



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años
con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado
Carbo entre el periodo 2022-2023.

AUTORES:

Arévalo Onofre, Dayanna Michelle
Morán Ochoa, Pamela Adriana

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño

Guayaquil, Ecuador

01 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Arevalo Onofre Dayanna Michelle** y **Morán Ochoa Pamela Adriana**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



PIENSA ALABRINDARONOS POR:
DIEGO ANTONIO
VASQUEZ CEDENO

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, al 1 del mes de octubre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Arevalo Onofre Dayanna Michelle y Morán Ochoa Pamela Adriana**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **“Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023”** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 1 del mes de octubre del año 2024

LOS AUTORES



Firmado electrónicamente por:
DAYANNA MICHELLE
AREVALO ONOFRE

f. _____
Arevalo Onofre, Dayanna Michelle



Firmado electrónicamente por:
PAMELA ADRIANA
MORAN OCHOA

f. _____
Morán Ochoa, Pamela Adriana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Arevalo Onofre Dayanna Michelle y Morán Ochoa Pamela Adriana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 del mes de octubre del año 2024

LOS AUTORES



Firmado electrónicamente por:
**DAYANNA MICHELLE
AREVALO ONOFRE**

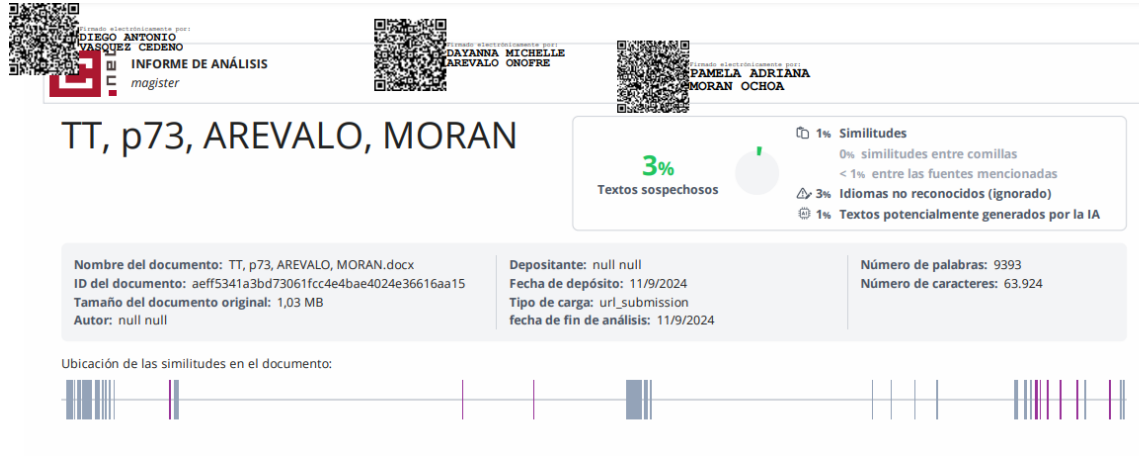
f. _____
Arevalo Onofre, Dayanna Michelle



Firmado electrónicamente por:
**PAMELA ADRIANA
MORAN OCHOA**

f. _____
Morán Ochoa, Pamela Adriana

REPORTE DE ANTIPLAGIO



TUTOR (A)



firmado digitalmente por:
DIEGO ANTONIO
VASQUEZ CEDENO

f. _____
Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios por haberme permitido llegar hasta este último paso de la carrera, que aunque no ha sido fácil tampoco fue imposible, agradecerle por ponerme personas buenas en el camino que me motivaron a seguir adelante y no rendirme, por siempre bendecirme y llenarme de esperanza a pesar de las distintas situaciones que viví en estos 6 años de estudio.

Agradezco a mis padres , mis pilares fundamentales, que siempre estuvieron para mí a cualquier hora del día, a pesar de la distancia. Siempre me alentaban y me daban fuerzas en los malos momentos. Les agradezco por siempre preocuparse por mí y querer siempre lo mejor, por haberme dado la oportunidad de estudiar esta carrera. También por comprenderme y más que nada, por nunca juzgarme o exigirme en mis estudios, siempre me decían que si las cosas pasaban era por algo y que tenía que confiar en mí porque era muy capaz y nunca rendirme por opiniones, notas, o malas experiencias. Siempre estaré agradecida con Dios por haberme dado unos padres tan buenos.

Agradezco a mi hermano, que siempre estuvo para mí, me llevaba a la universidad, se levantaba muy temprano solo para llevarme a pesar de su cansancio, y siempre se alegró por mis logros, cuando pasaba una materia complicada. Solo quiero agradecerle por haber estado siempre ahí en estos años de estudio tanto como mi hermano y familia en general.

Especial agradecimiento a mi perrita, Dalí, que aunque ella no sea un ser humano, no sabe cuánto me ayudó con mi ansiedad y mis problemas, ella me ha acompañado desde que inicié la carrera. Ha estado conmigo en todo este largo y complicado camino, se quedaba despierta hasta que yo termine de estudiar, siempre me dio mucho amor y compañía sin esperar nada a cambio. Ella simplemente me ha dado mucho y agradezco a Dios por haberla dado en el momento preciso.

Le agradezco a mis amigas, Pamela y Carla, que desde el colegio nos conocemos y Dios nos unió en este camino. Agradezco por todas las experiencias, por las risas, llantos, alegrías, enojos, por todo porque sin ellas esta carrera no hubiera sido tan bonita y llena de buenos momentos. Les agradezco porque siempre estuvieron para mí de cualquier forma, me integraron a su familia como una hermana más y se preocuparon por mí porque sabían que mis padres vivían lejos. Gracias por ser unas buenas amigas y haber compartido las mismas experiencias, habernos apoyado, motivado entre nosotras y así seguir con la carrera cuando creíamos que no podíamos.

Finalmente, agradecerle a mi amiga y compañera de este trabajo de titulación, Pamela, que sin pensarlo ya sabía que íbamos hacer este trabajo juntas. Agradecerle por aceptar este reto y haber compartido tantos momentos juntas. Siempre he confiado en ella porque es una chica muy inteligente y capaz, sabía que juntas haríamos un gran trabajo, sin duda. Quiero agradecerle por siempre estar ahí, ayudarme y motivarme en los momentos más complicados que tuve, realmente fue un apoyo muy importante en este camino

Dayanna Arévalo Onofre.

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios por ser mi guía, mi ayuda en los momentos difíciles y por dame fortaleza a lo largo de todo este proceso.

