

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Establecer el nivel de ansiedad y calidad de vida
dermatológica en pacientes que acuden al Servicio de
Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado,
Arequipa, Perú, 2016

Autora:

CLAUDIA MARIANA CHÁVEZ PAREDES

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2016

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y amor agradezco a todas las personas que hicieron todo lo posible para que yo pudiera lograr mis metas y mis sueños; por siempre motivarme y animarme; por acompañarme en las dificultades y problemas que atravesé; por darme la mano cuando más lo necesitaba o sentía que el camino se terminaba; y no dejarme nunca sola sino, junto a ustedes, es por eso que pude llegar y continuo avanzando en esta travesía.

Por eso siempre todo mi afecto y agradecimiento a ustedes.

Mamá, papá, mis abuelitas, mis hermanas y amigos



Agradezco a todas las personas que hicieron posible realizar este trabajo de investigación, prestándome su ayuda, animándome a continuar esforzándome, apoyándome incondicionalmente, dándome buenos consejos y corrigiendo mis errores en este camino. Muchas gracias.

Epígrafe

“Pero, a fin de cuentas, ¿Quién puede decir lo que es mejor? No te reprimas por nadie y, cuando la felicidad llame a tu puerta, aprovecha la ocasión y sé feliz.”

“En una caja de galletas hay muchas clases distintas de galletas. Algunas te gustan y otras no. Al principio te comes las que te gustan y al final sólo quedan las que no te gustan. Pues yo cuando lo estoy pasando mal, siempre pienso: Tengo que acabar con esto cuanto antes y ya vendrán tiempos mejores. Porque la vida es como una caja de galletas.”

“Nunca he podido soportar que me obliguen a hacer lo que no quiero y cuando no quiero. En cambio, si me permiten hacer lo que quiero, lo hago con un empeño superior a la media.”

— Haruki Murakami

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	11
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	39
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	40
CAPÍTULO IV	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	58
Anexo 1: Consentimiento Informado	59
Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos	60
Anexo 3. Escala de Autoevaluación de ansiedad de Zung	61
Anexo 4. Índice de calidad de vida Dermatológica (DLQI)	63
Anexo 5 Matriz de sistematización de información	65
Anexo 6 Proyecto de investigación	78

RESUMEN

Antecedentes: Las enfermedades dermatológicas pueden producir ansiedad y afectación de la calidad de vida por su evolución crónica y la afectación estética.

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.

Métodos: Se encuestó una muestra representativa de 190 pacientes que cumplieron criterios de selección, aplicando la Autoescala de Ansiedad de Zung y el Índice de calidad de vida Dermatológica (DLQI). Se relacionan variables con coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman.

Resultados: El 44,75% de casos fueron varones y 55,26% mujeres, con edades que en 30% de casos estuvieron entre los 20 y 29 años; la edad promedio de los varones fue de $33,27 \pm 18,31$ años, y para las mujeres fue de $37,06 \pm 17,50$ años ($p > 0,05$). El 58,95% de casos eran solteros, el 27,37% casados y 11,05% convivientes. La instrucción fue superior (54,74%), o secundaria (35,79%). El 37,89% de casos eran estudiantes, 23,16% empleados, 21,58% amas de casa. La principal patología dermatológica fue el acné (22,63%), seguida de verrugas (11,58%). El tiempo de enfermedad fue de $2,66 \pm 3,39$ años (1 sem - 20 años). El 79,47% de casos no presentaba comorbilidades, y las principales patologías fueron la artritis reumatoide (4,74%). El 27,37% de casos recibió tratamiento psicológico o psiquiátrico. Con la aplicación de la escala de Zung se encontró que el 57,37% de casos mostraba algún grado de ansiedad, a predominio mínimo (47,89%), con 8,95% de ansiedad severa y 0,53% de ansiedad en grado máximo. Hubo afectación de la calidad de vida se observó en 83,16% de casos, siendo el efecto mínimo en 35,79%, moderado e 26,84%, severo en 17,37% y muy severo en 3,16% de pacientes. Hubo una relación directa de buena intensidad entre las variables ($r > 0,50$): a mayor puntaje de ansiedad, mayor puntaje de afectación de calidad de vida.

Conclusiones: La calidad de vida en pacientes con patología dermatológica se afectó en elevada proporción, con altos niveles de ansiedad y una relación significativa entre ambas variables.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida – ansiedad – patología dermatológica.

ABSTRACT

Background: Dermatologic diseases can cause anxiety and impaired quality of life for its chronic evolution and aesthetic affectation.

Objective: To determine the relationship between the level of anxiety and quality of life dermatologic patients presenting to dermatology Regional Hospital Honorio Delgado, Arequipa, Peru, 2016.

Methods: A representative sample of 190 patients who met the selection criteria were surveyed, using the Zung anxiety scale and quality index of Dermatologic life (DLQI). variables with Pearson correlation coefficients and Spearman relate.

Results: 44.75% of cases were male and 55.26% female, aged in 30% of cases were between 20 and 29 years; the average age of men was 33.27 ± 18.31 years and for women was $17.50 \text{ years} \pm 37.06$ ($p > 0.05$). 58.95% of cases were single, married the 27.37% and 11.05% cohabitants. The instruction was higher (54.74%) or high (35.79%). 37.89% of cases were students, 23.16% employees, 21.58% housewives. The main dermatological disease was acne (22.63%), followed by warts (11.58%). The time disease was 2.66 ± 3.39 years (1 week - 20 years). The 79.47% of cases presented no comorbidities, and the main pathologies were rheumatoid arthritis (4.74%). The 27.37% of cases received psychological or psychiatric treatment. With the application of the Zung scale was found that 57.37% of cases showed some degree of anxiety, a low prevalence (47.89%), with 8.95% of severe anxiety and anxiety 0.53% maximum degree. There was impairment of quality of life was observed in 83.16% of cases, the minimum effect on 35.79%, and 26.84% moderate, severe in 17.37% and severe in 3.16% of patients . There was a direct relationship between the variables good intensity ($r > 0.50$): a highest score of anxiety, greater involvement score quality of life.

Conclusions: The quality of life in patients with dermatological pathology is affected in high proportion, with high levels of anxiety and significant relationship between the two variables.

KEY WORDS: Quality of life - anxiety - dermatological pathology.

INTRODUCCIÓN

La interacción entre mente y piel provoca cambios tanto en uno como el otro, tanto así que esta conexión a veces es causante, o perjudicial en la otra. Como sabemos la psiquiatría está basada en lo “interno” en la enfermedad no visible, mientras que la dermatología en lo “externo” en la enfermedad visible, así mismo hay una interacción compleja entre el sistema neuroendocrino e inmunitario; esta interacción entre sistemas nervioso, inmunitario, piel y anexos, es conocida y expuesta en varios trabajos¹.

Es por eso que en bastantes casos de pacientes que acuden a consultorio de dermatología hay generalmente un trasfondo psiquiátrico debido a diversos problemas emocionales como la vergüenza, la baja autoestima y la pobre imagen personal; por lo tanto el médico tratante de la patología dermatológica no solo debe actuar por sí solo, sino también en conjunto con otras especialidades. Ya que muchas de las enfermedades dermatológicas crónicas dependen de alguna u otra manera de factores psicológicos, sociales, demográficos, rasgos de personalidad, situaciones de la vida diaria, familia y cultura.

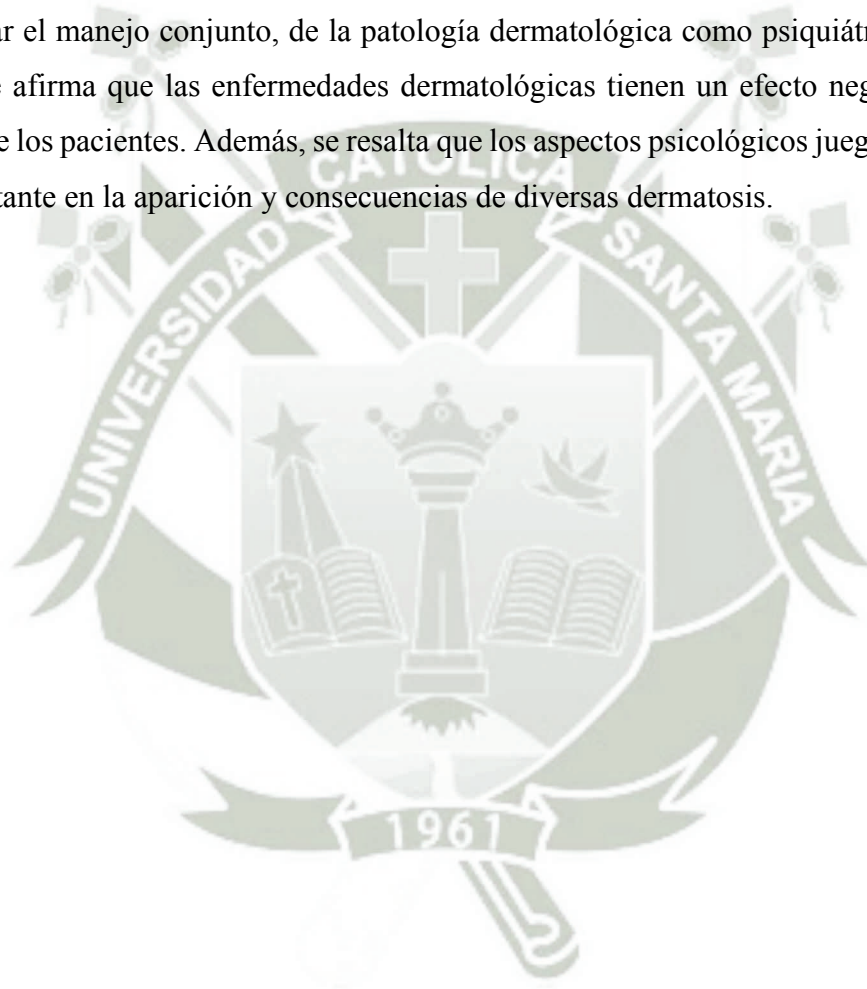
Los pacientes con trastornos psicocutáneos con frecuencia se resisten a la derivación psiquiátrica, y es por eso que el enlace entre los médicos de atención primaria, psiquiatras, y dermatólogos puede resultar muy útil en el tratamiento de estas condiciones. Es por eso que revisando la distinta bibliografía y diversos artículos decidí elegir este tema y buscar en nuestro medio si existe cierta relación entre la patología dermatológica y psiquiátrica, y como estas no permitían el manejo terapéutico adecuado del paciente, para permitir su desarrollo pleno en la vida diaria.

Es por tal razón que decidí plantear y elegir a la patología dermatológica que aqueja a nuestra población, enfocándome en la ansiedad, y como esta afecta la calidad de vida del paciente dermatológico.

Luego de realizar el estudio he encontrado que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado son predominantemente jóvenes solteros de educación superior, de ocupación estudiantes o empleados, afectados principalmente por acné y con un tiempo de enfermedad de 2

a 3 años. Además presentan cierto grado de ansiedad, siendo más de la mitad de la población de estudio, a predominio mínimo y moderado. En cuanto a afectación de la calidad de vida más del 80% de casos presenta afectación tanto en un grado mínimo como moderado. Por lo tanto existiendo una relación directa y significativa entre ansiedad y calidad de vida del paciente, a mayor ansiedad mayor es el efecto en la calidad de vida dermatológica.

Por lo cual se sugeriría que los médicos dermatólogos podrían tal vez aplicar uno de estos instrumentos validados o tratar de identificar a estos pacientes, para así poder realizar el manejo conjunto, de la patología dermatológica como psiquiátrica. Puesto que se afirma que las enfermedades dermatológicas tienen un efecto negativo en la vida de los pacientes. Además, se resalta que los aspectos psicológicos juegan un papel importante en la aparición y consecuencias de diversas dermatosis.



CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: Los instrumentos utilizados fueron:

- Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung
- Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI)

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Consultorio Externo del servicio de Dermatología del Hospital III Regional Honorio Delgado Arequipa – Perú.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el primer trimestre del año 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes con diagnóstico de patología dermatológica en el Consultorio Externo del servicio de Dermatología del Hospital III Regional Honorio Delgado Arequipa – Perú.

Población: Se trabajó en base a todas las unidades de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra: Al tratarse de un estudio observacional prospectivo se calculó una muestra en base a la fórmula para población finitas conocida:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N - 1) \cdot E^2}{Z_{\alpha}^2} + p \cdot q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño estimado de la población según estadística del servicio de dermatología, se atiende en promedio mensual 829 pacientes.

P = Proporción de ansiedad en población general (0.20)

q = 1 - p

Z_{α}^2 = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

E = Error absoluto, 5% = 0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{829 \cdot 0,20 \cdot (1 - 0,20)}{\frac{(829 - 1) \cdot 0,05^2}{1,96^2} + 0,20 \cdot (1 - 0,20)}$$

$$n = 189,80 \sim 190 \text{ pacientes}$$

Muestra: Se encuestó a 190 pacientes

2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años de edad.
- Pacientes que presenten un diagnóstico de patología dermatológica.
- Pacientes con capacidad de comunicación para responder el test.
- Que acepten participar en el estudio.

- **Exclusión**

- Ficha de recolección de datos o encuestas mal llenadas o llenadas de forma incompleta.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, transversal, analítico.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó a la Gerencia del Hospital el permiso para la realización del estudio.

Se aplicó los cuestionarios con la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung; además del Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DQLI) a los pacientes. En forma consecutiva no aleatoria se seleccionó a los pacientes, de los cuales sólo se tomaron a aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión.

El cuestionario se efectuó bajo supervisión del examinador.

Una vez concluida la recolección de datos, estos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron serán una ficha de recolección de datos que estuvo constituida por un cuestionario simple para obtener los datos generales del paciente; ficha de escala de Autoevaluación de Ansiedad de “Zung”, la cual fue validada en 1965, tanto la de Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel

educacional e ingresos económicos. En 1968 se realizó la validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza. Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad aparente y pacientes ansiosos²⁶⁻³³.

En nuestro país, Astocondor (2001), como parte de su tesis titulada “Estudio Exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas”, realizó la adaptación y validez de la Escala de Autoevaluación de la ansiedad de Zung y de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en una muestra de 100 pobladores de ambos sexos de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas. La Escala de Autoevaluación de Ansiedad fue revisada y adaptada convenientemente al nivel sociocultural y educativo de los habitantes de las comunidades nativas, habiéndose realizado previamente un estudio piloto, con las consiguientes modificaciones sugeridas que fueron aprobadas por un jurado calificador, el cual estuvo integrado por 10 especialistas en el área clínica, social y comunitaria. Se utilizó el método de validez interna por criterio de jueces, a través del Coeficiente V de Aiken³³.

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las personas ansiosas. No obstante, su significado se identifica con la terminología médica convencional que define los síntomas de ansiedad. Los síntomas de trastornos ansiosos que comprende la Escala se presentan en la siguiente tabla³³.

TRASTORNOS ANSIOSO QUE MIDE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG ³³

AFFECTIVOS	SOMATICOS
Desintegración mental	Temblores
Aprehensión	Dolores y molestias corporales
Ansiedad	Tendencias a la fatiga y debilidad
Miedo	Palpitaciones

Intranquilidad	Mareos
	Desmayos
	Transpiración
	Parestesias
	Náuseas y vómitos
	Frecuencia Urinaria
	Bochornos
	Insomnio
	Pesadillas

En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal²⁶⁻³²⁻³³.

En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana. Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto. Además en el formato de la Escala de la Autoevaluación de Ansiedad se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no puedan marcar la columna central para dar la impresión de que pertenece al término medio. Los resultados obtenidos de varios estudios han demostrado que en casi todos los desórdenes psiquiátricos hay un cierto grado de ansiedad concomitante. Personas con diferentes diagnósticos primarios tales como la enfermedad coronaria, lumbago o depresión, con frecuencia conllevan el diagnóstico adicional de ansiedad, lo cual significa que un diagnóstico primario que no sea el de ansiedad no elimina la concomitancia de sintomatología ansiosa que requiere el tratamiento de esta condición agregada. (Ejemplo: enfermedad coronaria y ansiedad, depresión y

ansiedad, entre otros)²⁶⁻³³.

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la Escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios, el índice de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla³³.

ÍNDICE DE ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG ²⁷	EQUIVALENCIA CLÍNICA ²⁷
Menos de 45	Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada o severa
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

Además se utiliza en este estudio la ficha del Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) que fue desarrollado en Gran Bretaña por Finlay et al., para disponer de un instrumento de calidad de vida específico para pacientes de Dermatología. La versión español del DLQI es un instrumento que consta de 10 ítems y cuyo marco temporal abarca los 7 últimos días. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con 4 posibles respuestas: “muchísimo”, “mucho”, “un poco”, “en absoluto”. Con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, y una quinta opción de respuesta “no procedente”. Las dimensiones de salud incluidas son “síntomas y percepciones” (ítems 1-2), “actividades diarias” (ítems 3-4), “ocio” (ítems 5-6), “trabajo/estudio” (ítem 7), “relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad” (ítems 8-9) y “tratamiento” (ítem 10). La puntuación final se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada ítem y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). El DLQI se calcula sumando los puntajes de cada pregunta resultando en un mínimo de 0 y un máximo de 30 puntos. Los puntajes altos se corresponden con empeoramiento de la calidad de vida. La autoadministración del cuestionario ocupa menos de 10 minutos²⁷⁻³².

INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES DE CALIDAD DE VIDA (DLQI)²⁷

<i>No afecta la vida del paciente</i>	0 – 1
<i>Efecto mínimo sobre la vida del paciente</i>	2 – 5
<i>Efecto moderado sobre la vida del paciente</i>	6 – 10
<i>Efecto severo sobre la vida del paciente</i>	11 – 20
<i>Efecto muy severo sobre la vida del paciente</i>	21 – 30

El proceso de adaptación cultural incluyó los pasos de traducción-retrotraducción, reuniones de consenso, prueba piloto y estudio de propiedades psicométricas (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio). La validación en el idioma español para Perú fue aprobada el 15 de Febrero del 2011, con 2 traducciones independientes, una traducción homogeneizada, una copia de la traducción independiente, revisión del desarrollador de la copia de traducción. En el país una revisión de la traducción homogeneizada por un representante aprobado por el patrocinador; y además una entrevista piloto con cinco hispanohablantes nacidos en Perú. Se ha usado el DLQI para fines clínicos e investigativos en la evaluación de nuevas terapias dermatológicas, en la comparación de diferentes enfermedades cutáneas y en la medición del impacto en la actividad diaria de las enfermedades de la piel. La consistencia interna de esta escala está entre buena y excelente, y ha tenido altos coeficientes de correlación de Spearman en su evaluación de fiabilidad prueba-reprueba. Además, esta escala ha presentado un efecto sustancial y una falta de sensibilidad al cambio, que se traducen en su dificultad para detectar mejoría en los pacientes y en la incapacidad para detectar cambios en la calidad de vida cuando varía la gravedad del cuadro clínico. A pesar de que el DLQI ha sido traducido a varias lenguas, es poca la información publicada acerca del proceso de traducción. De hecho, una evaluación reciente de la equivalencia cultural en pacientes con psoriasis sugiere que la nacionalidad influye en los puntajes²⁷⁻³²⁻³⁴.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La **recolección** de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado; la asociación bivariada se evaluó con el coeficiente de correlación de Spearman para variables categóricas y con el coeficiente de correlación de Pearson para variables numéricas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Características generales y epidemiológicas de los pacientes:

Tabla 1

Distribución de pacientes con patología dermatológica según edad y sexo

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	28	14,74%	17	8,95%	45	23,68%
20-29 a	25	13,16%	32	16,84%	57	30,00%
30-39 a	5	2,63%	20	10,53%	25	13,16%
40-49 a	7	3,68%	11	5,79%	18	9,47%
50-59 a	6	3,16%	8	4,21%	14	7,37%
60-69 a	12	6,32%	9	4,74%	21	11,05%
≥ 70 a	2	1,05%	8	4,21%	10	5,26%
Total	85	44,74%	105	55,26%	190	100,00%

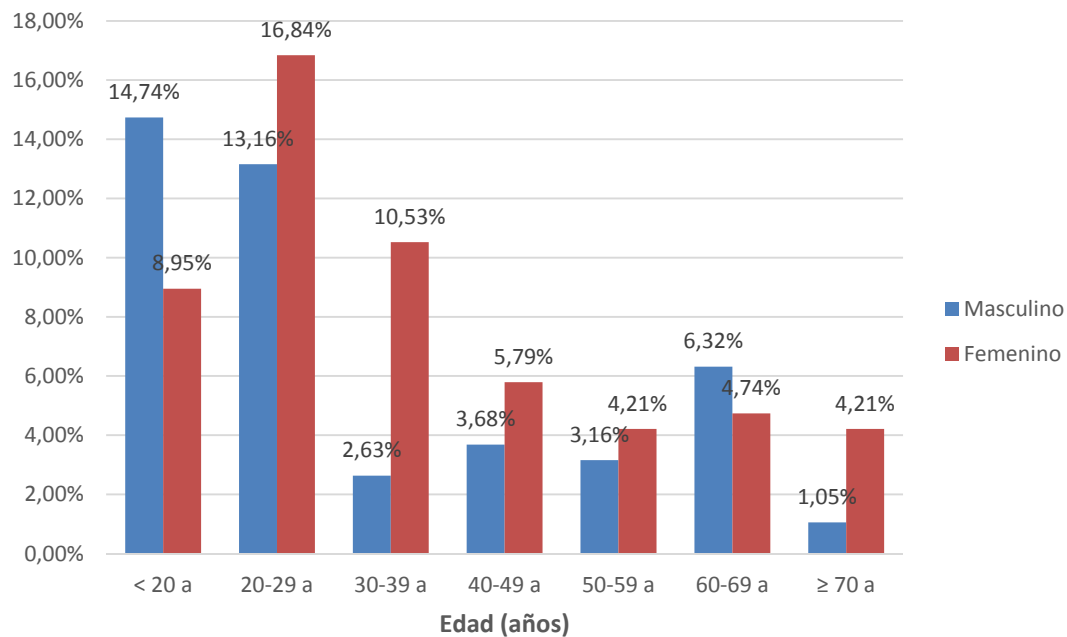
Fuente: El investigador

En la **Tabla 1** se muestra la distribución de los pacientes con patología dermatológica según edad y sexo; el 44,75% de casos fueron varones y 55,26% mujeres, con edades que en 30% de casos estuvieron entre los 20 y 29 años; la edad promedio de los varones fue de $33,27 \pm 18,31$ años, y para las mujeres fue de $37,06 \pm 17,50$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$).

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 1

Distribución de pacientes con patología dermatológica según edad y sexo



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Masculino: 33,27 \pm 18,31 años (18 – 77 años)
- Femenino: 37,06 \pm 17,50 años (18 – 88 años)

Prueba t = -1,45 G. libertad = 188 p = 0,15

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 2

Distribución de pacientes con patología dermatológica según estado civil

	N°	%
Soltero	112	58,95%
Casado	52	27,37%
Conviviente	21	11,05%
Viudo	4	2,11%
Separado	1	0,53%
Total	190	100,00%

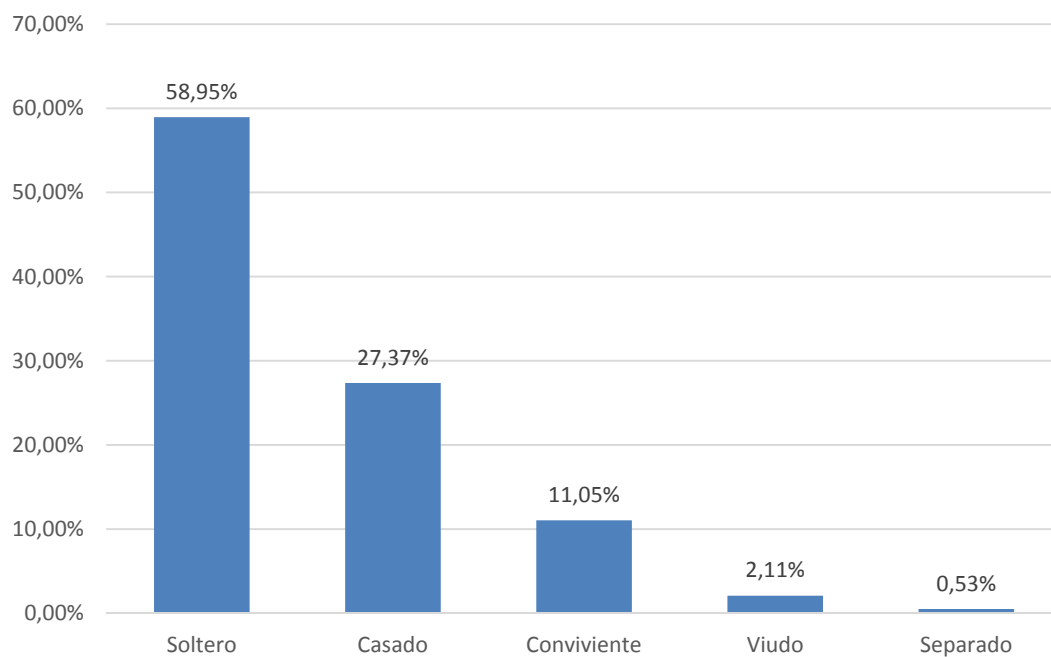
Fuente: El investigador

En la **Tabla 2** se muestra el estado civil de los pacientes con patología dermatológica; en 58,95% de casos eran solteros, el 27,37% casados y 11,05% convivientes, 2,11% viudos y un paciente separado (0,53%).

