



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TEMA:

**“RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD DE LA PSORIASIS Y EL NIVEL DE
DEPRESIÓN, CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL
LUIS VERNAZA ENERO – JUNIO 2020.”**

AUTOR:

MD. CLAUDIA LUCIA MALDONADO CARRASCO

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA**

DIRECTOR:

DR. ENRIQUE LOAYZA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021




UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Claudia Lucia Maldonado Carrasco*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Dermatología.

Guayaquil, 26 de febrero año 2021

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:



Dr. Enrique Loayza

DIRECTOR DEL PROGRAMA:



Dr. Enrique Úraga Pazmiño



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Claudia Lucia Maldonado Carrasco

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*Relación entre la Actividad de la Psoriasis y el nivel de Depresión, Consulta Externa de dermatología, Hospital Luis Vernaza. Enero – Junio 2020*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, 26 de febrero año 2021

EL AUTOR:

Md. Claudia Lucía Maldonado Carrasco



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, *Claudia Lucia Maldonado Carrasco*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: ***“Relación entre la Actividad de la Psoriasis y el nivel de Depresión, Consulta Externa de dermatología, Hospital Luis Vernaza. Enero – Junio 2020”***, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 26 de febrero año 2021

EL AUTOR:


Claudia Lucia Maldonado Carrasco

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por ser mi guía y mi fuerza espiritual.

A mis padres, Marco y Lucía, por el apoyo que siempre me han brindado.

A mis hermanos Carolina y Marco.

A mis Docentes, Dr. Mario Moreno, Dr. Juan Carlos Garcés, Dra. María de Lourdes Tacuri; no solo por sus enseñanzas, sino también por haber sido mis grandes amigos y ahora colegas, gracias por ser una gran fuente de inspiración.

Un especial agradecimiento al Dr. Enrique Loayza, por su apoyo y su amistad durante mis años de Formación Académica.

Claudia Lucia Maldonado Carrasco

DEDICATORIA

A mis Padres y Hermanos, por su apoyo incondicional.

Claudia Lucía Maldonado Carrasco

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.2 VALORACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
2 HIPÓTESIS.....	4
3 OBJETIVOS.....	5
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4 MARCO TEÓRICO.....	6
4.1 INTRODUCCIÓN	6
4.2 EPIDEMIOLOGÍA	6
4.3 ETIOPATOGENIA.....	6
4.4 FACTORES GENÉTICOS	6
4.5 FACTORES DESENCADENANTES.....	7
4.6 MECANISMO INMUNE DE LA PSORIASIS	8
4.7 FORMAS CLÍNICAS.....	8
4.7.1 PSORIASIS EN PLACAS O PSORIASIS VULGAR	9
4.7.2 PSORIASIS EN GOTAS (GUTATA).....	9
4.7.3 ERITRODERMIA PSORIÁSICA	9
4.7.4 PSORIASIS PUSTULOSA	10
4.8 ESCALAS DE VARIACIÓN DE LA PSORIASIS - CLINIMETRÍA.....	10
4.8.1 PASI (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX).....	10
4.8.2 BSA (BODY SURFACE AREA).....	10
4.8.3 CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX)	11
4.9 LA PSORIASIS Y LA DEPRESIÓN	11
4.9.1 MECANISMO INFLAMATORIO DE LA DEPRESIÓN	11
4.9.2 FACTORES PSICOLÓGICOS	11
4.9.3 DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN.....	12
4.9.4 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRY (PHQ-9)	12
5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	13
6 MÉTODOS	14
6.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	14
6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	14
6.3 UNIVERSO DEL ESTUDIO	14
6.3.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.....	14
6.3.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	14
6.3.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	15
6.3.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	15
6.4 VARIABLES	15

6.4.1	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	15
7	RESULTADOS.....	18
7.1	CONDENSADO DE RESULTADOS.....	31
7.2	CONDENSADO DE CONCLUSIONES	34
8	DISCUSIÓN	36
9	CONCLUSIONES	39
10	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	40
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

ÍNDICE DE TABLAS Y DE GRÁFICOS

Tabla 1. Relación entre las características clínicas y la severidad de la psoriasis.....	18
Gráfico 1. Polígono de frecuencia para la edad en pacientes con psoriasis.....	19
Gráfico 2. Distribución de los pacientes con psoriasis por sexo.....	20
Gráfico 3. Distribución de los pacientes con psoriasis por estado civil.....	20
Gráfico 4. Distribución de los pacientes con psoriasis por estratificación social – GRAFFAR.....	21
Gráfico 5. Distribución de los pacientes con Psoriasis por comorbilidades.....	22
Gráfico 6. Distribución de los pacientes por tipo de Psoriasis que padecen.....	22
Gráfico 7. Distribución de los pacientes por la severidad de la Psoriasis que padecen.	23
Gráfico 8. Distribución de los pacientes con Psoriasis por sus niveles de Depresión (PHQ-9).....	24
Gráfico 9. Distribución de los pacientes con Psoriasis por presencia de pensamientos suicidas.....	24
Gráfico 10. Distribución de los pacientes con Psoriasis por su calidad de vida (DLQI).....	25
Gráfico 11. Relación entre Depresión y Psoriasis severa.....	26
Tabla 2. Relación entre las características clínicas y la Depresión.....	27
Gráfico 12. Relación entre la afectación de la calidad de vida y la Depresión.....	28
Tabla 3. Relación entre las características clínicas y las alteraciones de la calidad de vida.....	29
Gráfico 13. Relación multivariante entre sexo, depresión, calidad de vida y severidad de la Psoriasis.....	30

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario para Pacientes con Psoriasis.....	45
ANEXO 2. Cuestionario sobre la salud del Paciente-9 (PHQ-9).....	48
ANEXO 2. Cuestionario sobre la calidad de vida – Dermatología.....	49

RESUMEN

Antecedentes: Psoriasis es una enfermedad crónica que produce deterioro de la calidad de vida, se caracteriza por estar asociada con mayor riesgo de ansiedad, depresión e ideas suicidas; estos cuadros afectan el curso de la enfermedad retrasando su tiempo de recuperación y pobre respuesta a varios tratamientos o incluso el riesgo de recurrencias.

Materiales y métodos: se desarrolló una investigación de tipo observacional, transversal, analítica y prospectiva a 71 pacientes que acudieron a la consulta externa, a cada paciente se le realizó una entrevista, la aplicación de cuestionarios mediante la hoja de recolección de datos y examen físico. La escala para medir depresión utilizada fue PHQ-9, índice de calidad de vida, DLQI

Resultados: Se estudiaron un total de 71 pacientes consecutivos con diagnóstico de psoriasis. El riesgo determinado mediante el Odds ratio, mostró que pacientes con severidad moderada/grave tienen 2,57 veces más probabilidad de presentar depresión con respecto a los que presentan severidad leve. EL 64.7% de los pacientes con psoriasis presentó algún grado de depresión. Al consultar a los pacientes con psoriasis sobre si ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse algún daño el 18,31% respondió afirmativamente en la misma.

Conclusiones: Los paciente con psoriasis moderada o grave se asocia a niveles de depresión leve; mientras que cuando tenemos leve severidad de la psoriasis se asocia con la ausencia de depresión. Los 2/3 de los pacientes con psoriasis presentaron algún grado de depresión junto con afectación de la calidad de vida según DLQI.

Palabras claves: psoriasis, grado de depresión, PASI, DLQI, test PHQ-9

ABSTRACT

Background: Psoriasis is a chronic disease that causes deterioration in the quality of life; it is characterized by being associated with a higher risk of anxiety, depression and suicidal ideas. These conditions affect the course of the disease, producing a delayed recovery time and poor response to various treatments or even the risk of recurrences.

Materials and methods: an observational, cross-sectional, analytical and prospective study was carried out with 71 patients who attended the outpatient clinic, each patient was interviewed, we did the application of questionnaires through the data collection sheet and physical examination. The scale to measure depression was PHQ-9 and quality of life index DLQI

Results: A total of 71 consecutive patients diagnosed with psoriasis were studied. The risk determined by the Odds ratio, showed that patients with moderate / severe disease were 2.57 times more likely to present depression than those with mild severity; 64.7% of the patients with psoriasis presented some degree of depression. When consulting patients with psoriasis about whether they thought it would be better to be dead or hurt themselves, 18.31% answered affirmatively.

Conclusions: Patients with moderate or severe psoriasis are associated with levels of mild depression; while mild severity of psoriasis it is associated with the absence of depression.

Two thirds of the patients with psoriasis presented some degree of depression along with impaired quality of life according to DLQI.

Key words: psoriasis, degree of depression, PASI, DLQI, PHQ-9 test

INTRODUCCIÓN

La Psoriasis es una enfermedad inmunomediada, inflamatoria crónica y recurrente que afecta a 2-3% de la población mundial. ⁽¹⁾ Las manifestaciones clínicas son muy variadas; lo más común es que la enfermedad afecte a la piel y se presente en forma de pápulas y placas crónicas, simétricas, eritematosas y escamosas.⁽²⁾ En su Inmunopatología se habla de la activación persistente del sistema innato y adaptativo, las células th17 son un pilar en el desarrollo del problema inflamatorio que caracteriza la Psoriasis. C Entre las moléculas que intervienen en el proceso inflamatorio tenemos a la citoquinas inflamatorias, el factor de necrosis tumoral alfa, el interferón gamma y IL17, que desempeñan un papel fundamental en la patogenia de la Psoriasis y comorbilidades asociadas, ya que estas generan procesos inflamatorios en otros órganos y sistemas ⁽⁴⁻⁵⁾ Estos datos que sugieren que estos componentes están relacionados con la etiopatogenia de la depresión. Hoy en día con el uso de tratamientos biológicos para la Psoriasis que han demostrado mejorar tanto los síntomas de esta enfermedad como los síntomas depresivos, mejorando así la calidad de vida en estos pacientes, refuerzan el lazo bidireccional que existe entre la Psoriasis y al depresión el mismo que nos habla de una asociación entre la severidad de la Psoriasis, la depresión e ideas suicidas ⁽⁵⁾. Conocer el componente psicológico de nuestros pacientes nos permite contribuir de manera sustancial para crear la adherencia apropiada y éxito en nuestros tratamientos junto con el mejoramiento que se da por sí mismo a la enfermedad al identificar grupos de riesgo con presencia de depresión. Es por esto que esta investigación tiene como finalidad estudiar la relación existente entre el nivel de actividad de la Psoriasis y el grado de depresión.

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen enfermedades dermatológicas gran impacto psicológico en los pacientes que las padecen, dependiendo de su forma de presentación, su evolución, de manera aguda o crónica con periodos de agudización. Más aún cuando se trata de enfermedades crónicas, con manifestaciones clínicas en toda la superficie corporal, ya que nuestra piel carta de presentación ante la sociedad.

La Psoriasis se asocia a baja autoestima y a mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, como es la depresión. Existen cuestionarios de tamizaje para ayudar a identificar pacientes con depresión, como el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), que es uno de los instrumentos que ha alcanzado mayor reconocimiento a nivel internacional debido a su capacidad para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastornos depresivos, y su sensibilidad al cambio para monitorear la respuesta al tratamiento 6. Se basa en los criterios de diagnóstico del DSM-IV y permite medir el estado de ánimo del paciente en las semanas previas a la consulta 5. En este estudio se propone el uso del cuestionario PHQ-9, por ser un instrumento fácil, práctico que permite el diagnóstico temprano de la presencia del depresión en pacientes que padecen de Psoriasis y ver en ellos si a mayor severidad de su enfermedad existe mayor grado de depresión.

1.1.2 VALORACIÓN DEL PROBLEMA

La Psoriasis tiene un impacto en varios aspectos de la vida del paciente, tanto en el ámbito personal como el laboral, lo cual influye directamente sobre el estado de ánimo y su calidad de vida; llevándolo a este a que sufra cuadros de depresión. La prevalencia de depresión en Psoriasis, reportada en un estudio publicado en el 2017 en Ecuador fue de 24,4%, éste porcentaje es elevado si se compara con los datos en la población general, sugiriendo que los pacientes con Psoriasis tienen con mayor frecuencia esta alteración del estado de ánimo.⁽⁵⁾

Debido a la ausencia de datos similares en nuestro país, el objetivo de este estudio es detectar la presencia de depresión en pacientes con diagnóstico establecido de

Psoriasis, por medio del cuestionario de PHQ-9 y evaluar su relación con la actividad de la enfermedad; a fin de proporcionar un soporte psicológico oportuno para mejorar la adherencia al tratamiento y por ende su la calidad de vida; con la finalidad de implementar de manera rutinaria escalas de valoración como la propuesta, para proporcionar un manejo integral a nuestros pacientes.

Para el médico dermatólogo no es un reto dar un diagnóstico acertado de Psoriasis, pero si lo es el detectar problemas psicológicos en el paciente los cuales influyen en la respuesta al tratamiento; por eso en este estudio se determinará la relación entre el nivel de Actividad de la Psoriasis con el grado de depresión, usando el cuestionario PHQ-9 para la detección oportuna de pacientes que sufren esta patología.