A mi familia, quienes han caminado junto a mi durante estos largos años de estudio. Este trabajo es el resultado no solo de mi esfuerzo, sino también del amor y el apoyo incondicional que han dado, en especial;

A mi mamá, Dayse Ochoa, quien ha sido el pilar fundamental en este proceso. Gracias por cada viaje juntas a la universidad, por cada abrazo después de un mal día, por cada palabra de aliento antes de exámenes, por cada oración a Dios para que alcance mis metas y por ser mi fuente de inspiración.

A mi papá, Richard Morán, cuyo amor, trabajo y sacrificio me ha permitido alcanzar mi más grande objetivo. Gracias por recordarme siempre mi potencial y por enseñarme a ser una mujer perseverante y fuerte.

A mis hermanos, Paula, por tu paciencia en cada desvelada, por estar a mi lado en los momentos buenos y malos, y por celebrar cada pequeño logro. Ricardo, gracias por cada enseñanza, ánimo y por ser un ejemplo para mí de superación.

A mi abuelita, Maminito, que con sus frases y comidas han alegrado cada día triste, han calmado mis nervios y han sido vital para tener energías en cada guardia del internado.

A mis perritos; Scooby, quien ya no está conmigo en esta vida pero fue un apoyo fundamental durante 5 años de mi carrera, acompañándome cada noche larga de estudio y dándome su amor incondicional cada día. Alexander Fleming, quien fue un apoyo emocional durante todo mi año de internado y mi soporte para sobrellevar la depresión y ansiedad.

En especial quiero agradecer a mi novio, Bryan Cedeño, por ser un apoyo constante durante estos años de carrera que hemos compartido juntos, por animarme a seguir adelante y creer en mi aun cuando yo he dudado. Tu comprensión, paciencia y amor han sido mi motivación durante todo este proceso.

Finalmente quisiera agradecer a Dayanna Arévalo, mi compañera de tesis, carrera y de mi año de internado. Quien ha sido más que una mejor amiga, una hermana para mí. Gracias por ayudarme a ser más responsable y dedicada, por apoyar y complementar mis ideas, por cada risa y momentos divertidos que han hecho que estos años sean los mejores.

Pamela Adriana Morán Ochoa.

DEDICATORIA

Queremos dedicar esta tesis a nuestra familia, en especial padres y hermanos, quienes nos acompañaron en estos 6 años de carrera proporcionándonos las herramientas necesarias para alcanzar nuestros sueños, dándonos ánimos y su apoyo incondicional. A nuestros amigos y seres queridos, quienes han sido un granito de arena fundamental para lograr culminar esta etapa tan importante de nuestras vidas.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JOSE LUIS JOUVIN LOPEZ
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

DRA. CARIDAD ISABEL MAYO GALBAN
OPONENTE

f. _____

DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ CAMPOS
OPONENTE

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN	2
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
HIPÓTESIS.....	3
CAPÍTULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	4
APLICABILIDAD DEL ESTUDIO.....	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
PSORIASIS.....	6
DEPRESIÓN.....	13
RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN CON LA PSORIASIS VULGAR.....	20
CAPITULO III.....	21
MARCO METODOLÓGICO.....	21
TIPO DE ESTUDIO	21
POBLACIÓN DE ESTUDIO	21
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Ilustración 1: Histograma simple grupo etario.....	23
Ilustración 2: Recuento de género.....	24
Ilustración 3: Recuento de tratamiento	25
Ilustración 4: Recuento de comorbilidades.....	26
Ilustración 5: Barras simple recuento de Escala Hamilton	27
Ilustración 6: Barras simple recuento Escala PASI.....	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tabla 1: Tabla cruzada Escala PASI-Tratamiento.....	29
Tabla 2: Pruebas de chi-cuadrado de Tabla cruzada Escala PASI-Tratamiento	29
Tabla 3: Tabla cruzada Comorbilidades-Escala PASI.....	30
Tabla 4: Pruebas chi-cuadrado de Tabla cruzada Comorbilidades-Escala PASI.....	30
Tabla 5: Tabla cruzada comorbilidades-Escala Hamilton	31
Tabla 6: Pruebas chi cuadrado de Tabla cruzada comorbilidades-Escala Hamilton.....	31
Tabla 7: Tabla cruzada Escala PASI-Escala Hamilton.....	32
Tabla 8: Pruebas chi cuadrado de Tabla cruzada Escala PASI-Escala Hamilton	32

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad dermatológica crónica que afecta predominantemente a la piel y las articulaciones, pero que también tiene manifestaciones dañinas en otros sistemas del cuerpo. La gravedad de la enfermedad varía según varios factores, incluidos la herencia y los factores ambientales; algunos pacientes tienen una enfermedad leve con placas eritematosas descamativas aisladas en los codos, las rodillas o el cuero cabelludo, mientras que otros pueden tener afectada hasta el 100% de su superficie cutánea. La psoriasis vulgar es el fenotipo más común y afecta entre el 85 y el 90% de los pacientes con psoriasis. Cada vez hay más pruebas que sugieren que, en comparación con la población general, los pacientes con psoriasis tienen una mayor prevalencia de otras enfermedades crónicas y graves, como artritis, enfermedades metabólicas, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, depresión o ansiedad, enfermedades hepáticas, enfermedad de Crohn, y linfoma u otros cánceres. Cabe destacar que se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis oscila entre el 6% y el 62%, lo que es directamente proporcional a la gravedad de las lesiones. **Objetivo:** Estimar la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023. **Metodología:** Estudio transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. La población a ser estudiada son pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023. La estrategia de análisis comprende del uso de gráficos de frecuencia e histogramas simples para las variables cualitativas; adicionalmente se realizaron tablas cruzadas y tablas de chi-cuadrado. **Resultados:** La prevalencia del trastorno depresivo en pacientes con psoriasis vulgar es de 81%, no se evidencia influencia significativa del tratamiento ni las comorbilidades presentes en el desarrollo del trastorno depresivo o de la gravedad de la psoriasis. **Conclusiones:** Este estudio demuestra la relación de la gravedad de la psoriasis con la aparición y progresión del trastorno depresivo.