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 2

Distribución de pacientes con patología dermatológica según estado civil



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 3

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según nivel de
instrucción**

	N°	%
Iletrado	6	3,16%
Primaria	12	6,32%
Secundaria	68	35,79%
Superior	104	54,74%
Total	190	100,00%

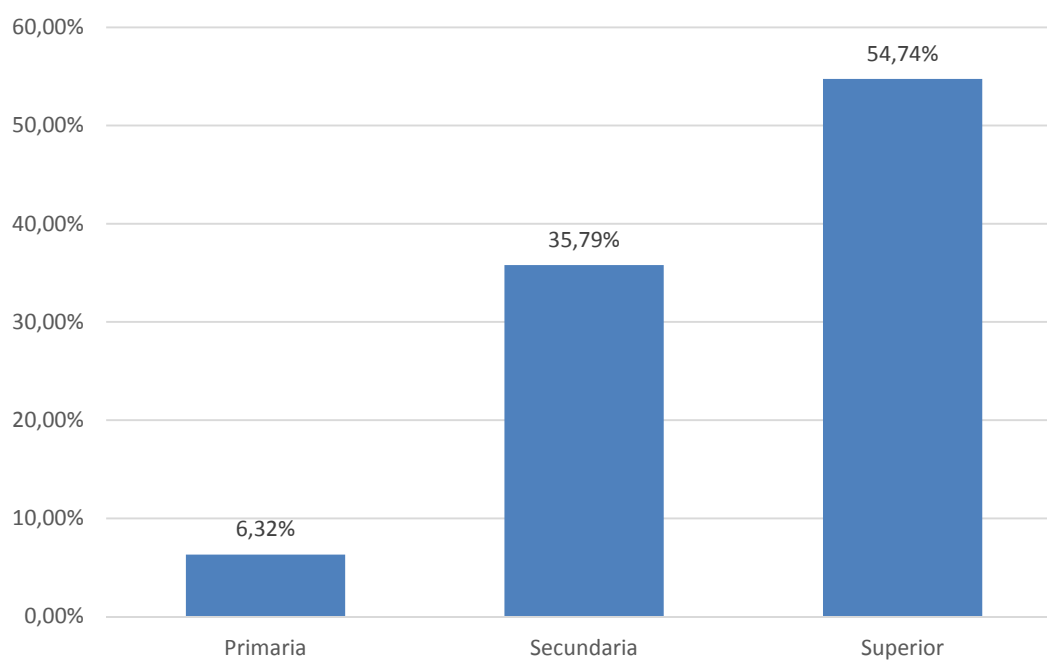
Fuente: El investigador

En la **Tabla 3** se muestra el grado instrucción de los pacientes fue predominantemente superior (54,74%), seguida de secundaria (35,79%), con 6,32% de pacientes con educación primaria y 3,16% de iletrados.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 3

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según nivel de
instrucción**



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 4

Distribución de pacientes con patología dermatológica según ocupación

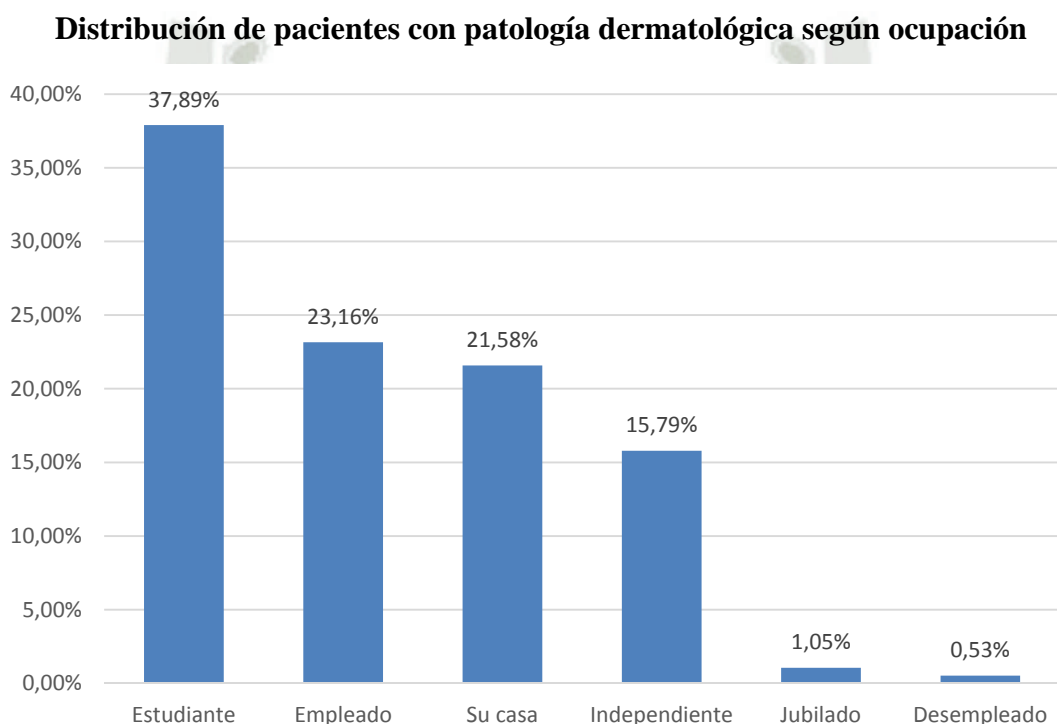
	N°	%
Estudiante	72	37,89%
Empleado	44	23,16%
Su casa	41	21,58%
Independiente	30	15,79%
Jubilado	2	1,05%
Desempleado	1	0,53%
Total	190	100,00%

Fuente: El investigador

La ocupación de los pacientes se muestra en la **Tabla 4**; el 37,89% de casos eran estudiantes, 23.16% empleados, 21,58% se dedicaban en labores del hogar; 15,79% eran independientes, y dos casos eran jubilados 1,05% y uno era desempleado 0,53%.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 4



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 5

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según distrito de
procedencia**

	N°	%
Paucarpata	28	14,74%
Cerro Colorado	24	12,63%
Socabaya	21	11,05%
Cercado	17	8,95%
JLB y R	15	7,89%
Hunter	13	6,84%
Cayma	12	6,32%
M Melgar	11	5,79%
ASA	10	5,26%
Miraflores	9	4,74%
Tiabaya	7	3,68%
Sachaca	5	2,63%
Yura	3	1,58%
La Joya	3	1,58%
Yanahuara	2	1,05%
Sabandía	2	1,05%
Characato	1	0,53%
Otra	7	3,68%
Total	190	100,00%

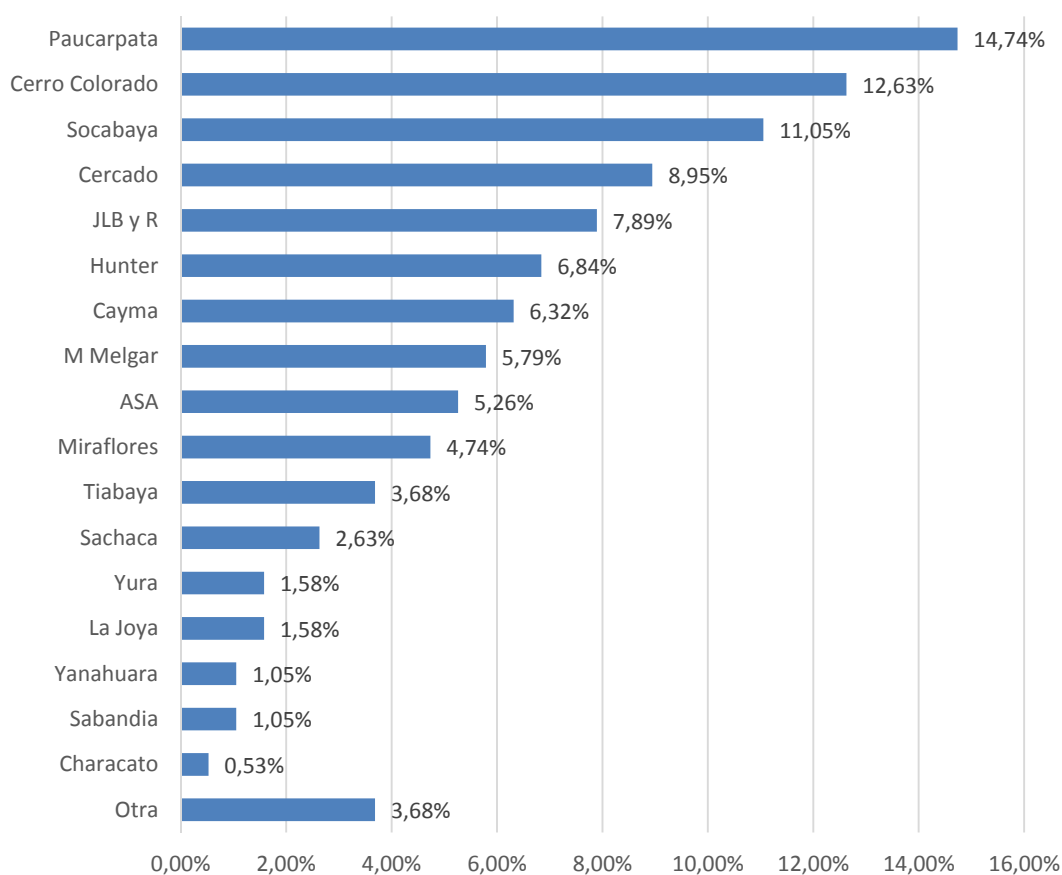
Fuente: El investigador

En la **Tabla 5** se aprecia el distrito de procedencia de los pacientes; el 14,74% eran de Paucarpata, 12,63% de Cerro Colorado, 11,05% de Socabaya, 8,95% del Cercado, y en menor proporción de otros diversos distritos.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 5

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según distrito de
procedencia**



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Características clínicas de los pacientes:

Tabla 6 A

Distribución de principales patologías dermatológicas

	N°	%
Acné	43	22,63%
Verruga	22	11,58%
Dermatitis	15	7,89%
Nevos	11	5,79%
Tiña	9	4,74%
Vitiligo	9	4,74%
Liquen	8	4,21%
Psoriasis	7	3,68%
Cicatrices	6	3,16%
Rosacea	6	3,16%
Queratosis Seborreica	5	2,63%
Tumor Benigno	5	2,63%
Queratitis actínica	4	2,11%
Alopecia Areata	3	1,58%
Herpes Zoster	3	1,58%
Urticaria	3	1,58%
Balanopostitis	2	1,05%
Escabiosis Nodular	2	1,05%
Neuralgia post H. Zoster	2	1,05%
Pénfigo Vulgar	2	1,05%

Fuente: El investigador

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 6 B

Distribución de principales patologías dermatológica (continuación)

	N°	%
Queilitis Actinica	2	1,05%
Hipomelanososis Guttata	2	1,05%
Dermatomiosistis	1	0,53%
Enf. por arañazo de Gato	1	0,53%
Enfermedad de Darier	1	0,53%
Eritema Nodoso	1	0,53%
Foliculitis de c. cabelludo	1	0,53%
Hemangioma	1	0,53%
Lentigos Solares	1	0,53%
Melanoma Maligno	1	0,53%
Melasma	1	0,53%
Neurofibromatosis tipo I	1	0,53%
Prurito Metabolico	1	0,53%
Purpura Alergica	1	0,53%
Quiste Folicular	1	0,53%
Seborrea Capitis	1	0,53%
Siringoma	1	0,53%
Tricotilomania	1	0,53%
Tumor Maligno de la piel	1	0,53%
Varicela	1	0,53%
Xerosis Cutis	1	0,53%
Total	190	100,00%

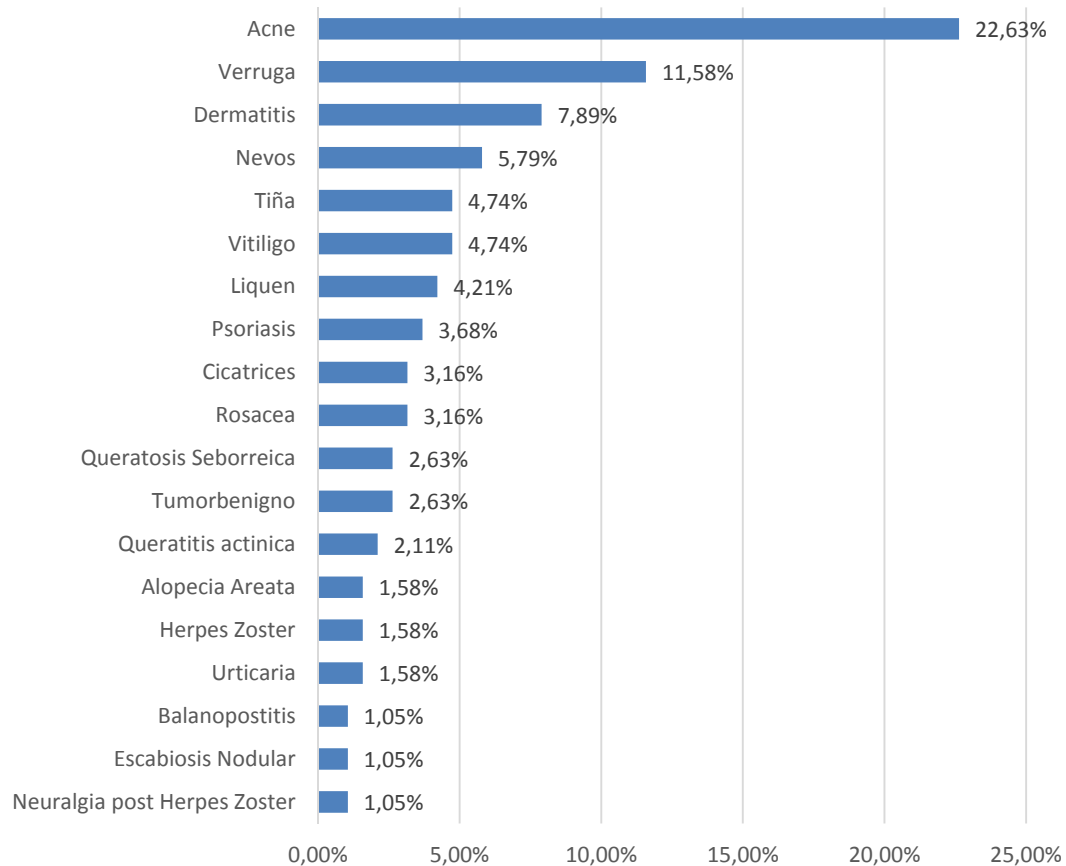
Fuente: El investigador

La **Tabla 6** muestran las principales patologías dermatológicas; la más frecuente fue el acné en un 22,63%, seguida de la presencia de verrugas en un 11,58% y dermatitis en un 7,89%, nevos en un 5,79%, tiña o vitiligo en 4,74% de casos, entre otras diversas patologías.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 6

Distribución de principales patologías dermatológica



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 7

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según tiempo de
enfermedad dermatológica**

	N°	%
< 6 meses	36	18,95%
6-11 meses	24	12,63%
1-3 años	80	42,11%
4-6 años	31	16,32%
7-9 años	8	4,21%
≥ 10 años	11	5,79%
Total	190	100,00%

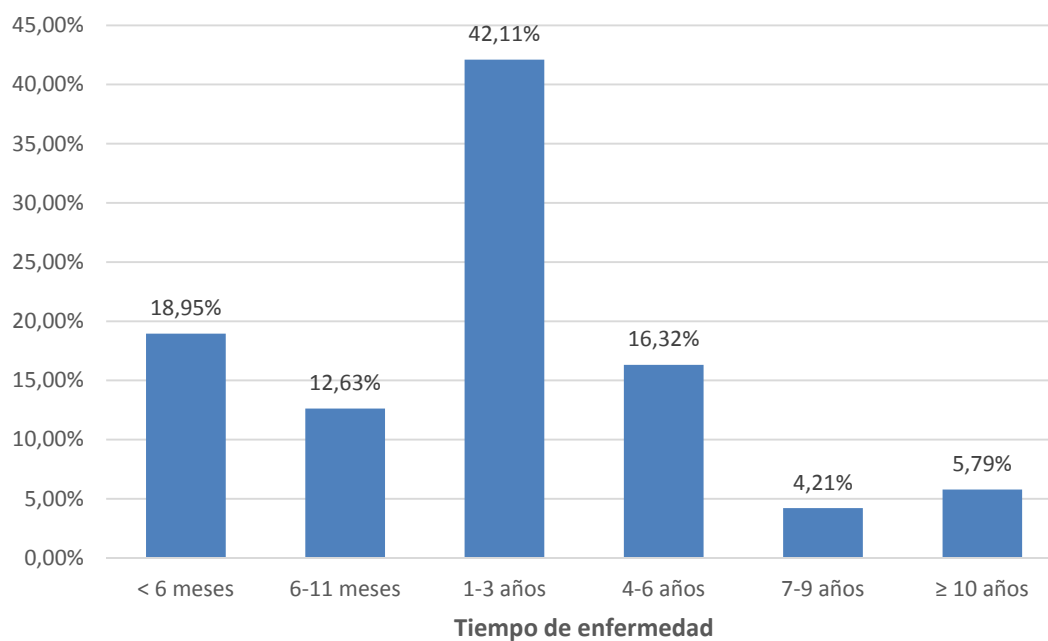
Fuente: El investigador

La **Tabla 7** muestran el tiempo de enfermedad de los pacientes, que fue de 1 a 3 años en un 42,11% de casos con una duración promedio de $2,66 \pm 3,39$ años (1 sem - 20 años).

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 7

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según tiempo de
enfermedad dermatológica**



Tiempo promedio \pm D. estándar (mín - máx): $2,66 \pm 3,39$ años (1 sem - 20 años)

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 8

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según tiempo de
tratamiento dermatológico**

	N°	%
Ninguno	99	52,11%
< 6 meses	48	25,26%
6-11 meses	12	6,32%
1-3 años	26	13,68%
4-6 años	3	1,58%
7-9 años	2	1,05%
Total	190	100,00%

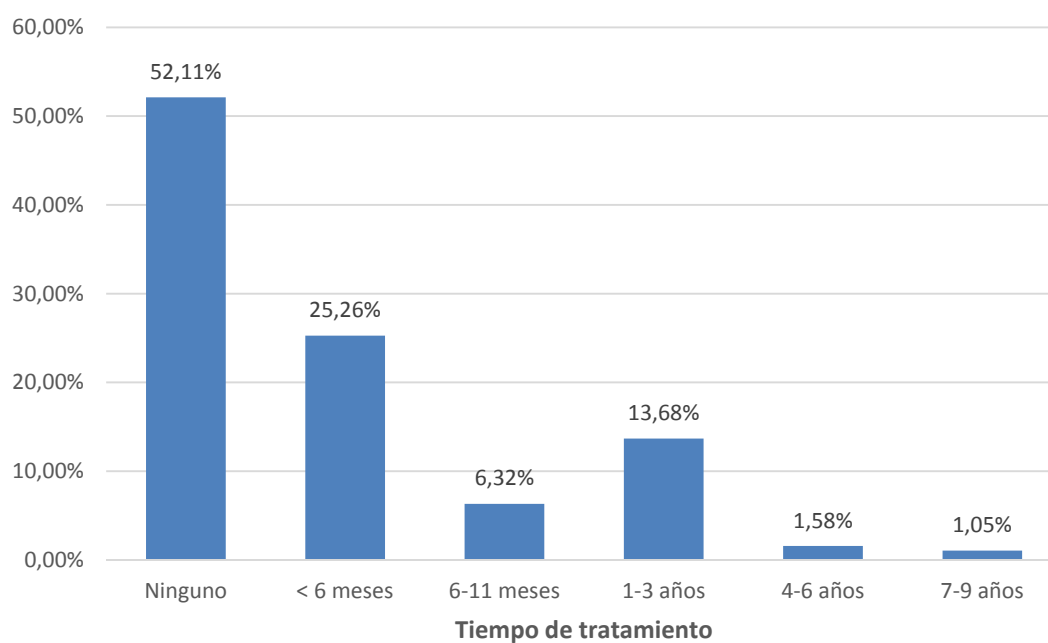
Fuente: El investigador

En la **Tabla 8** muestra que el 47,89% de pacientes recibían tratamiento, en promedio por espacio de $0,86 \pm 1,43$ años (1 semana - 8 años).

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 8

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según tiempo de
tratamiento dermatológico**



Tiempo promedio \pm D. estándar (mín - máx): $0,86 \pm 1,43$ años (1 sem - 8 años)

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 9

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según otras
comorbilidades**

	N°	%
Ninguna	151	79,47%
Artritis Reumatoide	9	4,74%
Gastritis Crónica	7	3,68%
HTA	5	2,63%
Asma	3	1,58%
Artrosis	2	1,05%
Diabetes	2	1,05%
Anorexia/Bulimia	1	0,53%
Epilepsia	1	0,53%
Glaucoma	1	0,53%
HBP	1	0,53%
Hipertiroidismo	1	0,53%
Hipotiroidismo	1	0,53%
IRC	1	0,53%
LES	1	0,53%
Mal de Pott	1	0,53%
Ovario Poliquístico	1	0,53%
Varices	1	0,53%
Total	190	100,00%

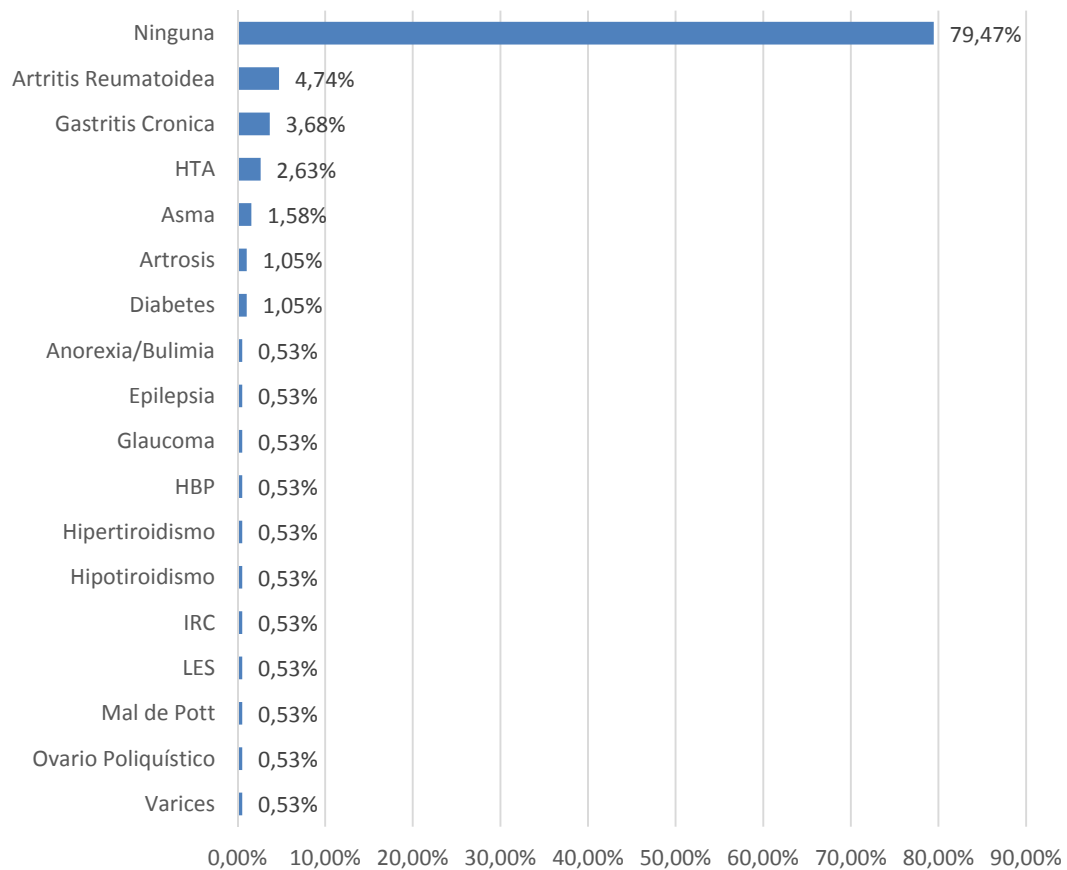
Fuente: El investigador

En la **Tabla 9** se muestra la presencia de comorbilidades en los pacientes con patología dermatológica; el 79,47% de casos no presentaba comorbilidades, y las principales patologías fueron la artritis reumatoide (4,74%) o la gastritis crónica (3,68%) y la hipertensión arterial (2,63%) entre otras.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 9

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según otras
comorbilidades**



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 10

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según terapia psicológica
o psiquiátrica**

	N°	%
Ninguna	138	72,63%
Psicológica	40	21,05%
Psiquiátrica	4	2,11%
Ambas	8	4,21%
Total	190	100,00%

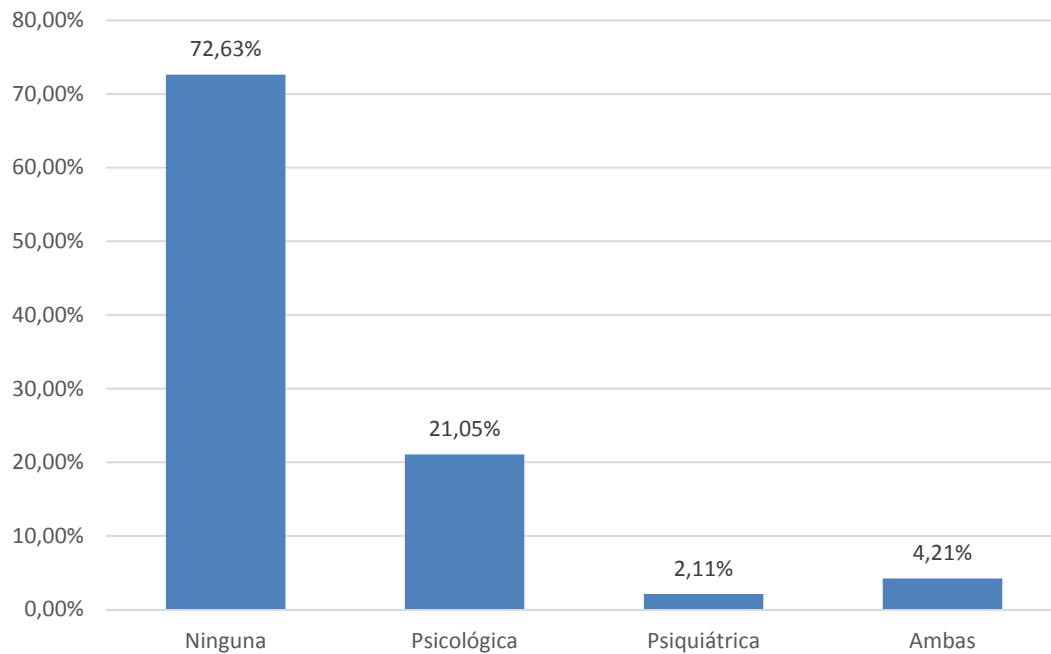
Fuente: El investigador

En la **Tabla 10** se aprecia la frecuencia de tratamiento psicológico o psiquiátrico, que recibió el 27,37% de casos, en 21,05% de casos era tratamiento psicológico, 2,11% recibió tratamiento psiquiátrico, y 4,21% ambas terapias.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 10

**Distribución de pacientes con patología dermatológica según terapia psicológica
o psiquiátrica**



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 11

Distribución de pacientes con patología dermatológica según niveles de ansiedad

	N°	%
Sin ansiedad	81	42,63%
Mínima	91	47,89%
Severa	17	8,95%
Máxima	1	0,53%
Total	190	100,00%

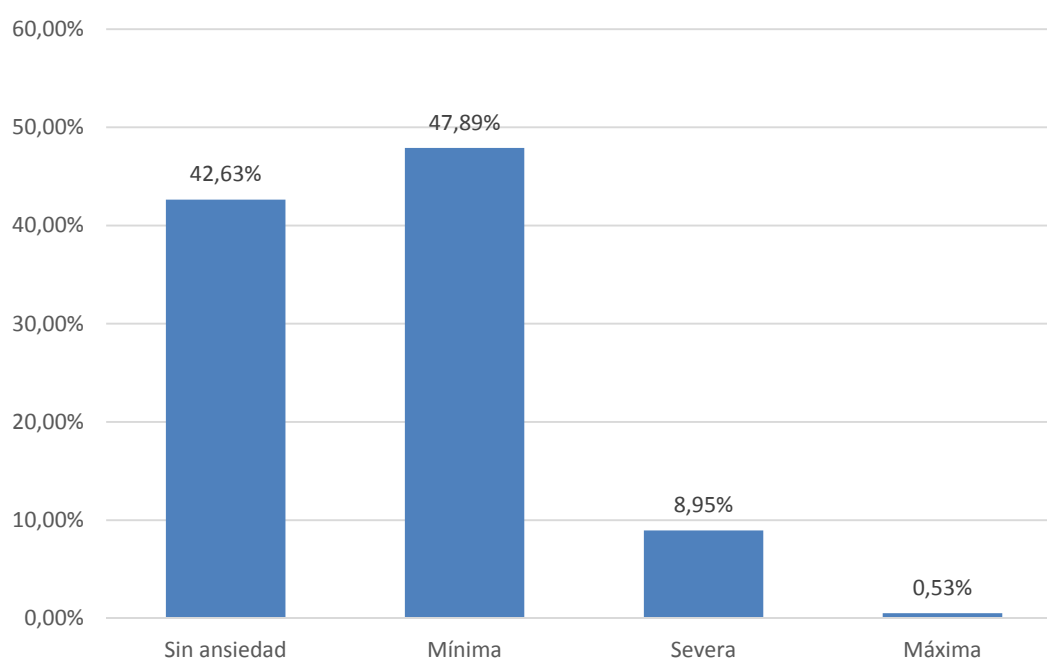
Fuente: El investigador

La **Tabla 11** con la aplicación de la Escala de Autoevaluación de Zung, se encontró que el 57,37% de casos mostraba algún grado de ansiedad, aunque a predominio mínimo en un 47,89%, con 8,95% de ansiedad severa y un caso de 0,53% de ansiedad en grado máximo.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 11