1.1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA (PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN)

1. ¿Cuál es el grado de actividad de Psoriasis mediante la escala de PASI (Psoriasis Área Severity Index)?
2. ¿Existe asociación de las comorbilidades con el grado de actividad de Psoriasis?
3. ¿Cuál es la frecuencia de depresión mediante PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)?
4. Calcular el nivel de depresión con la escala PHQ-9 y su correlación con el nivel de PASI.
5. ¿Cuál es la correlación entre el nivel de depresión y el estrato socioeconómico GRAFFAR?

2. HIPÓTESIS

2.1 Formulación de la Hipótesis

El nivel de actividad de la Psoriasis se correlaciona con el grado de depresión.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de Actividad de la Psoriasis con el grado de depresión, en la consulta externa de Dermatología. Hospital Luis Vernaza. Enero - Junio 2020.

3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el grado de actividad de Psoriasis mediante la escala de PASI (Psoriasis Area Severity Index).
2. Relacionar los factores asociados (comorbilidades) con el grado de actividad de Psoriasis.
3. Medir la frecuencia de depresión mediante PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) y su correlación con el nivel de PASI.
4. Medir el grado de afectación de la calidad de vida DLQI (Dermatology Life Quality Index) y su correlación con el nivel de depresión con la escala PQH-9.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Introducción

La Psoriasis es una enfermedad cutánea crónica, inmunomediada que afecta aproximadamente al 2-3% de la población mundial. Es de origen poligénico inmunomediado, y otros factores desencadenantes ambientales como, traumatismos, infecciones y ciertos medicamentos, que pueden exacerbar la enfermedad. Característicamente se presenta como placas eritematosas; entre el 11-30% de pacientes desarrollan artritis psoriásica concomitantemente, en su forma moderada o grave hay riesgo de síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Esta patología impacta sobre la salud mental y afecta la calidad de la calidad de vida de estos pacientes^(1;7)

4.2 Epidemiología

Alrededor del mundo más de 125 millones de personas padecen psoriasis, afectando a hombres y mujeres por igual⁽¹⁾, puede afectar a cualquier edad, desde la infancia hasta la octava década de vida, pero más frecuentemente ocurre entre 20-30 y 50-60 años de edad⁽⁸⁾

La prevalencia varía dependiendo de la localización, en Estados Unidos es del 4.7%⁽⁸⁾ estudios en Latinoamérica sugieren que la prevalencia es del 1%. En el Ecuador los datos epidemiológicos no son concretos, sin embargo en el del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de 1990-2000, encontraron una prevalencia del 1.1 0%⁽⁹⁾

4.3 Etiopatogenia

Aunque cada día surgen nuevos avances en torno a lo que se conoce de esta enfermedad, todavía falta mucho por conocer acerca de su etiopatogenia, la cual es una patología multifactorial; que involucra la parte genética, inmunológica y ambiental⁽¹⁰⁾

Se caracteriza por alteraciones inmunoquímicas, vasculares que generan cambios en la diferenciación y crecimiento epidérmico, los mismo pueden ser modificados por algunos factores inmunitarios, ambientales, psicosomáticos y bacterianos.^(11;12)

4.4 Factores Genéticos

La genética tiene un papel significativo en la Psoriasis, aunque todavía no se conoce el Patrón de Herencia con exactitud; se sabe existe antecedentes familiares positivos entre el 68% de los pacientes con Psoriasis ⁽¹³⁾

En un estudio hecho en Alemania, se vio que si ambos padres tenían Psoriasis el riesgo de que su hijo desarrolle la enfermedad es del 41%; si solo uno de los padres estaba afectado, el riesgo fue del 14% y el riesgo era del 6% si solo un hermano tenía Psoriasis. ⁽⁸⁾ Estudios en gemelos han encontrado concordancia elevada , de 2 a 3.5 veces mayor en gemelos monocigóticos que en dicigóticos, y el porcentaje estimado de susceptibilidad e heredar esta patología⁽¹⁾

El gen de susceptibilidad a la Psoriasis localizado en el cromosoma 6 gen 1 (PSORS1), presenta relación con determinadas moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA), de estas la más relevante es el HLA-Cw6 que se ha encontrado en personas de raza blanca y asiático, aumenta 10 a 15 veces más el riesgo de tener Psoriasis, está vinculada con el inicio temprano y actividad severa de la enfermedad.^(1;14;15)

Entre otras moléculas implicadas tenemos, HLA-B27 asociada con Psoriasis pustulosa, sacroiliitis y PsA. HLA-B13 y HLA-B17: con las formas gutata y la eritrodérmica. Y por último HLA-B8, Bw35, Cw7, y DR3 con la Psoriasis palmoplantar pustulosa.^(8;16)

4.5 Factores desencadenantes

En Pacientes que tienen una predisposición genética existen factores que puede, desencadenar la enfermedad. Uno de los más importantes, es el “Fenómeno de

Koebner” que se presenta en el 20% de los Pacientes, y está dado por mediadores inflamatorios derivados de los mastocitos como la triptasa, IL-6, IL-8, IL-17 e IL-36γ.

Esto es lo que produce lesiones de Psoriasis en el lugar que previamente sufriera un traumatismo, suele ocurrir entre a dos a seis semanas después del incidente⁽¹⁷⁾

El estreptococo betahemolítico como causante de faringitis y/o celulitis; debido a la presencia de su proteína M; está asociado con el desarrollo de Psoriasis tipo gutata⁽¹⁸⁾ Entre las alteraciones metabólicas, tenemos la hipocalcemia, el embarazo, el consumo de alcohol y de drogas; así vemos que también la obesidad empeora el curso de la Psoriasis ya que comparten rasgos en su patogenia, como el aumento de citocinas proinflamatorias (IL-1, IL-6, TNF-α y adiponectina).⁽¹⁹⁾

Existen múltiples medicamentos, considerados como inductores de Psoriasis, entre ellos tenemos los betabloqueantes, como el propranolol, el litio, el interferón, los antimaláricos, anti TNF IECAS y los AINEs.^(1;20)

4.6 Mecanismo inmune de la Psoriasis

La Psoriasis es una enfermedad que involucra tanto la inmunidad innata como la adaptativa, es así que varias moléculas juegan un papel fundamental en el desarrollo de la misma, como los queratinocitos y linfocitos T que junto con macrófagos y células dendríticas al migran hacia la epidermis y generan citocinas inflamatorias que incluyen interleucina (IL) 1 e IL-6, IL-22, factor de necrosis tumoral (TNF), IL-2, interferón [IFN] y TNF alfa. Por otro lado, inhiben la secreción de IL 10, lo cual potencia este efecto inflamatorio. De este grupo las encargadas de maduración de las células T en células Th17 es la IL6, IFN gama y TNF alfa produciendo el acumulo de neutrófilos hacia localizaciones específicas como el borde de las placas en crecimiento.^(3; 21)

Esta enfermedad se debe a un trastorno de células T, principalmente de linfocitos T CD8 localizados en la epidermis y una mezcla de CD4 y CD8 en la dermis. Una de la

citoquinas generadas más importantes, es la IL 23 que estimulación de células T helper especialmente Th17 y esta produce la liberación de IL-17 e IL-22 llevando así a la inflamación dérmica y replicación de queratinocitos. Los queratinocitos secretan además proteínas antimicrobianas (hBD1-2, catelicidina LL37 y SLP1), IL-1, IL-6, IL-8 y TNF- α ; también expresan TLR. ^(1; 3; 16)

4.7 Formas clínicas

La mayoría de pacientes presenta una afectación cutánea, sin embargo, un 15% manifiesta síntomas articulares como inflamación o dolor previo al desarrollo de lesiones en piel, las cuales se pueden desarrollar en prácticamente cualquier área de la superficie corporal, aunque comúnmente se presentan en codos y rodillas, extremidades inferiores, con placas eritematosas de bordes definidos y una superficie cubierta de escamas gruesas de color blanco, llegando en casos excepcionales a la eritrodermia y elevando la mortalidad. ^(22; 23)

Existen características clínicas patognomónicas, entre ellas un anillo hipo crómico periférico, el Halo de Woronoff nos indica regresión, aparece en lesiones previas y que han sido tratadas ⁽²⁴⁾

Dentro de la valoración clínica, un método diagnóstico consiste en el raspado de la placa de Psoriasis, el raspado metódico de Brocq lo cual genera descamación blanquecina que constituye el Signo de la bujía o de la mancha de cera, posteriormente se aprecia una fina membrana epidérmica que es la membrana de Duncan Buckley; dejando finalmente una superficie con pequeños puntos hemorrágicos, donde se observa capilares dilatados en las papilas dérmicas, conocido como Signo de Auspitz. ⁽²⁴⁾

Desde el punto de vista histológico existe un infiltrado inflamatorio, con predominio de linfocitos; caracterizado por hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis de la epidermis, vasos tortuosos y dilatados. Se conoce que el 20-30% de pacientes

desarrollan artritis psoriásica, en su forma moderada o grave conlleva múltiples comorbilidades entre ellas hay riesgo de síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular aterosclerótica.⁽⁸⁾

4.7.1 Psoriasis en Placas o Psoriasis vulgar

En el 90% de los pacientes se encuentra esta variante constituyendo así la forma clínica más frecuente de Psoriasis.⁽²⁵⁾ Se presenta con placas descamativas, eritematosas, de tamaño variable y borde bien definido, localizadas en diferentes zonas del cuerpo, aunque es más frecuente en extremidades, codos y rodillas; seguida de piel cabelluda y región lumbar. Lesiones en genitales pueden aparecer en el 45%; al igual que otras formas clínicas se caracteriza por estar acompañadas de prurito⁽²⁶⁾

4.7.2 Psoriasis en gotas (Gutata)

Esta es la forma clínica de presentación abrupta más frecuente en niños y adolescentes, y su pronóstico varía acorde a la edad; se ha reportado remisión espontánea en 2 a 3 meses o llegar a ser una forma crónica como el caso de los adultos. La mayoría tienen un antecedente de infección por estreptococo, que afecta vías respiratorias altas. Clínicamente se observa pequeñas pápulas y placas eritematoescamosas de 0.5 y 1.5cm de diámetro, localizadas generalmente en tronco^(8;12)

4.7.3 Eritrodermia Psoriásica

Se presenta en el 2% de casos y es más frecuente en el sexo masculino. Puede ser la forma de inicio o presentarse en el curso de cuadro clínico típico de Psoriasis en Placas. Clínicamente se observa un eritema generalizado con descamación fina, que se produce por una gran vasodilatación generando cuadros de alteración hidroelectrolítica, déficit proteico, hipotermia y/o edema. Esto puede llevar a

complicaciones raras como insuficiencia cardíaca y alteración en la función hepática y renal. Puede ser desencadenada por la suspensión abrupta de corticoides sistémicas, infección o tratamiento irritativos.^(12; 27)

4.7.4 Psoriasis pustulosa

Es la forma más rara e infrecuente de todas, puede manifestarse como una forma localizada acrodermatitis continua de Hallopeau (palmo-plantar,) o generalizada Von Zambusch, patrón anular, exantemática. Clínicamente se observa un eritema y pústulas estériles. Existen factores que desencadenan estos cuadros generalizados, entre ellos: suspensión abrupta de corticoides sistémicos, embarazo, hipocalcemia e infecciones.

4.8 Escalas de evaluación de la Psoriasis – Clinimetría

4.8.1 PASI (Psoriasis Area Severity Index)

Fue definido por Fredriksson y Pettersson en 1978, constituye la escala más utilizada que muestra una buena correlación y un bajo índice de variabilidad entre observadores, además de ser la medición de la eficacia de las drogas en la mayoría de los ensayos clínicos; sin embargo, no ha tenido una valoración formal. Al igual que el BSA es útil solo en la Psoriasis vulgar. La valoración de la severidad está dada por la siguiente escala:

Leve a los pacientes entre 0-5

Moderada de 5-10

Grave con un PASI superior a 10.^(28; 29)

Para el calcular el grado de severidad es necesario valorar cada lesión de Psoriasis, y dar una puntuación que vaya de 0 a 4 (0=ninguno, 1=leve, 2=moderado, 3=marcado, 4=muy marcado) en base a tres parámetros: eritema, infiltración o induración y descamación, así como el área de afectación del cuerpo, cada localización es importante. Luego se suma el puntaje de cada característica evaluadas y a esta suma se

multiplica por el cálculo de la superficie corporal, donde 0 es nada, 1=0-9%, 2=10-29%, 3=30-49%, 4=50-69%, 5=70-89% y 6=90-100%. Al final se multiplica por un coeficiente según el área evaluada, 0,10 en cabeza, 0,30 en tronco, 0,20 en miembros superiores y 0,40 en miembros inferiores. Actualmente el uso de herramientas digitales y aplicaciones permiten realizar un cálculo automático.^(28; 30; 31)

4.8.2 BSA (Body Surface Area)

Este es el método más sencillo y rápido para medir la extensión de la Psoriasis que afecta la superficie corporal, se toma como equivalente al 1% de la palma de la mano del Paciente, incluyendo los dedos. Puede haber dificultades cuando se trata de pacientes con Psoriasis gutata o ante la presencia de hiper-hipopigmentación postinflamatorio al ser manifestaciones residuales.⁽³²⁾

4.8.3 Calidad de vida – Dermatology Life Quality Index (DLQI)

Es una escala que tiene la finalidad de evaluar como la enfermedad, en este caso la Psoriasis, ha afectado la calidad de vida del paciente; durante la última semana. Cuantificar el impacto de la Psoriasis en la vida de los pacientes forma parte de la evaluación objetiva de la persona; que consiste en la sumatoria de 10 preguntas con un puntaje mayor de 30, que es indicativo de mayor afectación.⁽²⁹⁾

4.9 LA PSORIASIS Y LA DEPRESION

Frecuentemente la Psoriasis presenta un cierto grado de deterioro en la calidad de vida del paciente, que incluye una complejidad de problemas psicológicos dados por la falta de autoestima, disfunción sexual, alteración en la vida laboral y social; llevando a que este grupo de pacientes presente trastornos mentales como la ansiedad, depresión y hasta ideas suicidas.^(1; 10; 33)

La Psoriasis es una enfermedad crónica que aunque no se presenta de una forma severa, puede tener un gran impacto psicológico en el paciente. La prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis varía entre 9 – 55% incluso 62 % -en otras publicaciones-(2: 34)

La idea de suicidio ha sido reportada en el 3,5% de pacientes con Psoriasis con un trastorno depresivo mayor. Este porcentaje se incrementa en los casos más severos de la enfermedad⁽³⁵⁾

4.9.1 Mecanismo inflamatorio de la depresión

Actualmente se conoce que la inflamación contribuye al desarrollo de la Psoriasis y la depresión. Los biomarcadores presentes en las personas que sufren un trastorno depresivo incluyen IL-6, IL-17, IL-21, y el TGF-B, así como la vía del JAK-STAT; produciendo un daño crónico por efecto del incremento del estrés oxidativo y el estímulo de moléculas que generan mayor inflamación.