Palabras claves: psoriasis, depresión, psoriasis vulgar

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic dermatological disease that predominantly affects the skin and joints, but also has harmful manifestations in other body systems. The severity of the disease varies depending on several factors, including heredity and environmental factors; Some patients have mild disease with isolated scaly erythematous plaques on the elbows, knees, or scalp, while others may have up to 100% of their skin surface affected. Psoriasis vulgaris is the most common phenotype, affecting 85 to 90% of psoriasis patients. There is increasing evidence to suggest that, compared to the general population, patients with psoriasis have a higher prevalence of other chronic and serious diseases, such as arthritis, metabolic diseases, diabetes, cardiovascular diseases, hypertension, depression or anxiety, liver diseases, Crohn's disease, and lymphoma or other cancers. Notably, the prevalence of depression in patients with psoriasis has been reported to range between 6% and 62%, which is directly proportional to the severity of the lesions. **Objective:** Estimate the prevalence of depressive disorder in patients aged 18 to 60 years with psoriasis vulgaris at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital between the period 2022-2023. **Methodology:** Cross-sectional, observational, retrospective, descriptive and analytical study. The population to be studied are patients between 18 and 60 years old with psoriasis vulgaris treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital between the period 2022-2023. The analysis strategy includes the use of frequency graphs and simple histograms for qualitative variables; Additionally, cross tables and chi-square tables were made. **Results:** The prevalence of depressive disorder in patients with psoriasis vulgaris is 81%, there is no significant influence of the treatment, or the comorbidities present on the development of the depressive disorder or the severity of psoriasis. **Conclusions:** This study demonstrates the relationship between the severity of psoriasis and the onset and progression of depressive disorder.

Keywords: psoriasis, depression, psoriasis vulgaris.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad dermatológica crónica que afecta predominantemente a la piel y las articulaciones, pero que también tiene manifestaciones dañinas en otros sistemas del cuerpo. La gravedad de la enfermedad varía según varios factores, incluidos la herencia y los factores ambientales; algunos pacientes tienen una enfermedad leve con placas eritematosas descamativas aisladas en los codos, las rodillas o el cuero cabelludo, mientras que otros pueden tener afectada hasta el 100% de su superficie cutánea. Aproximadamente el 40% de los pacientes tienen antecedentes familiares de psoriasis o artritis psoriásica entre familiares de primer grado. Por lo tanto, se desarrolla hasta en la mitad de los hijos cuando ambos padres tienen psoriasis, pero la prevalencia disminuye al 16% cuando solo uno de los padres está afectado y al 8% cuando solo un hermano está afectado (1).

En los países occidentales, se cree que entre el 2% y el 4% de la población padece psoriasis, mientras que las estimaciones mundiales sugieren una incidencia regional entre el 0,09% y el 11,43% (2). En Centroamérica, las características epidemiológicas y clínicas de la psoriasis varían desde el 0,7% en Guatemala, el 1,2% en Honduras y el 1,2% en Nicaragua hasta el 6% en las islas del Caribe. En los países de América del Sur, la prevalencia alcanza el 1,3-4,2%, siendo el 1,3% en Brasil, el 2% en Venezuela, el 3% en México y el 4,2% en Paraguay (3). Dentro de Ecuador no hay información epidemiológica acerca del número de individuos perjudicados por esta enfermedad, sin embargo, Ricardo Loaiza, médico que trabaja en el Hospital Luis Vernaza, informó que, de cada 100 personas, 2 son diagnosticados con diferentes tipos de psoriasis en dicho hospital (4).

La psoriasis vulgar es el fenotipo más común y afecta entre el 85 y el 90% de los pacientes con psoriasis. Cada vez hay más pruebas que sugieren que, en comparación con la población general, los pacientes con psoriasis tienen una mayor prevalencia de otras enfermedades crónicas y graves, como artritis, enfermedades metabólicas, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, depresión o ansiedad, enfermedades hepáticas, enfermedad de Crohn, y linfoma u otros cánceres (5). Cabe destacar que se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis oscila entre el 6% y el 62%, lo que es directamente proporcional a la gravedad de las lesiones (6).

El Atlas Global de Psoriasis (GPA) tiene como objetivo mejorar la comprensión de la epidemiología de la psoriasis y sus comorbilidades, y proporcionar un punto de referencia común sobre la carga global de la psoriasis. Recientemente, el grupo GPA generó estimaciones globales, regionales y específicas de cada país sobre la prevalencia de la psoriasis en niños, adultos y en la población general. Sin embargo, aún no se ha examinado sistemáticamente hasta qué punto la incidencia y prevalencia de la psoriasis varían con la edad, entre géneros y a lo largo del tiempo. En los últimos años, se han publicado varios estudios que examinan la epidemiología de la psoriasis y proporcionan datos sobre las tendencias temporales en la incidencia y prevalencia de esta importante enfermedad de la piel. Estos datos son importantes para determinar si la carga global de la enfermedad está cambiando en el contexto del envejecimiento de la población (7).

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características demográficas de los pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023.
- Detallar las comorbilidades presentes en los pacientes con psoriasis y depresión.
- Relacionar la severidad de la psoriasis con la presencia de depresión en la población de estudio.
- Describir el tratamiento más comúnmente utilizado en la población de estudio.

HIPÓTESIS

No lleva hipótesis por ser estudio de prevalencia

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En comparación con la población general, los pacientes con psoriasis tienen tasas más altas de depresión, ansiedad y tendencias suicidas. Las estimaciones de depresión comórbida varían, oscilando entre el 9 y el 62%. Sin embargo, son más altas que en muchas otras afecciones dermatológicas, incluidos el melanoma y las enfermedades alérgicas de la piel (por ejemplo, dermatitis atópica). En algunos estudios, sólo la alopecia areata, las úlceras en las piernas y el vitiligo tuvieron tasas de depresión tan grandes o mayores que las observadas en la psoriasis. De igual manera, este riesgo aumenta con una mayor carga de enfermedad, y los pacientes con psoriasis de moderada a grave tienen un mayor riesgo de depresión que los pacientes con la enfermedad leve (8).

Muchos pacientes con psoriasis tienen dolor y prurito que afectan grandes cantidades de superficie corporal, lo que lleva a un deterioro de la calidad de vida, disminución de la confianza en sí mismos, ansiedad y depresión. Esto puede resultar en un cumplimiento deficiente del tratamiento, deterioro de la calidad de vida e ideación y conducta suicidas. Los pacientes con psoriasis también tienen altas tasas de disfunción sexual, alteraciones del sueño y, a menudo, se sienten estigmatizados por sus lesiones cutáneas visibles. Todos estos factores pueden contribuir a mayores tasas de depresión. El deterioro de la salud mental puede surgir como resultado de la psoriasis; sin embargo, la depresión por sí sola también puede predisponer de forma independiente a los pacientes al desarrollo de psoriasis, que puede deberse, en parte, a la superposición de citocinas inflamatorias implicadas en la fisiopatología de ambas enfermedades (9).