Distribución de pacientes con patología dermatológica según niveles de ansiedad



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 12

Distribución de pacientes con patología dermatológica según calidad de vida

	N°	%
Sin afectación	32	16,84%
Efecto mínimo	68	35,79%
Efecto moderado	51	26,84%
Efecto severo	33	17,37%
Efecto muy severo	6	3,16%
Total	190	100,00%

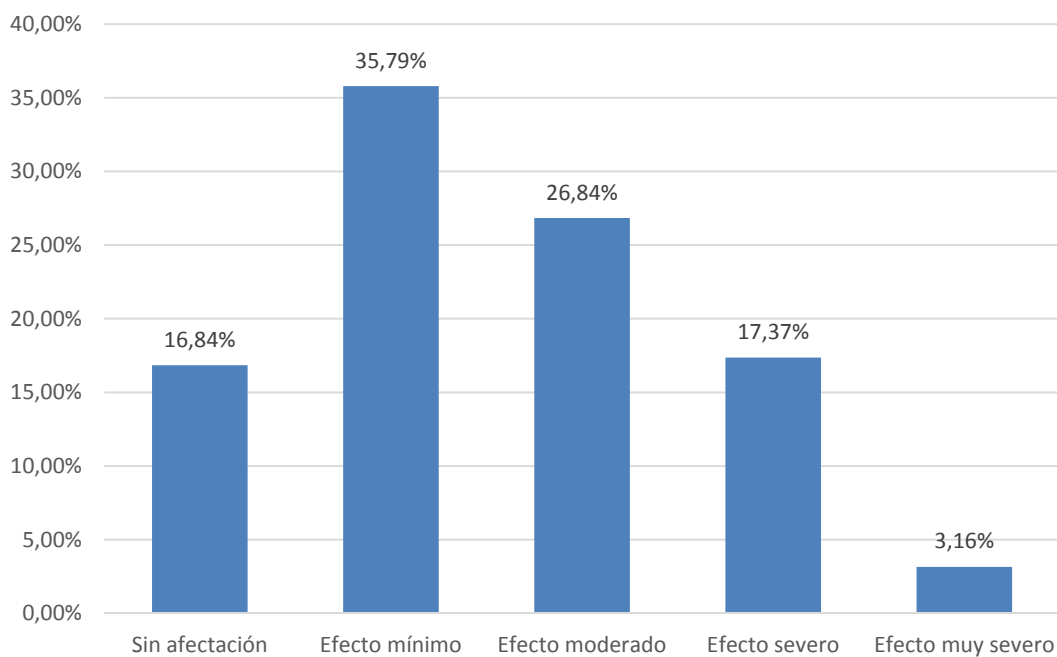
Fuente: El investigador

La **Tabla 12** muestra los resultados de la aplicación del Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI), se encontró que había afectación en el 83,16% de casos, siendo el efecto mínimo en 35,79%, moderado en 26,84%, severo en 17,37% y muy severo en 3,16% de pacientes.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 12

Distribución de pacientes con patología dermatológica según calidad de vida



**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Tabla 13

**Relación entre los niveles de ansiedad y la calidad de vida en pacientes con
patología dermatológica**

	Sin ansiedad		Mínima		Severa		Máxima		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin afectación	19	10,00%	13	6,84%	0	0,00%	0	0,00%	32	16,84%
Efecto Mínimo	34	17,89%	33	17,37%	1	0,53%	0	0,00%	68	35,79%
Efecto Moderado	21	11,05%	26	13,68%	4	2,11%	0	0,00%	51	26,84%
Efecto Severo	7	3,68%	18	9,47%	7	3,68%	1	0,53%	33	17,37%
Efecto muy severo	0	0,00%	1	0,53%	5	2,63%	0	0,00%	6	3,16%
Total	81	42,63%	91	47,89%	17	8,95%	1	0,53%	190	100,00%

Chi² = 65,68 G. libertad = 12 p < 0,01

Spearman r = 0,3573 G. libertad = 190 p < 0,01

Fuente: El investigador

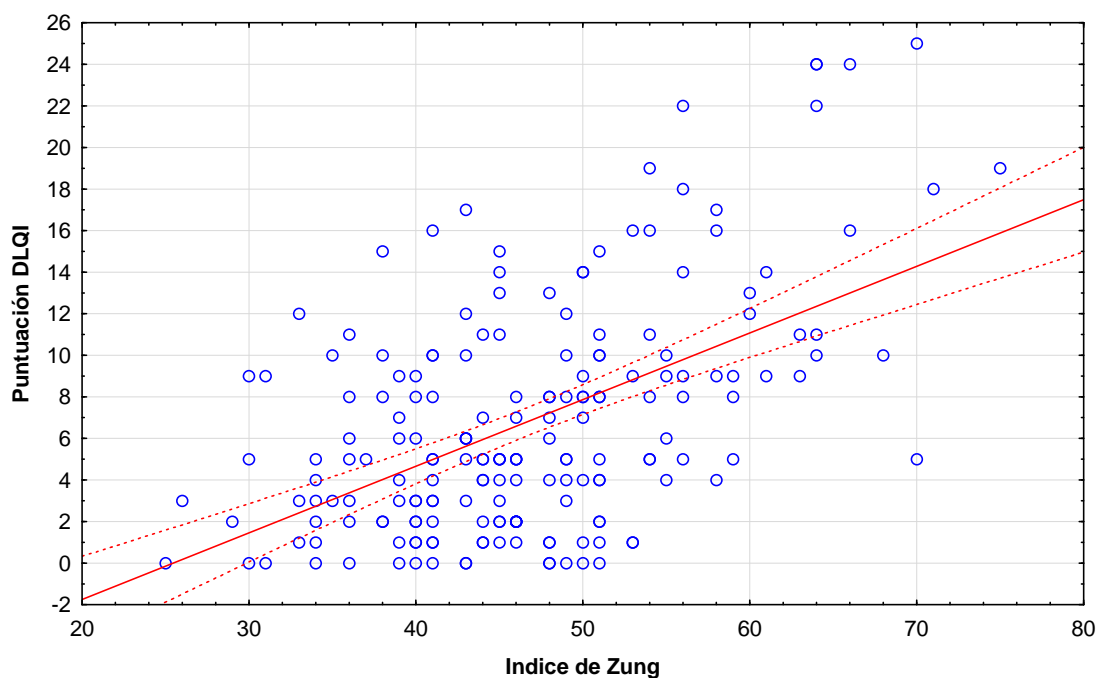
La **Tabla 13** muestra la relación entre los niveles de ansiedad y calidad de vida en los pacientes con patología dermatológica; se aprecia que la mayoría de pacientes se agrupa en una baja afectación con bajos niveles de ansiedad: 17.89% de casos tenía un efecto mínimo de la enfermedad en su calidad de vida y no experimentaban ansiedad, y en la misma proporción la ansiedad fue mínima; fueron pocos los casos con afectación severa o muy severa en la calidad de vida (6,32%) con ansiedad severa. Las diferencias entre grupos fueron significativas (p < 0,05), siendo la asociación entre ambas categorías de variables de regular intensidad (R > 030). Cuando se relacionan los puntajes cuantitativos de ambas variables, se confirma la relación directa entre las variables con un coeficiente de buena intensidad (r > 0,50) siendo la relación

significativa: a mayor puntaje de ansiedad, mayor puntaje de afectación de calidad de vida; la calidad de vida depende en un 28,23% de la ansiedad.

**ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ, 2016**

Gráfico 13

**Relación entre los niveles de ansiedad y la calidad de vida en pacientes con
patología dermatológica**



Ecuación de regresión: $y = 0,3206(x) - 8,1644$

Coef. correlación: $r = 0,5313$ $p < 0.01$

Coef. determinación: $r^2 = 28,23\%$



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la relación entre el nivel de ansiedad y calidad de vida dermatológica de los pacientes que acuden a consulta externa dermatológica del Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2016. Se realizó la presente investigación ya que no existe la debida información en nuestra localidad del nivel ansiedad y como está afecta la calidad de vida de los pacientes que acuden a consulta dermatológica. Es así que este estudio, no solo nos permite establecer la relación cutáneo – psiquiátrica, sino también nos permite recoger información de las características epidemiológicas y clínicas en nuestro medio, que son necesarias para la estadística de la población que acude a consultorio de dermatología de dicho hospital, de tal forma que existan elementos que permitan comparar su nivel de ansiedad frente a otros grupos poblacionales. Estos resultados beneficiaran a los médicos tratantes del servicio de dermatología, puesto que podrán contar con mayor información sobre la relación mente y piel. Además repercutirá en el manejo clínico y terapéutico de las diversas patologías dermatológicas. Sobre todo en nuestro medio, se pudo observar que hay un limitado conocimiento de esta relación, tanto por parte del paciente como de personal de salud, por lo que al conocer los niveles de ansiedad y como afecta la calidad de vida del paciente dermatológico, se podrá tener mejor información y además orientar al manejo conjunto, tanto psiquiátrico y dermatológico, así podrán diseñarse nuevas estrategias que aplicaran los médicos generales, especialistas y de atención primaria de los potenciales desórdenes cutáneos y su relación con el factor psicológico, ya que esto podría ser la causa, una consecuencia o simplemente un hallazgo accidental; además de determinar si podría permitir el mantenimiento o la exacerbación de la patología dermatológica. Este trabajo fue factible realizar debido a los diversos instrumentos de estudio validados para su aplicación, además se realizó el análisis estadístico en concordancia a los objetivos del estudio. Este trabajo por ende permite alentar a la investigación y que contribuya a desarrollar el conocimiento científico que nos permita salvaguardar la salud de la población, lo cual está plenamente justificado.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 190 pacientes con patología dermatológica que acudieron por consulta externa y que cumplieron los criterios de selección, aplicando una encuesta personalizada, formada por: El Consentimiento Informado, una ficha de Recolección de Datos, la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung y el Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos con prueba chi cuadrado y t de Student y se relacionó las variables con coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman.

Sobre las características epidemiológicas y generales, el presente estudio de investigación demuestra según la distribución por sexo y edad; predominantemente fueron mujeres presentando edades de 20 y 29 años en un 30%; siendo la edad promedio de $37,06 \pm 17,50$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). Se ha reportado en otros estudios como el de Picardi, Amerio y cols.³⁴, que la mayor parte fueron casos de mujeres en un 57.8% de una muestra de 277 pacientes, además las edades prevalentes fueron menores de 30 años en un 46%, al igual que nuestro estudio vemos cierta similitud en cuanto edad y sexo; sin embargo en otro estudio realizado por Brusius, Balestrin, Zogbi y cols.³⁵, que el 67,5% fueron mujeres de una muestra de 151 pacientes, con una edad promedio de 55,06 años. En ambos estudios predominan los casos en mujeres pero difieren en la edad promedio con nuestro estudio. Según estudios esto es debido a que los varones por lo general son menos expresivos emocionalmente que las mujeres, y esto posiblemente pueda dificultar la detección y el estudio de la ansiedad³⁴. En cuanto a la edad media es inferior a otros estudios revisados, cuyo promedio es de alrededor de 40-43 años. Un hecho importante sería que las enfermedades dermatológicas más estudiadas tienen su comienzo entorno a la segunda década de la vida³⁵.

En cuanto al estado civil y grado de instrucción de los pacientes con patología dermatológica, predominaron solteros, casados y convivientes; esto cuenta con la similitud del estudio realizado por Picardi, Amerio y cols.³⁴, donde un 54,9% eran solteros, seguido de un 33,9% de casados y un 4% convivientes, esto debido a que en los últimos años ha cambiado muchos la sociedad y también debido a la mayor ocupación laboral dejando de lado a las relaciones sociales y sentimentales; y en

cuanto al grado de instrucción la mayoría presentó estudios superiores, seguida de secundaria, primaria y siendo pocos los iletrados. Según lo reportado por Picardi, Amerio, Baliva y cols³⁴, muestra que la mayoría tenía estudios secundarios en un 61%, y tan solo un 16,2% estudios superiores; por lo cual difiere con respecto a nuestro estudio, posiblemente debido a nuestro ámbito y coyuntura. Es por eso que en un estudio realizado por Ponce Rodríguez³⁶ en Lima durante el 2010 y 2011 a pacientes con psoriasis, informa que la mayoría presentaba instrucción superior, seguida de secundaria y sólo el 1.8% tenía instrucción primaria. Esto se asemeja a los resultados del estudio, debido posiblemente a que los pacientes con un nivel educacional bajo no le dan la respectiva importancia a las enfermedades de la piel, a menos que esta afecte su vida en un gran nivel o produzca cierta discapacidad; a diferencia de aquellos más instruidos, por lo tanto posiblemente más preocupados de su persona e imagen personal. Además sobre la ocupación, la mayoría eran estudiantes, seguido de empleados, dedicados al hogar, independientes y tan solo un caso de desempleo. Según un estudio realizado por Díaz Egüez³⁷, la mayoría fueron empleados, seguido de estudiantes. Esto concordaría más con nuestro estudio, donde prevalecen los estudiantes, posiblemente por lo mismo que prevalece la edad en una media de 30 años, se podría deducir que la mayoría todavía sigue cursando estudios. Sobre la procedencia la mayoría fue de Paucarpata seguido de Cerro Colorado, Socabaya y Cercado, esto posiblemente debido a la cercanía o la mayor disponibilidad del consultorio de dermatología de dicho hospital, ya que cuenta con 3 consultorios que facilitan la mayor atención de pacientes.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes, en el presente trabajo las principales patologías dermatológicas, fueron acné en un 22,63%, verrugas en un 11,58% y otras formas de dermatitis en 7,89%, nevos en un 5,79%, tiñas y vitíligo en un 4,74%. Se ha reportado en otros estudios como el realizado por Picardi, Amerio, Baliva y cols.³⁴, donde las principales patologías dermatológicas, fueron acné en un 13.7%, otras formas de dermatitis en un 10.1%, verrugas e infecciones virales en un 7,2%, tiñas en un 3.9%, nevos en un 2.2%, vitíligo en un 1,8%, entre otras. En cambio el reportado por Brusius, Balestrin, Zogbi y cols³⁵, el 15% se describe como patología psicocutánea, entre las más resaltantes se encontraron acné, dermatitis atópica, psoriasis, vitíligo y herpes. Al igual que otro estudio realizado por Antuña, García,

Gonzales y cols³⁸, las patologías más frecuentes fueron las dermatitis, urticaria, acné, alopecia, verrugas, psoriasis, nevos, entre otras. Estos resultados muestran similitud en ciertas patologías con nuestro estudio, como es el caso del acné, el más frecuente y esta además recalcar el que más presenta trasfondo psicológico; también representando a otros desordenes psicocutáneos se encuentra la dermatitis y el vitíligo, que también presentan esa asociación psiquiátrica - dermatológica; sin embargo también hay otras patologías que son frecuentes como las tiñas, nevos y verrugas que no presentan una asociación psicológica, y tampoco hay estudios que demuestren su relación psicocutánea.

Entre otras características clínicas se menciona el tiempo de enfermedad teniendo como promedio de $2,66 \pm 3,39$ años, además el 47,89% de pacientes ya recibía un tratamiento para su patología dermatológica en un promedio de $0,86 \pm 1,43$ años. Entre la presencia de comorbilidades las principales patologías fueron la artritis reumatoide, gastritis crónica e hipertensión arterial; en un estudio por Gottlieb y Dann⁴² reporto que en pacientes con psoriasis las comorbilidades más frecuentes fueron la artritis psoriásica, las enfermedades malignas, y enfermedades cardiovasculares. Además los pacientes con psoriasis han demostrado una mayor incidencia de síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares en comparación a la población general⁴². En otro realizado por estudio por Gupta y Bluhm⁴³ en pacientes con dermatitis seborreica, reporto que las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial, desórdenes neurológicos y patología inmunocompetente. Ambos estudios concuerdan con este estudio, prevaleciendo la hipertensión arterial y la artritis, además ambas patologías también tienen un trasfondo psicológico ya sea causal o incidental.

Sobre el nivel de ansiedad en este estudio se encontró que un 57,37% mostro algún grado de ansiedad, siendo un 47,89% mínima, 8,95% severa y solo un caso de grado máximo. Según un estudio realizado por Brusius, Balestrin, Zogbi y cols³⁵, mediante el Inventario Ansiedad de Beck (BAI) mostro predominantemente un nivel mínimo de ansiedad, siendo esta en un 59,61%. Además otros resultados de este estudio apoyan la asociación de altos niveles de ansiedad y estrés en personas que sufren dermatosis crónicas³⁵. En otro estudio por Amorim, Roustan y Sirgo³⁹, los

pacientes con trastornos de la piel se sentían más ansiosos en ciertas situaciones que la personas sin dermatosis, y además expresaban respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad que son significativamente más intensas y frecuentes que la población general³⁹. La ansiedad según reportes tiene una relación con el inicio y la cronificación de las enfermedades psicodermatológicas³⁹. Por lo cual se explica que la ansiedad, aborda las características de la persona, las condiciones de la situación y la interacción situación persona³⁹. Por otra parte, tenemos que enfatizar la influencia de los factores cognitivos en la interpretación de los estímulos ambientales y su participación en la aparición y progresión de la dermatosis, como se ha encontrado en estudios anteriores, relacionada la influencia del estrés y la ansiedad en el inicio y empeoramiento de las dermatosis³⁹. Esta asociación ha sido informada en varias ocasiones, especialmente en relación con las psoriasis y la dermatitis atópica, aunque los autores informaron de que los pacientes con dermatitis son más crónicamente ansiosos que los pacientes con psoriasis³⁹. Así otro estudio realizado por Díaz Egüez³⁷, informa en cuanto a los niveles de estrés como un factor que exacerba la dermatitis seborreica, en ese estudio se observó una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, lo que demuestra que el estado emocional influye directamente sobre la piel. Esto ha sido comprobado en varios estudios en donde se observa como el estrés influye en varias patologías de la piel como el acné, psoriasis, vitíligo, etc³⁷. En otro estudio realizado por Golchai, Khani, Heidarzadeh y cols⁴¹, reporto la prevalencia de ansiedad en un 68,3% en los pacientes con acné. Este resultado fue similar a los de Yazici y cols³⁵, en Turquía en el que se utilizó el HADS para determinar la ansiedad. Por lo tanto, así como este estudio que muestra que más de un 50% de la población dermatológica presenta ansiedad, prevalentemente en grado mínimo, esto puede ser debido a problemas psicosociales tales como la baja autoestima y la disminución de las relaciones sociales; y también se considera que es debido a un trastorno de imagen corporal. Así que la existencia de incluso una lesión menor en alguna parte del cuerpo puede ser desagradable para el paciente y parecerle más grande. Esta imagen que observa el paciente puede causar trastornos mentales como ansiedad, baja autoestima, y la disminución en las relaciones sociales. Por lo tanto el tratamiento oportuno de la patología dermatológica, mejora la propia imagen corporal. Además podemos implementar cuestionarios simples, con alta sensibilidad y

especificidad, que no ocupen mucho tiempo y los cuales se puedan utilizar como una herramienta para evaluar el efecto del tratamiento³⁹. Por lo tanto el enfoque terapéutico debe basarse no sólo en la terapia farmacológica, pero en algunas ocasiones puede ser necesario aplicar la psicoterapia o la psicofarmacoterapia, ³⁹. Además, algunos estudios informan sobre la eficacia de terapias grupales para pacientes con dermatosis. Así del mismo modo, las dermatosis crónicas intratables y recalcitrantes a la terapia convencional pueden requerir terapia combinada constituida por terapia dermatológica y psicoterapia relacionada con el perfil psicológico de la persona³⁹. Todavía hay muchas preguntas que aclarar antes entender con precisión la patogénesis de algunas enfermedades y su relación con la ansiedad.

En cuanto a los resultados de calidad de vida dermatológica, se encontró una afectación del 83,16% de casos, siendo predominante una afección mínima y moderada. En comparación con otros estudios también se observó que existe una afección mínima y moderada en la mayoría de los encuestados, así como otros que indican un 54% de valoración negativa de la calidad de vida sin embargo esta predominancia podría ser debido a que la enfermedad no les impide realizar todas sus actividades cotidianas³⁸. Todo depende de la percepción de cada paciente en cuanto a su enfermedad y la severidad de los síntomas, ya que se observaron casos en los cuales la afectación era severa lo cual explica la función del DLQI que a menor puntuación, mejor será la calidad de vida específica⁴⁰. Por lo tanto en nuestro estudio es evidente el hecho de que se ven afectados por un problema de la piel, lo cual parece que molesta a los pacientes pero no en un grado muy severo. Esto posiblemente ocurra debido al largo tiempo de vivir con la enfermedad o a la percepción de cada paciente en cuanto a su enfermedad y severidad de los síntomas⁴⁰. La diferencia que podría explicar mayor proporción de casos mínimos en el presente estudio en comparación con otros que son moderados, podría ser debido a que en nuestro estudio la mayoría de patología no es grave sino predominantemente de leve a moderada.

Por ultimo este trabajo de investigación muestra una relación significativa y directa entre el nivel de ansiedad y calidad de vida de los pacientes con patología dermatológica, se confirma la relación directa entre las variables con un coeficiente de buena intensidad ($r > 0,50$), además siendo la relación significativa: a mayor puntaje

de ansiedad, mayor puntaje de afectación de calidad de vida; la calidad de vida depende en un 28,23% de la ansiedad. Según otros estudios como el de Brusius, Balestrin, Zogbi y cols³⁵, donde se correlacionan significativamente los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida. Así también en otro estudio nos presenta una correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con psoriasis lo que refuerza la necesidad de identificar y tratar precozmente a los pacientes, particularmente los que tienen enfermedad severa³⁶. Por lo tanto parece que las enfermedades de la piel inciden de manera significativa en la actividad cotidiana de las personas, todo lo cual repercute en un malestar subjetivo de la calidad de vida. Es evidente, como se comenta por otra investigación, la influencia bien conocida de la tensión en el inicio o la exacerbación de enfermedades, como la psoriasis, alopecia areata, dermatitis atópica y acné³⁷. El estrés parece ser un disparador de la enfermedad. Esta podría interpretarse como lo sugiere el estudio por Zacharie, Zacharie, Ibsen y cols.⁴⁰, que las asociaciones generalmente se encuentran entre la gravedad clínica y los síntomas psicológicos, y estos están mediados por su impacto en la calidad de vida relacionados con la enfermedad, además nos reporta que la calidad de vida fue un predictor más fuerte de morbilidad psiquiátrica que la severidad de la enfermedad⁴⁰. Por lo tanto sugieren que generalmente no es la enfermedad en sí misma, pero su impacto en las actividades diarias y relaciones sociales, que se asocia con el aumento de la morbilidad psiquiátrica, el cual se encuentra a menudo en los pacientes con enfermedades de la piel⁴⁰. El impacto psicosocial de las enfermedades tales como acné, psoriasis, dermatitis atópica, eczema y urticaria parece estar mediado principalmente por el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud causada por estas enfermedades de la piel⁴⁰. Es por eso que los resultados de este estudio confirman que los problemas dermatológicos son más que una molestia cosmética, y esto se asocia a efectos psicosociales, en este caso la ansiedad, que afectan gravemente a los pacientes de manera comparable a otras enfermedades incapacitantes. Los resultados también sugieren que el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico puede variar, debido a la circunstancias en que se encuentre el paciente o como este es capaz de controlar y adaptarse a la diversas situaciones, pero el deterioro de la calidad de vida podría relacionarse con la enfermedad de la piel que es la que causaría las diversas molestias.

Por último, tomando en cuenta los resultados del presente estudio sugeriría la realización de nuevas investigaciones en donde se estudie una población más amplia con patologías dermatológicas diversificadas y en mayor número con la finalidad de poder extrapolar dichos resultados. Así mismo sugiero realizar un programa de intervención que permita valorar el efecto de las estrategias conductuales sobre dichos marcadores





CONCLUSIONES

- Primera.** Se encontró ansiedad por el test de Zung en 57,37% de pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado en el 2016, a predominio mínimo 47,89%, con 8,95% de ansiedad severa y un caso 0,53% de ansiedad en grado máximo.
- Segunda.** Se encontró afectación de la calidad de vida en 83,16% de casos, siendo el efecto mínimo en 35,79%, moderado e 26,84%, severo en 17,37% y muy severo en 3,16% de pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.
- Tercera.-** Se encontró una relación directa y significativa entre el mayor nivel de ansiedad y una mayor afectación de la calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.
- Cuarta.-** Los pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016 son predominantemente jóvenes solteros de educación superior estudiantes o empleados afectados principalmente por acné y con tiempo de enfermedad de 2 a 3 años.

RECOMENDACIONES

- 1.- Al Hospital Regional Honorio Delgado y al servicio de Dermatología, brindar mayor atención a los pacientes que asistan al servicio y presenten problemas emocionales o trastornos psiquiátricos, a través de instrumentos validados que permitan un screening de aquellos pacientes y así poder realizar un trabajo conjunto con el servicio de psiquiatría y psicología, para así poder mejorar la salud tanto mental como física del paciente.
- 2.- Al Hospital Regional Honorio Delgado y al servicio de Dermatología concientizar a los dermatólogos, médicos generales y personal de salud de la relación entre salud mental y las diversas patologías, como se presenta en este estudio. Además promover a los dermatólogos y residentes, programas, cursos o rotaciones en salud mental o psiquiatría de enlace, para así mejorar sus habilidades de diagnóstico y mejorar el manejo terapéutico de estos pacientes.
- 3.- Al servicio de Dermatología del HRHDE detectar y tratar a estos pacientes a través de un enfoque terapéutico que no solo se base en la terapia farmacológica. Sino también podría aplicarse psicoterapias o terapias grupales a pacientes con patologías dermatológicas que enfrenten problemas emocionales que su enfermedad haya causado, y así puedan sentirse identificados y compartir sus experiencias con otros que sufran las mismas consecuencias al igual que ellos.
- 4.- A la Universidad Católica de Santa María y el Departamento de Investigación del HRHDE realizar más investigaciones que indaguen esta cuestión, en la que se utilicen muestras más amplias de ciertas patologías dermatológicas o tan solas dedicarse a los trastornos psicocutáneos que en este estudio tal vez no fueron muy bien representados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Jones-Caballero M, Peñas P. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. Actas Dermosifiliográficas 2002;93:481-9 - Vol. 93 Núm.8. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Disponible en: <http://www.elsevier.es> el 18/01/2016.
- 2) Gloger S. La angustia de pánico y su tratamiento. Vol.24. No2, 1995. Boletín de la Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/AngustiaPanico.html>
- 3) guiasalud.es. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. [Sede web]. Madrid: Guiasalud.com, 2008 [actualizada el 27 de noviembre de 2008]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html
- 4) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. “Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry” 11th Edition. Wolters Kluwer Health Inc. Agosto del 2014, página 368 -397
- 5) Yates WR, Bienenfeld D. Anxiety disorders in general. [Sede web]. Medscape.com, 1996 [actualizada el 03 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/286227-overview#a5>
- 6) Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S.” Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud”. Washington, D. C.: OPS, 2009, páginas 350 - 400
- 7) Saldarriaga F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú. Diciembre del 2012. MINSA: Instituto nacional de salud. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Resumen%20Ejecutivo%202012%20->

%2011_%20PREVALENCIA%20DE%20VIDA%20Y%20EDAD%20DE%20I
NCIO%20DE%20TRASTORNOS%20PSIQUI%3%81TRICOS%20EN%20EL
%20PER%3%9A%20URBANO.pdf

- 8) Torrades S. Ansiedad y depresión Evidencias genéticas. Vol 23 núm 3 marzo 2004. OFFARM. *Ámbito Farmacéutico Genética*. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13059415&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=4&ty=145&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v23n03a13059415pdf001.pdf
- 9) Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom*, N° 110 – 2014. [Sede web]. Dialnet.com. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática*. Disponible en: Dialnet.com
- 10) Romeu i Bes. J. Ansiedad Revisión. Vol. 14. Núm. 12. Diciembre 2000. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ansiedad-revision-13632>
- 11) Garrido Picazo M. Terapéutica en Atención Primaria: Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Vol. 34. Núm. 08. Octubre 2008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-terapeutica-atencion-primaria-manejo-ansiedad-13127219>
- 12) Urzúa AM, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012, Vol. 30, N° 1, 61-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- 13) Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- 14) Center of Disease Control. Health-Related Quality of Life (HRQOL). [Sede web]. Atlanta: cdc.gov, 2011 [actualizada el 17 de Marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>

- 15) Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality-of-Life Outcomes, Vol. 334 N° 13, New England Journal of Medicine 1996; 334:835-840. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199603283341306>
- 16) Fernández JF, Fernández M y Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica 2010, Vol.84, N°2, pp. 169-184. Marzo-Abril 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 17) Urzúa M. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. méd. Chile v.138 n.3 Santiago mar. 2010. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017
- 18) Restrepo C; Escobar C; Mejía AM; Tamayo S; García HI; Lugo LH; et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. Iatreia vol.26 no.4 Medellín Oct./Dec. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932013000400008&script=sci_arttext
- 19) Halioua B, Beaumont MG y Lune F Calidad de vida en dermatología. Vol. 4, Núm. 2. Marzo 2001. Instituto Alfred Fournier, París, Francia. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/dermacosmetica2/96-102.pdf>
- 20) dermatologia.cat. Enfermedades psicodermatológicas [sede web]. Barcelona: Dermatologia.cat [actualizada el 10 de Enero del 2016]. Disponible en: <http://www.dermatologia.cat/es/malaltiespsicodermatologiques.html>
- 21) Bonías I. Somatizaciones cutáneas. Formación dermatológica nº 06 • enero-abril 2009 [Sede web]. Dialnet.com. Disponible en: Dialnet.com
- 22) Panconesi E. Dermatología psicosomática: pasado y futuro. Vol. 4, Núm. 2. Marzo 2001. Departamento de Dermatología, Universidad de Florencia, Florencia.