4.9.2 Factores psicológicos

La Psoriasis al ser una enfermedad que varias comorbilidades psicológicas requiere un manejo multidisciplinario para lograr un mayor control de la enfermedad.

Un paciente con Psoriasis presenta una serie de manifestaciones clínicas en base al prurito, dolor, cambios cutáneos q más allá de la afectación física generan preocupación sobre su apariencia general, vergüenza, estrés emocional, baja autoestima y el impacto que esto trae en la sociedad donde ellos se desarrollan.

Esta serie de cambios generados a los largo del tiempo, las recaídas y fallas terapéuticas junto con rasgos propios de la personalidad, hacen que estos pacientes puedan desarrollar estilos de vida poco saludables, los mismos que empeoran su enfermedad, entre estos, sedentarismo, el tabaquismo, mala alimentación; el alcoholismo es uno de los más importantes, el 60% de los pacientes con Psoriasis tiene riesgo de morir a causa de una enfermedad generada por al uso de alcohol.⁽¹⁰⁾

4.9.3 Diagnóstico de depresión

Es necesario una entrevista psiquiátrica y los criterios clínicos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) para llegar al diagnóstico de depresión. Para realizar un tamizaje oportuno hay cuestionarios que nos ayudan, entre ellos tenemos los siguientes: Hospital anxiety and depression scale (HADS), Hamilton rating scale for depression (HAM-D), Mental health inventory (MHI-5), Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), Beck depression inventory (BDI-II) y Patient health questionnaire 9 (PHQ-9). Esta variabilidad en el uso de cuestionarios, al no haber una medida estándar que este implementada en dermatología; puede ser un limitante para la detección de este trastorno psiquiátrico, además de lo poco que podemos estar familiarizados con los dermatólogos en el empleo de las mismas.⁽³⁷⁾

4.9.4 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Es un instrumento que nos permite detectar la gravedad de los síntomas en personas con depresión y llevar un control de su tratamiento, se basa en los criterios de diagnóstico del DSM-IV, el PHQ-9 tiene la ventaja de ser más corto y fácil de aplicar; Consta de nueve preguntas con un puntaje de 0 a 27, de 0-4 ausencia de depresión; de 5 -9, depresión leve; de 10 -14, depresión moderada; de 15 - 19, depresión moderadamente grave y de 20 a 27, cuadro grave.⁽³⁵⁾

Un estudio realizado en Chile encontró con el uso del PHQ-9 una sensibilidad y especificidad de 88% y 92% para el diagnóstico de trastorno depresivo, comparado con la escala de Hamilton por psiquiatra. En una publicación en el 2017 en el British Journal of Dermatology menciona porcentajes de sensibilidad de 78% y especificidad de 91%^(5; 35; 37)

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El nivel de actividad de la Psoriasis se correlaciona con el grado de depresión.

6 MÉTODOS

6.1 Justificación de la elección del método

El estudio realizado, según el investigador, es observacional, según la planificación de toma de los datos, es prospectivo; es transversal, por el número de ocasiones que fue medido y según las variables analíticas, es analítico.

La investigación se llevó a cabo en la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital Luis Vernaza, en el período comprendido de enero a junio del 2020, de los cuales se capturaron 71 pacientes que padecían de Psoriasis y que acudían a consulta externa.

La Pandemia por COVID-19 fue declarada a nivel mundial el 16 de marzo, debido a esto se debe universo del estudio, no se utilizó ningún método para calcular el tamaño muestral, ya que los pacientes fueron incluidos según su cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión.

6.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es prospectivo, observacional, transversal y analítico.

6.3 Universo del estudio

Los Pacientes con Psoriasis, atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Dermatología del Hospital 'Luis Vernaza' con grados variables de afectación, en un período de 6 meses y que hubieran cumplido los criterios de inclusión y exclusión.

6.3.1 Criterios y procedimientos de selección de Pacientes

Criterios de Inclusión

- Mayores de 18 años
- Pacientes con diagnóstico de Psoriasis

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de otra patología psiquiátrica
- Negación para participar en el estudio

6.3.2 Procedimiento de Recolección de la Información

Se solicitó la aprobación del proyecto al Director del Posgrado y al Jefe del Servicio de Dermatología. A cada Paciente se le realizó una entrevista, aplicando para el efecto, diferentes cuestionarios y también mediante una hoja de recolección de datos a más del examen físico pertinente.

6.3.3 Técnica para la recolección de información

Variable	Tipo de técnica
Edad	Hoja de Recolección de datos – entrevista
Sexo	Hoja de Recolección de datos – entrevista
Estratificación Social, GRAFFAR	Hoja de Recolección de datos – cuestionario
Comorbilidades	Hoja de Recolección de datos – Examen físico
Formas clínicas de Psoriasis	Hoja de Recolección de datos – Examen físico
Psoriasis Area Severity Index (PASI)	Hoja de Recolección de datos – Examen físico
Patient Health Questionnaire (PQH-9)	Hoja de Recolección de datos – cuestionario
DLQI – Dermatology life quality index	Hoja de Recolección de datos – cuestionario

6.3.4 Técnica de análisis estadístico

Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos RStudio e IBM SPSS versión 25, para lo cual se empleó estadísticas descriptivas, utilizando tablas y gráficos representando los valores absolutos y relativos de las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas.

En estadística inferencial se realizaron análisis bivariantes, para las variables cualitativas donde se compararon proporciones se empleó la prueba Chi-cuadrado así como el cálculo del riesgo mediante Odds Ratio; para las variables cuantitativas (edad) se utilizó la prueba t de muestras independientes o ANOVA; para el análisis multivariante se empleó Componentes Principales Categórico (CATPCA). La significancia estadística para comparar proporciones y medias se estableció para p-valor <0,05.

6.4 Variables

6.4.1 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Edad	Intervalo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el estudio	Cuantitativa Continua	Años
Sexo	Condición de la persona que los distingue entre femenino y masculino y se lo obtiene de la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Femenino Masculino
Estratificación Social	Es la forma en que la sociedad se agrupa en estratos sociales reconocibles de acuerdo a diferentes criterios de categorización. Se tiene en cuenta la conformación de grupos de acuerdo a criterios establecidos y reconocidos, como ser la ocupación e ingreso, riqueza y estatus, poder social, económico o político.	Cualitativa Ordinal	4-6 Clase alta 7-9 Clase media alta 10-12 Clase media 13-16 Clase media baja 17-20 Clase baja
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario, y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.	Cualitativa nominal	HTA DMT2 Tiroides Hiperlipidemia Otros
Formas clínicas de Psoriasis	Existen diferentes formas clínicas de expresión que pueden coexistir en un mismo Paciente. La lesión elemental más característica y clásica de la Psoriasis es una placa, de tamaño variable, generalmente ovalada, muy bien definida, eritematosa, con una superficie cubierta por una escama gruesa blanca o de aspecto céreo	Cualitativa nominal	Placas Gutata Eritrodérmica Invertida

Psoriasis Area Severity Index (PASI)	Constituye una herramienta para medir la gravedad y extensión de la Psoriasis. Analiza distintas áreas de la	Cualitativa Ordinal	0 a 5 Leve 6-9 Moderada Más de 10 Grave
	superficie corporal y evalúa el eritema, la induración y la escama asignándole a cada uno un valor entre 0 (nada) y 4 (muy severo).		
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Es un instrumento para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastornos depresivos, y su sensibilidad al cambio para monitorear la respuesta al tratamiento. El PHQ-9 tiene 9 preguntas y una puntuación de 0 a 27	Cualitativa Ordinal	0 a 4 ausencia de depresión; 5 a 9 leve 10 a 14 moderada 15 a 19 moderadamente grave 20 a 27 grave.
DLQI – Dermatology life quality index	Es un cuestionario a base de diez preguntas, las cuales evalúan el impacto que tuvo la enfermedad en la semana previa a su estudio, mediante aspectos tanto de lo personal, social junto con lo laboral del individuo.	Cualitativa Ordinal	0-1 no afecta la vida del paciente 2-5 leve efecto sobre la vida del paciente 6-10 moderado efecto sobre la vida del paciente 11-20 gran efecto sobre la vida del paciente 21-30n extremo efecto.

7 RESULTADOS

Para determinar la relación entre el nivel de actividad de la Psoriasis con el grado de depresión, la muestra quedó conformada por 71 pacientes atendidos en la consulta externa de Dermatología del Hospital Luis Vernaza, en el período de enero a junio 2020.

Tabla 1. Relación entre las características clínicas y la severidad de la Psoriasis.

Características	Severidad Psoriasis (PASI)			p-valor
	Leve	Moderada	Grave	
Edad (media (DE)) años ^{1/}	50,88 (18,03)	44,91 (20,47)	56,01 (13,52)	0,237
Sexo (n (%)) ^{2/}				
Femenino	17 (56,67)	5 (16,67)	8 (26,67)	0,972
Masculino	24 (58,54)	6 (14,63)	11 (26,83)	
Comorbilidades (n (%)) ^{2/}				
Presente	19 (57,58)	5 (15,15)	9 (27,27)	0,995
Ausente	22 (57,89)	6 (15,79)	10 (26,32)	
Tipo de comorbilidad (n (%)) ^{2/}				
HTA	9 (60)	3 (20)	3 (20)	0,744
DM	5 (83,3)	0 (0)	1 (16,7)	0,236
Hipertrigliceridemia	1 (25)	2 (50)	1 (25)	0,211
Hipotiroidismo	2 (50)	1 (25)	1 (25)	
Tipo de Psoriasis (n (%)) ^{2/}				
Gutata	4 (40)	1 (10)	5 (50)	0,246
Placas	36 (60)	10 (16,67)	14 (23,33)	
Pensamiento suicida (n (%)) ^{2/}				
Sí	5 (38,46)	2 (15,38)	6 (46,15)	0,077
No	36 (62,07)	9 (15,52)	13 (22,41)	

Nota: DE= desviación estándar; 1/ basada en ANOVA para comparar más de dos medias; 2/ basada en la prueba Chi-cuadrado o razón de verosimilitudes

Fuente: Elaboración propia

Descripción: En la tabla 1 se presenta la relación de las características clínicas de los pacientes y la severidad de la Psoriasis.

Resultados: Se estudiaron un total de 71 pacientes consecutivos con diagnóstico de Psoriasis. Dentro de las características clínicas de los pacientes estudiados, las comorbilidades estuvieron presentes en el 57 % tanto en el sexo masculino como femenino con un grado leve de severidad, siendo la más frecuente la HTA con un 60% en este grupo.

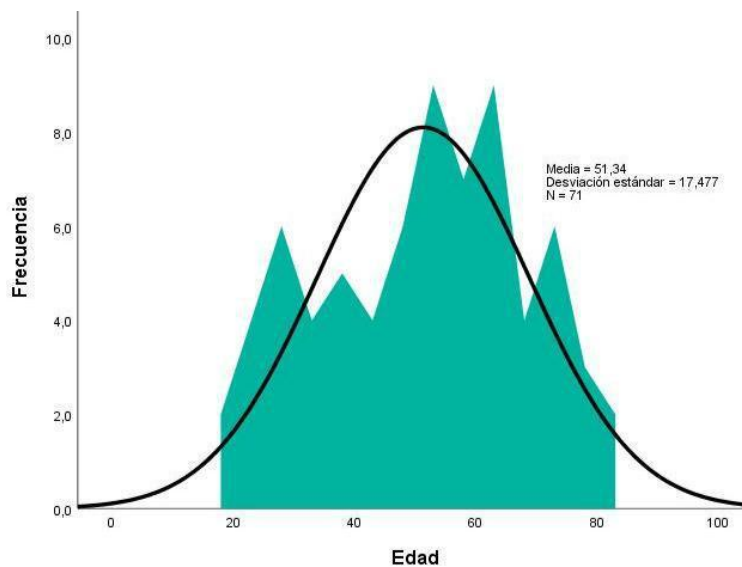
En cuanto al tipo de Psoriasis, en el grupo de severidad leve 60% presento el tipo placas y 40% gutata; mientras severidad grave fue 23,33% para el tipo placas y 50% para el tipo gutata.

