizer para el desarrollo del presente documento de consenso. MR, RRV, SR, BM y GC han recibido honorarios por parte de Pfizer por su colaboración y asesoría en el desarrollo de este manuscrito. Todos los autores han tenido acceso a los datos y han contribuido a la conceptualización y elaboración del manuscrito. Todos los autores mencionados declaran haber realizado contribuciones sustanciales y han revisado el manuscrito final. MR es el garante del contenido global de este manuscrito.

Agradecimientos

A Francisco Navarro Triviño; Manuel Galán Gutiérrez, Lourdes Rodríguez Fernández Freire, Leandro Martínez Pilar, Alicia González Quesada, Lucía Tomás, Esther Serra, Isabel Belinchón Romero, Marta García-Bustinduy, Servando Marrón Moya, Manel Velasco, Anna López Ferrer por su participación en el Delphi.

Bibliografía

- Ferrandiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15:20-3.
- Silvestre Salvador JF, Romero-Perez D, Encabo-Duran B. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2017;27:78-88.
- Gochbauer H, Valdes-Rodriguez R, Cardwell L, Anolik RB. The psychosocial impact of atopic dermatitis. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1027:57-69.
- Korman NJ, Zhao Y, Roberts J, Pike J, Sullivan E, Tsang Y, et al. Impact of psoriasis flare and remission on quality of life and work productivity: a real-world study in the USA. *Dermatol Online J*. 2016;22.
- Bougueon K, Misery L. Depression and psoriasis. *Ann Dermatol Venereol*. 2008;135 Suppl. 4:S254-8.
- Dowlatabadi EA, Wakke 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;134:1542-51.
- Dommasch ED, Li T, Okereke OI, Li Y, Qureshi AA, Cho E. Risk of depression in women with psoriasis: a cohort study. *Br J Dermatol*. 2015;173:975-80.
- 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;146:891-5.
- Whiteley J, Emir B, Seitzman R, Makinson G. The burden of atopic dermatitis in US adults: results from the 2013 National Health and Wellness Survey. *Curr Med Res Opin*. 2016;32:1645-51.
- Hrehorow E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepletowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol*. 2012;92:67-72.
- Schmid-Ott G, Kunsebeck HW, Jager B, Sittig U, Hofste N, Ott R, et al. Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:27-32.
- Halioua B, Cribier B, Frey M, Tan J. Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:163-8.
- Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther*. 2010;23:174-80.
- Breton AL, Truchetet F, Veran Y, Doumat-Batch F, Baumann C, Barbaud A, et al. Prevalence analysis of smoking in rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:1112-3.
- Thyssen JP, Skov L, Hamann CR, Gislason GH, Egeberg A. Assessment of major comorbidities in adults with atopic dermatitis using the Charlson comorbidity index. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:1088-92.e1.
- Egeberg A, Andersen YM, Gislason GH, Skov L, Thyssen JP. Prevalence of comorbidity and associated risk factors in adults with atopic dermatitis. *Allergy*. 2017;72:783-91.
- Basra MK, Finlay AY. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol*. 2007;156:929-37.
- Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003-2011. *PLoS One*. 2012;7:e52935.
- Eghlileb AM, Davies EE, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol*. 2007;156:1245-50.
- Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004;45:155-9, quiz 60-1.