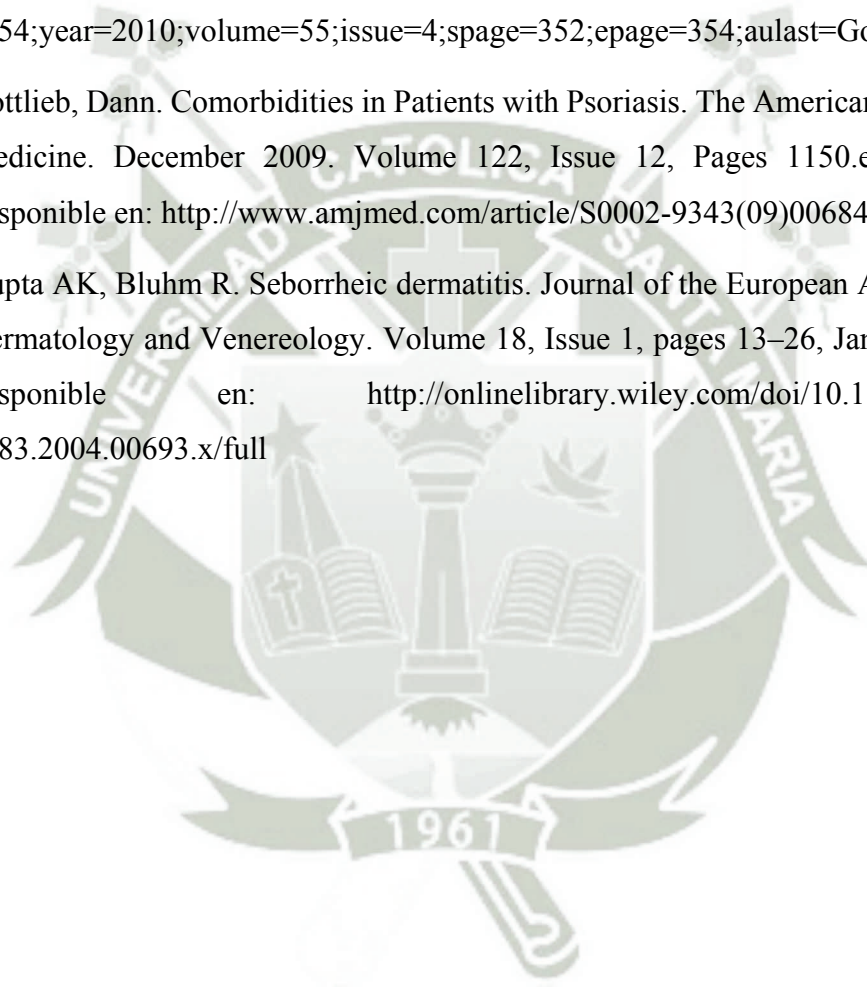
- Disponibile
en:[http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/dermacosmeti
ca2/104-106.pdf](http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/dermacosmeti
ca2/104-106.pdf)
- 23) Jafferany M. Psychodermatology: When the Mind and Skin Interact. [sede web]:
Psychiatrictimes.com [actualizada el 08 de Diciembre del 2011]. Disponible en:
[http://www.psychiatrictimes.com/psychotic-affective-
disorders/psychodermatology-when-mind-and-skin-interact](http://www.psychiatrictimes.com/psychotic-affective-
disorders/psychodermatology-when-mind-and-skin-interact)
- 24) Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology:
Present concepts. Indian J Psychiatry. 2010 Jul-Sep; 52(3): 270–275. Disponible
en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990831/>
- 25) Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection.
American Family Physician. 2001 Dec 1;64(11):1873-1879. Disponible en:
<http://www.aafp.org/afp/2001/1201/p1873.html#sec-4>
- 26) Cheng JL. Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de
psoriasis del hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. 2012. Tesis para
alcanzar el título de médico cirujano, Universidad Católica de Santa María, 2014,
Arequipa, Perú. Disponible en: <http://cybertesis.ucsm.edu.pe/>
- 27) Choquehuanca GM. Factores de riesgo asociados a baja calidad de vida de
adolescentes con acné en el Hospital Belén de Trujillo – 2014. Tesis para alcanzar
el título de médico cirujano, Universidad Privada Antenor Orrego, 2014, Trujillo,
Perú. Disponible en:
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/418/1/CHOQUEHUANCA_GL
ORIA_RIESGO_BAJA_CALIDAD.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/418/1/CHOQUEHUANCA_GL
ORIA_RIESGO_BAJA_CALIDAD.pdf)
- 28) Acosta J, Krüger H, Huayanay H, Bravo F, Arévalo M. Depresión y síntomas
depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital
general de Lima. Revista de neuropsiquiatría de la UPCH, Vol. 73, núm. 4 (2010).
Disponibile en:
[http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/16
98/1726](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/16
98/1726)

- 29) Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2016 Jan 27, pp 1-7. 1175-0561. DOI: 10.1007/s40257-016-0172-x
- 30) Fagundo IM, Carbonell C, Bayarre H. Comportamiento de Factores Moduladores del Estrés en pacientes con Enfermedades Dermatológicas Psicosomáticas. *Interpsiquis 2011*. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias 7-feb-2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2297>
- 31) Vargas E, Peña EL, Vargas A. Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. *Actas Dermosifiliográficas*. Vol 97. Núm 10. Diciembre 2006. Madrid. España. DOI: 10.1016/S0001-7310(06)73484-6. Disponible en: <http://actasdermo.org/es/influencia-ansiedad-diversas-patologias-dermatologicas/articulo/13095246/>
- 32) Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez AM y Arbeláez CP. Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicología y Salud*, Vol. 18, Núm. 1: 17-25, enero-junio de 2008. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/671/1180>
- 33) García De la Cruz RG. Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del hospital regional de Loreto Julio-Septiembre 2013. Tesis de Bachiller para alcanzar el título de médico cirujano, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana “Rafael Donayre Rojas”, 2014, Iquitos, Perú. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/146/1/TESIS%20RICARDO%20GABRIEL%20GARC%C3%8DA%20DE%20LA%20CRUZ.pdf>
- 34) Finlay AY, Khan GK. Dermatology Quality of Life Index (DLQI). Department of Dermatology. Cardiff University School of Medicine, Cardiff, United Kingdom. Disponible en: <http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/files/2014/07/DLQI-Spanish-Peru-TransInfo.pdf>
- 35) Picardi A, Amerio P, Baliva G, Barbieri C, et al. Recognition of Depressive and Anxiety Disorders in Dermatological Outpatients. *Acta Derm Venereol* 2004; 84:

- 213–217.Rome, Italy. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15202838>
- 36) Brusius MW, Balestrin L, Zogbi H, et al. Aspectos psicológicos en dermatología: evaluación de índices de ansiedad, depresión, stress y calidad de vida. Revista de Psicología da Vetor Editora, v. 7, nº 2, p. 69-76, Jul./Dez. 2006. Disponible en:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200009
- 37) Ponce Rodríguez MS. Características clínico epidemiológicas de pacientes con psoriasis en el Hospital Nacional "Luis N. Sáenz" de la Policía Nacional del Perú: octubre 2010 marzo 2011. Tesis de post grado para optar el título de especialista en dermatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012, Lima, Perú. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2535/1/Ponce_Rodriguez_Mayra_Shirley_2012.pdf
- 38) Díaz Egúez AE. Relación entre dermatitis seborreica y nivel de estrés en los pacientes adultos del centro de la piel (CEPI) de la ciudad de Quito. Tesis de Bachiller para alcanzar el título de médico cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2014, Quito, Ecuador. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7392/11.27.000989.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- 39) Antuña S, García E, González A, et al. Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2000. Vol. 12, Supl. nº 2, pp. 30-34. Disponible en:
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/27477/1/Psicothema.2000.12%28S.2%29.30-34.pdf>
- 40) Amorim C, Roustan G, Sirgo A. Evaluation of Anxiety in Chronic Dermatoses: Differences between Sexes. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2004, Vol. 38, Num. 1 pp. 105-114. Disponible en:
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03812.pdf>
- 41) Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HH, et al. Psychological Symptoms and Quality of Life of Dermatology Outpatients and Hospitalized Dermatology Patients. Acta

Dermato Venereologica, February 2004; 84: 205–212. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Robert_Zachariae/publication/8504641_Psychological_symptoms_and_quality_of_life_of_dermatology_outpatients_and_hospitalized_dermatology_patients/links/0912f5093b64109f5f000000.pdf

- 42) Golchai J, Khani SH, Heidarzadeh A, et al. Comparison of anxiety and depression in patients with acne vulgaris and healthy individuals. Indian Journal of Dermatology 2010, volume: 55, issue: 4, page: 352-354. Disponible en: <http://e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2010;volume=55;issue=4;spage=352;epage=354;aulast=Golchai>
- 43) Gottlieb, Dann. Comorbidities in Patients with Psoriasis. The American Journal of Medicine. December 2009. Volume 122, Issue 12, Pages 1150.e1–1150.e9. Disponible en: [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(09\)00684-6/abstract](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(09)00684-6/abstract)
- 44) Gupta AK, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. Volume 18, Issue 1, pages 13–26, January 2004. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2004.00693.x/full>

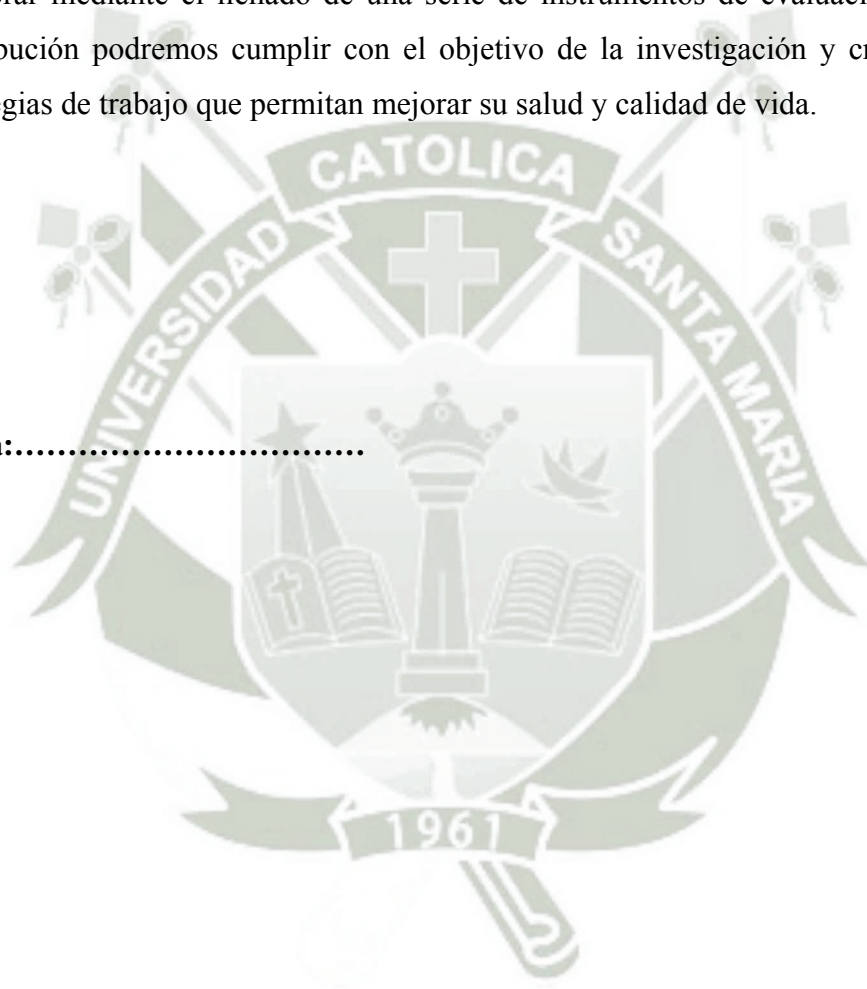




Anexo 1: Consentimiento Informado

Con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al servicio de dermatología del HRHDE, Arequipa, Perú, 2016, se desarrolla la siguiente investigación en la cual usted podrá colaborar mediante el llenado de una serie de instrumentos de evaluación. Con su contribución podremos cumplir con el objetivo de la investigación y crear futuras estrategias de trabajo que permitan mejorar su salud y calidad de vida.

Firma:.....



Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos

N° de DNI..... N° HCL:
Diagnóstico de patología dermatológica:
Tiempo de Enfermedad dermatológica:
Otras Enfermedades:
Edad:.....años. Sexo:.....
Procedencia:
Provincia: **Distrito:**

Grado de instrucción:

- Iltrado
- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Ninguno

Ocupación:

- Su casa / Ama de Casa
- Estudiante
- Desempleado
- Jubilado
- Empleado
- Independiente

Estado Civil:

- Soltero
- Conviviente
- Casado(a)
- Separado.
- Viudo.

Tratamiento psiquiátrico o psicológico recibido o recibe:

- Si
- No

Debido a:

.....

Anexo 3. Escala de Autoevaluación de ansiedad de Zung

Por favor lee minuciosamente cada una de las siguientes 20 preguntas marcando con una “X”, según la columna que mejor describa la frecuencia con la que se sintió o se comportó durante LA ÚLTIMA SEMANA.

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	PUNTOS
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) de lo normal.	1	2	3	4	
2	Me siento temeroso(a) sin razón alguna.	1	2	3	4	
3	Me enojo fácilmente o siento pánico.	1	2	3	4	
4	Me siento como que estoy desmoronándome o quebrándome.	1	2	3	4	
5	Siento que todo está bien y nada malo puede sucederme	4	3	2	1	
6	Siento que me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	
7	Siento dolor en el cuello, la cabeza o cintura.	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	
9	Me siento tranquilo(a) y puede permanecer en calma fácilmente.	4	3	2	1	
10	Puede sentir que me late muy rápido el corazón.	1	2	3	4	
11	Me he sentido últimamente mareado(a).	1	2	3	4	
12	Sufre de desmayos o siento que me voy a desmayar.	1	2	3	4	
13	Puedo respirar (inspirar y expirar) fácilmente	4	3	2	1	

14	He sentido hormigueo o se me adormecen las manos y pies.	1	2	3	4	
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4	
16	Voy a orinar con mayor frecuencia de lo normal.	1	2	3	4	
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.	4	3	2	1	
18	Me ruborizo o sonrojo (siento bochornos) con facilidad.	1	2	3	4	
19	Duermo bien y descanso con facilidad durante la noche.	4	3	2	1	
20	Tengo pesadillas.	1	2	3	4	
TOTAL DE PUNTOS						



Anexo 4. Índice de calidad de vida Dermatológica (DLQI)

El objetivo de este cuestionario es medir cuánto su problema de la piel ha afectado su vida diaria DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, marque en el casillero (☐) que corresponda a cada pregunta

- | | | | |
|----|--|--|--|
| 1. | Durante la última semana, ¿cuánto le pica o que tan sensible , adolorida o con escozor ha estado su piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada en absoluto | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 2. | Durante la última semana, ¿cuán avergonzado(a) o cohibido(a) ha estado usted debido a su piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada en absoluto | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 3. | Durante la última semana, ¿cuánto ha interferido su piel con que usted vaya de compras o cuide de su hogar o jardín ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada en absoluto
Sin importancia | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su piel en la ropa que se pone? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada en absoluto
Sin importancia | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿cuánto afectado su piel cualquier actividad social o de esparcimiento ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada en absoluto
Sin importancia | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿cuánto le ha dificultado su piel al hacer cualquier deporte ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada en absoluto
Sin importancia | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su piel trabajar o estudiar ? | Sí
No | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánto problema | Muchísimo
Mucho
Un poco | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-----|--|---|
| | ha significado su piel en el trabajo o para estudiar ? | Nada en absoluto <input type="checkbox"/>
Sin importancia <input type="checkbox"/> |
| 8. | Durante la última semana, ¿cuánto problema ha creado su piel con su pareja o con cualquiera de sus amigos cercanos o parientes ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada en absoluto <input type="checkbox"/>
Sin importancia <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿en qué medida su problema de la piel le ha ocasionado dificultades sexuales ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada en absoluto <input type="checkbox"/>
Sin importancia <input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha significado el tratamiento de su piel, por ejemplo causando desorden en su casa o quitándole tiempo? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada en absoluto <input type="checkbox"/>
Sin importancia <input type="checkbox"/> |

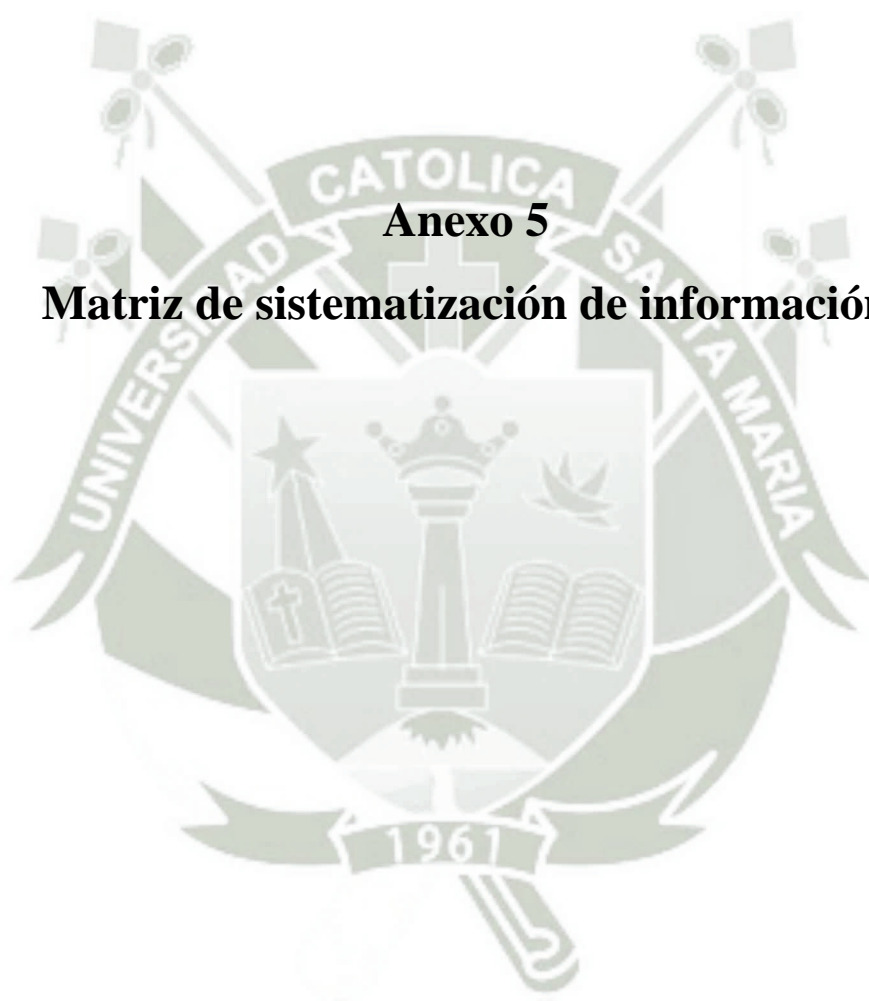
Puntuación:.....

Revise que ha respondido a CADA pregunta. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

© AY Finlay, GK Khan, Abril 1992, Esto no debe ser reproducido sin el permiso de los autores.

Anexo 5

Matriz de sistematización de información



Ficha N°	Edad	Sexo	Estado Civil	Grado de Instrucción	Ocupación	Distrito	Diagnostico Dermatológico	Tiempo de enfermedad Dermatológica	Tiempo de tratamiento Dermatológico	Otras Enfermedades	Tratamiento psiquiátrico o psicológico	Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung	Índice	DLQI	Puntuación
1	22	M	Soltero	Superior	Estudiante	C. Colorado	Tiña Pedis	3 años	Niega	Niega	Psicólogo	A. Mínima	56	Efecto Moderado	9
2	44	M	Casado	Primaria	Independiente	Yura	Balanopostitis	3 años	2 meses	Niega	No	A. Mínima	46	Efecto Moderado	7
3	26	F	Soltera	Superior	Su casa	Hunter	Urticaria	5 años	2 años	Niega	Psicólogo	A. Marcada	64	Efecto Muy Severo	24
4	30	M	Soltero	Superior	Empleado	Miraflores	Acné	2 meses	1 mes	Niega	No	A. Mínima	51	Efecto Mínimo	5
5	50	F	Soltero	Secundaria	Empleado	Socabaya	Urticaria	2 semanas	Niega	Artritis Reumatoide	No	A. Mínima	51	Efecto Mínimo	4
6	18	F	Conviviente	Secundaria	Su casa	Socabaya	Fibroma Blando	2 meses	Niega	Niega	No	A. Mínima	48	No Afecta	1
7	24	M	Soltero	Superior	Empleado	ASA	Escabiosis Nodular	1 mes	1 semana	Asma	Psicólogo	No hay ansiedad	36	Efecto Severo	11
8	45	M	Casado	Secundaria	Independiente	Huaynacochas	Rosácea	4 años	1 mes	Niega	No	No hay ansiedad	41	Efecto Severo	16
9	58	M	Conviviente	Secundaria	Independiente	Paucarpata	Vitiligo	8 años	7 años	HTA	Psicólogo	A. Mínima	50	Efecto Moderado	7
10	60	F	Conviviente	Iltrado	Su casa	JLB y R	Queratitis Actínica	1 año	Niega	Niega	No	A. Mínima	45	Efecto Mínimo	5
11	57	F	Casado	Superior	Empleado	Yanahuara	Siringoma	6 meses	4 meses	Artritis Reumatoide	No	A. Mínima	45	Efecto Mínimo	3
12	18	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	La Joya	Verruga Vulgar	6 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	59	Efecto Mínimo	5
13	47	F	Casado	Superior	Empleado	Socabaya	Lentigos Solares	1 año	Niega	Artrosis de Rodilla	No	A. Mínima	45	No Afecta	1
14	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Hunter	Acné	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	41	Efecto Mínimo	3
15	19	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Mrno Melgar	Liquen Estriado	2 años	Niega	Niega	Psicólogo	A. Mínima	45	Efecto Severo	13

16	60	F	Casado	Secundaria	Su casa	Socabaya	Tiña de las uñas	2 meses	Niega	Hipotiroidismo	No	No hay ansiedad	39	No Afecta	1
17	37	F	Conviviente	Secundaria	Su casa	C. Colorado	Verruga Plantar	5 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	50	Efecto Moderado	8
18	47	M	Soltero	Superior	Independiente	C. Colorado	Psoriasis	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Severo	12
19	36	F	Soltero	Superior	Empleado	Mrno Melgar	Dermatitis Purpúrica	1 mes	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	35	Efecto Mínimo	3
20	27	F	Soltero	Superior	Estudiante	Mrno Melgar	Alopecia Areata	1 mes	1 semana	Niega	Psiquiatra	A. Mínima	50	Efecto Mínimo	4
21	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	C. Colorado	Nódulos Interfalángicos	4 años	1 mes	Niega	No	No hay ansiedad	30	Efecto Moderado	9
22	64	M	Casado	Secundaria	Su casa	Paucarpata	Melanoma Maligno	7 meses	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Moderado	6
23	21	M	Soltero	Superior	Estudiante	Cercado	Acné Vulgar	1 año	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	36	Efecto Mínimo	2
24	18	F	Soltero	Superior	Estudiante	Cercado	Acné Vulgar	2 meses	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	36	Efecto Mínimo	3
25	18	M	Soltero	Superior	Estudiante	Socabaya	Vitiligo	2 años	Niega	Mal de Pott	No	A. Mínima	56	Efecto Moderado	8
26	43	F	Soltero	Secundaria	Independiente	Socabaya	Tumor Benigno de la cabeza	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	41	Efecto Moderado	10
27	41	M	Conviviente	Superior	Empleado	Socabaya	Herpes Zoster	3 meses	1 semana	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	38	Efecto Severo	15
28	49	M	Casado	Superior	Empleado	Mrno Melgar	Vitiligo	1 año	9 meses	Hipertiroidismo	Psicólogo	A. Mínima	56	Efecto Mínimo	5
29	38	F	Soltero	Superior	Empleado	C. Colorado	Tiña Pedis	1 mes	Niega	LES	Psiquiatra/ Psicólogo	A. Mínima	59	Efecto Moderado	9
30	18	F	Soltero	Superior	Estudiante	Tiabaya	Nevos Melanocítico	1 mes	Niega	Niega	Psicólogo	A. Mínima	48	No afecta	0
31	26	F	Soltero	Superior	Empleado	ASA	Acné	1 año	Niega	Niega	Psicólogo	A. Mínima	45	Efecto Severo	11
32	46	F	Soltero	Secundaria	Su casa	ASA	Purpura Alérgica	1 año	4 meses	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	29	Efecto Mínimo	2