Por otra parte, se observaron resultados con relevancia clínica, donde los pacientes con pensamientos suicidas y severidad grave fue en 46,15%, mientras en los pacientes con severidad leve tienen un 62.07% sin pensamientos suicida. Al agrupar los porcentajes de severidad moderada y grave de la Psoriasis, se tiene 61,53% en pacientes con pensamiento suicida y 38.46% pacientes con pensamientos suicidas y actividad leve de enfermedad.

Conclusión

El tipo de Psoriasis es más frecuente el tipo placas. Los 2/3 de los pacientes con severidad moderada y grave tienen pensamiento suicida.

Gráfico 1. Polígono de frecuencia para la edad en pacientes con psoriasis



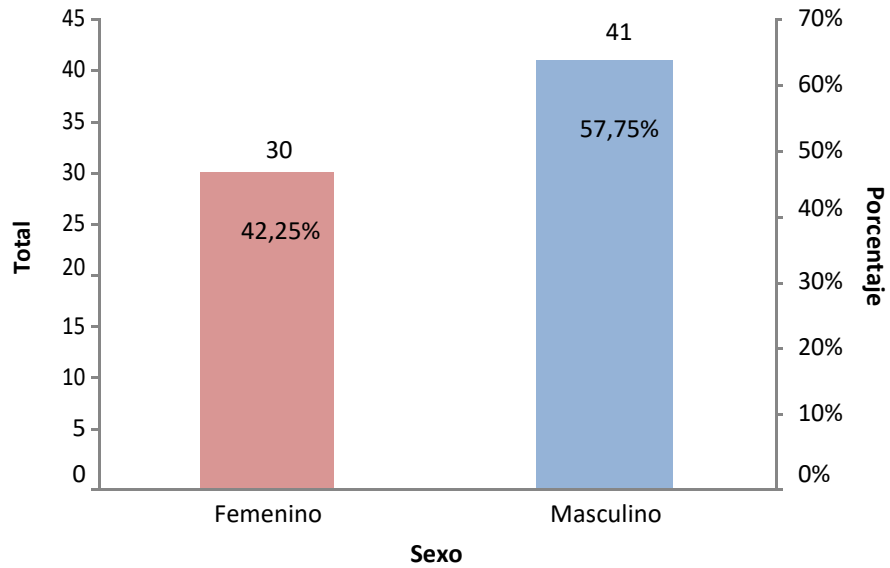
Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 1 muestra la distribución de las frecuencias de edades de los pacientes incluidos en el estudio.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 51.34 años, el valor mínimo fue de 18 años y el máximo de 84 años.

Conclusión: En promedio los pacientes con psoriasis son adultos de edad media.

Gráfico 2. Distribución de los pacientes con psoriasis por sexo



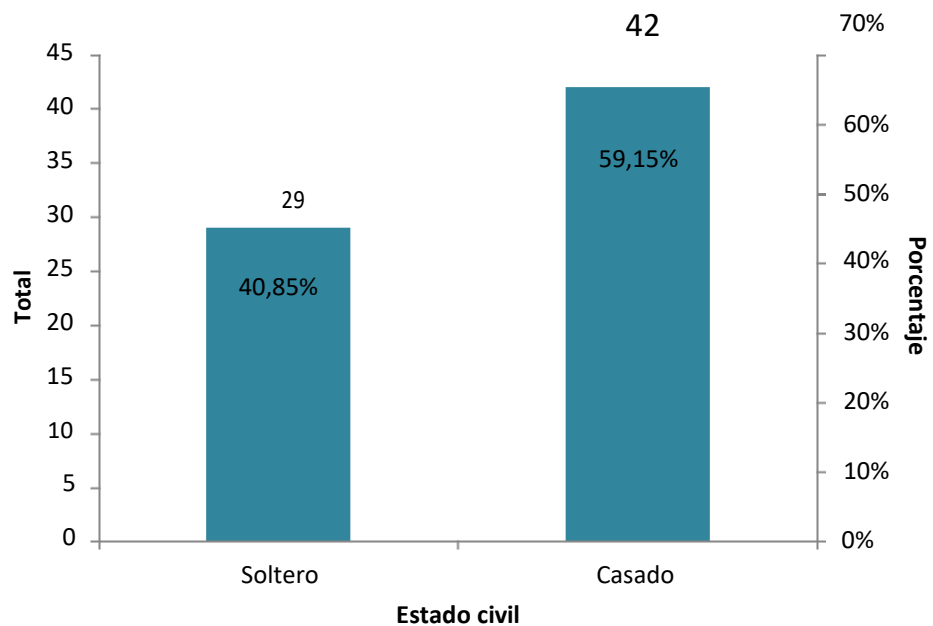
Fuente: Elaboración propia

Descripción: En el gráfico 2 muestra la distribución de los pacientes por sexo.

Resultados: De los 71 pacientes con psoriasis, el 57.75% de los pacientes correspondían al sexo masculino, mientras que el 42.25% corresponden al femenino.

Conclusión: La mayoría de los pacientes correspondieron al sexo masculino.

Gráfico 3. Distribución de los pacientes con psoriasis por estado civil



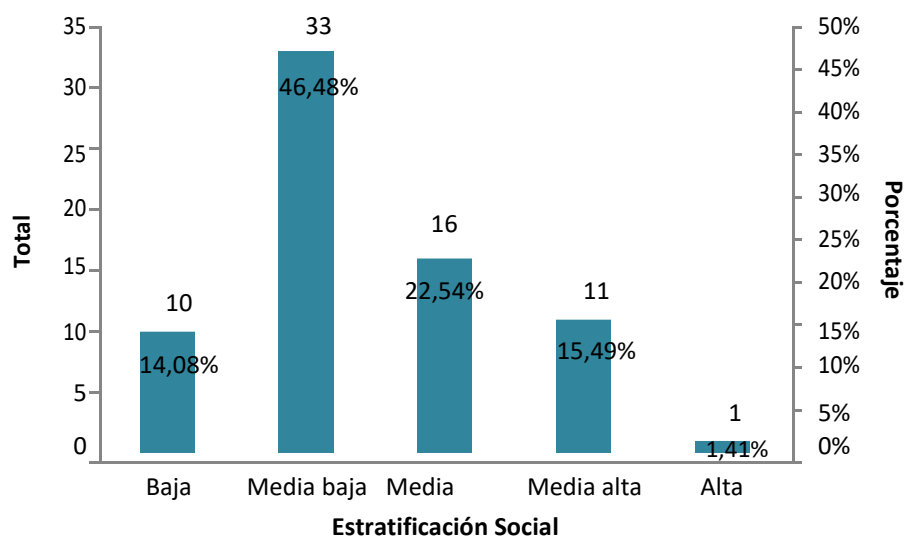
Fuente: Elaboración propia

Descripción: En el gráfico 3 se muestra la distribución de los pacientes por estado civil.

Resultados: El 59.15% de los pacientes eran casado, que incluye los pacientes en unión libre; mientras que el 40.85% correspondían al estado civil soltero, incluyendo viudos y divorciados dentro de esta categoría.

Conclusión: La mayoría de los pacientes correspondieron al estado civil casado.

Gráfico 4. Distribución de los pacientes con psoriasis por estratificación social - GRAFFAR



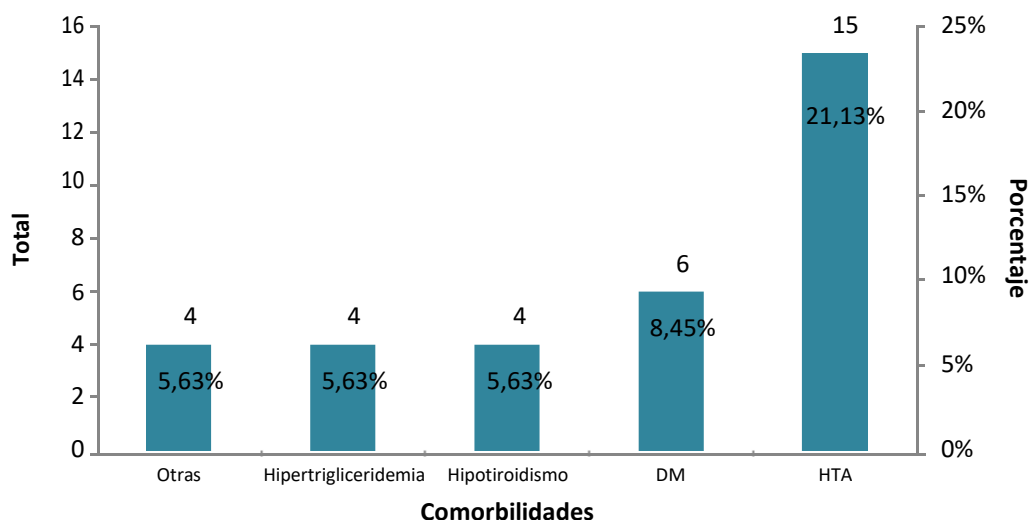
Fuente: Elaboración propia

Descripción: En el gráfico 4 se muestra la distribución de los pacientes con psoriasis por estratificación social

Resultados: En cuanto al estrato social de los pacientes se observó predominio del estrato medio baja 46,48%, seguido estrato medio 22,54%, estrato medio alto 15,49%, estrato baja 14,08% y estrato alto 1,41%.

Conclusión: La mayoría de los pacientes correspondieron al grupo de clase media baja.

Gráfico 5. Distribución de los pacientes con psoriasis por comorbilidades.



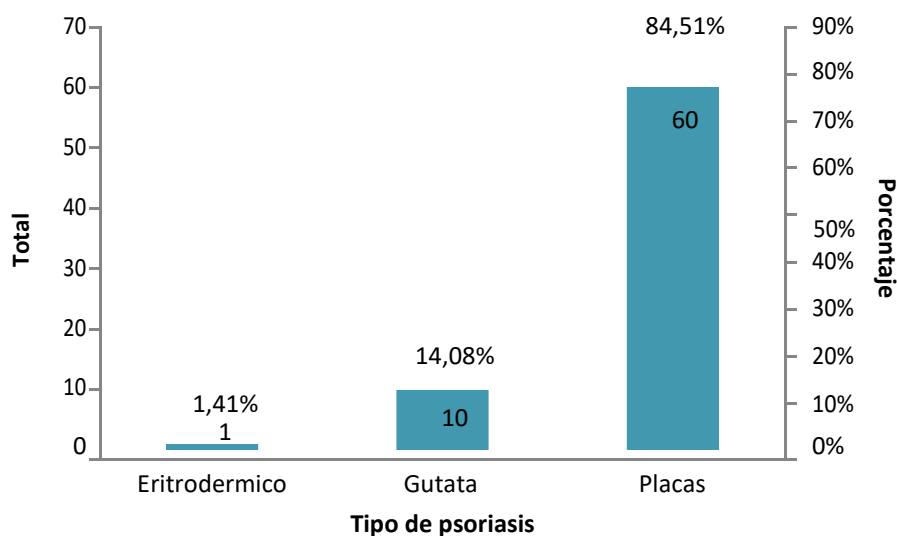
Fuente: Elaboración propia

Descripción: En el gráfico 5 se muestra la distribución por comorbilidades de los pacientes con psoriasis.

Resultados: El 46,48% de los pacientes con psoriasis presentaron comorbilidades; entre las más frecuentes se tienen HTA 21,13%, DM 8,45%, hipotiroidismo 5,63% e igual porcentaje para hipertrigliceridemia, entre otras.

Conclusión: La mayoría de los pacientes presentó hipertensión arterial.

Gráfico 6. Distribución de los pacientes por el tipo de Psoriasis que padecen.



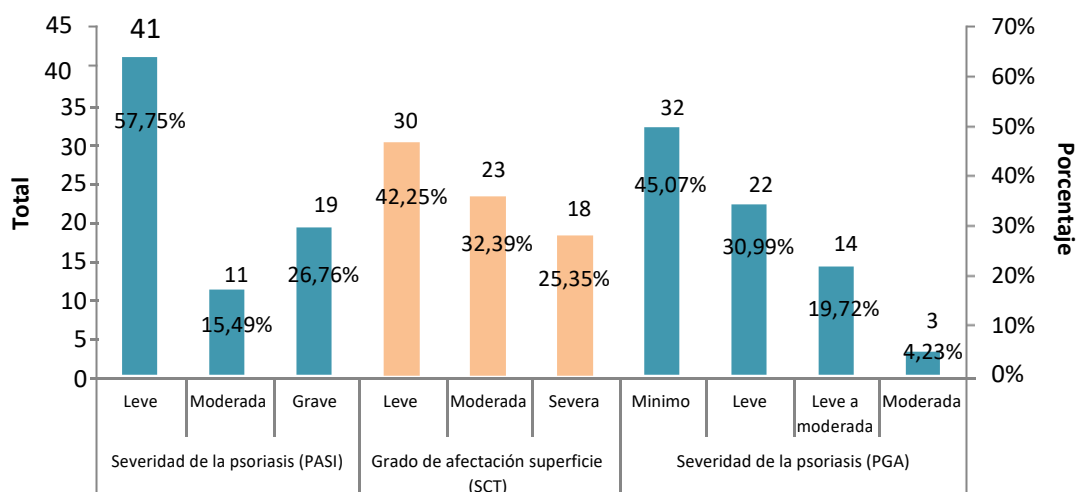
Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 6 muestra la distribución de los Pacientes por el tipo de Psoriasis que padecen.