JUSTIFICACIÓN

Dependiendo del diseño del estudio, los supuestos y la población, se ha informado que entre el 9% y el 55% de los pacientes con psoriasis padecen una depresión comórbida. En general, se ha sugerido que los dermatólogos realicen pruebas de detección de depresión; sin embargo, se sabe poco sobre lo que sucede después de realizar pruebas de detección a los pacientes con psoriasis. En general, incluso si se reconocen los casos, la proporción de pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico es inapropiadamente baja en la población general. Si bien se han realizado estudios longitudinales de pacientes con síntomas depresivos positivos para otras enfermedades crónicas como la diabetes, la eficacia de la detección de depresión en pacientes con psoriasis y sus vías hacia la prestación de atención de salud mental siguen sin estar claras (10), por lo tanto, se justifica la elaboración de un artículo que ayude a responder dichas incógnitas.

Estudios anteriores encontraron que los pacientes con psoriasis comúnmente presentaban ansiedad y/o depresión, y la psoriasis de moderada a grave tenía más probabilidades de sufrir discapacidades físicas o mentales. A su vez, esta condición emocional también puede exacerbar la psoriasis e incluso perjudicar los resultados del tratamiento. Recientemente, algunos estudios demostraron que la ansiedad y la depresión también pertenecían a enfermedades inflamatorias crónicas. Por tanto, la identificación temprana del trastorno emocional es importante para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y los resultados clínicos (11). Sin embargo, hasta donde sabemos, los datos relevantes de Ecuador sobre la prevalencia de la psoriasis con la depresión no han sido informados.

APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

Este estudio es aplicable y factible porque tiene amplio acceso a artículos de revisión primaria. El estudio tardará aproximadamente 1 año en completarse y se llevará a cabo durante el año de internado en el periodo 2023-2024. Al tratarse de un estudio de prevalencia, sólo se revisarán datos secundarios de las bases de datos hospitalarias, por lo que no se producirá ningún daño a la población. Finalmente, el estudio no requirió financiación alguna, por lo que no hubo conflicto de intereses. Si este estudio tiene resultados importantes para el conocimiento médico en nuestro medio, el siguiente paso será iniciar el mismo estudio en otros hospitales del país y comenzar a desarrollar medidas preventivas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

PSORIASIS

DEFINICIÓN

La psoriasis es una enfermedad sistémica crónica, de carácter inmune, inflamatoria no contagiosa, con predisposición genética que tiende a desencadenarse por distintos factores. Afecta en su gran mayoría a la piel cuya lesión típica son placas eritemato-escamosas blanquecinas con distribución simétrica que se localizan principalmente en codos, cuero cabelludo, rodillas, palmas y plantas de la piel, región lumbosacra y uñas. Las mucosas, semimucosas e incluso las articulaciones pueden verse comprometidas. Es una enfermedad que no pone en riesgo la vida de los pacientes; sin embargo, perjudica a gran escala la calidad de vida, debido a la relación con otras patologías como la enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, enfermedad inflamatoria intestinal, ansiedad, depresión, cáncer, entre otras. Entre los tipos de psoriasis, la más común es la psoriasis vulgar y representa el 90% de los casos. (14)

EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia a nivel mundial es del 2%. Su forma leve o moderada representa el 75% de los casos y el 25% a la forma grave. Puede afectar tanto a hombres como a mujeres sin predilección alguna. Se observa en los adultos, alrededor de los 20 y 60 años. Según la edad en la que comienza la psoriasis se va a clasificar en: (15)

- Psoriasis tipo I: inicio antes de los 40 años, asociado al antígeno de histocompatibilidad HLA, con predisposición a artritis psoriásica y mayor prevalencia familiar.
- Psoriasis tipo II: inicio después de los 40 años, casos más aislados, menor prevalencia de afección familiar y asociación al antígeno de histocompatibilidad.

ETIOPATOGENIA

Según los estudios el desarrollo de la psoriasis se relaciona con la genética, inmunogenicidad y los factores ambientales. La psoriasis es un trastorno que resulta de la desregulación inmunitaria. Las lesiones típicas que aparecen en la piel son resultado de la hiperproliferación de queratinocitos debido a la interacción que existe entre los desencadenantes ambientales y el sistema inmune innato y adaptativo. En cuanto a la cascada inflamatoria de la psoriasis inicia cuando las células dendríticas y los neutrófilos son activados por los antígenos de la piel, estos van a liberar citocinas: factor de necrosis

tumoral, interleucina-23 e interleucina-12. Dichas citocinas intervienen en ciclos de retroalimentación positiva cuando se activan los leucocitos los cuales van a liberar más citocinas y produce la inflamación continua. (16,17)

En relación con la genética, la psoriasis tiene una probabilidad de herencia del 60-75%, ya que se describe que el cromosoma 6 (6p21) de la región PSORS-1 codifica el HLA cw6, donde se asocia el desarrollo de esta enfermedad. También pueden existir alteraciones como los polimorfismos de nucleótidos que causan metilación aberrante del ADN que junto a los factores desencadenantes van a dar inicio al desarrollo de esta patología. Cuando los dos padres tienen la enfermedad, el riesgo de que uno de sus hijos sea susceptible a contraerla es del 40%, si solo uno la tiene es del 14% y si solo un hermano lo tiene será del 6%. (17)

FACTORES DE RIESGO Y DESENCADENANTES

La psoriasis es una enfermedad multifactorial, que se desarrolla tras la combinación de factores genéticos y la exposición a factores agravantes o “triggers”, extrínsecos o intrínsecos. Entre ellos están: (17)

- Drogas: las más comunes son el litio, betabloqueantes, AINES, antipalúdicos, IECA, progesterona, yoduro de potasio, sales de oro, entre otros.
- Trauma físico o químico: el fenómeno de Koebner donde aparecen lesiones en piel sana.
- Infecciones: bacterias (*S. pyogenes*, *S. aureus*), hongos como *Malassezia* en el cuero cabelludo, *Cándida albicans* en los pliegues, virus (papilomavirus, retrovirus)
- Hábitos tóxicos: el consumo de alcohol y tabaco son agravantes.
- Estrés emocional: la reacción neuroendocrina perteneciente al estrés crónico y agudo, conformado por el eje hipotálamo-hipófisis- adrenérgico va a desencadenar una inflamación sistémica.
- Nutrición: la obesidad se relaciona con la psoriasis ya que el tejido adiposo tiene citoquinas que forman parte de la inflamación sistémica.
- Comorbilidades: son las enfermedades que se asocian fisiopatológicamente a la psoriasis; sin embargo, no son la causa de esta. Hay mediadores inflamatorios como el TNF, las interleuquinas y citocinas que interfieren en esta patología: encontramos a las adicciones, depresión, trastornos del ánimo y del sueño, obesidad, síndrome metabólico, neoplasias, compromiso hepático, gastrointestinal y cardiovascular.
- Vacunas: hay ciertas vacunas de las cuales se han observado que exacerban la psoriasis como, por ejemplo: BCG, influenza y adenovirus. Esta incidencia es muy leve y tiene más beneficiosos terapéuticos al tener inmunidad contra ciertas enfermedades. (17)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas más comunes son: (18)