33	25	F	Casado	Secundaria	Su casa	Yarabamba	Eritema Nodoso	2 semanas	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	40	Efecto Moderado	6
34	65	F	Casado	Primaria	Su casa	Achoma	Pénfigo Vulgar	2 años	1 año	Niega	No	A. Marcada o Severa	64	Efecto Severo	11
35	29	F	Soltero	Superior	Independiente	Paucarpata	Acné	Niega	15 días	Ovario Poli quístico/ Depresión	Psiquiatra	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	5
36	36	F	Soltero	Superior	Empleado	C. Colorado	Acné	5 años	1 año	Niega	No	No hay ansiedad	43	No Afecta	0
37	27	F	Casado	Secundaria	Su casa	Hunter	Verruga Vulgar	Niega	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	40	Efecto Moderado	8
38	38	F	Conviviente	Secundaria	Su casa	JLB y R	Rosácea	8 años	8 años	Niega	No	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	2
39	32	F	Casado	Secundaria	Su casa	Cayma	Hipomelanosis Guttata	1 año	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	41	Efecto Mínimo	2
40	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Hunter	Acné Severo	3 años	9 meses	Niega	No	No hay ansiedad	33	Efecto Severo	12
41	46	F	Soltero	Secundaria	Su casa	Tiabaya	Fibroma Blando	20 años	1 mes	Artritis Reumatoide	No	No hay ansiedad	34	Efecto Mínimo	2
42	75	F	Viudo	Primaria	Independiente	Socabaya	Queratitis Actínica	1 año y 6 meses	1 mes	Artrosis	No	A. Mínima	49	No Afecta	0
43	28	F	Conviviente	Superior	Estudiante	C. Colorado	Acné Vulgar	10 años	1 año y 6 meses	Niega	No	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	4
44	30	M	Casado	Superior	Empleado	Cayma	Verruga Plana	6 meses	1 mes	Niega	No	A. Mínima	51	Efecto Moderado	10
45	28	M	Soltero	Superior	Independiente	Hunter	Verruga Vulgar	2 años	6 meses	Niega	No	No hay ansiedad	33	No Afecta	1
46	31	F	Soltero	Superior	Empleado	C. Colorado	Tiña Pedis	5 años	1 mes	Gastritis Crónica	No	A. Mínima	51	Efecto Severo	11
47	38	F	Casado	Superior	Empleado	C. Colorado	Acné Tardío	2 años	Niega	Niega	Psiquiatra/ Psicólogo	No hay ansiedad	40	No Afecta	1
48	36	F	Conviviente	Superior	Su casa	Paucarpata	Vitiligo	4 meses	1 mes	Niega	No	No hay ansiedad	38	Efecto Mínimo	2

49	23	F	Soltero	Superior	Estudiante	C. Colorado	Acné	1 año	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Moderado	6
50	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	C. Colorado	Acné	2 años	7 meses	Niega	No	No hay ansiedad	41	No Afecta	1
51	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	JLB y R	Acné	5 años	1 años	Niega	No	A. Mínima	53	No Afecta	1
52	78	F	Viudo	Ninguno	Su casa	Paucarpata	Urticaria Crónica	10 años	2 meses	Niega	No	A. Mínima	53	Efecto Severo	16
53	62	M	Casado	Secundaria	Independiente	Miraflores	Herpes Zoster	2 semanas	1 semana	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	41	Efecto Moderado	10
54	31	F	Soltera	Superior	Empleado	ASA	Cicatriz Queloide	1 mes	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	40	Efecto Moderado	9
55	46	F	Casado	Secundaria	Su casa	Socabaya	Dermatitis de Contacto	1 semana	Niega	IRC	No	A. Mínima	55	Efecto Mínimo	4
56	88	F	Casado	Ninguno	Su casa	ASA	Queratosis Seborreica	8 años	Niega	Artritis Reumatoide	No	A. Mínima	54	Efecto Mínimo	5
57	22	F	Soltera	Superior	Independiente	ASA	Verruga Plana	2 años	1 mes	Niega	Psicólogo	A. Mínima	48	Efecto Mínimo	1
58	18	F	Soltera	Secundaria	Estudiante	Chuquibamba	Nevó de Bequer	3 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	25	No Afecta	0
59	29	M	Soltero	Secundaria	Empleado	Paucarpata	Vitiligo	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	44	Efecto Mínimo	5
60	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	JLB y R	Dermatitis Seborreica	1 año	6 meses	Niega	Psicólogo	A. Mínima	59	Efecto Moderado	8
61	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	Paucarpata	Acné	5 años	2 años	Niega	Psicólogo	A. Mínima	48	No Afecta	0
62	32	F	Soltera	Superior	Su casa	Cercado	Acné Leve	1 año	3 meses	Niega	No	No hay ansiedad	38	Efecto Mínimo	2
63	74	F	Viudo	Primaria	Su casa	Paucarpata	Dermatitis Seborreica	6 meses	Niega	HTA	No	A. Mínima	50	Efecto Moderado	8
64	36	F	Soltero	Superior	Independiente	C. Colorado	Dermatitis Seborreica	6 meses	1 mes	Niega	No	No hay ansiedad	34	No Afecta	1
65	21	M	Soltero	Superior	Estudiante	Cercado	Vitiligo	2 años	1 año	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Moderado	10

66	53	F	Casado	Secundaria	Su casa	Paucarpata	Rosácea	9 meses	7 meses	Niega	Psiquiatra/ Psicólogo	A. Mínima	48	Efecto Severo	13
67	55	M	Casado	Superior	Independiente	Miraflores	Tiña Corporis	2 meses	20 días	Niega	No	A. Mínima	49	Efecto Moderado	8
68	27	F	Soltero	Superior	Empleado	Tiabaya	Acné Vulgaris	3 años	Niega	Anorexia/ Bulimia	Psiquiatra/ Psicólogo	A. Mínima	56	Efecto Severo	14
69	65	M	Soltero	Superior	Desempleado	Paucarpata	Seborrea Capitis	20 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	45	Efecto Severo	15
70	65	M	Soltero	Superior	Independiente	Sachaca	Prurito Metabólico	3 meses	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	31	No Afecta	0
71	20	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	ASA	Tiña Pedis	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	31	Efecto Moderado	9
72	18	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Cercado	Dermatomiosistis	6 meses	Niega	Niega	No	A. Marcada o Severa	63	Efecto Severo	11
73	64	M	Casado	Superior	Independiente	C. Colorado	Vitiligo	1 año	Niega	HTA	No	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	2
74	18	M	Soltero	Superior	Estudiante	Paucarpata	Acné Conglobado	1 año	2 meses	Niega	No	A. Mínima	48	Efecto Moderado	8
75	21	M	Soltero	Superior	Estudiante	C. Colorado	Acné Severo	5 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Mínimo	3
76	28	F	Soltero	Superior	Empleado	Socabaya	Acné Tardío	1 año	Niega	Gastritis Crónica	No	A. Mínima	54	Efecto Moderado	8
77	31	M	Soltero	Secundaria	Independiente	Sachaca	Acné Severo	2 años	8 meses	Niega	No	A. Mínima	58	Efecto Severo	17
78	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	JLB y R	Acné Vulgar	6 meses	1 mes	Niega	Psicólogo	A. Mínima	50	Efecto Severo	14
79	23	M	Soltero	Superior	Estudiante	Paucarpata	Acné Vulgar	6 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	34	Efecto Mínimo	3
80	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	Paucarpata	Acné	1 año	Niega	Niega	Psiquiatra/ Psicólogo	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	5
81	18	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Sachaca	Nevos Melanocítico	1 año	Niega	Niega	No	A. Mínima	46	No Afecta	1

82	26	F	Soltero	Superior	Independiente	JLB y R	Verruga Plana	6 años	Niega	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	40	Efecto Mínimo	2
83	28	M	Soltero	Secundaria	Independiente	Socabaya	Acné	1 año	Niega	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	41	Efecto Mínimo	5
84	25	F	Soltero	Superior	Independiente	JLB y R	Acné	5 años	1 mes	Niega	No	No hay ansiedad	44	No Afecta	1
85	18	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Paucarpata	Acné	2 meses	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	40	No Afecta	1
86	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Tiabaya	Verruga Plana	1 año	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	44	No Afecta	1
87	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Mrno Melgar	Nevos Melanocítico	3 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	39	Efecto Mínimo	3
88	20	F	Soltero	Superior	Estudiante	Hunter	Verruga Plana	5 años	1 mes	Niega	No	A. Mínima	53	Efecto Moderado	9
89	45	F	Casado	Superior	Su casa	Miraflores	Trastorno de la pigmentación NE	7 años	1 año	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	40	Efecto Mínimo	3
90	57	M	Conviviente	Secundaria	Independiente	ASA	Psoriasis	7 años	6 años	Epilepsia	No	A. Marcada o severa	64	Efecto Muy Severo	24
91	20	F	Casado	Superior	Independiente	JLB y R	Liquen Simple Crónico	6 meses	Niega	Niega	Psicólogo	A. Grado Máximo	75	Efecto Severo	19
92	38	F	Soltero	Secundaria	Su casa	Sachaca	Dermatitis de Contacto	1 año	1 mes	Gastritis Crónica	Psicólogo	A. Marcada o severa	71	Efecto Severo	18
93	27	F	Soltero	Superior	Empleado	Socabaya	Acné Tardío	6 años	2 años	Gastritis Crónica	Psicólogo	A. Mínima	48	Efecto Moderado	8
94	21	F	Soltero	Superior	Estudiante	Yura	Liquen Simple Crónico	6 meses	1 semana	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Severo	17
95	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	Hunter	Alopecia Areata	6 meses	2 meses	Niega	Psicólogo	A. Mínima	49	Efecto Mínimo	4
96	18	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Socabaya	Vitiligo	7 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	44	Efecto Mínimo	4

97	18	M	Soltero	Superior	Estudiante	Socabaya	Verruga Vulgar	6 meses	2 meses	Niega	No	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	2
98	19	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Sabandia	Verruga Vulgar	1 mes	Niega	Niega	Psicólogo	A. Mínima	51	Efecto Mínimo	4
99	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Paucarpata	Liquen Simple Crónico	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	44	Efecto Severo	11
100	70	F	Casado	Superior	Su casa	Mrno Melgar	Queratosis Seborreica	5 años	2 meses	Glaucoma	No	No hay ansiedad	41	Efecto Moderado	8
101	61	M	Casado	Superior	Independiente	JLB y R	Hemangioma	1 año	Niega	HBP	No	A. Mínima	58	Efecto Severo	16
102	31	M	Soltero	Superior	Empleado	JLB y R	Tiña de cuero cabelludo	1 año	2 meses	Niega	Psiquiatra/ Psicólogo	No hay ansiedad	39	Efecto Moderado	6
103	18	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Miraflores	Nevó Lipomatoso	1 mes	Niega	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	44	Efecto Moderado	7
104	57	M	Casado	Superior	Independiente	Socabaya	Balanitis Candidiásica	1 semana	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	34	Efecto Mínimo	5
105	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	C. Colorado	Nevó de Bequer	3 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	41	No Afecta	0
106	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Cayma	Acné	1 año	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	35	Efecto Moderado	10
107	66	F	Casado	Ninguno	Su casa	Paucarpata	Fibroma Blando	6 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	51	Efecto Moderado	10
108	26	F	Soltero	Secundaria	Empleado	JLB y R	Nevos Melanocítico	5 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	48	Efecto Moderado	6
109	20	M	Soltero	Superior	Estudiante	JLB y R	Quiste Folicular	1 año y 6 meses	2 semanas	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	44	Efecto Mínimo	2
110	77	M	Separado	Superior	Jubilado	Cayma	Queratosis Actínica	10 años	2 años	Niega	No	A. Mínima	50	No Afecta	0
111	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Paucarpata	Cicatriz Queloide	3 años	Niega	Niega	Psiquiatra/ Psicólogo	A. Mínima	45	Efecto Mínimo	5
112	52	F	Casado	Secundaria	Su casa	JLB y R	Queratosis Seborreica	2 años	Niega	Gastritis Crónica	Psicólogo	A. Mínima	45	Efecto Mínimo	2
113	29	F	Casada	Secundaria	Empleado	C. Colorado	Verruga Vulgar	6 meses	2 meses	Niega	No	No hay ansiedad	30	No Afecta	0

114	39	F	Soltero	Secundaria	Su casa	Paucarpata	Nevus de Spitz	1 año	4 meses	Niega	No	No hay ansiedad	34	No Afecta	0
115	35	M	Conviviente	Secundaria	Independiente	Paucarpata	Varicela	1 semana	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	30	Efecto Mínimo	5
116	20	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Miraflores	Acné Severo	3 años	3 meses	Niega	No	No hay ansiedad	36	No afecta	0
117	60	F	Casado	Primaria	Su casa	C. Colorado	Queratosis Seborreica	1 año	2 meses	Niega	No	A. Mínima	49	Efecto Moderado	10
118	21	M	Soltero	Superior	Estudiante	C. Colorado	Cicatriz Queloide	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Moderado	6
119	19	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	La Joya	Acné	6 años	1 año	Niega	No	A. Mínima	45	Efecto Mínimo	4
120	29	M	Conviviente	Secundaria	Empleado	La Joya	Tiña Pedis	1 año	Niega	Niega	No	A. Mínima	58	Efecto Moderado	9
121	20	F	Soltera	Superior	Estudiante	Cayma	Verruga Vulgar	2 años	1 mes	Niega	No	A. Mínima	55	Efecto Moderado	10
122	63	M	Casado	Primaria	Independiente	Mrno Melgar	Rosácea	3 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	51	Efecto Mínimo	2
123	25	M	Soltero	Superior	Estudiante	C. Colorado	Escabiosis Nodular	6 meses	1 mes	Niega	Psicólogo	A. Mínima	54	Efecto Severo	19
124	62	M	Conviviente	Primaria	Empleado	Hunter	Liquen Plano	3 años	1 año	Niega	No	A. Mínima	49	Efecto Mínimo	5
125	38	F	Conviviente	Secundaria	Empleado	Cercado	Queilitis Actínica	1 año	Niega	Niega	No	A. Mínima	51	Efecto Severo	15
126	21	F	Soltera	Secundaria	Estudiante	Mrno Melgar	Verruga Vulgar	2 años	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	38	Efecto Moderado	10
127	57	F	Casada	Secundaria	Su casa	Cayma	Dermatitis Seborreica	5 años	1 año	HTA	No	A. Mínima	51	Efecto Moderado	8
128	25	M	Casado	Superior	Empleado	JLB y R	Queilitis Actínica	2 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	55	Efecto Moderado	9
129	18	M	Soltero	Superior	Estudiante	Socabaya	Acné	3 años	1 año	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	43	No Afecta	0
130	55	M	Conviviente	Superior	Empleado	Socabaya	Liquen Simple Crónico	5 años	1 año	Niega	No	No hay ansiedad	41	No Afecta	1

131	26	M	Soltero	Superior	Empleado	Cercado	Foliculitis del cuero cabelludo	6 meses	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	39	Efecto Mínimo	4
132	45	F	Casada	Superior	Empleado	Paucarpata	Verruga Plantar	1 año	Niega	Niega	No	A. Mínima	51	No Afecta	0
133	24	M	Soltero	Superior	Empleado	Paucarpata	Liquen Simple Crónico	1 año	1 mes	Niega	No	No hay ansiedad	40	Efecto Mínimo	2
134	76	M	Casado	Ninguno	Independiente	Hunter	Dermatitis Atópica	1 mes	Niega	Artritis Reumatoide	No	No hay ansiedad	34	Efecto Mínimo	4
135	18	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Cercado	Nevó Sebáceo	1 mes	Niega	Niega	Niega	A. Mínima	56	Efecto Severo	18
136	40	M	Conviviente	Secundaria	Empleado	Tiabaya	Psoriasis	6 años	3 años	Niega	No	A. Marcada o severa	70	Efecto Muy Severo	25
137	21	M	Soltero	Superior	Estudiante	Cercado	Verruga Vulgar	1 año	Niega	Niega	Psicólogo	A. Mínima	50	No Afecta	1
138	46	F	Conviviente	Secundaria	Empleado	Hunter	Nevó Epidérmico	2 meses	Niega	Niega	No	A. Mínima	53	No Afecta	1
139	26	F	Soltero	Superior	Estudiante	Sachaca	Dermatitis Seborreica	6 meses	Niega	Niega	Psicólogo	A. Mínima	49	Efecto Severo	12
140	23	M	Soltero	Superior	Estudiante	Cercado	Verruga Vulgar	1 año	1 mes	Niega	No	No hay ansiedad	36	Efecto Moderado	8
141	35	F	Casado	Superior	Empleado	Tiabaya	Melasma	4 meses	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	41	Efecto Mínimo	4
142	22	F	Soltero	Superior	Estudiante	Paucarpata	Acné	4 años	1 año	Niega	Psiquiatra	A. Mínima	54	Efecto Severo	16
143	18	M	Soltero	Superior	Estudiante	Characato	Acné Conglobado	5 años	1 año	Niega	No	No hay ansiedad	38	Efecto Moderado	8
144	23	F	Conviviente	Superior	Empleado	Tiabaya	Dermatitis Atópica	1 semana	Niega	Niega	No	A. Marcada o severa	64	Efecto Muy Severo	22
145	62	F	Casada	Superior	Empleado	Cercado	Psoriasis Vulgar	7 años	1 año	Niega	No	A. Mínima	51	Efecto Mínimo	2
146	18	M	Soltero	Secundaria	Empleado	C. Colorado	Enfermedad de Darier	10 años	1 año	Niega	Psiquiatra	A. Mínima	54	Efecto Mínimo	5

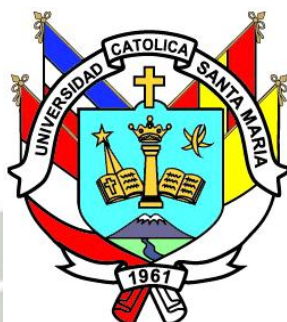
147	69	M	Casado	Superior	Jubilado	Mrno Melgar	Dermatitis de Estasis	1 año	Niega	Varices	No	No hay ansiedad	44	Efecto Mínimo	4
148	40	F	Casada	Superior	Su casa	Mrno Melgar	Dermatitis Seborreica	3 años	6 meses	Niega	No	No hay ansiedad	39	Efecto Moderado	7
149	57	F	Casada	Primaria	Su casa	Paucarpata	Enf. por arañazo de Gato	1 semana	Niega	D. M tipo 2	No	A. Mínima	51	Efecto Moderado	8
150	72	F	Casada	Ninguno	Su casa	Paucarpata	Cicatrices por quemadura	4 años	Niega	Niega	No	A. Marcada o Severa	66	Efecto Severo	16
151	36	F	Casada	Superior	Empleado	C. Colorado	Neurofibromatosis tipo I	1 año	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	41	Efecto Mínimo	3
152	25	M	Soltero	Superior	Estudiante	C. Colorado	Acné Vulgar	6 años	2 años	Niega	No	A. Mínima	55	Efecto Moderado	6
153	20	M	Soltero	Superior	Estudiante	Socabaya	Alopecia Areata	2 años	Niega	Niega	Psicólogo		70	Efecto Mínimo	5
154	63	F	Casada	Secundaria	Su casa	Cercado	Psoriasis	10 años	2 años	Niega	No	A. Marcada o Severa	68	Efecto Moderado	10
155	60	F	Casada	Primaria	Su casa	Sabandia	Nevó Melanocítico	1 semana	No	Niega	No	No hay ansiedad	40	No Afecta	0
156	20	F	Soltera	Superior	Estudiante	Paucarpata	Liquen Plano	4 años	No	Niega	Psicólogo	A. Marcada o Severa	60	Efecto Severo	13
157	46	F	Casada	Secundaria	Su casa	Hunter	Xerosis Cutis	20 años	Niega	Artritis Reumatoide/HTA	No	A. Marcada o Severa	61	Efecto Severo	14
158	18	F	Soltera	Superior	Estudiante	Miraflores	Acné	8 meses	7 meses	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	39	No Afecta	0
159	50	F	Casada	Superior	Su casa	Miraflores	Tiña Pedis	2 semanas	Niega	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	40	Efecto Mínimo	3
160	21	F	Soltera	Superior	Estudiante	Cercado	Verruga Vulgar	7 meses	Niega	Niega	No	A. Mínima	37	Efecto Mínimo	5
161	47	M	Soltero	Secundaria	Empleado	Pedregal	Dermatitis Medicamentosa	8 meses	1 mes	Artritis Reumatoide	No	No hay ansiedad	33	Efecto Mínimo	3

162	65	M	Conviviente	Superior	Independiente	Cercado	Neuralgia post Herpes Zoster	7 meses	7 meses	Escabiosis	No	A. Mínima	50	Efecto Moderado	9
163	18	F	Soltera	Superior	Estudiante	Yanahuara	Acné Vulgar	6 meses	1 mes	Asma	Psicólogo	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	2
164	18	F	Soltera	Secundaria	Estudiante	Hunter	Tricotilomanía	2 meses	Niega	Niega	No	A. Mínima	36	Efecto Moderado	6
165	21	M	Soltero	Superior	Estudiante	Cercado	Cicatriz Hipertrófica	4 meses	1 mes	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	26	Efecto Mínimo	3
166	73	F	Viudo	Primaria	Su casa	ASA	Tumor Maligno de la piel	1 año	2 meses	D.M tipo 2	No	A. Mínima	50	Efecto Severo	14
167	66	M	Casado	Superior	Independiente	Cotahuasi	Queratitis Actínica	10 años	5 años	Niega	No	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	5
168	28	F	Soltero	Superior	Empleado	Hunter	Rosácea	10 años	2 años	Niega	No	A. Mínima	48	Efecto Moderado	7
169	30	F	Casada	Superior	Su casa	JLB y R	Queratosis Seborreica	1 año	Niega	Niega	Psicólogo	A. Marcada o Severa	66	Efecto Muy Severo	24
170	72	F	Casada	Primaria	Su casa	ASA	Neuralgia post Herpes Zoster	1 año	Niega	Artritis Reumatoide	No	A. Mínima	54	Efecto Severo	11
171	19	M	Soltero	Superior	Estudiante	Cayma	Cicatriz Queloide	1 año	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	44	Efecto Mínimo	5
172	35	F	Soltero	Superior	Empleado	Socabaya	Acné Tardío	4 años	2 meses	Niega	Psicólogo	A. Mínima	45	Efecto Mínimo	5
173	19	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Cayma	Herpes Zoster	1 mes	Niega	Niega	No	No hay ansiedad	43	Efecto Mínimo	5
174	41	F	Conviviente	Secundaria	Independiente	Chivay	Pénfigo Vulgar	1 año y 6 meses	Niega	Niega	No	A. Mínima	49	Efecto Mínimo	5
175	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Miraflores	Acné Pápulopustuloso	2 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	46	Efecto Mínimo	2
176	19	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Cayma	Acné	1 año	Niega	Niega	No	A. Marcada o Severa	60	Efecto Severo	12
177	19	F	Soltero	Superior	Estudiante	Mrno Melgar	Verruga Vulgar	4 años	7 meses	Niega	No	A. Mínima	51	No Afecta	1

178	62	M	Casado	Superior	Empleado	Cayma	Psoriasis	5 años	1 año	Niega	No	A. Mínima	45	Efecto Severo	14
179	28	F	Conviviente	Superior	Su casa	Cayma	Rosácea	6 meses	1 semana	Niega	No	A. Mínima	56	Efecto Muy Severo	22
180	20	M	Soltero	Superior	Estudiante	Cercado	Verruga Vulgar	2 años	6 meses	Niega	No	A. Mínima	45	Efecto Mínimo	2
181	39	F	Casada	Superior	Independiente	Cercado	Acné Pápulopustuloso	10 años	4 años	Gastritis Crónica	Psicólogo	No hay ansiedad	36	Efecto Mínimo	5
182	18	M	Soltero	Secundaria	Estudiante	Paucarpata	Acné Pápulopustuloso	1 año	1 mes	Niega	No	A. Marcada o Severa	63	Efecto Moderado	9
183	21	F	Soltero	Secundaria	Estudiante	Yura	Verruga Vulgar	3 meses	Niega	Niega	No	A. Mínima	46	Efecto Moderado	8
184	61	F	Casada	Primaria	Su casa	C. Colorado	Dermatitis de Contacto	2 semanas	Niega	Artritis Reumatoide	No	A. Mínima	49	Efecto Mínimo	3
185	28	M	Soltero	Superior	Empleado	Socabaya	Acné	1 año	Niega	Gastritis Crónica	No	A. Mínima	48	Efecto Mínimo	4
186	29	F	Casada	Superior	Empleado	Cayma	Acné	2 años	Niega	Niega	No	A. Mínima	58	Efecto Mínimo	4
187	23	F	Soltero	Superior	Estudiante	Socabaya	Verruga Vulgar	2 años	3 meses	Niega	Psicólogo	No hay ansiedad	41	Efecto Mínimo	5
188	53	F	Casada	Secundaria	Su casa	Paucarpata	Psoriasis	6 años	1 año	Niega	Psiquiatra/ Psicólogo	No hay ansiedad	39	Efecto Moderado	9
189	28	F	Soltera	Superior	Empleado	C. Colorado	Dermatitis Atópica	1 año	Niega	Asma	No	A. Marcada o Severa	61	Efecto Moderado	9
190	55	M	Conviviente	Secundaria	Independiente	Paucarpata	Vitiligo	7 años	1 año	Niega	No	A. Marcada o Severa	64	Efecto Moderado	10



Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS:

“ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERU, 2016”

Autor: Claudia Mariana Chávez Paredes

Asesor:

Dr. Ricardo J. Ibáñez Barreda

Arequipa - Perú

2016

I. PREÁMBULO

La interacción de mente y piel provocan cambios tanto en uno como el otro, tanto así que esta conexión a veces es causante o perjudicial en la otra. Como sabemos la psiquiatría está basado en lo “interno” en la enfermedad no visible, mientras que la dermatología en lo “externo” en la enfermedad visible, así mismo hay una interacción compleja entre el sistema neuroendocrino e inmunitario; esta interacción entre sistema nervioso, inmunitario y piel y anexos, ya es conocida y expuesta en varios trabajos.

Es por eso que en bastantes casos de pacientes que acuden a consultorio de dermatología hay generalmente un trasfondo psiquiátrico debido a diversos problemas emocionales como la vergüenza, la baja autoestima y la pobre imagen personal; por lo tanto el médico tratante de la patología dermatológica no solo debe actuar por sí solo, sino también en conjunto con otras especialidades, ya que muchas enfermedades dermatológicas crónicas dependen de alguna u otra manera de factores psicológicos, sociales, demográficos, rasgos de personalidad, situaciones de la vida diaria, familia y cultura.

Los pacientes con trastornos psicocutáneos con frecuencia se resisten a la derivación psiquiátrica, y es por eso que el enlace entre los médicos de atención primaria, psiquiatras, y dermatólogos puede resultar muy útil en el tratamiento de estas condiciones. Es por lo tanto que durante mis años de estudio, especialmente en mis prácticas clínicas pude observar cierta asociación entre la patología dermatológica y psiquiátrica, y como estas no permitían el manejo adecuado del paciente, para su desarrollo pleno en la vida diaria.