Resultados: El tipo de psoriasis más frecuentes fue placas 84,51%, seguido de gutata 14,08% y eritrodérmica con 1,41%.

Conclusión: La mayoría de los pacientes presentó el tipo de *Psoriasis en Placas*.

Gráfico 7. Distribución de los pacientes por la severidad de la Psoriasis que padecen
Principales índices de medida de gravedad de la psoriasis



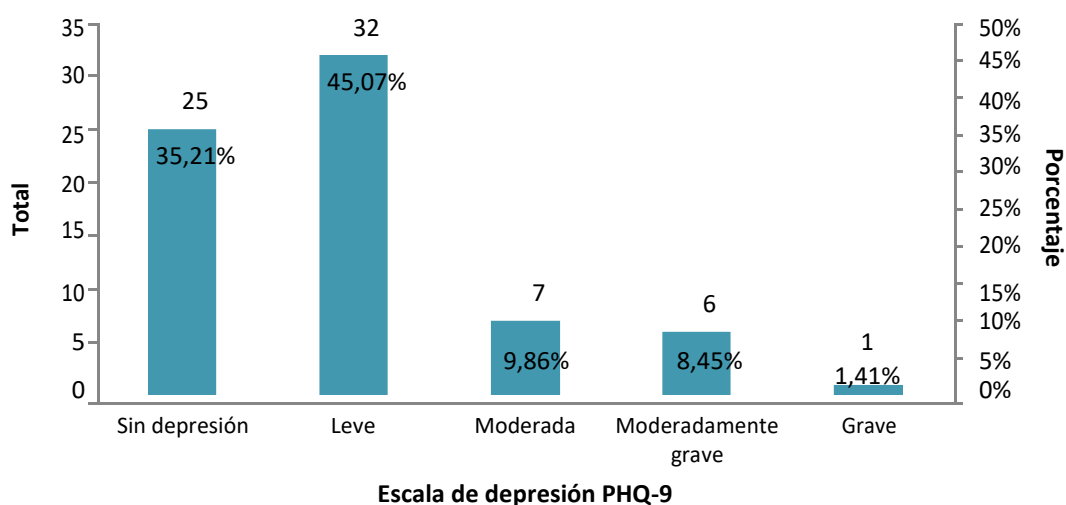
Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 7 muestra distribución de los pacientes con psoriasis por severidad.

Resultados: La severidad de la psoriasis se determinó mediante las escalas PASI, SCT y PGA. Mediante la escala PASI se observó severidad leve 57,75%, moderada 15,49% y grave 26,76%; el grado de afectación de la superficie mediante la escala SCT mostró severidad leve 42,25%, moderada 32,39% y severa 25,35%; por último la severidad mediante PGA fue mínimo 45,07%, leve 30,99%, leve a moderada 19,72% y moderada 4,23%.

Conclusión: La mayoría de los pacientes presentó actividad leve de la enfermedad medida con diferentes índices de medida de para determinar la gravedad de la Psoriasis.

Gráfico 8. Distribución de los pacientes con Psoriasis por sus niveles de Depresión (PHQ-9).



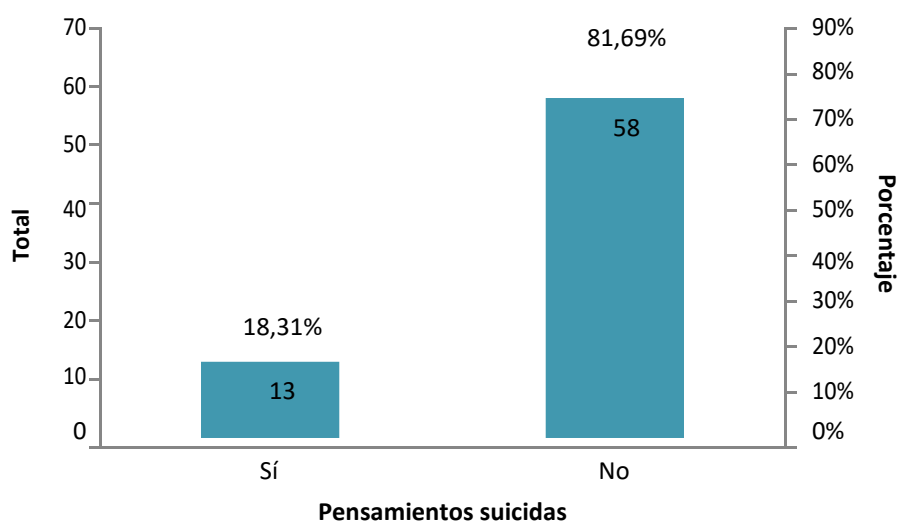
Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 8 muestra la distribución de los pacientes con psoriasis por nivel de depresión (PHQ-9)

Resultados: La depresión de los pacientes con psoriasis se determinó mediante la escala PHQ-9, donde 45,07% presentó depresión leve, 9,86% moderada, 8,45% moderadamente grave, 1,41% grave; mientras que 35,21% no presentó depresión.

Conclusión: los dos tercios de los pacientes presentaron algún grado de depresión.

Gráfico 9. Distribución de los pacientes con psoriasis por presencia de pensamientos suicidas.



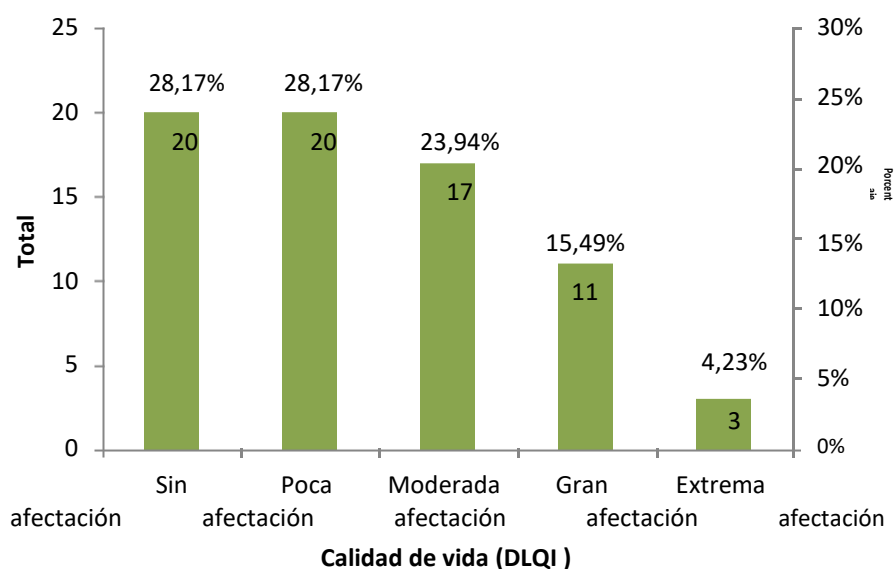
Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 9 muestra la distribución de los pacientes con psoriasis por presencia de pensamientos suicidas.

Resultados: Al consultar a los pacientes con psoriasis sobre si ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse algún daño, el 18,31% declaró que lo han pensado en varias oportunidades.

Conclusión: 18,31% declaró ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse algún daño.

Gráfico 10. Distribución de los pacientes con Psoriasis por su calidad de vida (DLQI)



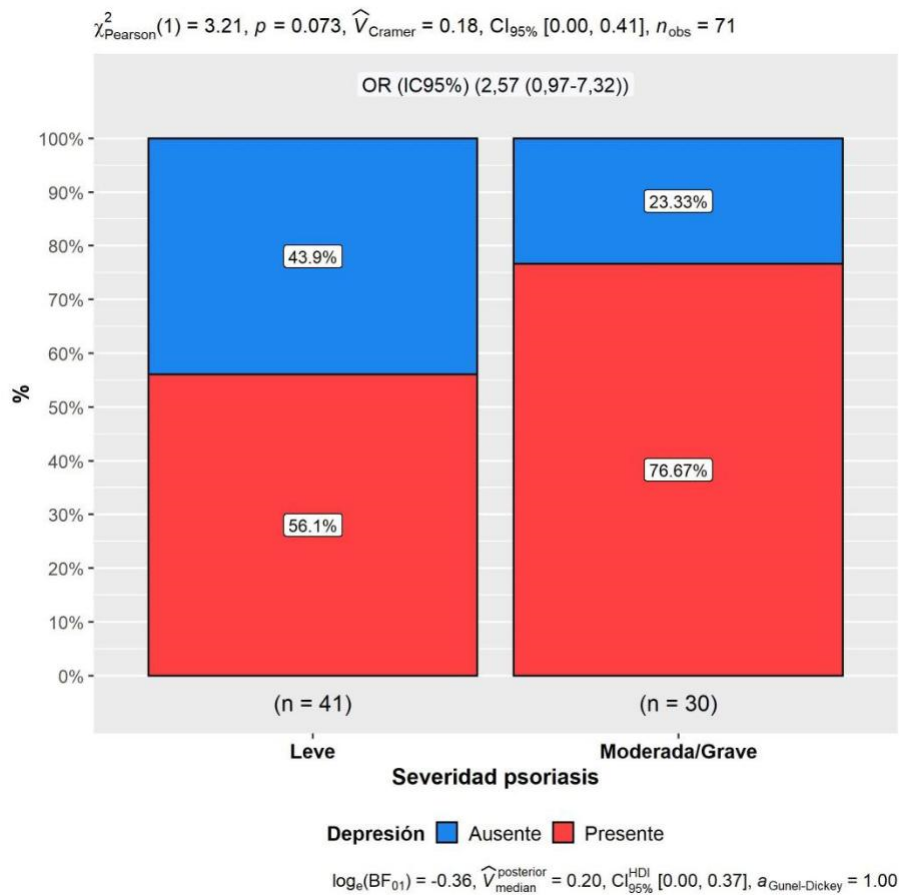
Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 10 muestra la Distribución de los pacientes con psoriasis por calidad de vida (DLQI).

Resultados: La calidad de vida de los pacientes se determinó mediante la escala DLQI, donde se observó 28,17% con poca afectación en la calidad de vida, 23,94% moderada afectación, 15,49% gran afectación y 4,23% extrema afectación, mientras 28,17% no presentó afectación en su calidad de vida.

Conclusión: El 71,83% de los pacientes presenta algún grado de afectación de la calidad de vida según DLQI.

Gráfico 11. Relación entre Depresión y Psoriasis severa.



Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 11 muestra la relación entre depresión y severidad de la psoriasis. La severidad de la psoriasis se agrupó en leve y moderada/grave, con el fin de relacionar con la depresión de los pacientes y determinar el riesgo asociado.

Resultados: La severidad de la psoriasis no presentó significancia al relacionar con la presencia de depresión en los pacientes, sin embargo, se observó relevancia clínica en cuanto a la proporción de pacientes con depresión, donde las proporciones fueron 56,10% para severidad leve vs 76,67% para severidad moderada/grave.

Conclusión: El riesgo determinado mediante el Odds ratio, mostró que pacientes con severidad moderada/grave tienen 2,57 veces más probabilidad de presentar depresión con respecto a los que presentan severidad leve.

Tabla 2. Relación entre las características clínicas y la Depresión.