- Erupciones irregulares, que varían en color
- Pequeños puntos escamados
- Piel agrietada y muy seca que es posible que sangre
- Prurito, adormecimiento o irritación
- Erupciones cíclicas que aparecen unas pocas semanas o meses y luego desaparecen

La psoriasis vulgar o psoriasis estacionaria crónica es la forma clínica que se presenta más frecuentemente en los pacientes. Este tipo de psoriasis se caracteriza por aparecer como una erupción monomorfa, simétrica y cuya lesión presenta las siguientes características: (19)

- Presenta placas eritematosas, rojas, bien delimitadas.
- Puede ser de diferentes tamaños.
- Su forma es redondeada u oval
- La recubre escamas blanquecinas, gris plateas, nacaradas, y finas.
- Se distribuyen simétricamente y afectan superficies de extensión; codos, rodillas, tronco y hasta cuero cabelludo.
- Persisten durante meses o años.
- Tiene brotes sucesivos que pueden llegar a extenderse a otras áreas de la superficie corporal.
- Puede ser de diferentes colores por el tono de la piel.

La psoriasis en el cuero cabelludo presenta: (20)

- Descamación seca muy adherida (caspa gruesa) sobre una zona roja.
- Produce prurito
- No produce alopecia

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en la psoriasis es fundamentalmente clínico; se basa en realizar una completa y detallada historia clínica. En la exploración física se debe examinar el aspecto clínico, la detección de las lesiones y su distribución en la piel, cuero cabelludo y las uñas. La forma y localización permiten determinar el tipo y la gravedad de la psoriasis. (19, 23)

Raras veces hay que usar biopsia cutánea para examinar la muestra, determinar el tipo de psoriasis y descartar otros trastornos. (23)

BSA (Body Surface Area); el porcentaje de superficie corporal afectada nos permite evaluar la gravedad de la enfermedad, considerando la palma de la mano como 1% de dicha superficie, se clasifica en: (22)

Leve	<5%
Moderada	5-10%
Grave	>10%

Fuente: Journal of the American Academy of Dermatology

PASI (Psoriasis Area and Severity Index) es un índice que da una valoración del 0 al 4 a cada lesión en base de tres parámetros: eritema, infiltración y descamación, en conjunto con una evaluación ponderada del área que está afecta: cabeza, tronco, extremidades superiores e inferiores. (22)

Por favor, hacer un círculo en el número que corresponda
0 = nada 1 = leve 2 = moderado 3 = severo 4 = muy severo

Severidad de las lesiones Psoriásicas		Cabeza	Tronco	Brazos	Piernas
1	Eritema	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Induración	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Escamas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Suma de 1+2+3	_____	_____	_____	_____
Extensión de la Psoriasis		0 = nada 1 = menos 10% 2 = 10-30% 3 = 30-50% 4 = 50-70% 5 = 70-90% 6 = 90-100%			
5	Afectación				
6	Anotación	_____	_____	_____	_____
7	Fila 4 x fila 6	_____	_____	_____	_____
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Fila 7 x fila 8	_____	_____	_____	_____
PASI-SCORE		_____	(Suma de todas las filas 9)		

Fuente: Manual Clínico del Hospital Universitario Virgen del Rocío

- Leve 0-7
- Moderada 7-12
- Grave > 12

DLQI (Dermatology Index of Disease Severity) evalúa el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente mediante 10 preguntas fáciles y útiles en la práctica clínica. (22)

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le han afectado sus problemas de piel en su vida DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS. Señale, por favor, con una "X" un recuadro de cada pregunta. ¡Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1.	Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en la piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Durante los últimos 7 días, ¿se ha sentido incómodo/a o cohibido/a debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel para hacer la compra u ocuparse de la casa (o del jardín)?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
4.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
5.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
6.	Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
7.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar ?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "No": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios ?	Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
9.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
10.	Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>

Fuente: LiveMed

TRATAMIENTO

El tratamiento se lo decide en función de la extensión, forma y características de las lesiones; el cual puede ser tópico o sistémico. Sin embargo, el tratamiento no solo abarca la parte farmacológica, sino que también comprende medidas terapéuticas como una serie de medidas generales o cambio en el estilo de vida: alimentación, exposición al sol y el entorno laboral. (19, 20)

Dieta

Se debe tener una dieta balanceada y controlada debido a que, aunque no influya de forma significativa, la obesidad puede complicar la evolución y el tratamiento de la psoriasis. (19)

Fototerapia

Este es un tratamiento de primera línea para la psoriasis moderada a grave, puede ser en conjunto a medicamentos. Esta consiste en la exposición de la piel a la luz natural o artificial: (18, 19,21)

- Luz solar: deben ser de manera breve y diarias las exposiciones (helioterapia), bajo un control para prevenir efectos contraproducentes en la salud del paciente.
- Terapia de Goeckerman
- UVB de banda ancha
- UVB de banda estrecha
- Psoraleno más luz ultravioleta A
- Láser de excímeros

Farmacoterapia

Tratamiento tópico: está indicado en la psoriasis leve que afecta a <25% de la superficie corporal. (18,19)

1. Emolientes y queratolíticos: (vaselina salicílica) ayudan a mantener la capa córnea hidratada, evitando fisuras y exceso de escamas.
2. Corticoides tópicos: depende de la intensidad, localización y cronicidad de las lesiones. Se usan frecuentemente en los casos de psoriasis leve a moderada. Estos pueden ser de media, baja y en ocasiones de alta potencia, sobre todo en placas muy gruesas como la triamcinolona o cobetasol. Se aplican ungüentos suaves (hidrocortisona) durante períodos cortos en casos leves o cuando se localizan en cara, pliegues, cuero cabelludo y genitales.
3. Cremas de antralina: (Ditranol) actúa como agente reductor, disminuye el recambio celular y retrasa el desarrollo de las células de la piel. Ayuda a eliminar las escamas y suaviza la piel. Se usa en una concentración de 0,5-5% en un período corto de máximo 30 min al día, para evitar los efectos irritantes.
4. Análogos de la vitamina D3: ayudan a retardar el desarrollo de las células de la piel. Puede usarse en conjunto a corticoides tópicos.
 - Calcipotriol: se encarga de inducir la diferenciación de los queratinocitos e inhibe su proliferación. Se usa en casos donde las placas tengan una extensión <30% de la

superficie cutánea. No se recomienda usarlo en áreas sensibles como la cara, genitales o pliegues, debido a sus efectos irritativos.