21. Skoie IM, Ternowitz T, Jonsson G, Norheim K, Omdal R. Fatigue in psoriasis: a phenomenon to be explored. *Br J Dermatol*. 2015;172:1196–203.
22. Gupta MA, Simpson FC, Gupta AK. Psoriasis and sleep disorders: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2016;29:63–75.
23. Henry AL, Kyle SD, Bhandari S, Chisholm A, Griffiths CE, Bundy C. Measurement classification and evaluation of sleep disturbance in psoriasis: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11:e0157843.
24. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6:383–92.
25. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine – Levels of Evidence (March 2009) [consultado 9 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
26. Puig L, Carrascosa JM, Dauden E, Sanchez-Carazo JL, Ferrandiz C, Sanchez-Regana M, et al. Spanish evidence-based guidelines on the treatment of moderate-to-severe psoriasis with biologic agents. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:386–413.
27. Vaidya TS, Anderson KL, Feldman SR. Even well-controlled psoriasis patients have unmet treatment needs regardless of disease severity. *Dermatol Online J*. 2015;21.
28. Korman NJ, Zhao Y, Pike J, Roberts J, Sullivan E, Kemhus M. Satisfaction with current psoriasis treatment: misalignment between physician and patient perceptions. *Dermatol Online J*. 2016;22.
29. Nguyen TV, Hong J, Prose NS. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology: Part I: Patient-centered communication. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68, 353.e1 3538.e.
30. Zschocke I, Ortland C, Reich K. Evaluation of adherence predictors for the treatment of moderate to severe psoriasis with biologics: the importance of physician-patient interaction and communication. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1014–20.
31. Chisholm A, Nelson PA, Pearce CJ, Littlewood AJ, Kane K, Henry AL, et al. Motivational interviewing-based training enhances clinicians' skills and knowledge in psoriasis: findings from the Pso Well® study. *Br J Dermatol*. 2017;176:677–86.
32. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol*. 2012;51:12–26.
33. Olazagasti JM, Ma JE, Wetter DA. Clinical features, etiologic factors, associated disorders, and treatment of palmoplantar pustulosis: The Mayo Clinic Experience, 1996-2013. *Mayo Clin Proc*. 2017;92:1351–8.
34. Lindgren S, Storli SL, Wiklund-Gustin L. Living in negotiation: patients' experiences of being in the diagnostic process of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:441–51.
35. Bermejo San Jose F, Barcelo-Bru MB, Ribera-Pibernat M, Poveda-Andres JL, Sanroman-Alvarez L. Interdisciplinary recommendations document to improve adherence in patients with chronic inflammatory diseases: Adhing recommendations. *Farm Hosp*. 2016;40:394–411.
36. Sampogna F, Finlay AY, Salek SS, Chernyshov P, Dalgard FJ, Evers AWM, et al. Measuring the impact of dermatological conditions on family and caregivers: a review of dermatology-specific instruments. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1429–39.
37. Chernyshov PV, Kaliuzhna LD, Reznikova AA, Basra MK. Comparison of the impairment of family quality of life assessed by disease-specific and dermatology-specific instruments in children with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1221–4.
38. Gonzalez-de Paz L, Ribera M, Gratacos-Masmitja J, Ros S, Blanch Mur C, Alfonso-Zamora S. The Spanish Psoriasis Patients' Association according to its members: cross-sectional descriptive study of members' opinions of the association's functions. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:751–7.
39. Lebwohl MG, Bachelez H, Barker J, Girolomoni G, Kavanaugh A, Langley RG, et al. Patient perspectives in the management of psoriasis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:871–81, e1-30.
40. Seville RH. Stress and psoriasis: the importance of insight and empathy in prognosis. *J Am Acad Dermatol*. 1989;20:97–100.
41. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med*. 2015;20:121–7.
42. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277–83.
43. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345–9.
44. Shutty BG, West C, Huang KE, Landis E, Dabade T, Browder B, et al. Sleep disturbances in psoriasis. *Dermatol Online J*. 2013;19:1.
45. Brezinova E, Necas M, Vasku V. Quality of life and psychological disturbances in adults with atopic dermatitis in the Czech Republic. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2017;31:227–33.
46. Aicher A, Heeschen C, Mohaupt M, Cooke JP, Zeiher AM, Dimmeler S. Nicotine strongly activates dendritic cell-mediated adaptive immunity: potential role for progression of atherosclerotic lesions. *Circulation*. 2003;107:604–11.
47. Naldi L, Peli L, Parazzini F. Association of early-stage psoriasis with smoking and male alcohol consumption: evidence from an Italian case-control study. *Arch Dermatol*. 1999;135:1479–84.
48. Orosz Z, Csiszar A, Labinsky N, Smith K, Kaminski PM, Ferdinandy P, et al. Cigarette smoke-induced proinflammatory alterations in the endothelial phenotype: role of NAD(P)H oxidase activation. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2007;292:H130–9.
49. Chaput JC, Poynard T, Naveau S, Penso D, Durrmeyer O, Suplison D. Psoriasis, alcohol, and liver disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;291:25.
50. Monk BE, Neill SM. Alcohol consumption and psoriasis. *Dermatologica*. 1986;173:57–60.
51. Wolf R, Wolf D, Ruocco V. Alcohol intake and psoriasis. *Clin Dermatol*. 1999;17:423–30.
52. Adamzik K, McAleer MA, Kirby B. Alcohol and psoriasis: sobering thoughts. *Clin Exp Dermatol*. 2013;38:819–22.
53. Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetteche T, Paul C, Richard MA, et al. Alcohol consumption and psoriasis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27 Suppl. 3:30–5.
54. Molina-Leyva A, Jimenez-Moleon JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:649–55.
55. Chung SD, Keller JJ, Lin HC. Association of erectile dysfunction with atopic dermatitis: a population-based case-control study. *J Sex Med*. 2012;9:679–85.
56. Ryan C, Sadlier M, De Vol E, Patel M, Lloyd AA, Day A, et al. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:978–83.
57. Devaux S, Castela A, Archier E, Gallini A, Joly P, Misery L, et al. Adherence to topical treatment in psoriasis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26 Suppl. 3:61–7.

58. Seale L, Cardwell LA, Feldman SR. Adherence to biologics in patients with psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2018;14:155–61.
59. Tan J, Linos E, Sendelweck MA, van Zuuren EJ, Ersser S, Della-valle RP, et al. Shared decision making and patient decision aids in dermatology. *Br J Dermatol*. 2016;175:1045–8.
60. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Do G, Hua C, Mazaud C, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12:CD011535.