Características	Depresión		p-valor	OR (IC-95%)
	Presente	Ausente		
Edad (media (DE)) años ^{1/}	50,50 (16,11)	52,88 (20,02)	0,587	-
Sexo (n (%)) ^{2/}				
Femenino	21 (70,00)	9 (30,00)	0,432	1,49 (0,55-4,07)
Masculino	25 (60,98)	16 (39,02)		
Estratificación social (n (%)) ^{2/}				
Alta-Media Alta	8 (66,67)	4 (33,33)	0,655	-
Media	12 (75,00)	4 (25,00)		
Media baja	19 (57,58)	14 (42,42)		
Baja	7 (70,00)	3 (30,00)		
Comorbilidades (n (%)) ^{2/}				
Presente	22 (66,67)	11 (33,33)	0,758	1,17 (0,44-3,11)
Ausente	24 (63,16)	14 (36,84)		
Tipo de comorbilidad (n (%)) ^{2/}				
HTA	9 (60)	6 (40)	0,662	0,77 (0,24-2,49)
DM	3 (50)	3 (50)	0,658	0,51 (0,10-2,75)
Hipertrigliceridemia	4 (100)	0 (0)	0,290	-
Hipotiroidismo	1 (25)	3 (75)	0,122	0,16 (0,02-1,66)
Tipo de psoriasis (n (%)) ^{2/}				
Gutata	5 (50)	5 (50)	0,477	0,5 (0,13-1,93)
Placas	40 (66,67)	20 (33,33)		
Pensamiento suicida (n (%)) ^{2/}				
Sí	13 (100)	0 (0)	0,003*	1,76** (1,4-2,2)
No	33 (56,9)	25 (43,1)		

Nota: DE= desviación estándar; 1/ basada en la prueba t para comparar dos medias; * diferencias significativas en la proporción de depresión 2/ basada en la prueba Chi-cuadrado, estadístico exacto de Fisher o razón de verosimilitudes; OR=Odds Ratio, **factor de riesgo para depresión

Fuente: Elaboración propia

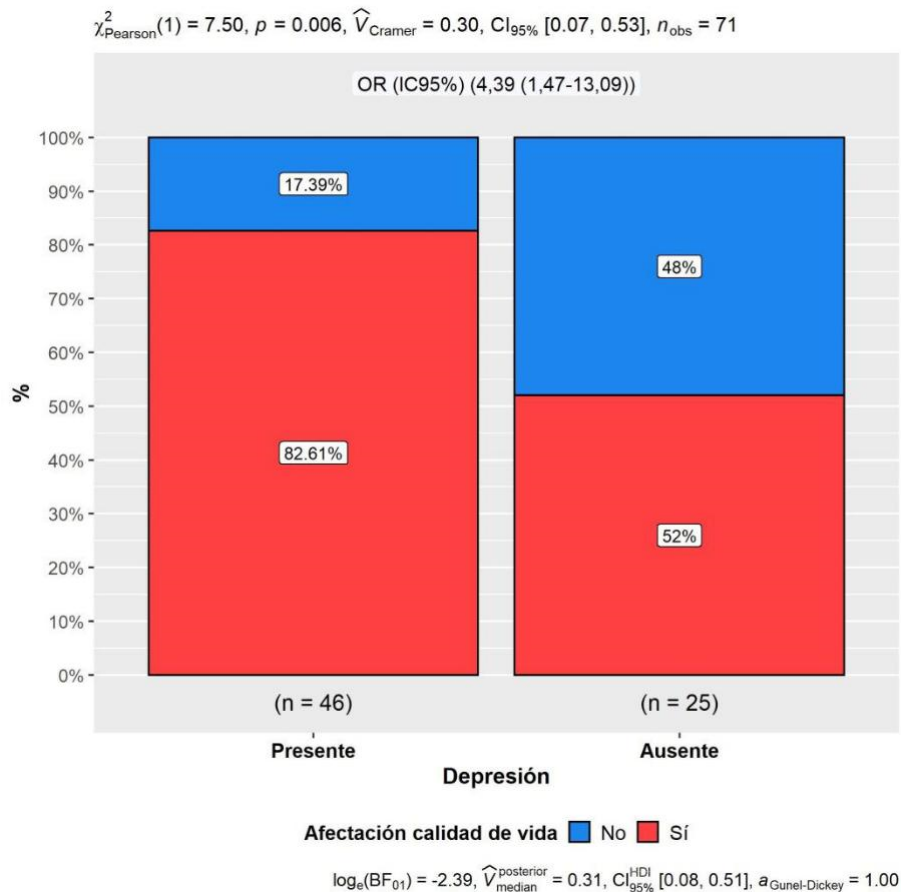
Descripción: La tabla 2 muestra la relación entre las características clínicas y depresión.

Resultados: la proporción de depresión por sexo fue de 70% en el sexo femenino y por el tipo de psoriasis se observó que 66,67% tipo placas presentó depresión. Se comparó la presencia de depresión en las distintas características clínicas, se observó diferencias significativas para la presencia o no de pensamientos suicidas con p-valor

0,003, donde la proporción de depresión fue 100% en pacientes con pensamiento suicida vs 56,90% en pacientes sin pensamientos suicidas.

Conclusión: los pacientes con pensamientos suicidas presentaron 1,76 veces más probabilidad de presentar depresión.

Gráfico 12. Relación entre la afectación de la calidad de vida y la Depresión.



Fuente: Elaboración propia

Descripción: El gráfico 11 muestra la relación de la afectación calidad de vida y depresión.

Resultados: La depresión y la afectación de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis presentaron relación significativa con p-valor 0,006, donde la proporción de pacientes con afectación en la calidad de vida fue de 82,61% en pacientes con depresión vs 52,00% en pacientes sin depresión. Los pacientes con depresión tienen 4,39 veces más probabilidad de presentar afectación en la calidad de vida con respecto a los que no presentan depresión.

Conclusión: la proporción de pacientes que tienen afectación en la calidad de vida va en relación directa con el porcentaje de pacientes que sufren depresión.

Tabla 3. Relación entre las características clínicas y la afectación de la calidad de vida.

Características	Afectación calidad de vida		p-valor	OR (IC-95%)
	Sí	No		
Edad (media (DE)) años ^{1/}	48,63 (15,78)	58,25 (20,01)	0,036*	-
Sexo (n (%)) ^{2/}				
Femenino	28 (93,33)	2 (6,67)	0,001**	10,96*** (2,3-52,22)
Masculino	23 (56,1)	18 (43,9)		
Estratificación social (n (%)) ^{2/}				
Alta-Media Alta	10 (83,33)	2 (16,67)	0,653	-
Media	12 (75)	4 (25)		
Media baja	23 (69,7)	10 (30,3)		
Baja	6 (60)	4 (40)		
Comorbilidades (n (%)) ^{2/}				
Presente	22 (66,67)	11 (33,33)	0,367	0,62 (0,22-1,76)
Ausente	29 (76,32)	9 (23,68)		
Tipo de comorbilidad (n (%)) ^{2/}				
HTA	11 (73,33)	4 (26,67)	1,000	1,1 (0,3-3,97)
DM	4 (66,67)	2 (33,33)	1,000	0,77 (0,13-4,55)
Hipertrigliceridemia	4 (100)	0 (0)	0,571	-
Hipotiroidismo	4 (100)	0 (0)	0,571	-
Tipo de psoriasis (n (%)) ^{2/}				
Gutata	6 (60)	4 (40)	0,443	0,5 (0,12-2,01)
Placas	45 (75)	15 (25)		
Pensamiento suicida (n (%)) ^{2/}				
Sí	13 (100)	0 (0)	0,014**	1,53*** (1,27-1,84)
No	38 (65,52)	20 (34,48)		

Nota: DE= desviación estándar; * diferencias significativas en las medias, 1/ basada en la prueba t para comparar dos medias; ** diferencias significativas en la proporción de afectación calidad de vida 2/ basada en la prueba Chi-cuadrado, estadístico exacto de Fisher o razón de verosimilitudes; Odds Ratio=OR, *** factor de riesgo para afectación calidad de vida Fuente: Elaboración propia

Descripción: la tabla 3 muestra la relación entre las características clínicas y afectación de la calidad de vida.

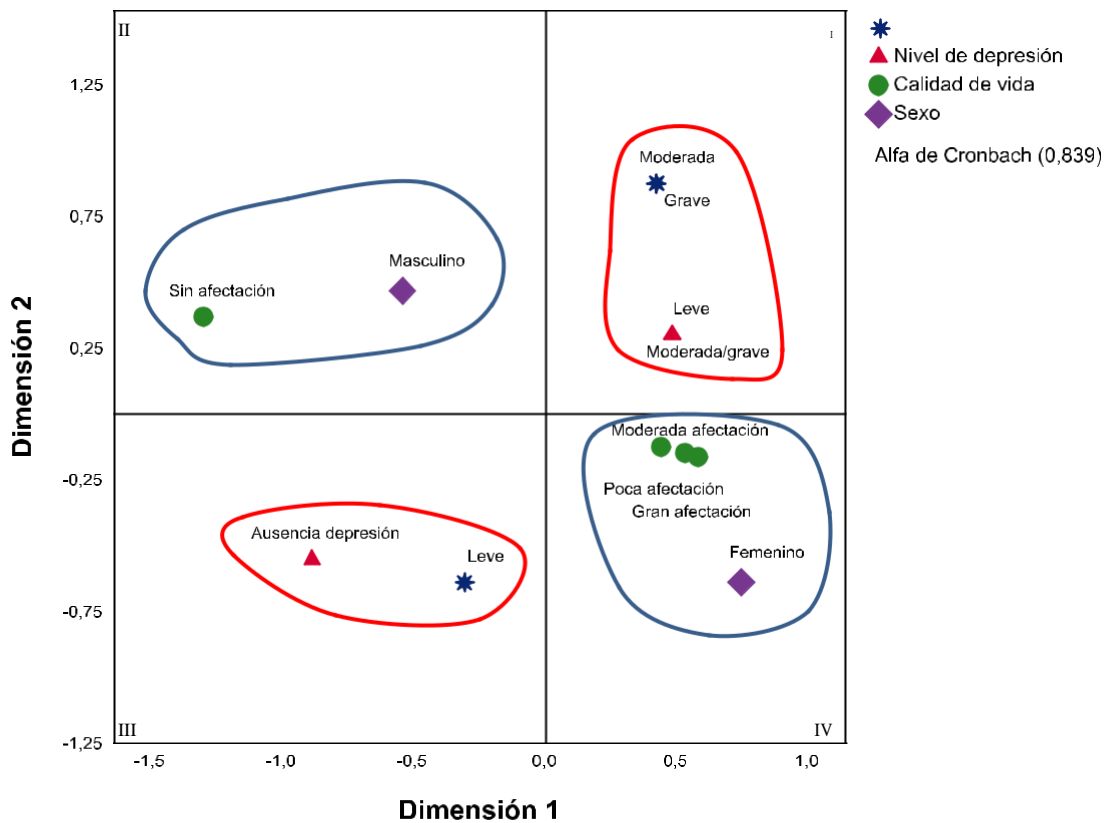
Resultados: La edad presentó diferencias significativas con p-valor 0,036, donde la media de edad fue de 48,63 años en pacientes con alteraciones en la calidad de vida vs 58,25 años en pacientes sin alteraciones en la calidad de vida.

Al observar la proporción de pacientes con alteraciones en la calidad de vida según sexo, se observaron diferencias significativas con p-valor 0,001, donde las

proporciones fueron 93,33% para el sexo femenino vs 56,10% para el sexo masculino. Al comparar la proporción de pacientes con alteraciones en la calidad de vida según presencia o no de pensamientos suicidas, se observaron diferencias significativas con p-valor 0,014, donde la proporción de alteraciones en la calidad de vida fue 100% en pacientes con pensamiento suicida vs 65,52% en pacientes sin pensamientos suicidas.

Conclusión: El sexo femenino tiene 10,96 veces más probabilidad de presentar alteraciones en la calidad de vida con relación al sexo masculino. Los pacientes con pensamientos suicidas presentaron 1,53 veces más probabilidad de presentar alteraciones en su calidad de vida.

Gráfico 13. Relación multivariante entre sexo, depresión, calidad de vida y severidad de la Psoriasis.



Nota: Basado en el análisis multivariante de Componentes Principales Categórico (CATPCA).

Fuente: Elaboración propia.

Descripción: en el grafico 12 se realizó análisis multivariante para determinar la relación entre sexo, depresión, calidad de vida y severidad de la Psoriasis.

Resultados: Se utilizó el análisis multivariante de Componentes Principales Categóricos (CATPCA) con el fin de caracterizar las relaciones del sexo, depresión, calidad de vida y severidad de la psoriasis.

Las dimensiones de los componentes presentaron Alfa de Cronbach de 0.839, lo que indica buena consistencia en la discriminación.

Los cuadrantes I y III presentaron la relación entre las categorías de la severidad de la psoriasis y el nivel de depresión. Para el cuadrante I se tiene que la severidad de psoriasis moderada o grave se asocia a niveles de depresión leve y moderada/grave; mientras que en el cuadrante III la severidad leve de la psoriasis se asocia con la ausencia de depresión.

Los cuadrantes II y IV presentan relación entre el sexo y la calidad de vida. En el cuadrante II se tiene que el sexo masculino se asocia con la no afectación de la calidad de vida; mientras en el cuadrante IV se tiene que el sexo femenino se relaciona con poca, moderada o gran afectación de la calidad de vida.

Conclusión: En el análisis multivariante nos enseña que un paciente con psoriasis moderada o grave se asocia a niveles de depresión leve; mientras que cuando tenemos leve severidad de la psoriasis se asocia con la ausencia de depresión.

7.1 CONDENSADO DE RESULTADOS

- Se estudiaron un total de 71 pacientes consecutivos con diagnóstico de psoriasis. Dentro de las características clínicas de los pacientes estudiados. La comorbilidad más frecuente es el la hipertensión arterial, en el 60% en el grupo de severidad leve.
- En cuanto al tipo de psoriasis, en el grupo de severidad leve 60% presento el tipo placas y 40% gutata; mientras severidad grave fue 23,33% para el tipo placas y 50% para el tipo gutata.
- Por otra parte, se observaron resultados con relevancia clínica, donde los pacientes con pensamientos suicidas y severidad grave fue en 46,15%, mientras en los pacientes con severidad leve tienen un 62.07% sin pensamientos suicida.