- Tacalcitol: su mecanismo es similar al calcipotriol pero tiene menos efecto irritativo, por lo que se puede aplicar en áreas sensibles.
5. Retinoides: estos son los derivados de la vitamina A, a este grupo pertenece el tazaroteno que se encuentra en concentraciones del 0,05-0,1% en forma de gel o crema. Su uso es de una o dos veces al día.
 6. Breas: tienen efecto antimitótico, antiinflamatorio y antipruriginoso.
 7. Alquitrán de hulla: reduce la descamación, el prurito e inflamación.
 8. Acido salicílico: reducen la descamación del cuero cabelludo.
 9. Inhibidores de la calcineurina: alivian el sarpullido y disminuye la acumulación de escamas. Son usadas en las zonas finas ya que no tienen efectos irritantes como otros tratamientos tópicos.

Fármacos Sistémicos

Son usados en los casos que las lesiones, por su extensión, impiden el tratamiento tópico. El período de los medicamentos puede variar según la necesidad del paciente: ciclos discontinuos que alternan con otros de descanso y/o de tratamiento tópico, o períodos muy prolongados en donde se cambian de medicamentos cuando haya producido resistencia u toxicidad. (18,19)

1. Retinoides: ayudan a reducir la producción de células de la piel. Se usa el acitretino 0,5-1 mg/kg/día por vía oral.
2. Metotrexato: ayuda a suprimir la inflamación 12,5-50 mg/semana vía oral o intramuscular.
3. Ciclosporina: más usado en los casos graves porque ayuda a inhibir el sistema inmune. Se usa 3-5 mg/kg/día por vía oral.
4. Esteroides: inyecciones de triamcinolona para mejorar las manchas pequeñas y persistentes.
5. Medicamentos biológicos: alteran el sistema inmune de manera que interrumpe el ciclo de la enfermedad y mejora las manifestaciones clínicas en semanas. Se usa el apremilast, etanercept, infliximab o adalimumab.

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

La depresión se define como la alteración del estado de ánimo, la incapacidad de las personas para regular sus emociones o humor, presentando así miedo, tristeza, apatía, decaimiento, irritabilidad, anhedonia, ansiedad durante un largo periodo de tiempo, esto conlleva a presentar cambios en el apetito; sueño; en las relaciones sociales evadiendo a las personas más cercanas como familia, amigos, parejas; interfiere en las actividades diarias como el levantarse de la cama, el aseo personal y en otros casos el deseo de abandonar actividades académicas o laborales, y los pensamientos negativos empiezan a predominar así también como la baja autoestima.(23)

EPIDEMIOLOGÍA

Según la OMS refiere que el 3,8% de las personas a nivel mundial presentan depresión; los adultos representan el 5% y los adultos mayores el 5,7%, aumenta si el paciente presenta antecedentes de patologías. Es más frecuente en mujeres, incluso duplica su prevalencia con respecto a los hombres ya que las embarazadas presentan depresión en más del 10% en esta etapa y en las adolescentes influyen los cambios hormonales y estrés. Según la edad, es más común en la adolescencia y entre los 29-45 años cuya prevalencia aumenta con la edad. En el mundo, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión y anualmente existen más de 7000.000 casos de suicidios. (24)

ETIOLOGÍA

Existen distintos factores biológicos que causan depresión: genéticos, neuroquímicos, endocrinos, fisiológicos, anatómicos.

Los factores genéticos donde los familiares de 1° grado tienen la probabilidad de padecer depresión, factores fisiológicos hacen referencia a cambios en el ritmo circadiano y el sueño, factores anatómicos cuando hay alteraciones en el sistema límbico, hipotálamo y ganglios de la base; factores neuroquímicos donde los neurotransmisores que se relacionan son la noradrenalina y la serotonina, se ha observado un descenso de los niveles de metabolito de la noradrenalina, 3metoxi-4 hidroxifenilglicol tanto en sangre y orina, en los puntos de recaptación de serotonina y depleción de dopamina y como factores endocrinos hay una variación en la secreción de la hormona del crecimiento, hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisiaria y suprarrenal y cambios en el eje hipotálamo- hipofisiario-tiroideo.

Entre otras causas se presentan:

- Endógena: donde su origen es desconocido, pero se cree que está ligada a una predisposición biológica del paciente.

- Psicógena: relacionada a la personalidad del paciente y a situaciones vividas.
- Orgánica: se da debido a un fármaco o a una enfermedad que el paciente presente. Entre las causas más frecuentes están: hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Addison, intoxicaciones por plomo, mercurio, monóxido de carbono, hepatitis neuro sífilis, neumonía, deficiencia de folato, anemia perniciosa, enfermedad de Parkinson, EM, LES, artritis reumatoide, fármacos como metildopa, BB, esteroides, carbamazepina, fenitoína, AINES. (25)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas de la depresión varían según el individuo que la presenta, de igual manera la severidad de ellos es diferente en cada persona e incluso puede modificarse con el tiempo. En general, uno de los primeros síntomas que aparece es el cambio de conducta habitual, donde la persona se muestra con un carácter desmoralizado, apático, sin ilusión, sin deseo de hacer las cosas del día a día y sin disfrutar las cosas que anteriormente le gustaban.

Al conjunto de estos síntomas los llamamos síndrome depresivo, que según la intensidad y combinación en la que aparecen nos permiten considerar diferentes formas clínicas de depresión y su gravedad. Estos se manifiestan en agrupaciones de síntomas de diferentes esferas psicológicas (26)

SINTOMAS AFECTIVOS

Tristeza patológica o humor depresivo: se expresa como pena, vacío, desesperación, hasta falta de sentimientos. (26)

- Anhedonia: dificultad para sentir recompensa grata de lo que anteriormente era placentero.
- Ansiedad: miedo intenso, estado de alerta y desesperación.
- Irritabilidad: conductas violentas e injustificadas.
- Disforia: malestar general con una mezcla de sentimientos negativos.
- Apatía: indiferencia total.

SINTOMAS COGNITIVOS

- Alteraciones del pensamiento: dificultad de concentrarse, pesimismo, distorsiones del entorno y de uno mismo, y pensamientos de ideas negativas como muerte o suicidio.
- Alteraciones cognoscitivas: desorientación, alteraciones de la memoria, deterioro de la capacidad de aprendizaje y atención. (26)

SINTOMAS SOMÁTICOS

Están asociados a la gravedad de la depresión: (26)

- Trastornos vegetativos: astenia, cefalea, pérdida de peso, trastornos digestivos, trastornos cardiacos, perdida del libido o alteraciones del sueño.
- Trastornos de ritmos vitales: deterioro del ritmo sueño/vigilia, cardiaco y estacional.