Así también porque a nivel local no se cuenta con muchos estudios de la patología dermatológica que brinden información tanto del nivel de ansiedad y su relación con la calidad de vida, así también de las características clínicas y epidemiológicas que puedan servir como estadística; a nivel nacional se cuenta con estudios pero de ciertas patologías predominantemente aquellas consideradas trastornos psicocutáneos; e internacionalmente los trabajos que se encuentran son de 6 a 8 años de antigüedad. Es por tal razón que decidí plantear y elegir a la patología dermatológica que aqueja a nuestra población, enfocándome en la ansiedad, y como esta afecta la calidad de vida del paciente dermatológico.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

ESTABLECER EL NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERU, 2016

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Psiquiatría – Dermatología
- **Línea:** Ansiedad – Calidad de Vida

b) Análisis u Operalización de Variables

	Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variable Independiente	ANSIEDAD	Ítems del test de Zung	Apreciación: - No hay ansiedad presente. - Ansiedad mínima - Ansiedad marcada o severa - Ansiedad en grado máximo	Ordinal/Cualitativa
Variable Dependiente	CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA	Índice de Calidad de Vida en Dermatológica	Apreciación: - No afecta. - Efecto mínimo - Efecto moderado. - Efecto severo. - Efecto muy severo.	Ordinal/Cualitativa
Variables Intervinientes	PATOLOGIA DERMATOLOGICA	Historia Clínica del paciente que asiste a consultorio de Dermatología	Entre las principales tenemos: - Acné - Dermatitis Seborreica - Psoriasis - Vitíligo - Urticaria, etc.	Nominal
	TIEMPO DE ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido desde la aparición de síntomas y/o signos dermatológicos	Meses o años	De razón
	TIEMPO DE TRATAMIENTO	Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento dermatológico referido por el paciente	Meses o años	De razón
		Según responda	Entre las principales tenemos: - Hipertensión Arterial	Nominal

	COMORBILIDADES U OTRAS ENFERMEDADES	paciente a la ficha de recolección de datos	- Diabetes Mellitus tipo 2 - Asma - Artritis Reumatoide - Hipertiroidismo o hipotiroidismo, etc.	
	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLOGICO	Según responda paciente a la ficha de recolección	Sea psiquiatra o psicólogo u otros: - Si - No	Nominal
	EDAD	Años Cumplidos	Años	Cuantitativa
	SEXO	Género al que pertenece la persona	Femenino o masculino	Cualitativa
	ESTADO CIVIL	Estado Declarado	- Soltero - Conviviente - Casado - Separado - Viudo	Nominal
	PROCEDENCIA	Nombre del distrito	Uno de los 109 distritos del departamento de Arequipa.	Nominal
	NIVEL EDUCACIONAL	Ultimo año de estudios alcanzado por el paciente	- Iltrado - Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal
	OCUPACION	Ocupación que realiza la persona diariamente	- Su casa / Ama de Casa - Estudiante - Desempleado - Jubilado - Empleado - Independiente	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Existe relación entre los niveles de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes que acuden al servicio de dermatología según la escala de autoevaluación para la ansiedad de Zung?
3. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al servicio de dermatología según el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI)?
4. ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016?

d) Tipo de investigación:

De campo

e) Nivel de Investigación:

Observacional

Transversal

Analítico

1.3. Justificación del problema

- a) Es habitual en la práctica dermatológica observar patología psiquiátrica asociada, pero es la patología psiquiátrica una causa, una consecuencia o simplemente un hallazgo accidental. Por lo tanto mediante este trabajo se busca aportar más al conocimiento científico sobre esta relación entre estas dos ramas médicas, y saber sobre el impacto que generan en la calidad de vida del paciente.

- b) Por lo tanto mediante este estudio nos permitirá establecer, un trabajo conjunto entre los médicos tratantes, psiquiatras y dermatólogos, que nos permitirá no solo un buen diagnóstico, sino también la prevención y manejo terapéutico a través de nuevas estrategias para el tratamiento óptimo del paciente, y pueda desarrollarse plenamente en la vida diaria.
- c) La factibilidad de realizar este trabajo es muy amplia encontrándose diversos instrumentos de estudio validados para su aplicación y además para su análisis estadístico, además de que en consultorio externo se cuenta con una gran cantidad de pacientes. Este trabajo por ende permite alentar la investigación y contribuye a desarrollar el conocimiento científico que nos permita salvaguardar la salud de la población, lo cual está plenamente justificado
- d) Este estudio presenta actualidad ya que en nuestro localidad no se cuenta con estudios sobre el tema en cuestión, además nos permitirá también establecer la características epidemiológicas y clínicas de los pacientes dermatológicos y así poderlos compararlos con otras poblaciones; y en cuanto a nivel nacional no se han realizado muchos estudios, tomando en conjunto la patología dermatológica, tan solo se han realizado estudios de algunas de las patologías dermatológicas que usualmente tienen una base psicológica, pero no el conjunto, o los diversos pacientes que visitan consultorio externo de dermatología.
- e) No se aplicará ningún procedimiento invasivo, solo se realizará encuestas, las cuales serán anónimas, dando previa información al paciente de este estudio, y este dando su consentimiento para el estudio. El estudio no plantea problemas éticos ni morales.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 ANSIEDAD:

2.1.1 DEFINICION: La ansiedad es una emoción universal que nos prepara para responder mejor ante demandas externas o internas, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos como dolor de cabeza, sudoración, palpitaciones, opresión en el pecho, malestar estomacal leve, y la inquietud, indicada por la incapacidad para sentarse o permanecer de pie por mucho tiempo. Esta particularidad de síntomas presentes durante la ansiedad tiende a variar entre las personas. Por lo tanto es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza, por lo tanto debe considerarse como un fenómeno normal y adaptativo, ya que es una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica²⁻³⁻⁴.

La ansiedad patológica puede reconocerse cuando los síntomas generan sufrimiento o discapacidad, afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual; ya sea por su excesiva intensidad o por la ausencia de un estímulo identificable para el cual sirva de mecanismo de adaptación. La ansiedad puede presentarse como síntoma, asociado a la mayor parte de la patología médica o psiquiátrica, o bien se configura como la manifestación central de un grupo de trastornos emocionales²⁻³⁻⁴.

Los trastornos de ansiedad se asocian con una morbilidad significativa y, a menudo son crónicos y resistentes al tratamiento. Los trastornos de ansiedad pueden ser vistos como una familia de trastornos mentales relacionados pero distintos, que incluyen: el trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, el trastorno de ansiedad social o fobia, y el trastorno de ansiedad generalizada⁴.

2.1.2 ETIOLOGIA DE LA ANSIEDAD

A) Base Genética: Los estudios genéticos poseen evidencia de que al menos algún componente genético contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad. La herencia se ha reconocido como un factor de predisposición al desarrollo de trastornos de ansiedad. Casi la mitad de todos los pacientes con trastorno de pánico tienen al menos un familiar afectado. Las cifras de otros trastornos de ansiedad, aunque no son tan altas, indican una mayor frecuencia de la enfermedad en familiares de primer grado de pacientes afectados, que en los familiares de personas no afectadas. Además los registros sobre estudios en gemelos también apoyan la hipótesis de que los trastornos de ansiedad son, al menos parcialmente determinados genéticamente. Claramente, existe un vínculo entre la genética y los trastornos de ansiedad, pero el trastorno de ansiedad no es probable que resulte desde una simple anomalía mendeliana. Un informe atribuye que un 4% de la variabilidad intrínseca de la ansiedad en una población general es debido a una variante polimórfica del gen transportador de serotonina, que es el sitio de acción de muchos fármacos serotoninérgicos. Y las personas con esta anomalía producen menos de este transportador y tienen niveles más altos de ansiedad⁴.

B) Base Biológica: Los circuitos cerebrales y las regiones asociadas a los trastornos de ansiedad están empezando a ser entendidas con el desarrollo de las pruebas de imagen tanto funcional y estructural. El locus coeruleus y el núcleo del rafe se proyectan principalmente hacia el sistema límbico y la corteza prefrontal. El estudio de diversas imágenes del cerebro, ha reportado que estas zonas se han convertido en el foco de muchas hipótesis de la formación de sustratos neuroanatómicos de los trastornos de ansiedad⁴⁻⁵.

El sistema límbico, además de recibir inervación noradrenérgica y serotoninérgica, también contiene una alta concentración de receptores

GABA. Existen dos áreas del sistema límbico que han recibido especial atención, porque pueden producir ansiedad: una por el aumento de la actividad en la vía septal y la circunvolución del cíngulo que ha sido implicada en particular en la fisiopatología del trastorno obsesivo compulsivo⁴.

La corteza cerebral frontal está conectada con la región de la corteza parahipocámpica, la circunvolución del cíngulo y el hipotálamo, y por lo tanto puede estar implicada en la producción de trastornos de ansiedad. La corteza temporal también ha sido un sitio fisiopatológico de trastornos de ansiedad. Esta asociación se basa en parte a la similitud de la presentación clínica y la electrofisiología entre algunos pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y pacientes con trastorno obsesivo compulsivo⁴.

C) Base Neuroquímica: En el sistema nervioso central (SNC), los principales mediadores de los síntomas de ansiedad parecen ser la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). La sintomatología que experimentan los pacientes con trastornos de ansiedad, es que aumenta su nivel funcionamiento noradrenérgico. La teoría sobre el rol de la noradrenalina en los trastornos de ansiedad es que afecta a pacientes que posiblemente su sistema noradrenérgico se encuentra mal regulado con ciertos estallidos de actividad. Las células del sistema noradrenérgico se localizan principalmente en el locus coeruleus de la protuberancia rostral, y proyectan sus axones a la corteza cerebral, el sistema límbico, el tronco cerebral y la medula espinal. Los experimentos en primates han demostrado que la estimulación del locus coeruleus produce una respuesta al miedo en los animales y que la ablación de la misma zona inhibe o bloquea completamente la capacidad de los animales para formar una respuesta al miedo⁴⁻⁵.

En cambio se han identificado muchos tipos de receptores de serotonina, por lo tanto, los diferentes tipos de estrés agudo a los cuales uno está expuesto, resultan en un aumento de 5-hidroxitriptamina (5 HT) en la

corteza prefrontal, en el núcleo accumbens, la amígdala y el hipotálamo lateral. El interés en esta relación fue motivada inicialmente por la observación de que los antidepresivos serotoninérgicos tienen efectos terapéuticos en algunos trastornos de ansiedad. Los cuerpos celulares de la mayoría de las neuronas serotoninérgicas están situados en los núcleos del rafe del tronco cerebral y se proyectan a la corteza cerebral, el sistema límbico (especialmente, la amígdala y el hipocampo), y el hipotálamo. Los estudios clínicos de la función de la serotonina en los trastornos de ansiedad han tenido resultados mixtos. Un estudio encontró que los pacientes con trastorno de pánico tenían menores niveles circulantes de serotonina en comparación a los sujetos control⁴⁻⁵.

En cambio el papel del GABA en los trastornos de ansiedad es más apoyado debido a la indiscutible eficacia de las benzodiazepinas, que mejoran la actividad de GABA en el receptor GABA tipo A (GABAA), en el tratamiento de algunos tipos de trastornos de ansiedad. A pesar que las benzodiazepinas de baja potencia son las más eficaces para los síntomas de trastorno de ansiedad generalizada, las benzodiazepinas de alta potencia, son eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico. Estudios en primates han encontrado síntomas del sistema nervioso autónomo en los trastornos de ansiedad, que son inducidos, cuando se administra un agonista inverso de las benzodiazepinas, el ácido β -carbolina-3-carboxílico (BCCE). El BCCE también causa ansiedad en voluntarios de estudios de control. Un antagonista de las benzodiazepinas, flumazenil, causa frecuentes ataques de pánico severos en pacientes con trastorno de pánico. Estos datos han llevado a investigadores a la hipótesis de que algunos pacientes con trastornos de ansiedad tienen un funcionamiento anormal de sus receptores GABAA, aunque esta conexión no se ha demostrado directamente⁴.

Otros neurotransmisores y péptidos, como el factor liberador de corticotropina, puede estar involucrado como uno de los mediadores más

importantes a la respuesta de estrés, el CRH (Factor liberador de corticotropina) coordina el comportamiento adaptativo y los cambios psicológicos durante el estrés. Los niveles de corticotropina se incrementan en el hipotálamo durante el estrés, lo que resulta en la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, y el aumento de la liberación de cortisol, sin embargo la excesiva secreción de cortisol puede tener efectos adversos, incluyendo hipertensión, osteoporosis, inmunosupresión, resistencia a insulina, dislipidemia, y en última instancia aterosclerosis; y la liberación de dehidroepiandrosterona (DHEA). La corticotropina también inhibe una variedad de funciones neurovegetativas tales como la ingesta de alimentos, la actividad sexual, el crecimiento y la reproducción⁴⁻⁵.

Entre otros péptidos que intervienen se encuentra, el neuropéptido Y (NPY) que según evidencia sugiere su participación en los efectos ansiolíticos en la amígdala. El NPY tiene efectos contrarreguladores de la hormona liberadora de corticotropina y del sistema LC – NA (locus coeruleus sistema noradrenérgico) en diversas áreas del cerebro que son importantes para la expresión de ansiedad, miedo y depresión. Otro péptido es la galanina, que interviene en varias funciones psicológicas y conductuales, como aprendizaje y memoria, control del dolor, ingesta de alimentos y muy recientemente la ansiedad. Un sistema de fibras que contiene galanina, que se originan en la región frontal y el núcleo coeruleus, inervan estructuras como el hipocampo, el hipotálamo, la amígdala y la corteza prefrontal. Los agonistas del receptor de galanina y NPY pueden ser nuevas dianas para fármacos contra la ansiedad⁴.

Periféricamente, el sistema nervioso autónomo, media muchos de los síntomas, cardiovasculares, musculares, gastrointestinales, respiratorio; especialmente estimula el sistema nervioso simpático, adaptándolo lentamente a un estímulo repetitivo, y respondiendo excesivamente a un estímulo moderado⁴⁻⁵.

D) Bases psicológicas y/o psicosociales:

- Las teorías psicoanalíticas.- Aunque Freud creía originalmente que la ansiedad se deriva debido a una acumulación fisiológica de la libido, en última instancia, redefinió la ansiedad como una señal del inconsciente ante la presencia de un peligro. La ansiedad fue vista como resultado de un conflicto psíquico del inconsciente, entre los deseos sexuales (o agresivos) y las amenazas que vienen del superyó o la realidad externa. En respuesta a esta señal, el ego moviliza los mecanismos de defensa para evitar que pensamientos y sentimientos inaceptables emerjan en la conciencia. En su clásico libro "Inhibición, síntoma y angustia", Freud afirma que "era la ansiedad la que producía represión y no, como yo creía antes, represión produce ansiedad". Hoy en día, muchos neurobiólogos continúan corroborando muchas de las ideas y teorías originales de Freud. Un ejemplo de ello es el papel de la amígdala, que permite la respuesta al miedo sin ninguna referencia a la memoria consciente, corroborando así el concepto de Freud de un sistema de memoria inconsciente como respuestas frente a la ansiedad. Una de las consecuencias desafortunadas de relacionar la sintomatología de la ansiedad como un trastorno, en lugar de una señal, es que las fuentes subyacentes de ansiedad pueden ser ignoradas. Desde una perspectiva psicodinámica, el objetivo de la terapia no es eliminar toda perturbación, sino aumentar la tolerancia de la ansiedad, es decir, la capacidad de experimentar ansiedad y usarla como una señal para investigar el conflicto que la ha creado. La ansiedad aparece en respuesta a diversas situaciones durante el ciclo de vida, y aunque los psicofármacos pueden mejorar los síntomas, no hacen nada para mejorar la situación de vida o su relación interior que haya llevado a un estado de ansiedad⁴⁻⁵.

- Las teorías del comportamiento.- Las teorías de aprendizaje o de comportamiento postulan que la ansiedad es una respuesta condicionada a un estímulo específico ambiental. En un modelo de condicionamiento clásico, por ejemplo una chica criada por un padre abusivo, puede sentir

ansiedad tan pronto como ella ve al padre abusivo. A través de la generalización, puede llegar a desconfiar de todos los hombres. En el modelo de aprendizaje social, un niño puede desarrollar una respuesta ansiosa por imitación de un medio ambiente ansioso⁴.

- Las Teorías existenciales.- Proporcionan modelos para la ansiedad generalizada, en la que no se identifica de manera específica que exista un estímulo para una sensación de ansiedad crónica. El concepto central de la teoría existencial es que las personas experimentan sentimientos de estar en un universo sin propósito. La ansiedad es su respuesta al vacío percibido de su existencia. Tales preocupaciones existenciales pueden haber aumentado desde el desarrollo de armas nucleares y el bioterrorismo⁴⁻⁵.

2.1.3 EPIDEMIOLOGIA DE LA ANSIEDAD:

En un estudio multicéntrico auspiciado por la OMS en 14 ciudades del mundo se puso de manifiesto la importante variación en la prevalencia de las enfermedades mentales. Sin embargo, los resultados globales mostraron que alrededor de 24% de los usuarios entrevistados tenían un trastorno mental activo, siendo más frecuentes los trastornos depresivos, los de ansiedad en un 7.9%, abuso y dependencia de alcohol; el 9.5% presentaba dos o más diagnósticos. En América Latina se registraron tasas más altas para cualquier diagnóstico. En Brasil, la ansiedad generalizada estaba presente en uno de cada cinco de los usuarios de atención primaria (22.6%), además la ansiedad generalizada era el cuadro más frecuente en mujeres (25.8%) como hombres (14.4%); sin embargo tenía una baja prevalencia en la población joven y aumentaba después de los 25 años, sin que disminuyera más tarde. En Chile, el trastorno más prevalente fue la depresión seguido de la ansiedad generalizada (18.7%), además la ansiedad era más frecuente en las mujeres que en los hombres⁶.

En el Perú se ha estimado que las enfermedades neuropsiquiátricas son responsables de aproximadamente 830,000 años de vida perdidos por

discapacidad o muerte prematura. Ello indica que este grupo de enfermedades son la primera causa de carga de enfermedad en el país. La prevalencia de vida de un trastorno psiquiátrico fue 29%. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes, con una prevalencia de 14.9%. En cuanto a la edad de inicio tuvo una distribución hacia una edad más temprana para los trastornos de ansiedad (mediana, 15 años)⁷.

La OMS ha hecho un estudio del desarrollo de las enfermedades mentales hasta 2020, y prevé que, para ese año, enfermedades como la depresión superarán a las enfermedades cardiovasculares. La ansiedad estará entre las 10 primeras. Por tanto, parece que si pensamos en el mundo que denominamos occidental, los síndromes nerviosos y de comportamiento tendrán, en este siglo que empezamos, un papel cada vez más importante⁸.

2.1.4. CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD:

Existen criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones más importantes psiquiátricas que son el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) desarrollado por la Asociación de Psiquiatras Americanos en colaboración con otros profesionales de salud mental, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), desarrollado por la OMS³⁻⁴.

Actualmente el CIE-10 es la clasificación oficial usada en Europa y otras partes del mundo. El DSM-5 fue diseñado para corresponder a la décima revisión del CIE (CIE-10). Esto fue realizado para mantener la uniformidad de los reportes estadísticos nacionales e internacionales de salud. Sin embargo, todas las categorías del DSM-5 se encuentran en el CIE-10, pero no todas las categorías del CIE-10 se encuentran en el DSM-5³⁻⁴.

Según DSM-5 se encuentran nueve trastornos de ansiedad y en el CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos⁴⁻⁹.

Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-5 y CIE-10³⁻⁹:

DSM - 5	CIE-10
Trastornos de Ansiedad	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
Agarofobia	F40 Trastorno de ansiedad fobica F40.0 Agarofobia .00 Sin trastorno de panico .01 Con trastorno de panico
Trastorno de Ansiedad Social	F.40.1 Fobia Social F40.2 Fobias Especificas (aisladas) F.40.8 Otros trastornos de ansiedad fobica
Mutismo Selectivo	F40.9 Trastorno de ansiedad fobica sin especificacion
Fobia Especifica	
Trastorno de Pánico	F41 Otros trastornos de ansiedad F41.0 Trastorno de panico (ansiedad paroxistica episodica) F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.2 Trastorno mixto ansioso – depresivo
Trastorno de Ansiedad Generalizada	F41.3 Otro trastornos mixto de ansiedad F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados F41.9 Otros trastornos de ansiedad sin especificacion
	F42 Trastornos obsesivo - compulsivo
Trastorno de ansiedad por separacion	F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptacion F43.0 Reaccion a estrés agudo F43.1 Trastorno de estrés postraumatico

Trastornos Ansiosos inducidos por sustancias/medicacion	F43.2 Trastorno de adaptacion F43.8 Otras reacciones a estrés grave F43.9 Reacciones a estrés grave sin especificacion
Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica	F44 Trastornos disociativos (de conversion) F45 Trastornos somatomorfos F42 Otros trastornos neuroticos

A continuación los nueve trastornos de ansiedad según el DSM-5:

- a) **Trastorno de pánico:** Un ataque de pánico se caracteriza por sentimientos de intenso miedo o terror que aparecen de forma súbita en situaciones en las que no hay nada que temer. Se acompaña de palpitaciones, dolor de pecho, falta de aire, mareos, temblores, sensación de desmayos, sudoración y náuseas⁴.
- b) **Agorafobia:** La agorafobia es una consecuencia frecuente del trastorno de pánico, aunque puede ocurrir en ausencia de ataques de pánico. Las personas con agorafobia evitan (o tratan de evitar) situaciones que crean que pueden desencadenar un ataque de pánico (o síntomas similares al pánico) o situaciones de las que piensan que puede ser difícil escapar si tienen un ataque de pánico⁴.
- c) **Fobia específica:** La fobia específica se caracteriza por un miedo excesivo e irracional a objetos o situaciones específicas que casi siempre se producen a la exposición de un estímulo temido. El estímulo fóbico se evita, o bien, cuando no se evita, el individuo se siente gravemente ansioso o incómodo⁴.
- d) **Trastorno de ansiedad social o fobia social:** La fobia social se caracteriza por el miedo a ser avergonzado o humillado delante de otros. Al igual que en la fobia específica, se evitan los estímulos fóbicos, o cuando no se evita, el individuo se siente gravemente ansioso e incómodo. Cuando el estímulo

fóbico incluye más situaciones sociales, entonces es específica como una fobia social generalizada⁴.

- e) **Trastorno de ansiedad generalizada:** El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación crónica excesiva que se produce más días y es difícil de controlar. La preocupación se asocia con síntomas, tales como problemas de concentración, insomnio, tensión muscular, irritabilidad, e inquietud física, y provoca un deterioro clínico significativo⁴.
- f) **Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica:** El trastorno de ansiedad causada por una condición médica se diagnostica cuando se evidencia que la ansiedad es consecuencia directa de una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo)⁴.
- g) **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación:** El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se diagnostica cuando la causa de la ansiedad es una sustancia (por ejemplo, cocaína) o es el resultado de un medicamento (por ejemplo, cortisol)⁴.
- h) **Trastorno de ansiedad por separación:** Trastorno de ansiedad por separación se produce en niños y se caracteriza por un excesiva ansiedad debido a la separación del hogar o a personas muy apegadas, lo cual es más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño⁴.
- i) **Mutismo selectivo:** El mutismo selectivo se caracteriza por una persistente negativa a hablar en situaciones específicas a pesar de la demostración de la capacidad de hablar en otras situaciones⁴.

2.1.5. CLINICA DE LA ANSIEDAD:

La ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de sensaciones fisiológicas, entre ellas las diversas manifestaciones corporales como taquicardia, temblores, escalofríos, midriasis, tensión muscular, sequedad de mucosas, etc; y la conciencia de estar nervioso y asustado. Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusiones y distorsiones de la percepción, no solo del tiempo y espacio, sino también de las personas y de los significados de los acontecimientos, y estas distorsiones pueden interferir en el aprendizaje, disminuyendo la concentración, reduciendo la memoria y menoscabando la capacidad de asociación⁴⁻¹⁰.

Un aspecto importante es la selectividad de la atención de las personas con ansiedad, consiste en seleccionar ciertas cosas y pasar por alto otras cosas de su ambiente, en su esfuerzo de demostrar que están justificadas, resaltando siempre la situación de alarma. Si falsamente justifican su miedo, aumenta su ansiedad por la respuesta selectiva y crea un círculo vicioso de ansiedad, percepción distorsionada, y aumentó de ansiedad. Si, alternativamente, falsamente reaseguran a través de un pensamiento selectivo, la ansiedad puede ser reducida, y pueden fallar en tomar ciertas precauciones necesarias⁴.

2.1.6. TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD:

Solamente cuando la ansiedad es muy intensa y sobrepasa la capacidad del sujeto para reaccionar de forma adaptativa, interfiriendo con la actividad cotidiana, debe considerarse el tratamiento. Con el tratamiento la mayoría de los pacientes presentan una gran mejoría, los tratamientos más efectivos son la farmacoterapia y la terapia cognitiva – conductual. Además de la terapia familiar y grupal, que puede ayudar a los pacientes y familias afectadas para que se ajusten a las dificultades que el trastorno puede causar⁴⁻¹⁰⁻¹¹.

2.1.6.1. Farmacoterapia:

Si los síntomas son severos estará indicado el tratamiento farmacológico inicial⁴⁻¹¹.

A) Inhibidores de la recaptación de Serotonina: La mayoría de los ISRS son efectivos en los trastornos de pánico, así como también ayudan a prevenir la recaída de diversos trastornos de ansiedad, incluyendo la agorafobia. Las dosis eficaces son iguales al del tratamiento de depresión aunque es mejor iniciar con bajas dosis del medicamento. La paroxetina y la paroxetina CR tienen efectos sedantes y tienden a calmar a los pacientes inmediatamente, lo que conduce a un mayor cumplimiento y menos interrupción del tratamiento, pero esto debe sopesarse frente a su potencial aumento de peso, así como otros efectos adversos como la disfunción sexual. El Citalopram, escitalopram, fluvoxamina y la sertralina son los segundos mejor tolerados. Los informes sugieren que los pacientes con trastorno de pánico son particularmente sensibles a los efectos de activación de los ISRS, particularmente la fluoxetina, por lo que deben ser indicados inicialmente en pequeñas dosis y luego se aumenta lentamente. Además es razonable comenzar el tratamiento con sertralina, citalopram, paroxetina y más una benzodiazepina, y luego de 2 a 3 semanas disminuir el uso de la benzodiazepina. Se necesitan más estudios para determinar si los ISRS son tan eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada, como los trastornos de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo⁴.

B) Las benzodiazepinas: Han sido los fármacos de elección para el trastorno de ansiedad generalizada. Pueden ser recetados según sea necesario, por lo que los pacientes toman una benzodiazepina de acción rápida cuando se sienten particularmente ansiosos. El enfoque alternativo es prescribir benzodiazepinas por un período limitado, durante el cual se implementan los enfoques terapéuticos psicosociales. Además son los fármacos que tiene más rápido inicio de acción contra el pánico, durante de la primera semana. El Alprazolam ha sido el más ampliamente utilizado para el trastorno de pánico, pero

los estudios han demostrado la misma eficacia para el lorazepam, y diversos informes también indicaron que el clonazepam puede ser eficaz. Algunos pacientes usan benzodiazepinas cuando se enfrentan a un estímulo fóbico. Las benzodiazepinas se pueden utilizar como el primer fármaco para el tratamiento del trastorno de pánico mientras que otro fármaco serotoninérgico se titula lentamente. El uso a largo plazo de las benzodiazepinas debe estar seguido de una supervisión debido a su potencial de dependencia, deterioro cognitivo, y el abuso; además los pacientes deben ser instruidos para no conducir, y abstenerse de consumir alcohol u otros medicamentos depresores del sistema nervioso central, y evitar que operan maquinaria peligrosa mientras estén tomándolas. Considerando que las benzodiazepinas provocan una sensación de bienestar, la abstinencia les produce un síndrome de abstinencia bien documentado y desagradable⁴⁻¹¹.

C) Los fármacos tricíclicos: En la actualidad, los ISRS se consideran los fármacos de primera línea para el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia, sin embargo, entre los fármacos tricíclicos, como la clomipramina y la imipramina son los más eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico. La experiencia clínica indica que las dosis deben titularse para evitar la sobremedicación y además para el beneficio del tratamiento se requiere dosis completas y que no son alcanzadas durante 8 a 12 semanas. Además los fármacos tricíclicos no están tan ampliamente utilizados como los ISRS debido a que los fármacos tricíclicos generalmente tienen efectos adversos sobre todo en la sobredosis para un tratamiento eficaz del trastorno de pánico⁴.

D) Los inhibidores de la monoaminoxidasa: Los estudios apoyan la eficacia de la fenelzina, y algunos estudios también apoyan el uso de la tranilcipromina. Los IMAO parecen ser menos propensos a causar sobreestimulación que cualquiera de los ISRS o que los fármacos

tricíclicos, pero se requieren dosis completas de al menos 8 a 12 semanas para ser efectivos. La necesidad de restricciones en la dieta ha limitado el uso de inhibidores de la IMAO, en particular desde la aparición de los ISRS⁴.