- Al agrupar los porcentajes de severidad moderada y grave de la psoriasis, se tiene 61,53% en pacientes con pensamiento suicida y 38.46% con severidad leve.
- La edad promedio de los pacientes fue de 51.34 años, el valor mínimo fue de 18 años y el máximo de 84 años.
- De los 71 pacientes con psoriasis, el 57.75% de los pacientes correspondían al sexo masculino, mientras que el 42.25% corresponden al femenino.
- El 59.15% de los pacientes eran casados, mientras que el 40.85% correspondían al estado civil soltero.
- En cuanto al estrato social de los pacientes se observó predominio del estrato medio baja 46,48%, seguido estrato medio 22,54%, estrato medio alto 15,49%, estrato baja 14,08% y estrato alto 1,41%.
- El 46,48% de los pacientes con psoriasis presentaron comorbilidades; entre las más frecuentes se tienen HTA 21,13%, DM 8,45%, hipotiroidismo 5,63% e igual porcentaje para hipertrigliceridemia, entre otras.
- El tipo de psoriasis más frecuentes fue placas 84,51%, seguido de gutata 14,08% y eritodérmica con 1,41%.
- La severidad de la psoriasis se determinó mediante las escalas PASI, SCT y PGA. Mediante la escala PASI se observó severidad leve 57,75%, moderada 15,49% y grave 26,76%; el grado de afectación de la superficie mediante la escala SCT mostró severidad leve 42,25%, moderada 32,39% y severa 25,35%; por último, la severidad mediante PGA fue mínimo 45,07%, leve 30,99%, leve a moderada 19,72% y moderada 4,23%.
- La depresión de los pacientes con psoriasis se determinó mediante la escala PHQ-9, donde 45,07% presentó depresión leve, 9,86% moderada, 8,45% moderadamente grave, 1,41% grave; mientras que 35,21% no presentó depresión.
- Al consultar a los pacientes con psoriasis sobre si ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse algún daño, el 18,31% declaró que lo han pensado en varias oportunidades.
- La calidad de vida de los pacientes se determinó mediante la escala DLQI, donde se observó 28,17% con poca afectación en la calidad de vida, 23,94%

moderada afectación, 15,49% gran afectación y 4,23% extrema afectación, mientras 28,17% no presentó afectación en su calidad de vida.

- La severidad de la psoriasis no presentó significancia al relacionar con la presencia de depresión en los pacientes, sin embargo, se observó relevancia clínica en cuanto a la proporción de pacientes con depresión, donde las proporciones fueron 56,10% para severidad leve vs 76,67% para severidad moderada/grave.
- la proporción de depresión por sexo fue de 70% en el sexo femenino y por el tipo de psoriasis se observó que 66,67% tipo placas presentó depresión. Se comparó la presencia de depresión en las distintas características clínicas, se observó diferencias significativas para la presencia o no de pensamientos suicidas con p-valor 0,003, donde la proporción de depresión fue 100% en pacientes con pensamiento suicida vs 56,90% en pacientes sin pensamientos suicidas.
- La depresión y la afectación de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis presentaron relación significativa con p-valor 0,006, donde la proporción de pacientes con afectación en la calidad de vida fue de 82,61% en pacientes con depresión vs 52,00% en pacientes sin depresión. Los pacientes con depresión tienen 4,39 veces más probabilidad de presentar afectación en la calidad de vida con respecto a los que no presentan depresión.
- La edad presentó diferencias significativas con p-valor 0,036, donde la media de edad fue de 48,63 años en pacientes con alteraciones en la calidad de vida vs 58,25 años en pacientes sin alteraciones en la calidad de vida.
- Al observar la proporción de pacientes con alteraciones en la calidad de vida según sexo, se observaron diferencias significativas con p-valor 0,001, donde las proporciones fueron 93,33% para el sexo femenino vs 56,10% para el sexo masculino.
- Al comparar la proporción de pacientes con alteraciones en la calidad de vida según presencia o no de pensamientos suicidas, se observaron diferencias significativas con p-valor 0,014, donde la proporción de alteraciones en la calidad de vida fue 100% en pacientes con pensamiento suicida vs 65,52% en pacientes sin pensamientos suicidas.

- Las dimensiones de los componentes presentaron Alfa de Cronbach de 0.839, lo que indica buena consistencia en la discriminación. Los cuadrantes I y III presentaron la relación entre las categorías de la severidad de la psoriasis y el nivel de depresión. Para el cuadrante I se tiene que la severidad de psoriasis moderada o grave se asocia a niveles de depresión leve y moderada/grave; mientras que en el cuadrante III la severidad leve de la psoriasis se asocia con la ausencia de depresión.
- Las comorbilidades estuvieron presentes en el 57 % tanto en el sexo masculino como femenino con un grado leve de severidad, siendo la más frecuente la HTA con un 60% en este grupo.

7.2 CONDENSADO DE CONCLUSIONES

- El tipo de psoriasis es más frecuente el tipo placas. La presencia de pensamientos suicidas en el grupo de severidad moderada y grave de la psoriasis fue de 61,5 % y 38.46% en pacientes con severidad leve.
- En promedio los pacientes con psoriasis son adultos de edad media y al grupo de clase media baja.
- La mayoría de los pacientes correspondieron al sexo masculino y estado civil casado.
- La mayoría de los pacientes presentó actividad leve de la enfermedad, 57.75%, medida con diferentes índices de medida de para determinar la gravedad de la psoriasis
- Los 2/3 de los pacientes presentaron algún grado de depresión.
- El 18,31% declaró que ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse algún daño.
- El 71.83% de los pacientes presenta algún grado de afectación de la calidad de vida según DLQI.
- El riesgo determinado mediante el Odds ratio, mostró que pacientes con severidad moderada/grave tienen 2,57 veces más probabilidad de presentar depresión con respecto a los que presentan severidad leve.
- los pacientes con pensamientos suicidas presentaron 1,76 veces más probabilidad de presentar depresión.

- El sexo femenino tiene 10,96 veces más probabilidad de presentar alteraciones en la calidad de vida con relación al sexo masculino.
- Los pacientes con pensamientos suicidas presentaron 1,53 veces más probabilidad de presentar alteraciones en su calidad de vida.
- En el análisis multivariante nos enseña que un paciente con psoriasis moderada o grave se asocia a niveles de depresión leve; mientras que cuando tenemos leve severidad de la psoriasis se asocia con la ausencia de depresión.

8 DISCUSIÓN

La Psoriasis es una enfermedad crónica que produce deterioro de la calidad de vida, se caracteriza por estar asociada con mayor riesgo de ansiedad, depresión e ideas suicidas; estos cuadros afectan el curso de la enfermedad retrasando su tiempo de recuperación y pobre respuesta a varios tratamientos o incluso el riesgo de recurrencias^(2, 10, 28)

En Latinoamérica la prevalencia de depresión es aproximadamente del 5 %; se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo según datos de la OMS. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados a condiciones dermatológicas, son en especial la ansiedad, depresión, estrés, ideas suicidas; los cuales han demostrado ser factores que exacerban dichos enfermedades⁽¹⁰⁾.

La prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis es estimada entre el 10 y 62 % de acuerdo a diferentes estudios y dependiendo del test aplicado.⁽¹⁰⁾ Es por esto que Patel y colaboradores en el 2017 hablan de un porcentaje que va del 9-55 %⁽³⁴⁾ valores que se aproximan a lo encontrado en nuestro estudio, donde se encontró que el 64.79% de la población estudiada sufre algún grado de depresión, datos similares reporta Goulpour con un 67%.⁽³⁸⁾

En Ecuador Paola Veintimilla encontró que la prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis es del 24 %. y es más frecuente en mujeres⁽⁶⁾; al igual que Ortega Hernández, donde el mayor porcentaje se atribuye a mujeres con un 61.7%⁽²³⁾; concordando con nuestro estudio que, de un total de 71 pacientes con diagnóstico de psoriasis, se destaca que la proporción de depresión por sexo fue de 70% en el sexo femenino y 60,98% en el masculino

En el 2014 Dowlatshahi en su revisión sistemática reporto aproximadamente el 10 % de pacientes con psoriasis sufren un cuadro clínico de depresión.⁽³⁹⁾ En el 2019 Kok Yonatan, habla de una prevalencia de depresión en psoriasis del 13.3%⁽⁴⁰⁾

Cañarte reporto que la psoriasis produce ansiedad en un 50 % y depresión en un 24 %; lo cual coincide con lo que reporta la FEPSO (Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis) donde el porcentaje de depresión llega al 26%.⁽⁴⁵⁾

La depresión de los pacientes con psoriasis en nuestro estudio se determinó mediante la escala PHQ-9, donde las proporciones fueron 45.07% para severidad leve vs 19.72% para severidad moderada/grave; similar a lo reportado por Ventimilla quien obtuvo el 57.3% de casos leves.

Mediante el Odds ratio, vimos que pacientes con severidad moderada/grave tienen 2,57 veces más probabilidad de presentar depresión con respecto a los que presentan severidad leve. Ventimilla encontró que hay asociación entre severidad de enfermedad y grado de depresión $p < 0.001$ junto con una correlación significativa entre la escala PASI y el puntaje de depresión de Beck.⁽⁶⁾

Lamb y colaboradores en el 2017 realizaron un estudio en pacientes con psoriasis en donde la idea de suicidio fue reportada en el 3.5% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor⁽³⁵⁾ En nuestro estudio vimos que los pacientes con pensamientos suicidas presentaron 1,53 veces más probabilidad de presentar alteraciones en su calidad de vida.

Kleyn y colaboradores en el 2020 hablan de la depresión como uno de los trastornos más fuertemente asociados con causa de incapacidad y reducción de la calidad de vida, menciona además que el test DLQI por sí solo puede pasar por alto varios síntomas depresivos que pueden ser detectados con el PHQ-9; dato que resalta el punto de nuestro estudio al aplicar las dos escalas simultáneamente⁽⁴¹⁾.

En nuestro estudio, la calidad de vida de los pacientes se determinó mediante la escala DLQI; se observó relación significativa con p -valor 0,006, donde la proporción de pacientes con afectación en la calidad de vida fue de 82.61 % en pacientes con depresión vs 52,00% en pacientes sin depresión. Los pacientes con depresión tienen 4,39 veces más probabilidad de presentar afectación en la calidad de vida.

Datos similares reporta Jankowiak y Colb en su publicación en el 2020, quienes encontraron una correlación entre la calidad de vida y mayor tiempo de duración de la enfermedad psoriasis, con $p = 0.06$.⁽⁴²⁾

Al consultar a los pacientes con psoriasis sobre si ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse algún daño, el 18,31% declaró que lo han pensado en varias oportunidades, y estos presentaron 1,76 veces más probabilidad de presentar depresión.

Sanminder Singh, en el 2017 realizó una revisión sistemática y meta-análisis, entre sus resultados en pacientes con psoriasis se vio que tenían más probabilidades de comportamientos suicidas. Intentos de suicidarse (OR, 1,32; 95% CI, 1,14-1,54) y suicidio completo (OR, 1,20; 95% CI, 1,04-1,39) que aquellos sin psoriasis.⁽⁴³⁾

En nuestro estudio no se observó significancia entre la presencia o no de pensamientos suicidas con la severidad de la psoriasis, se observaron resultados con relevancia clínica, donde los pacientes con pensamientos suicidas la mayoría presentó severidad grave 46,15%, mientras en los pacientes sin pensamientos suicidas 62,07% la mayoría presentó severidad leve.

Al agrupar los porcentajes de severidad moderada y grave de la psoriasis, se tiene 61,53% en pacientes con pensamiento suicida y 37,93% en pacientes sin pensamientos suicidas. A diferencia de lo publicado por Ching-Chi Chi quien no encontró un aumento en el suicidio, el intento de suicidio y el suicidio entre las personas con psoriasis grave o leve⁽⁴⁴⁾.

9 CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión evaluada con el instrumento PHQ-9 es de 64.79% en los pacientes con psoriasis moderada – severa e influye significativamente en la calidad de vida de estos. La presencia de depresión tiende a ser objetivamente más frecuente según aumenta el grado de severidad de psoriasis, y es mayor en el sexo femenino.
- Los 2/3 de los pacientes con severidad moderada y grave tienen pensamiento suicida.
- El riesgo determinado mediante el Odds ratio, mostró que pacientes con severidad moderada/grave tienen 2,57 veces más probabilidad de presentar depresión con respecto a los que presentan severidad leve.
- La mayoría de los pacientes presentó algún grado de afectación de la calidad de vida fue encontrado en el 71.83% de los pacientes según el índice de calidad de vida dermatológico (DLQI). En pacientes con depresión la afectación en la calidad de vida fue de 82,61%.
- El grado de actividad de psoriasis no se vio influenciado por comorbilidades tales como HTA, DM2, hipotiroidismo e hipertrigliceridemia en este grupo de pacientes.
- Debido a la similitud que comparten la depresión y psoriasis en cuanto a su fisiopatología; y la respuesta que se está observando hoy en día con el uso de tratamientos biológicos, se debería implementar la aplicación de cuestionarios cortos y prácticos tipo PHQ-9 para valorar la presencia de depresión en pacientes con psoriasis.

10 VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

Según los datos obtenidos, el objetivo de determinar la relación entre el nivel de actividad de la psoriasis con el grado de depresión, en la consulta externa de dermatología, mediante la aplicación de cuestionarios y escalas constituyen herramientas importantes en el diagnóstico de patologías asociadas, o comorbilidades muy importantes como la depresión, ya que al identificarla podemos hacer evaluación, seguimiento y tratamiento oportuno obteniendo así mejores resultados en su cuadro dermatológico, como es el caso de la psoriasis tema de nuestro estudio.