E) La buspirona: Es una agonista parcial del receptor 5HT_{1A} y es un 60% a 80% eficaz en el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Los datos indican que la buspirona es más eficaz en la reducción de los síntomas cognitivos que de los síntomas somáticos. Además tiene una serie de ventajas en relación con las benzodiazepinas, como es la ausencia de dependencia física y la abstinencia, carece de efecto sedante y amnesiante, no disminuye el rendimiento psicomotor, además de no interactuar con el alcohol ni con otros depresores del SNC. La evidencia también indica que los pacientes que previamente han recibido tratamiento con benzodiazepinas no están propensos a responder al tratamiento con buspirona. La principal desventaja de la buspirona es que sus efectos toman de 2 a 3 semanas en ser evidentes. Un enfoque consiste en iniciar tratamiento con benzodiazepina y simultáneamente el uso de buspirona, y luego disminuir el uso de benzodiazepinas después de 2 a 3 semanas, momento en el cual la buspirona debería haber llegado a su efecto máximo. Algunos estudios también han informado de que a largo plazo el tratamiento combinado con las benzodiazepinas y buspirona puede ser más eficaz que cualquier fármaco solo⁴⁻¹¹.

F) La venlafaxina: Es eficaz en el tratamiento del insomnio, falta de concentración, la irritabilidad, la excesiva tensión muscular y también el trastorno de ansiedad generalizada. La venlafaxina es un inhibidor no selectivo de la recaptación de tres aminas: la serotonina, la noradrenalina; y en menor medida, la dopamina⁴.

2.1.6.2. Psicoterapia:

A) Las terapias cognitivas y conductuales: Son los tratamientos más eficaces para las diversas fobias, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada. Varios informes han llegado a la conclusión de que las terapias cognitivas y conductuales son superiores a la farmacoterapia; otros informes han concluido lo contrario. Varios estudios e informes han encontrado que la combinación de terapia cognitiva y conductual, más la farmacoterapia es el tratamiento más efectivo. Además estudios indican que las terapias son efectivas en la remisión de los síntomas de larga duración⁴.

La Terapia cognitiva frente a los trastorno de pánico tiende a brindar instrucciones sobre las falsas creencias e información. Las instrucciones sobre las falsas creencias se centran en la tendencia del paciente a malinterpretar las leves sensaciones corporales como inminentes ataques de pánico, de fatalidad, o muerte. La información incluye brindar explicaciones que cuando los ataques de pánico ocurren, son de tiempo limitado y no ponen en peligro la vida⁴⁻¹¹.

Los claves del éxito de la terapia conductual son: el compromiso del paciente al tratamiento; identificar claramente los problemas y objetivos; y disponer de estrategias alternativas para hacer frente a los sentimientos. Una variedad de técnicas se han utilizado, siendo las más comunes, la desensibilización sistemática, un método por primera vez usado por Joseph Wolpe. En este método, el paciente está expuesto a una serie estímulos graduados en jerarquía desde el más pequeño hasta el más aterrador que provocan ansiedad. A través de la utilización de fármacos contra la ansiedad, la hipnosis y la instrucción de la relajación muscular, a los pacientes se les enseña cómo inducir en sí mismos reposo físico y mental. Después de que hayan dominado las técnicas, se les enseña a utilizar la relajación frente a cada estímulo que provoca ansiedad. A medida que cada estímulo es desensibilizado, los pacientes se mueven pasan al siguiente estímulo hasta que, en última instancia, lo que produjo con anterioridad lo máximo la ansiedad ya no provoca el afecto doloroso⁴.

Otras técnicas de comportamiento que se han utilizado más recientemente implican exposición intensa al estímulo fóbico a través de imágenes o desensibilización in vivo⁴.

B) La psicoterapia de Apoyo: Consiste en el uso de conceptos psicodinámicos y además promueve el manejo adaptativo. Las defensas adaptativas son alentadas y fortalecidas, y los hábitos de mala adaptación no se recomiendan. Los terapeutas ayudan en la percepción de la realidad y ofrecen consejos sobre el comportamiento⁴.

C) La psicoterapia Introspectiva: El objetivo es aumentar el desarrollo de la visión del paciente, sobre sus conflictos psicológicos internos, y que si no se resuelven a tiempo, pueden manifestarse con alteraciones en el comportamiento. Por eso tanto Freud y su alumno Sandor Ferenczi reconocieron al analizar los diversos síntomas de una fobia, que los terapeutas tenían que ir más allá de sus funciones analíticas e instar activamente a los pacientes con fobia a buscar la situación fóbica y experimentar la ansiedad y el entendimiento resultante de esta⁴⁻¹¹.

Desde entonces, los psiquiatras se han puesto de acuerdo que la introspección es una medida por parte del terapeuta para tratar la ansiedad fóbica con éxito. La terapia orientada a la introspección permite a los pacientes a comprender el origen de la fobia y les permite buscar maneras saludables de lidiar con la ansiedad provocada⁴⁻¹¹.

2.2. CALIDAD DE VIDA:

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) se remonta a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de aquella época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguros. Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual. El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas

el concepto de bienestar, ha posibilitado que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta¹³⁻¹⁴.

Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto o bien a que este es un término multidisciplinario. Así, los economistas tenderán a centrar su medición en elementos tangibles de la CV y, por otro lado, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la CV. El concepto de CV actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la calidad de vida¹³⁻¹⁵.

Por lo tanto calidad de vida es un término que lleva varias décadas, e incluso ha influido en el contexto de la salud a nivel internacional. El término, calidad de vida es un amplio concepto multidimensional, que por lo general incluye evaluaciones subjetivas de los aspectos positivos y negativos de la vida. Lo que hace que sea difícil de medir es que, el término "calidad de vida" tiene un significado para casi todo el mundo y cada disciplina académica, pero los individuos y los grupos pueden definirlo de manera diferente. Por lo tanto sigue siendo un área de gran importancia y de gran crecimiento. Señalemos que la mayor parte de las investigaciones y de las aplicaciones se han llevado a cabo en el campo de la salud y en el campo del trabajo: calidad de vida y salud, por una parte, y calidad de vida laboral por la otra. Se han separado los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos. Podríamos enunciar que los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son los siguientes¹⁴⁻¹⁵:

1. Bienestar emocional.
2. Riqueza y bienestar material.
3. Estado de salud, función y bienestar física.
4. Trabajo y otras formas de actividad productiva.
5. Adaptación psicosocial.
6. Satisfacción con la vida y felicidad.
7. Integración con la comunidad.

2.2.1. CALIDAD DE VIDA EN SALUD:

Es el aspecto de la calidad de vida relacionada específicamente con la salud de la persona o grupo de personas, percibe su salud física, psicológica y social en el pasar del tiempo, y que son influenciadas por sus creencias, experiencias, percepciones y expectativas. Por ejemplo, las expectativas de salud y la habilidad de una persona al enfrentar sus diversas limitaciones e incapacidades pueden gravemente afectar la percepción de su salud y satisfacción de su vida, por lo tanto dos personas con el mismo estado salud, pueden tener diferentes calidades de vida¹⁶⁻¹⁷.

Esta utilización del concepto se inició en Estados Unidos hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: la investigación clínica de la medición del “estado funcional” y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental. Por lo tanto la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL, por sus siglas en inglés) se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Asimismo, los profesionales de la salud utilizan este concepto para medir efectos de numerosos trastornos, duración de diversas discapacidades y enfermedades en diferentes poblaciones. También para medir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado¹⁶⁻¹⁷.

La evaluación de la calidad de vida en salud puede ser a través de¹⁶⁻¹⁷:

- a) instrumentos genéricos.
- b) instrumentos específicos: enfermedades particulares, grupos de pacientes.
- c) áreas o dimensiones de funcionamiento (dolor, por ejemplo).

A pesar de que esta evaluación, específicamente la construida para enfermedades específicas, pudiera tener ciertas ventajas como la comprensión particular del impacto de una enfermedad sobre determinados dominios de la vida de una persona en particular, aportando herramientas útiles al clínico y a los terapeutas para

intervenciones futuras para aumentar la calidad de vida, algunos autores sugieren que centrarse específicamente en la enfermedad o su impacto puede tener limitaciones¹⁶⁻¹⁷. Lawton plantea diversas limitantes al uso de la calidad de vida en salud centrándose fundamentalmente en que¹⁶:

- a) La vida diaria y cotidiana de una persona es más que salud.
- b) Las personas toma decisiones no basadas solamente en síntomas presentes.
- c) No incluye la estimación de años de calidad de vida ajustados en base al juicio de adultos saludables en su edad mediana.

Sobre las dimensiones que componen la calidad de vida en salud, tampoco existe un acuerdo en la literatura existente, pero sí pareciera haber consenso en la inclusión de dominios específicos a cada enfermedad en el caso de las evaluaciones de determinadas patologías, dada las particularidades de cada una de ellas. Sin embargo la literatura apoya la idea de la calidad de vida en salud como una estructura multidimensional aunque ha habido algún intento por demostrar su unidad conceptual, fundada en las nociones del bienestar y el funcionamiento extendidas por igual a las tres dimensiones física, emocional y social de la vida humana. La dimensión social de la calidad de vida personal, a pesar de su relevante papel, ha sido la última en ser considerada. Pero como seres sociales nuestra salud depende sustancialmente de un intercambio interpersonal favorable en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognoscitiva. Por eso, la perspectiva sociológica de la calidad de vida nos recuerda que la persona individual no es el objetivo exclusivo de la medicina. La salud de las poblaciones es también un objetivo. Sabemos, por la teoría de los sistemas que ciertas características se hacen sólo visibles cuando miramos el sistema al completo más que a sus elementos individualmente. Y esto también es verdad para el estudio de la salud¹⁶⁻¹⁷.

2.2.2. CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGIA:

En lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades dermatológicas es reciente. Sin embargo, tiene particular interés, puesto que las enfermedades de la piel ejercen un gran impacto sobre las relaciones sociales, el

estado psicológico y las actividades de la vida diaria. Además se ha descrito en varios países de Europa y en Estados Unidos que la psoriasis, el vitíligo y la urticaria, entre otras, tienen una gran influencia en quienes las padecen, causándoles un aumento en los trastornos del sueño y depresión que les afectan el desempeño laboral y la vida diaria¹⁸⁻¹⁹.

La alteración de ciertos valores de laboratorio se puede medir directamente, pero la evaluación de variables relacionadas con aspectos emocionales y psicosociales es más difícil. Es allí precisamente donde son relevantes los efectos que una enfermedad cutánea pueda tener en la apariencia general y que necesariamente llevan a la afectación psicológica y funcional de la persona; en efecto, se ha encontrado que las enfermedades de la piel habitualmente tienen un fuerte impacto que no solo afecta a la misma persona sino también sus relaciones y como se adapta a las diversas situaciones que experimente¹⁸.

Por ejemplo se ha descrito una alteración psicosocial en los individuos que padecen enfermedades como psoriasis, dermatitis atópica y pénfigo, que afecta sus relaciones con familiares, amigos y la pareja; las actividades de la vida diaria o el desempeño laboral, lo que conduce a su exclusión de ciertas ocupaciones por alteración en la apariencia física; o aún más, la relación consigo mismos (baja autoestima y conflictos internos con su autoimagen)¹⁸.

Así también en diversos estudios se ha descrito que la afectación de la calidad de vida causada por una enfermedad dermatológica como la psoriasis, el eczema o la urticaria es similar a la encontrada en enfermedades sistémicas como la hipertensión, la diabetes, el asma, la fibrosis quística y la depresión. Por ejemplo: se ha encontrado que el grado de afectación del entorno familiar de pacientes con dermatitis atópica es similar al de las familias de pacientes con enfermedades sistémicas. Se ha descrito, además, que la localización de las lesiones cutáneas (cabeza, cuello, manos o ingles) incide de forma directa en el mayor aislamiento social e interfiere con la socialización y las relaciones de pareja, incluyendo la confianza y seguridad de la misma persona afectada, con lo cual la persona no alcanza la realización adecuada en su entorno o medio ambiente¹⁸⁻¹⁹.

2.2. LA ANSIEDAD EN DERMATOLOGIA:

La psicodermatología es una disciplina relativamente nueva en la medicina psicomática. Es aquella donde existe una interacción entre la mente y la piel. Las dos disciplinas están interconectadas a nivel embrionario a través del ectodermo. Además hay una interacción compleja entre la piel, el sistema inmune y neuroendocrino. La piel responde tanto a estímulos endógenos y exógenos, detecta e integra las señales ambientales y transmite nuestros estados intrínsecos al mundo exterior. Se ha informado además de que el estrés psicológico perturba la homeostasis de la permeabilidad de la capa epidérmica, y puede actuar como un agente de precipitación para algunos trastornos inflamatorios como la psoriasis. Así también, como otras enfermedades de la piel, por ejemplo los niveles tisulares de los factores de crecimiento cerebral y los neuropéptidos como la Sustancia P, se han asociado a la patogénesis y a los marcadores de actividad de la dermatitis atópica²²⁻²³.

A medida que nuestros conocimientos en psiconeuroinmunología está en expansión, el papel de los neuropéptidos, hormonas y neurotransmisores en los trastornos psicodermatológicos es cada vez más evidente. Para comprender mejor la patogénesis, el desarrollo, y la planificación del tratamiento de los trastornos psicocutáneos, es necesario el conocimiento de la psiconeuroinmunología. El estrés representa una fuerza interna o externa que amenaza con alterar el equilibrio homeostático. El organismo tiene la capacidad de adaptarse a los retos homeostáticos agudos; sin embargo, la cronicidad conduce al agotamiento, angustia y enfermedad o reagudización de las dermatosis preexistentes. El estrés activa las dos vías principales neuronales: el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y el sistema nervioso simpático. La identificación del estrés externo por el cerebro resulta en la activación del núcleo paraventricular del hipotálamo y el locus coeruleus. Por lo tanto el factor liberador de corticotropina es secretado por el hipotálamo y transportado a través de la circulación portal a la hipófisis anterior, donde induce la liberación de la hormona adrenocorticotropa a la circulación general. Esto resulta en la secreción de la glándula suprarrenal de glucocorticoides y catecolaminas. El cortisol produce retroalimentación negativa sobre el hipotálamo e inhibe la liberación adicional del factor liberador de corticotropina. Mientras tanto las células de los locus coeruleus

activan el sistema simpático, lo que resulta en la secreción de adrenalina y noradrenalina^{23 - 24}.

Ambas catecolaminas y cortisol tienen potentes efectos sobre el sistema inmune. Se encargan de regular a las células presentadoras de antígeno y macrófagos, e inhiben su actividad y la producción de interleucinas IL -12 e IL-18. Ellos también median la diferenciación de los linfocitos TH1 a TH2, en detrimento del desarrollo de TH1. Esto inclina la balanza hacia la inmunidad humoral y activa las células B, mastocitos y eosinófilos, con el consiguiente aumento en la respuesta inflamatoria alérgica. Las terminales nerviosas de los nervios sensoriales en la piel liberan neuropéptidos, tales como un péptido relacionado con el gen de la calcitonina y la sustancia P, que tienen una variedad de efectos sobre la respuesta inflamatoria local; lo cual afecta a diversos trastornos psicocutáneos^{22 - 23}.

Como se menciona anteriormente el principal factor para la aparición de los trastornos psicósomáticos es el estrés. De hecho, la teoría mantiene que cualquier estrés prolongado puede producir alteraciones fisiológicas (o fisiopatológicas) que originen un trastorno físico. Cada persona tiene un órgano que es genéticamente más vulnerable al estrés: algunos pacientes tienen reacciones cardíacas, otras gástricas, y otros sobre la piel^{23 - 24}. Las personas que están crónicamente ansiosas o deprimidas son más vulnerables a los trastornos psicósomáticos. Sólo después de establecer estas premisas se puede utilizar el término simplista de "enfermedad dermatológica por estrés" para referirnos a aquellas enfermedades en las cuales, participan factores emocionales (psicósomáticos) al inicio y a lo largo de la enfermedad^{21 - 22 - 24}.

Los dermatólogos han hecho hincapié en la necesidad de una consulta psiquiátrica en general, y los factores psicológicos pueden ser de particular preocupación en condiciones dermatológicas crónicas intratables, como el eczema, el prurigo y la psoriasis. Los pacientes con trastornos psicocutáneos con frecuencia se resisten a la derivación psiquiátrica, y el enlace entre los médicos de atención primaria, psiquiatras y dermatólogos puede resultar muy útil en el tratamiento de estas enfermedades. Por lo tanto la consideración de factores psiquiátricos y psicosociales es importante tanto para el tratamiento de trastornos psicodermatológicos y también para la prevención

secundaria de una amplia gama de trastornos dermatológicos. Es por eso que algunos pacientes que visitan al dermatólogo presentan en realidad enfermedades reales psiquiátricas, expresadas sobre la piel. Estos individuos eligen al dermatólogo, porque no desean ver a un psiquiatra, que es el especialista que necesitan realmente. Se ha demostrado que la remisión rápida (sin una preparación psicológica adecuada) a un psiquiatra es arriesgada y, posiblemente, peligrosa en estos sujetos²²⁻²³⁻²⁴.

Independientemente de la morbilidad psiquiátrica, las enfermedades de la piel pueden afectar en gran medida la calidad de los pacientes vida. Además los fármacos utilizados en el tratamiento de enfermedades dermatológicas tales como esteroides y retinoides pueden conducir a síntomas psiquiátricos. Así ya mencionado se dice que existe una opinión común que en muchos casos de enfermedad de la piel son causadas por el estrés psicológico, o están relacionados con ciertos rasgos de la personalidad, o representan una complicación de un trastorno psiquiátrico. Aunque la conciencia del problema va en aumento, los trastornos mentales con frecuencia no son reconocidos, y se cree que son menos frecuentes, de lo que son muchas enfermedades de la piel. Hay una necesidad de un enfoque biopsicosocial a los pacientes con enfermedad de la piel. La terapia de enlace permite un enfoque multidisciplinario con la cooperación de términos psiquiátricos, dermatológicos y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos psicodermatológicos²²⁻²³⁻²⁴.

2.4.1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICODERMATOLÓGICOS:

Aunque no existe un sistema de clasificación universalmente aceptado de los trastornos psicocutáneos y muchas de las condiciones se superponen en diferentes categorías, el sistema más ampliamente aceptado es el que idearon Koo y Lee²⁴.

La psicodermatología se divide en tres categorías de acuerdo a la relación entre las enfermedades de la piel y trastornos mentales²¹⁻²⁴:

1) **Trastornos psicofisiológicos (psicosomáticos):** Causados por enfermedades de la piel que desencadenan frecuentemente diferentes estados emocionales

(estrés), pero sin ser asociados directamente con trastornos mentales (psoriasis, eczema)²¹⁻²⁴.

2) **Trastornos psiquiátricos primarios:** Responsables de trastornos auto-inducidos de la piel (tricotilomanía, la dermatitis facticia y parasitosis)²⁴.

3) **Trastornos psiquiátricos secundarios:** Son los que se asocian con desfiguraciones cutáneas que van a provocar alteraciones psicológicas secundarias, como la disminución de la autoestima, la depresión o la fobia social (la ictiosis, acné conglobata, vitiligo, alopecia areata)²¹⁻²⁴.

A continuación diagnósticos comunes asociados con las diferentes categorías de trastornos psicodermatológicos²⁵:

DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS CON TRASTORNOS PSICODERMATOLÓGICOS²⁵	
Clasificación psicodermatológica	Ejemplos
Trastornos Psicofisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Acné • Alopecia Areata • Dermatitis Atópica • Psoriasis • Purpura Psicogénica • Rosácea • Dermatitis Seborreica • Urticaria
Trastornos Psiquiátricos Primarios	<ul style="list-style-type: none"> • Bromidrofobia • Delirio de parasitosis • Dismorfofobia • Dermatitis facticia • Neurodermatitis • Tricotilomanía
Trastornos Psiquiátricos Secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia Areata • Acné • Hemangiomas • Ictiosis • Sarcoma de Kaposi • Psoriasis • Vitiligo

El tratamiento de los trastornos psicodermatológicos requiere la evaluación de las manifestaciones de la piel y los problemas sociales, familiares y laborales subyacentes. Una vez que el trastorno se ha diagnosticado, se requiere un doble enfoque, abordar tanto los aspectos psicológico y dermatológico. A continuación se nombra algunos de los trastornos psicodermatológicos más importantes²⁴:

A) Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad relativamente común, crónica e inflamatoria e hiperproliferativa de la piel, que en ocasiones requiere tratamiento sistémico. El estrés durante mucho tiempo ha sido reportado como desencadenante de la psoriasis. La psoriasis se asocia con una variedad de problemas psicológicos, incluyendo la falta de autoestima, la disfunción sexual, la ansiedad, la depresión y la ideación suicida. Además se asocia a un deterioro sustancial de la calidad relacionada con la salud de la vida, afectando negativamente el funcionamiento psicológico, profesional, social y físico. Los síntomas psiquiátricos más comunes atribuidos a la psoriasis incluyen alteraciones de la imagen corporal y dificultades en el funcionamiento de la vida social y laboral. La calidad de vida puede verse gravemente afectada por la cronicidad y la visibilidad de la psoriasis, así como por la necesidad de tratamiento de por vida. Se han identificado cinco dimensiones de estigmas asociados con la psoriasis: La anticipación de rechazo, la sensación de ser defectuoso, la sensibilidad a las actitudes de la sociedad, la culpa y la vergüenza. Los síntomas depresivos y la ideación suicida se asocian con frecuencia en la psoriasis. En general, los factores psicológicos, incluyendo la percepción de salud, las percepciones de estigmatización y la depresión son determinantes más fuertes de la discapacidad en los pacientes de psoriasis, que la gravedad, la localización y la duración de la enfermedad. En un reciente estudio prospectivo de pacientes con psoriasis, la frecuencia de trastornos psiquiátricos disminuyó con la mejora en la gravedad clínica y de los síntomas de la psoriasis. Los efectos emocionales y el impacto funcional de la enfermedad no son necesariamente proporcionales a la gravedad clínica de la psoriasis²⁴.

B) Dermatitis seborreica

Según estudios se informa que la dermatitis seborreica es a menudo precedida por un evento estresante y que el estrés tiende a sugerir un mal pronóstico, y una posible relación y causa de esta patología. También muestra que la depresión es más común entre los pacientes con afectación facial y que la ansiedad es un factor agravante. Además, para el paciente la dermatitis seborreica constituye un factor estresante crónico que provoca molestias e inconvenientes físicos, así como consecuencias negativas sobre la vida personal, social y las actividades diarias²⁰

-24.

C) Dermatitis atópica

El inicio o la exacerbación de la dermatitis atópica a menudo siguen los eventos estresantes de la vida. Se ha observado frecuentemente que la gravedad de los síntomas se ha atribuido al estrés interpersonal y familiar, y problemas en la adaptación psicosocial y baja autoestima. Los adultos con dermatitis atópica son más ansiosos y deprimidos en comparación con los grupos control saludables. Los niños con dermatitis atópica tienen mayores niveles de angustia emocional y más problemas de comportamiento que los niños sanos o niños con problemas menores de la piel. El círculo vicioso prurito-rascado inquieta al niño y altera el sueño de toda la familia, creándose de esta forma conflictos en las relaciones. Las personas atópicas con problemas emocionales pueden desarrollar un círculo vicioso entre la ansiedad/depresión y síntomas dermatológicos. En una dirección, la ansiedad y la depresión son consecuencias frecuentes de la enfermedad de la piel. La miseria de vivir con dermatitis atópica puede tener un efecto profundamente negativo en la de la calidad de vida con respecto a la salud de los niños y sus familias²⁰⁻²⁴.

D) Urticaria

El severo estrés emocional puede exacerbar la urticaria pre existente. El aumento de la tensión emocional, la fatiga y las situaciones estresantes de la vida pueden ser factores primarios en más del 20% de los casos y son contributivas en el 68% de los pacientes. También son comunes las dificultades con la expresión de la ira y la necesidad de aprobación por parte de los demás. Los pacientes con este

trastorno pueden tener síntomas de depresión y ansiedad, y la gravedad del prurito parece aumentar a medida que aumenta la severidad de la depresión. La urticaria la frío puede estar asociada con hipomanía durante el invierno y la urticaria idiopática recurrente con el trastorno de pánico²⁴.

E) Acné

El efecto psicológico del acné se reconoció por primera vez en 1948, cuando Sulzberger y Zaidens escribieron, "No hay una sola enfermedad que causa un trauma más psicológico y más desajuste entre padres e hijos, más inseguridad y sentimientos de inferioridad, y mayores sumas en la evaluación psíquica que hace el acné vulgar". El acné tiene una asociación demostrable con la depresión y la ansiedad y las comorbilidades psiquiátricas, incluye el trastorno de imagen corporal, la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos delirantes, trastornos de personalidad y fobias sociales. Se ha informado de que los jóvenes con cicatrices debido al acné severo están particularmente en riesgo de depresión y suicidio. Siendo una interesante diferencias de género, en los hombres, la auto-excoriación se ve agravada por una depresión o ansiedad coexistente, mientras que en las mujeres este comportamiento puede ser una manifestación de personalidad inmadura y servir como una llamada de socorro²⁴.

F) Alopecia Areata

El papel de los factores psicológicos en la patogénesis de la alopecia areata ha sido durante mucho tiempo objeto de debate. La influencia de los factores psicológicos en el desarrollo, la evolución y el manejo terapéutico de la alopecia areata está bien establecida. El estrés agudo puede precipitar la alopecia areata, tal vez por la sobreexpresión de los receptores tipo de 2b de la hormona liberadora de corticotropina alrededor de los folículos pilosos, y dar lugar a una intensa inflamación local. La liberación de la sustancia P de los nervios periféricos en respuesta al estrés también se ha informado, y la prominente expresión de sustancia P se observa en los nervios circundantes a los folículos pilosos. La enzima degradante de la sustancia P también ha sido fuertemente expresada en los folículos pilosos afectados, en la fase aguda y crónica del trastorno. Los trastornos

psiquiátricos también son comunes e incluyen depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, estados fóbicos y el trastorno paranoide²⁴.

G) Vitíligo

El vitíligo es un tipo específico de leucodermia caracterizado por la despigmentación de la epidermis. En algunos estudios, en los pacientes con vitíligo se ha encontrado que refieren tener eventos de la vida diaria significativamente más estresantes en comparación con los controles, lo que sugiere que la angustia psicológica puede contribuir a la aparición. Se ha propuesto en el vitíligo, vínculos entre el estrés y las catecolaminas, la susceptibilidad genética y una personalidad característica. En cuanto a la morbilidad psiquiátrica se informó típicamente en aproximadamente un tercio de los pacientes, pero, en un estudio, el 56% de la muestra tenía un trastorno de adaptación y el 29% tienen trastornos depresivos. Los pacientes con vitíligo tienen miedo y se sienten avergonzados por su apariencia, y experimentan discriminación y, a menudo creen que no reciben el apoyo adecuado. Los pacientes más jóvenes y personas de grupos socioeconómicos bajos se refieren que presentan una baja autoestima y problemas de adaptación social. La mayoría de los pacientes con vitíligo informan sobre un impacto negativo en SUS relaciones sexuales, y es la vergüenza la cual citan como la causa²⁴.