Debido a la llegada de la PANDEMIA se tuvo una muestra pequeña por lo que sería de gran importancia replantear este tema de investigación, captando una gran cantidad de pacientes, y compararla con un grupo control; así también es necesaria la implementación de una medida estándar para valorar depresión en pacientes con cuadros dermatológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Gladman DD, Wu JJ, et al. Psoriasis. Nature reviews Disease primers. 2016;2:16082.
2. González-Parra S, Daudén EJAd-s. Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación. 2019;110(1):12-9.
3. Aleem D, Tohid HJRcdp. Pro-inflammatory cytokines, biomarkers, genetics and the immune system: a mechanistic approach of depression and psoriasis. 2018;47(3):177-86.
4. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti SJD. An Italian study on psoriasis and depression. 2006;212(2):123-7.
5. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón PJRmdC. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. 2019;147(1):53-60.
6. Quintana PSV, Chuquimarca MMG, Chuquimarca RCG, Buestan FEP, Diaz CIE, Zambrano AdLÁM, et al. Relación entre el grado de severidad de la psoriasis y la depresión. 2017;36(6):153-7.
7. Tribó MJ, Turroja M, Castaño-Vinyals G, Bulbena A, Ros E, García-Martínez P, et al. Patients with moderate to severe psoriasis associate with higher risk of depression and anxiety symptoms: results of a multivariate study of 300 Spanish individuals with psoriasis. 2019;99(3):417-22.
8. Bologna JL, Schaffer JV, Duncan KO, Ko CJ. Dermatology essentials E-book: Elsevier Health Sciences; 2014.
9. Quiroz MD, Barzallo MQ, Suarez MMJDP. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. 2003;13(3):173.
10. Martínez-Ortega JM, Nogueras P, Muñoz-Negro JE, Gutiérrez-Rojas L, González-Domenech P, Gurpegui MJJopr. Quality of life, anxiety and depressive symptoms in patients with psoriasis: A case-control study. 2019;124:109780.
11. Chanussot C, Arenas RJDC, Médica y Quirúrgica. Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes. 2015;13(1):20-3.
12. Katz SI, Gilchrest BA, Paller A, Wolff K, Leffell DJ. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 2 Volume Set: McGraw Hill Professional; 2012.
13. Lønnberg AS, Skov L, Skytthe A, Kyvik K, Pedersen O, Thomsen SJBJoD. Heritability of psoriasis in a large twin sample. 2013;169(2):412-6.

14. Villarreal-Martínez A, Gallardo-Blanco H, Cerda-Flores R, Torres-Muñoz I, Gómez-Flores M, Salas-Alanís J, et al. Candidate gene polymorphisms and risk of psoriasis: A pilot study. *Experimental and therapeutic medicine*. 2016;11(4):1217-22.
15. Chen L, Tsai TF. HLA-Cw6 and psoriasis. *The British journal of dermatology*. 2018;178(4):854-62.
16. Alikhan A, Hocker TL. *Review of Dermatology E-Book: Elsevier Health Sciences*; 2016.
17. Ji YZ, Liu SR. Koebner phenomenon leading to the formation of new psoriatic lesions: evidences and mechanisms. *Bioscience reports*. 2019;39(12).
18. Brandon A, Mufti A, Gary Sibbald R. *Diagnosis and Management of Cutaneous Psoriasis: A Review*. *Advances in skin & wound care*. 2019;32(2):58-69.
19. Rodríguez-Cerdeira C, Cordeiro-Rodríguez M, Carnero-Gregorio M, López-Barcenas A, Martínez-Herrera E, Fabbrocini G, et al. Biomarkers of inflammation in obesity-psoriatic patients. 2019;2019.
20. Armstrong AWJJD. Psoriasis provoked or exacerbated by medications: identifying culprit drugs. 2014;150(9):963-.
21. Boehncke W-HJRDC. Etiology and pathogenesis of psoriasis. 2015;41(4):665-75.
22. Shahwan KT, Kimball ABJMC. Psoriasis and cardiovascular disease. 2015;99(6):1227-42.
23. Ortega-Hernández A, Restrepo-López N, Rosero YS, Úsuga-Úsuga F, Luis Alfonso Correa-Londoño L, Marín-Agudelo NDJDRM. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. 2018;62(3):193-205.
24. Klaus W, Lowell A, Stephen IJEMPBAA. *Fitzpatrick Dermatología en medicina general*. 2009;1.
25. Griffiths CE, Barker JNJTL. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. 2007;370(9583):263-71.
26. de Psoriasis SLJA. *Consenso Latinoamericano de Psoriasis Guías de Tratamiento*. 2009;2009:33.
27. Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Bebo Jr BF, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. 2010;62(4):655-62.

28. Feldman S, Krueger GJAotrd. Psoriasis assessment tools in clinical trials. 2005;64(suppl 2):ii65-ii8.
29. Ardila CG, García ÁL, Gómez LC. GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA PSORIASIS EN COLOMBIA.
30. Langley RG, Ellis CNJotAAoD. Evaluating psoriasis with psoriasis area and severity index, psoriasis global assessment, and lattice system physician's global assessment. 2004;51(4):563-9.
31. Matza LS, Brazier JE, Stewart KD, Pinto L, Bender RH, Kircik L, et al. Developing a preference-based utility scoring algorithm for the Psoriasis Area Severity Index (PASI). 2019;22(9):936-44.
32. Krueger GG, Feldman SR, Camisa C, Duvic M, Elder JT, Gottlieb AB, et al. Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians:: What defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis? 2000;43(2):281-5.
33. Pietrzak D, Pietrzak A, Krasowska D, Makara-Studzińska M, Madej A, Baranowska M, et al. Depressiveness, measured with Beck Depression Inventory, in patients with psoriasis. 2017;209:229-34.
34. Patel N, Nadkarni A, Cardwell LA, Vera N, Frey C, Patel N, et al. Psoriasis, depression, and inflammatory overlap: a review. 2017;18(5):613-20.
35. Lamb R, Matcham F, Turner M, Rayner L, Simpson A, Hotopf M, et al. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. 2017;176(4):1028-34.
36. Pietrzak D, Pietrzak A, Grywalska E, Kiciński P, Roliński J, Donica H, et al. Serum concentrations of interleukin 18 and 25-hydroxyvitamin D3 correlate with depression severity in men with psoriasis. 2018;13(8):e0201589.
37. Maldonado G, Ríos C, Paredes C, Ferro C, Intriago MJ, Aguirre C, et al. Depresión en artritis reumatoide. 2017;24(2):84-91.
38. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, et al. Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: A hospital-based case-control study. 2012;2012.
39. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten TJJotID. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. 2014;134(6):1542-51.

40. Kok Y, Braue A, Martyres R, Varigos GJAJoD. Assessing quality of life and depression in psoriasis patients: A cross-sectional study. 2020;61(1):e133-e5.
41. Kleyn CE, Talbot PS, Mehta NN, Sampogna F, Bundy C, Ashcroft DM, et al. Psoriasis and mental health workshop report: Exploring the links between psychosocial factors, psoriasis, neuroinflammation and cardiovascular disease risk. 2020;100(1-2):1-8
42. Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, Khvorik DFJD, therapy. Stigmatization and quality of life in patients with psoriasis. 2020:1-12.
43. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AWJJotAAoD. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. 2017;77(3):425-40. e2.
44. Chi C-C, Chen T-H, Wang S-H, Tung T-HJAJocd. Risk of suicidality in people with psoriasis: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. 2017;18(5):621-7
45. Cañarte C. Capítulo 35: Psoriasis. Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis FEPSO ECUADOR. Dermatología Ibero-Americana Online. 2010. Disponible en: <http://piel-l.org/libreria/item/512>.

ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - Hospital Luis Vernaza

Servicio de Dermatología - Consulta Externa

CUESTIONARIO – PARA PACIENTES CON PSORIASIS

1. **HC:**

2. **Código:**

3. **Procedencia:**

4. **Residencia**

5. **Teléfono:**

6. **Edad:** _____

8. **Estado civil:**

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Unión Libre

GRAFFAR

9. **Profesión:**

- 1 **Universitaria** (egresados universitarios, propietarios de empresas, ejecutivos).
- 2 **Técnicos** (medianos comerciantes o productores, técnicos medios, perritos, artistas).
- 3 **Empleados** (pequeños comerciantes o productores, egresados de cursos cortos).
- 4 **Obreros especializados** (chofer, pintor, agricultor, etc., ama de casa que tenga educación primaria o secundaria).
- 5 **Obreros NO especializados** (jornaleros, pisatarios, vendedores, servicio doméstico, ama de casa sin escolaridad).

10. **Educación - nivel de instrucción:**

- 1 Universitaria

- 2 Secundario completo
- 3 Secundario incompleto
- 4 Alfabetas (primaria incompleta)
- 5 Analfabetas

11. Fuente de ingreso:

- 1 Rentas (heredada o adquirida)
- 2 Ganancias (horarios utilidades)
- 3 Sueldos (remuneración mensual empleados)
- 4 Salario (remuneración semanal por tarea o destajo, pequeños negocios)
- 5 Donaciones (ayudas otorgadas por organismos)

12. Condiciones de alojamiento:

- 1 Óptimas condiciones en ambiente de lujo (Urb. elegante ambiente espacioso)
- 2 Óptimas condiciones sanitarias sin lujo (Urb. residencial, ambiente espacioso)
- 3 Buenas condiciones sanitarias (zona residencias, espacios reducidos)
- 4 Deficiencia de algunas condiciones sanitarias (Urb. de interés social, barrios obreros)
- 5 Condiciones sanitarias inadecuadas (barrios marginales, vivienda rural en malas condiciones)

13. Lugar de residencia:

- Urbano
- Rural
- Provincia

14. Antecedentes patológicos personales:

- HTA
- DMT2
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Dermatitis seborreica
- Hipertrigliceridemia
- Cáncer
- Otra

15. Tipo de Psoriasis

- Inversa
- Gutata
- Placas
- Eritrodérmica.

DATOS ADICIONALES Y PUNTAJES

	PUNTAJES
PGA	
PASI	
SCT	
DLQI	
PHQ-9	
ESCALA GRAFFAR	

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un "□" para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una "X" una casilla para cada pregunta.

- | | | | | |
|-----|---|---|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar ? | Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios ? | Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Claudia Lucia Maldonado Carrasco**, con C.C: # 0104503560 autor/a del trabajo de titulación: "**Relación entre la Actividad de la Psoriasis y el nivel de Depresión, Consulta Externa de dermatología, Hospital Luis Vernaza. Enero – Junio 2020**" previo a la obtención del título de Especialista En Dermatología en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **10 de Mayo de 2021**

f. 

Nombre: **Claudia Lucia Maldonado Carrasco**

C.C: 0104503560

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD DE LA PSORIASIS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN, CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL LUIS VERNAZA ENERO – JUNIO 2020”		
AUTOR(ES)	CLAUDIA LUCIA MALDONADO CARRASCO		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DR. ENRIQUE LOAYZA		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrado/Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Dermatología		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialización en Dermatología		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de mayo de 2021	No. DE PÁGINAS:	49
ÁREAS TEMÁTICAS:	psoriasis, PASI, depresión, PHQ-9		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	psoriasis, grado de depresión, PASI, DLQI, test PHQ-9		
<p>RESUMEN Antecedentes: Psoriasis es una enfermedad crónica que produce deterioro de la calidad de vida, se caracteriza por estar asociada con mayor riesgo de ansiedad, depresión e ideas suicidas; estos cuadros afectan el curso de la enfermedad retrasando su tiempo de recuperación y pobre respuesta a varios tratamientos o incluso el riesgo de recurrencias.</p> <p>Materiales y métodos: se desarrolló una investigación de tipo observacional, transversal, analítica y prospectiva a 71 pacientes que acudieron a la consulta externa, a cada paciente se le realizó una entrevista, la aplicación de cuestionarios mediante la hoja de recolección de datos y examen físico. La escala para medir depresión utilizada fue PHQ-9, índice de calidad de vida, DLQI</p> <p>Resultados: Se estudiaron un total de 71 pacientes consecutivos con diagnóstico de psoriasis. El riesgo determinado mediante el Odds ratio, mostró que pacientes con severidad moderada/grave tienen 2,57 veces más probabilidad de presentar depresión con respecto a los que presentan severidad leve. EL 64.7% de los pacientes con psoriasis presentó algún grado de depresión. Al consultar a los pacientes con psoriasis sobre si ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse algún daño el 18,31% respondió afirmativamente en la misma.</p> <p>Conclusiones: Los paciente con psoriasis moderada o grave se asocia a niveles de depresión leve; mientras que cuando tenemos leve severidad de la psoriasis se asocia con la ausencia de depresión. Los 2/3 de los pacientes con psoriasis presentaron algún grado de depresión junto con afectación de la calidad de vida según DLQI.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0995004772	E-mail: clmaldonadoc@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Enrique Úraga Pazmiño		
	Teléfono: 0997195999		
	E-mail: druraga@hotmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			