H) Dermatitis Artefacta (Dermatitis Facticia)

Esta es una enfermedad de la piel causada por completo por las acciones de la paciente plenamente consciente o inconscientemente sobre la piel, cabello, uñas o mucosas, sin motivo racional para este comportamiento. La condición es más común en mujeres que en hombres. Las lesiones son por lo general con simetría bilateral, a poca distancia de la mano dominante, y pueden tener formas extrañas con bordes geométricos o angulares, o pueden ser en forma de cicatrices de quemaduras, púrpura, ampollas y úlceras. El eritema y el edema pueden estar presentes. Los pacientes pueden inducir lesiones por roces, arañazos, cortes, perforar, chupar o morder o mediante la aplicación de tintes, calor o cáusticos. Algunos pacientes se inyectan sustancias, incluyendo heces y sangre. condiciones

asociadas en el TOC, el trastorno límite de la personalidad, depresión, psicosis y retraso mental, y la mayoría de los pacientes con dermatitis facticias tienen algún tipo de trastorno de la personalidad y que a menudo utilizan algún medio para dañar su propia piel, tales como la quema de cigarrillos, productos químicos o instrumentos cortantes²⁴.

D) La tricotilomanía

La tricotilomanía, de acuerdo con el uso dermatológico de la palabra, es una condición en la que una persona saca su propio cabello. La definición psiquiátrica de la tricotilomanía requiere la presencia de 'impulsividad'. La psicopatología subyacente más común es el comportamiento obsesivo-compulsivo. Otros trastornos psiquiátricos subyacentes posibles son: La reacción al estrés, la ansiedad, la depresión, trastornos de la conducta, retraso mental y delirios en los que el paciente se retira su cabello a base de una creencia delirante de que algo en las raíces tiene que ser 'retirado' por lo que el cabello puede crecer normalmente. Esta última, rara condición se llama 'trichofobia'. El trauma infantil y el abandono emocional pueden jugar un papel en el desarrollo de este trastorno. Los pacientes experimentan una sensación de tensión creciente inmediatamente antes de un episodio de arrancarse el pelo y cuando intentan resistir la conducta, se sienten aliviados de la tensión y, a veces una sensación de satisfacción después de arrancarse el pelo²⁴.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. Autor: Cheng Almanza, Jorge Luis

Título: Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de psoriasis del hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo

Fuente: <http://cybertesis.ucsm.edu.pe/>

Lugar y fecha de publicación: Arequipa, Perú, 2012, UCSM

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar los niveles de calidad de vida, ansiedad y depresión de los pacientes con diagnóstico de psoriasis, y determinar si existió relación entre ellos. Este fue un estudio analítico, descriptivo, de corte transversal, de campo. Se realizó una encuesta

personalizada formada por el índice de calidad de vida (DLQI), la escala de autoevaluación para ansiedad y depresión de Zung en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo. La muestra fue de 120 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, siendo 48 los descartados. Los resultados evidenciaron que un 52% del total presentó ansiedad mínima y moderada y un 32.5% no presentó ansiedad siendo un total de 86%. Un 90,9% presentó depresión de leve a grave. En relación a la calidad de vida, un 89.2% presentó afectación de leve a grave de su calidad de vida. Vinculando el índice de calidad de vida y la depresión con la prueba estadística chi-cuadrado, se evidenció una relación significativa: a mayor afectación de calidad de vida, mayor la presencia de depresión. Igualmente entre calidad de vida y ansiedad, por lo que a mayor afectación de calidad de vida, mayor presencia de ansiedad. Se concluye del estudio que los pacientes con psoriasis presentaron una baja calidad de vida, con leve a grave depresión, y al mismo tiempo, mínimos a moderados niveles de ansiedad²⁶.

A nivel Nacional

3.2. Autor: Choquehuanca Zambrano, Gloria María

Título: Factores de riesgo asociados a baja calidad de vida de adolescentes con acné en el Hospital Belén de Trujillo – 2014

Fuente: <http://repositorio.upao.edu.pe/>

Lugar y fecha de publicación: Trujillo, Perú, 2014, UPAO

Resumen: El objetivo determinar si el género femenino, edad mayor de 15 años, tiempo de enfermedad, tratamiento con o sin isotretinoína son factores asociados al riesgo de baja calidad de vida en adolescentes con acné. Fue un estudio observacional, analítico y transversal. La población de estudio tomó a 90 adolescentes con acné del Hospital Belén Trujillo MINSA-Perú. Entre los resultados: La prevalencia de baja calidad de vida fue de (38.9%). El sexo femenino y la edad mayor de 15 años no se asocian significativamente a baja calidad de vida en adolescentes con acné. Como conclusión final el acné severo, tiempo de enfermedad, el no tratamiento y el tratamiento con isotretinoína; fueron factores de riesgo de baja calidad de vida de adolescentes con acné²⁷.

3.3. Autor: Joshi Acosta, Hever Krüger Malpartida, Leandro Huayanay Falconí, Francisco Bravo Puccio, Martín Arévalo Flores

Título: Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima

Lugar y fecha de publicación: Lima, Perú, revista de neuropsiquiatría de la UPCH, Vol. 73, núm. 4 (2010)

Fuente: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.2010.1698>

Resumen: Determinar la prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre pacientes nuevos que acuden al consultorio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), así como la posible asociación entre las variables demográficas o las características de la patología dermatológica y la presencia de depresión y síntomas depresivos. Se realizó un estudio descriptivo, transversal entre 287 pacientes nuevos que acudieron al consultorio de dermatología del HNCH. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck (IDB) y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM-IV (SCID), apartado de depresión mayor, entre enero y agosto del año 2003. La prevalencia de depresión fue de 20,6% y la de síntomas depresivos, de 44,9% (puntuación en el IDB de 11 ó más). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ocupación del paciente y depresión; así como entre género, grado de instrucción y estado civil, y la presencia de síntomas depresivos. Los diagnósticos dermatológicos más frecuentes entre los pacientes con depresión fueron dermatitis (11,86%), acné (8,47%), melasma (8,47%) y vitíligo (6,77%). Al final como conclusión, la prevalencia de depresión y síntomas depresivos fue similar a la reportada en estudios similares, siendo mayor a la reportada en la población general²⁸.

A nivel Internacional

3.4. Autor: Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z.

Título: Ansiedad Social y Calidad de Vida en pacientes con vitíligo y acné con afectación facial: Un estudio transversal controlado.

Lugar y fecha de publicación: Turquía, Estambul. 27 de Enero 2016, publicación online.

Fuente: American Journal of Clinical Dermatology, pp 1-7 (10.1007/s40257-016-0172-x)

Resumen: El objetivo del estudio fue investigar la ansiedad social, calidad de vida, la ansiedad y los niveles de depresión de los pacientes con acné y vitíligo con afectación facial y comparar estos niveles con los controles sanos. La población de estudio consta 37 paciente con vitíligo y 37 pacientes con acné, que sean mayores de 18 años, con afectación facial, y fueron incluidos en el estudio 74 sujetos de control emparejados por edad y sexo. Se pidió a los pacientes y controles completar la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, y el Índice de Calidad de Vida en Dermatología, la gravedad de la enfermedad se evaluó tanto objetivamente por parte del médico y subjetivamente por los pacientes utilizando una escala analógica visual. Entre los resultados los niveles de ansiedad social, depresión y ansiedad de los pacientes con vitíligo y el acné fueron significativamente mayores que en los controles sanos. La calidad de vida se ve afectada en ambos grupos de pacientes. No hubo correlación entre las puntuaciones de la escala psiquiátrica y la severidad de la enfermedad. La calidad de vida se correlaciona negativamente con los niveles de ansiedad social y depresión en ambos grupos de pacientes en nuestro estudio. Como conclusión los pacientes con vitíligo y acné tenían niveles más altos de ansiedad social, ansiedad y depresión en comparación con los sujetos control sanos²⁹.

3.5. Autor: Fagundo Pino IM, Carbonell Estacholi C, Bayarre Veá H

Título: Comportamiento de Factores Moduladores del Estrés en pacientes con Enfermedades Dermatológicas Psicosomáticas.

Lugar y fecha de publicación: Interpsiquis 2011. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias 7-feb-2011

Fuente: <http://hdl.handle.net/10401/2297>

Resumen: El objetivo es conocer el comportamiento de los factores moduladores del estrés en personas con enfermedades dermatológicas psicosomáticas se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una población de 60 individuos diagnosticados con liquen plano, psoriasis, vitiligo y alopecia areata, atendidos en Consulta Externa de Dermatología del Hospital “Gral. Calixto García”, en Ciudad de La Habana, de enero a marzo de 2008. A los cuales se aplicó el Cuestionario de Variables Sociodemográficas; Test de Vulnerabilidad al Estrés, de Miller y Smith; Inventario de Autoestima, de Coopersmith; Encuesta de Fortaleza Personal, de Susana Kobasa; y Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Como resultados se encontró que sólo el 30 por ciento tenía antecedentes de atención psiquiátrica o psicológica. Casi la totalidad presentó eventos estresantes en los últimos 6 meses, con una alta incidencia de conflictos familiares. Un alto por ciento de ellos tuvo la percepción de contar con apoyo familiar, resultado contradictorio si se tiene en cuenta que predominaron los conflictos en esa área. Hubo un franco predominio de sujetos vulnerables al estrés, seguidos de los seriamente vulnerables, estos últimos se encontraron solamente en los portadores de psoriasis. El nivel de autoestima fue globalmente bajo. El mayor por ciento alcanzó una categoría mala de su fortaleza personal. Se apreció una alta incidencia de ansiedad y/o depresión. En general los factores protectores del estrés se encontraron seriamente afectados³⁰.

4. OBJETIVOS

4.1. General:

- 1) Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.

4.2. Específicos:

- 2) Determinar el nivel de ansiedad por el test de Zung en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.
- 3) Determinar el nivel de calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.
- 4) Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016

5. HIPÓTESIS

Dado que los estados de ánimos y las emociones influyen en los diversos aspectos de nuestra vida, es probable que exista una relación significativa entre el nivel de ansiedad y la calidad de vida dermatológica de los pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas: Se empleara la encuesta personalizada

1.2 Instrumentos:

a) Instrumentos Documentales:

Los instrumentos a utilizarse para la técnica encuesta son:

- Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung
- Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI)

b) Instrumentos Mecánicos:

Los instrumentos a utilizar serán:

- Encuestas
- Computadora
- Laptop
- Memoria USB

- Útiles de Escritorio

c) Materiales:

Los materiales que serán necesarios para la operacionalización de las técnicas de encuesta serán:

- Materiales de Escritorio (lápiz, lapicero, borrador, hojas de apuntes, etc)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial: Consultorio Externo del servicio de Dermatología del Hospital III Regional Honorio Delgado Arequipa – Perú

2.2. Ubicación temporal: ENERO – MARZO 2016

2.3. Unidades de estudio: Los pacientes atendidos en Consultorio Externo de Dermatología del HRHDE, entre febrero del 2016.

2.4. Población:

Se trabajara en base a población que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

A. Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años de edad.
- Pacientes que presenten un diagnóstico de patología dermatológica.
- Pacientes con capacidad de comunicación para responder el test.
- Que acepten participar en el estudio.

B. Criterios de Exclusión:

- Ficha de recolección de datos o encuestas mal llenadas o llenadas de forma incompleta.

Al tratarse de en estudio observacional prospectivo se calculará una muestra en base a la fórmula para población finitas conocida:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N - 1) \cdot E^2}{Z_{\alpha}^2} + p \cdot q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño estimado de la población según estadística del servicio de dermatología, se atiende en promedio mensual 829 pacientes.

P = Proporción de ansiedad en población general (0.20)

q = 1 - p

Z_{α}^2 = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

E = Error absoluto, 5% = 0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{829 \cdot 0,20 \cdot (1 - 0,20)}{\frac{(829 - 1) \cdot 0,05^2}{1,96^2} + 0,20 \cdot (1 - 0,20)}$$

$$n = 189,80 \sim 190 \text{ pacientes}$$

Muestra: Se encuestara a 190 pacientes

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Para la recolección de datos se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) Se solicitará a la Gerencia del Hospital el permiso para la realización del estudio.
- b) Se aplicará los cuestionarios con la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung; además del Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DQLI) a los pacientes.
- c) En forma consecutiva no aleatoria se seleccionará a los pacientes, de los cuales sólo serán aquellos que cumplan con los criterios de inclusión.
- d) El cuestionario se efectuará bajo supervisión del examinador.
- e) Los datos obtenidos se recopilarán en la ficha de recolección de datos, elaborada para tal fin por el autor.

f) Los datos se vaciaran en el paquete informático SPSS. El que consistirá en:

- Chi cuadrado de Pearson
- Nivel de significación $p < 0.05$. Las diferencias se consideran significativas cuando el valor de probabilidad sea menor de 0.05
- Nivel de correlación de Spearman
- Finalmente los resultados serán presentados en tablas y gráficos

3.2. Recursos

a) Humanos:

- **Investigador:** Claudia Mariana Chávez Paredes
- **Asesor:** Dr. Ricardo J. Ibáñez Barreda

b) Institucionales:

- Biblioteca de U.C.S.M y UNSA
- Consultorio Externo de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú.

c) Documentarios:

- Historias Clínicas de los pacientes que conforman la muestra.
- Fichas de cada paciente donde se incluye datos pertinentes del paciente e historia clínica.
- Formatos validados para estimar la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung.
- Formatos validados de la encuesta utilizada para estimar el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI).

d) Financieros: La investigación será solventada con recursos propios del investigador.

3.3. Validación de Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaran serán una ficha de recolección de datos que estuvo constituida por un cuestionario simple para obtener los datos generales del paciente; ficha de escala de Autoevaluación de Ansiedad de “Zung”, la cual fue validada en 1965, tanto la de Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de

pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos. En 1968 se realizó la validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza. Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad aparente y pacientes ansiosos²⁶⁻³³.

En nuestro país, Astocondor (2001), como parte de su tesis titulada “Estudio Exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas”, realizó la adaptación y validez de la Escala de Autoevaluación de la ansiedad de Zung y de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en una muestra de 100 pobladores de ambos sexos de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas. La EAA fue revisada y adaptada convenientemente al nivel sociocultural y educativo de los habitantes de las comunidades nativas, habiéndose realizado previamente un estudio piloto, con las consiguientes modificaciones sugeridas que fueron aprobadas por un jurado calificador, el cual estuvo integrado por 10 especialistas en el área clínica, social y comunitaria. Se utilizó el método de validez interna por criterio de jueces, a través del Coeficiente V de Aiken³³.

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las

personas ansiosas. No obstante, su significado se identifica con la terminología médica convencional que define los síntomas de ansiedad. Los síntomas de trastornos ansiosos que comprende la Escala se presentan en la siguiente tabla³³.

TRASTORNOS ANSIOSO QUE MIDE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION
DE ZUNG ³³

AFFECTIVOS	SOMATICOS
Desintegración mental	Temblores
Aprehensión	Dolores y molestias corporales
Ansiedad	Tendencias a la fatiga y debilidad
Miedo	Palpitaciones
Intranquilidad	Mareos
	Desmayos
	Transpiración
	Parestesias
	Náuseas y vómitos
	Frecuencia Urinaria
	Bochornos
	Insomnio
	Pesadillas

En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal²⁶⁻³²⁻³³.

En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana. Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente”, tiene un sentido negativo,

pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto. Además en el formato de la Escala de la Autoevaluación de Ansiedad se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no pueda marcar la columna central para dar la impresión de que pertenece al término medio. Los resultados obtenidos de varios estudios han demostrado que en casi todos los desórdenes psiquiátricos hay un cierto grado de ansiedad concomitante. Personas con diferentes diagnósticos primarios tales como la enfermedad coronaria, lumbago o depresión, con frecuencia conllevan el diagnóstico adicional de ansiedad, lo cual significa que un diagnóstico primario que no sea el de ansiedad no elimina la concomitancia de sintomatología ansiosa que requiere el tratamiento de esta condición agregada. (Ejemplo: enfermedad coronaria y ansiedad, depresión y ansiedad, entre otros)²⁶⁻³³.

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la Escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios, el índice de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla³³.

ÍNDICE DE ESCALA DE
AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD
DE ZUNG²⁷ EQUIVALENCIA CLÍNICA²⁷

Menos de 45	Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada o severa
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

Además se utiliza en este estudio la ficha del Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) que fue desarrollado en Gran Bretaña por Finlay et al., para disponer de un instrumento de calidad de vida específico para pacientes de

Dermatología. La versión español del DLQI es un instrumento que consta de 10 ítems y cuyo marco temporal abarca los 7 últimos días. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con 4 posibles respuestas: “muchísimo”, “mucho”, “un poco”, “en absoluto”. Con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, y una quinta opción de respuesta “no procedente”. Las dimensiones de salud incluidas son “síntomas y percepciones” (ítems 1-2), “actividades diarias” (ítems 3-4), “ocio” (ítems 5-6), “trabajo/estudio” (ítem 7), “relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad” (ítems 8-9) y “tratamiento” (ítem 10). La puntuación final se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada ítem y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). El DLQI se calcula sumando los puntajes de cada pregunta resultando en un mínimo de 0 y un máximo de 30 puntos. Los puntajes altos se corresponden con empeoramiento de la calidad de vida. La autoadministración del cuestionario ocupa menos de 10 minutos^{27 - 32 - 34}.

INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES DE CALIDAD DE VIDA (DLQI)²⁷

No afecta la vida del paciente	0 – 1
Efecto mínimo sobre la vida del paciente	2 – 5
Efecto moderado sobre la vida del paciente	6 – 10
Efecto severo sobre la vida del paciente	11 – 20
Efecto muy severo sobre la vida del paciente	21 – 30

El proceso de adaptación cultural incluyó los pasos de traducción-retrotraducción, reuniones de consenso, prueba piloto y estudio de propiedades psicométricas (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio). La validación en el idioma español para Perú fue aprobada el 15 de Febrero del 2011, con 2 traducciones independientes, una traducción homogeneizada, una copia de la traducción independiente, revisión del desarrollador de la copia de traducción. En el país una revisión de la traducción homogeneizada por un representante aprobado por el patrocinador; y además una entrevista piloto con cinco hispanohablantes nacidos en Perú. Se ha usado el DLQI para fines clínicos e investigativos en la evaluación de nuevas terapias dermatológicas, en la comparación de diferentes enfermedades cutáneas y en la medición del impacto

en la actividad diaria de las enfermedades de la piel. La consistencia interna de esta escala está entre buena y excelente, y ha tenido altos coeficientes de correlación de Spearman en su evaluación de fiabilidad prueba-reprueba. Además, esta escala ha presentado un efecto sustancial y una falta de sensibilidad al cambio, que se traducen en su dificultad para detectar mejoría en los pacientes y en la incapacidad para detectar cambios en la calidad de vida cuando varía la gravedad del cuadro clínico. A pesar de que el DLQI ha sido traducido a varias lenguas, es poca la información publicada acerca del proceso de traducción. De hecho, una evaluación reciente de la equivalencia cultural en pacientes con psoriasis sugiere que la nacionalidad influye en los puntajes²⁷⁻³².

Otros instrumentos a utilizarse son los programas Microsoft Windows y Microsoft Word son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Microsoft Corporation. El programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) es marca registrada hispanoportuguesa SPSS.

3.4 Criterios para manejo de resultados

A nivel de Sistematización

- a) **Plan de Procesamiento:** El procesamiento se hará en forma manual y electrónica.
- b) **Codificación:** Una vez obtenidos los datos estos serán contados, tabulados y posteriormente serán procesados estadísticamente. Para el análisis de los datos se utilizara una computadora personal y el paquete estadístico SPSS.
- c) **Análisis:** Se realizará un tipo de estadística correlacionar en el que se estudian las características de calidad de vida de los pacientes y su nivel de ansiedad. Se obtendrá la mediana, media y moda, se obtendrá la distribución de los pacientes según los valores del Índice de Calidad de Vida en Dermatología y según la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung.
- d) **Presentación:** Los resultados obtenidos serán presentados en tablas y gráficos estadísticos.

A nivel de estudio de datos

- a) **Metodología de Interpretación:** El proceso a seguir para la interpretación de datos será en primer lugar detallando las variables identificadas objeto de estudio según la definición de objetivos e instrumentos, y siguiendo una estadística descriptiva. Luego se determinará que variables ameritaran ser analizadas individualmente y presentadas en tablas según los objetivos. Finalmente, se determinará que variables deben cruzarse según objetivos e hipótesis y se realizara el listado de las tablas que deben presentarse.
- b) **Operaciones para Interpretar las Tablas:** Una vez entendidas las tablas, se realizaran descripciones de las características de la muestra, la situación del problema del estudio y la comprobación de la hipótesis en base a los resultados de las pruebas estadísticas empleadas.

A nivel de Conclusiones

- a) **Profundidad Analítica:** Dependerá de los resultados para poder analizar y formular las conclusiones las cuales podrán ser generalizadas de los pacientes con patología dermatológica.
- b) **Logro de Objetivos:** Una vez establecidos los resultados se establecerán el logro de los objetivos planteados.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de Información	■	■										
Elaboración del Proyecto		■	■									
Presentación del Proyecto				■	■							
Recolección de Datos						■	■					
Análisis e Interpretación								■	■			
Elaboración del Informe										■		

Fecha de inicio: 25 de Enero

Fecha probable de término: 08 de Marzo



V. BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

- 1) Jones-Caballero M, Peñas P. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. Actas Dermosifiliográficas 2002; 93:481-9 - Vol. 93 Núm.8. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Disponible en: <http://www.elsevier.es> el 18/01/2016.
- 2) Gloger S. La angustia de pánico y su tratamiento. Vol.24. No2, 1995. Boletín de la Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/AngustiaPanico.html>
- 3) guiasalud.es. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. [Sede web]. Madrid: Guiasalud.com, 2008 [actualizada el 27 de noviembre de 2008]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html
- 4) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. “Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry” 11th Edition. Wolters Kluwer Health Inc. Agosto del 2014, página 368 -397
- 5) Yates WR, Bienenfeld D. Anxiety disorders in general. [Sede web]. Medscape.com, 1996 [actualizada el 03 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/286227-overview#a5>
- 6) Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S.” Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud”. Washington, D. C.: OPS, 2009, páginas 350 - 400
- 7) Saldarriaga F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú. Diciembre del 2012. MINSA: Instituto nacional de salud. Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Resumen%20Ejecutivo%202012%20-%202011_%20PREVALENCIA%20DE%20VIDA%20Y%20EDAD%20DE%20INCI

O%20DE%20TRASTORNOS%20PSIQUI%3%81TRICOS%20EN%20EL%20P
ER%3%9A%20URBANO.pdf

- 8) Torrades S. Ansiedad y depresión Evidencias genéticas. Vol 23 núm 3 marzo 2004. OFFARM. Ámbito Farmacéutico Genética. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13059415&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=145&accion=L&origen=zonadlectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v23n03a13059415pdf001.pdf
- 9) Tortella Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. C. Med. Psicosom, N° 110 – 2014. [Sede web]. Dialnet.com. Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática. Disponible en: Dialnet.com
- 10) Romeu i Bes. J. Ansiedad Revisión. Vol. 14. Núm. 12. Diciembre 2000. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ansiedad-revision-13632>
- 11) Garrido Picazo M. Terapéutica en Atención Primaria: Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Vol. 34. Núm. 08. Octubre 2008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-terapeutica-atencion-primaria-manejo-ansiedad-13127219>
- 12) Urzúa AM, Caqueo Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica 2012, Vol. 30, N° 1, 61-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- 13) Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2, 9 2003, pp. 161-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- 14) Center of Disease Control. Health-Related Quality of Life (HRQOL). [Sede web]. Atlanta: cdc.gov, 2011 [actualizada el 17 de Marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
- 15) Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality-of-Life Outcomes, Vol. 334 N° 13, New England Journal of Medicine 1996; 334:835-840. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199603283341306>

- 16) Fernández JF, Fernández M y Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica 2010, Vol.84, N°2, pp. 169-184. Marzo-Abril 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 17) Urzúa M. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. méd. Chile v.138 n.3 Santiago mar. 2010. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017
- 18) Restrepo C, Escobar C, Mejía AM, Tamayo S, et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. Iatreia vol.26 no.4 Medellín Oct. /Dec. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932013000400008&script=sci_arttext
- 19) Halioua B, Beaumont MG y Lune F. Calidad de vida en dermatología. Vol. 4, Núm. 2. Marzo 2001. Instituto Alfred Fournier, París, Francia. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/dermacosmetica2/96-102.pdf>
- 20) dermatologia.cat. Enfermedades psicodermatológicas [sede web]. Barcelona: Dermatologia.cat [actualizada el 10 de Enero del 2016]. Disponible en: <http://www.dermatologia.cat/es/malaltiespsicodermatologiques.html>
- 21) Bonías I. Somatizaciones cutáneas. Formación dermatológica nº 06 • enero-abril 2009 [Sede web]. Dialnet.com. Disponible en: Dialnet.com
- 22) Panconesi E. Dermatología psicosomática: pasado y futuro. Vol. 4, Núm. 2. Marzo 2001. Departamento de Dermatología, Universidad de Florencia, Florencia. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/dermacosmetica2/104-106.pdf>
- 23) Jafferany M. Psychodermatology: When the Mind and Skin Interact. [sede web]: Psychiatrictimes.com [actualizada el 08 de Diciembre del 2011]. Disponible en:

- <http://www.psychiatrictimes.com/psychotic-affective-disorders/psychodermatology-when-mind-and-skin-interact>
- 24) Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian J Psychiatry*. 2010 Jul-Sep; 52(3): 270–275. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990831/>
- 25) Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. *American Family Physician*. 2001 Dec 1;64(11):1873-1879. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2001/1201/p1873.html#sec-4>
- 26) Cheng JL. Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de psoriasis del hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. 2012. Tesis para alcanzar el título de médico cirujano, Universidad Católica de Santa María, 2014, Arequipa, Perú. Disponible en: <http://cybertesis.ucsm.edu.pe/>
- 27) Choquehuanca GM. Factores de riesgo asociados a baja calidad de vida de adolescentes con acné en el Hospital Belén de Trujillo – 2014. Tesis para alcanzar el título de médico cirujano, Universidad Privada Antenor Orrego, 2014, Trujillo, Perú. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/418/1/CHOQUEHUANCA_GLORIA_RIESGO_BAJA_CALIDAD.pdf
- 28) Acosta J, Krüger H, Huayanay H, et al. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima. *Revista de neuropsiquiatría de la UPCH*, Vol. 73, núm. 4 (2010). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1698/1726>
- 29) Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2016 Jan 27, pp 1-7. 1175-0561. DOI: 10.1007/s40257-016-0172-x
- 30) Fagundo IM, Carbonell C, Bayarre H. Comportamiento de Factores Moduladores del Estrés en pacientes con Enfermedades Dermatológicas Psicosomáticas. *Interpsiquis*

2011. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias 7-feb-2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2297>
- 31) Vargas E, Peña EL, Vargas A. Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. *Actas Dermosifiliográficas*. Vol 97. Núm 10. Diciembre 2006. Madrid. España. DOI: 10.1016/S0001-7310(06)73484-6. Disponible en: <http://actasdermo.org/es/influencia-ansiedad-diversas-patologias-dermatologicas/articulo/13095246/>
- 32) Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez AM y Arbeláez CP. Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicología y Salud*, Vol. 18, Núm. 1: 17-25, enero-junio de 2008. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/671/1180>
- 33) García De la Cruz RG. Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del hospital regional de Loreto Julio-Septiembre 2013. Tesis de Bachiller para alcanzar el título de médico cirujano, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana “Rafael Donayre Rojas”, 2014, Iquitos, Perú. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/146/1/TESIS%20RICARDO%20GABRIEL%20GARC%20C3%8DA%20DE%20LA%20CRUZ.pdf>
- 34) Finlay AY, Khan GK. Dermatology Quality of Life Index (DLQI). Department of Dermatology. Cardiff University School of Medicine, Cradiff, United Kingdom. Disponible en: <http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/files/2014/07/DLQI-Spanish-Peru-TransInfo.pdf>