SINTOMAS CONDUCTUALES

Alteraciones en la actividad psicomotora: deterioro de la apariencia general, postura, marcha y lenguaje, disminución del rendimiento, conductas de aislamiento, llanto, intentos de suicidio y/o conductas agresivas o histeria. (26)

DIAGNÓSTICO

La escala de valoración de Hamilton tiene el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y los cambios, con la información recolectada en la anamnesis.

Esta consta de una serie de preguntas que evalúa diferentes aspectos de la depresión. Incluyendo 17 ítems, calificados en escala de 0 a 4 o de 0 a 2, los cuales se deben sumar para que de el puntaje total.

Aparte de ayudarnos en el diagnóstico, también es útil para ver la progresión de los síntomas depresivos a largo plazo y evaluar la eficacia del tratamiento en el paciente, ya que una disminución del puntaje indicaría una mejora. (27)

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente 1 - Estas sensaciones las relata espontáneamente 2 - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 3 - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a 4 	
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 1 - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 2 - Siente que la enfermedad actual es un castigo 3 - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 4 	
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 2 - Ideas de suicidio o amenazas 3 - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4 	
<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad 0 - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño 1 - Dificultad para dormir cada noche 2 	

Insomnio intermedio	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2
Insomnio tardío	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2
Trabajo y actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
<ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4
Agitación psicomotora	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4
Ansiedad psíquica	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2

Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2
	3

Fuente: MedSol

PUNTUACIÓN	GRAVEDAD
0-7	No deprimido
8-13	Depresión ligera/menor
14-18	Depresión moderada
19-22	Depresión severa
>23	Depresión muy severa

TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento es conllevar al paciente a una remisión total de los síntomas y restaurar su funcionalidad, sin embargo, esto solo ocurre aprox. un 67% de los casos. En el trastorno depresivo mayor tiene tratamiento farmacológico que son específicamente para casos moderados a severos. Además, es necesario individualizar la selección de los fármacos en base a una serie de aspectos (28):

- Síntomas del trastorno depresivo
- Comorbilidades
- Efectos secundarios
- Interacciones farmacológicas
- Disponibilidad y acceso al medicamento.

Cuando es el primer episodio se debe extender el tratamiento seleccionado entre 6 y 12 meses para evitar las recurrencias y alcanzar la remisión de los síntomas.

Los fármacos comúnmente usados en el trastorno depresivo mayor son:

1. Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): se encargan de inhibir el transportador de 5-HT, en la brecha sináptica para ser reciclado. Los efectos adversos que provocan son náuseas, diarrea, boca seca, disfunción sexual y ansiedad.

- Fluoxetina
 - Sertralina
 - Paroxetina
 - Citalopram
 - Escitalopram
2. Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN): similar a los ISRS, conocidos como “duales” porque bloquean el transportador de noradrenalina y aumentan la dopamina a nivel prefrontal, ya que en esta zona la DA es recapturada por NAT. Estos pueden causar cefalea, insomnio, hiporexia, disfunción sexual, aumento de la presión arterial, entre otros.
- Venlafaxina
 - Desvenlafaxina
 - Duloxetina
 - Milnacipran
3. Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND): bloquean el transportador de noradrenalina y el transportador de dopamina. Este no presenta disfunción sexual porque no actúa directamente en 5-HT. Puede presentar boca seca, constipación, insomnio, ansiedad y aumento de la presión arterial.
- Bupropion
4. Agonistas de melatonina: sirve para las alteraciones de sueño que los pacientes con TDM presentan porque actúa en los receptores MT1 y MT2 modulando estos ciclos y además tiene efecto antidepressivo porque bloquea el receptor 5-HT_{2c}.
5. Antagonistas alfa-2: similar a IRSN porque bloquea los receptores pre y postsinápticos alfa-2 noradrenérgicos, que se encargan de bloquear la liberación de NA y 5-HT. Producen boca seca, aumento del apetito, constipación e hipotensión arterial.
- Mirtazapina
 - Mianserina
6. Moduladores de la serotonina: inhiben al SERT, aumentando así la disponibilidad de serotonina y actuando como antidepressivo por ser antagonista de receptores 5-HT_{2a} Y 5-HT_{2c}. Por su uso puede producir edema, visión borrosa, boca seca, constipación e hipertensión arterial.
- Nefazodona
 - Trazodona

- Vilazodona
7. Inhibidores de la monoamino oxidada (IMAO): bloquea la enzima MAO-A la cual se encarga del metabolismo de 5-HT, NA, DA, aumentando así el tiempo de disponibilidad de estos neurotransmisores en la brecha sináptica pero se lo usa muy poco porque genera crisis hipertensivas.
 - Isocarboxazid
 8. Antidepresivos tricíclicos (ATC): bloquean la recaptura de 5-HT y NA, actúan en receptores H1, alfa-1 adrenérgicos y canales de sodio. Por tener tantas vías de acción son poco tolerados y tienen muchos efectos negativos como visión borrosa, aumento del apetito, disfunción sexual y aumento de la presión arterial.
 - Imipramina
 - Desipramina
 - Amitriptilina
 9. Antidepresivos multimodales: inhiben SERT, DAT y NET, y es antidepresivo por ser agonista de receptores 5-HT. Lo cual ayuda a mejorar los síntomas cognitivos del TDM y con pocos efectos adversos.
 - Vortioxetina

Psicoterapia

Para que cumpla con su objetivo el paciente debe estar dispuesto e interesado a recibirlo, ya que durante las terapias se tocan diferentes emociones. Esta terapia tiene distintos formatos que se adaptan a cada paciente, según sus necesidades, sintomatología y padecimientos. Se utiliza en pacientes con distintos grados de depresión, embarazadas, postpartos, entre otros. Solo en pacientes psicóticos no se debe usar. Lo más recomendable es que sea cara a cara, pero también se puede usar terapias grupales, en línea y por vía telefónica, como decida el paciente.(28)

Esta terapia se divide en 3 fases:

- Inicial: primeras 3 sesiones
- Media: hasta 10 sesiones
- Terminación: entre 2 a 4 sesiones

RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN CON LA PSORIASIS VULGAR

La psoriasis se relaciona con distintas patologías mentales como la ansiedad y depresión. Enfocándonos en la depresión, existen estudios que exponen una prevalencia de aproximadamente el 30% en pacientes que presentan psoriasis e incluso este porcentaje puede aumentar si los casos de esta enfermedad dermatológica son más severos. La asociación entre la piel y la parte psíquica es variada; sin embargo, comparten el mismo origen embriológico. La piel es un órgano que nos protege, es la parte externa por la cual nos perciben las personas, interactúa con el entorno de modo que al presentar estas lesiones cutáneas que pueden producir ya sea dolor, escozor, prurito; llegan a afectar la calidad y bienestar del paciente ocasionando malestar por su apariencia física, vergüenza, autoestima baja, estrés emocional, pueden llegar a ser estigmatizados y hasta excluidos social y laboralmente por eso el gran impacto que produce a pacientes con psoriasis. Cuando el paciente tiene depresión, altera las medidas de autocuidado, esto conlleva a un mal pronóstico ya que empiezan adoptar rutinas y hábitos no saludables como el sedentarismo, mala alimentación, consumo de alcohol y tabaco. Esto influye en la adherencia y la efectividad de los tratamientos. La depresión, aunque aún no se ha determinado como una enfermedad inflamatoria, existen estudios que demuestran la función de la inflamación en la fisiopatología de las enfermedades mentales. Tanto la depresión, experiencias desfavorables y la limitación para relacionarse contribuyen al estrés y aumentan la inflamación, lo cual llega a agravar la depresión. Como respuesta al estrés, el sistema nervioso simpático libera aminas como la noradrenalina, que inducen mediante la médula ósea a la proliferación de monocitos al torrente periférico, que interactúan con otras sustancias de bacterias como lipopolisacáridos, flagelina; patrones moleculares asociados al daño e inducidos al estrés. Así mismo, existe resistencia a corticoides ya que se inhiben los receptores que activan el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y se extiende la inflamación.

Este proceso inflamatorio sigue en el sistema nervioso ya que interviene los receptores y productores de citoquinas como por ejemplo microglía, astrocito, y oligodendrocitos. Esta relación de las citoquinas esclarece la relación con el sistema inmune, alteraciones conductuales y endocrinas que se manifiestan en la depresión. En varios estudios pudieron comprobar que existió un incremento de citoquinas proinflamatorias como IL-1B, IL-6, TNF-alfa, PCR, prostaglandinas y moléculas de adhesión en aproximadamente 30% en pacientes depresivos. Estos marcadores inflamatorios ingresan al cerebro e interactúan con las partes fisiológicas presentes en la depresión, perjudican el metabolismo de la dopamina, serotonina, glutamato, la neuroplasticidad, neurogénesis, función neuroendocrina, incrementa la neurotoxicidad y apoptosis neuronal; donde lo mencionado concuerda con hallazgos neuropatológicos descritos en los trastornos depresivos. Estos datos explican la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes que presentan enfermedades inflamatorias.(29)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico.

Transversal

Debido a que se recogen los datos en una sola ocasión sobre los pacientes que tienen psoriasis vulgar y que desarrollan depresión, sin realizar un seguimiento para examinar cómo evolucionan los pacientes.

Observacional

Debido a que los investigadores no intervendrán y simplemente se usará la información que ya se encuentra en la base de datos del hospital.

Retrospectivo

Puesto que los datos recolectados serán tomados de las evoluciones ya elaboradas por personal médico en las historias clínicas.

Descriptivo

Ya que el objetivo de este estudio es estimar la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar, limitándose a medir los resultados sin buscar causalidad.

Analítico

Por la razón que asociamos las variables tabuladas en tablas cruzadas.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

- ***Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio:***

Pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023.

- ***Criterios de inclusión:***
 - Pacientes atendidos en el área de consulta externa de Dermatología.
 - Pacientes a los que se les haya aplicado la escala de severidad de psoriasis (PASI)
 - Pacientes a los que se les haya realizado interconsulta a psiquiatría.
- ***Criterios de exclusión:***

- Pacientes con trastornos psicóticos.
- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes con trastornos depresivos inducidos por una sustancia o medicamento.

Método de recogida de datos

Revisión de historias clínicas y pruebas complementarias.

Entrada y gestión informática de datos

Hoja de recolección de datos en Microsoft Excel.

Estrategia de análisis estadístico

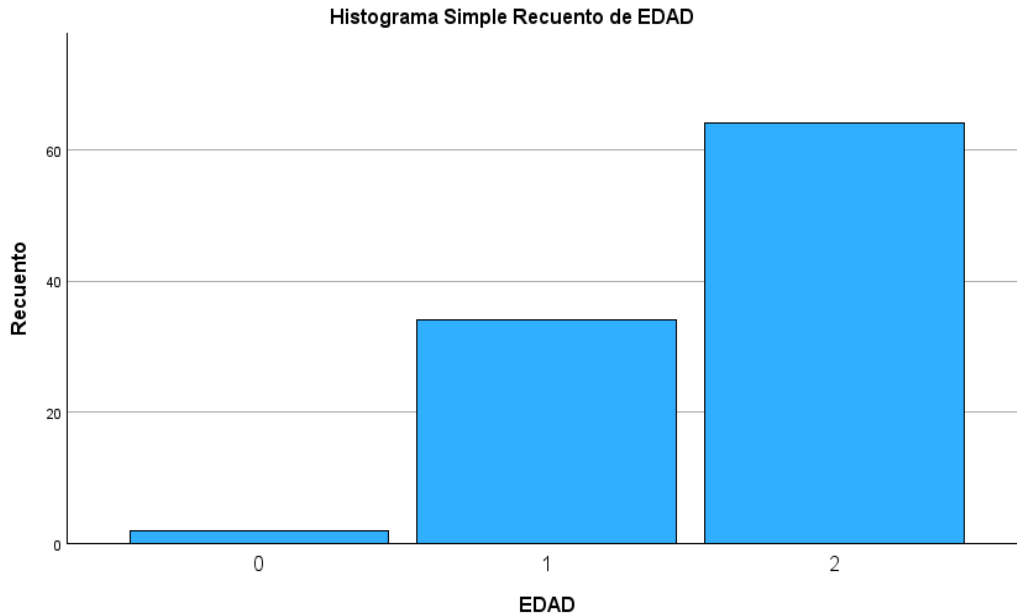
Análisis descriptivo con cuantitativas equivale a promedio con desviación estándar y con cualitativa equivale a frecuencia y porcentaje.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombres variables	Indicador	Tipo	Resultado final
Psoriasis vulgar	Psoriasis Area Severity Index (PASI)	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Leve 0-7 • Moderada 7-12 • Grave > 12
Depresión	Hamilton	Cualitativa ordinal	No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23
Características sociodemográficas	Historia clínica	Cualitativa nominal	Sexo Edad
Comorbilidades	Historia clínica	Cualitativa nominal	Diabetes Hipertensión Obesidad No refiere Otras
Tratamiento de psoriasis	Historia clínica	Cualitativa nominal	Tratamiento tópico Tratamiento sistémico

RESULTADOS

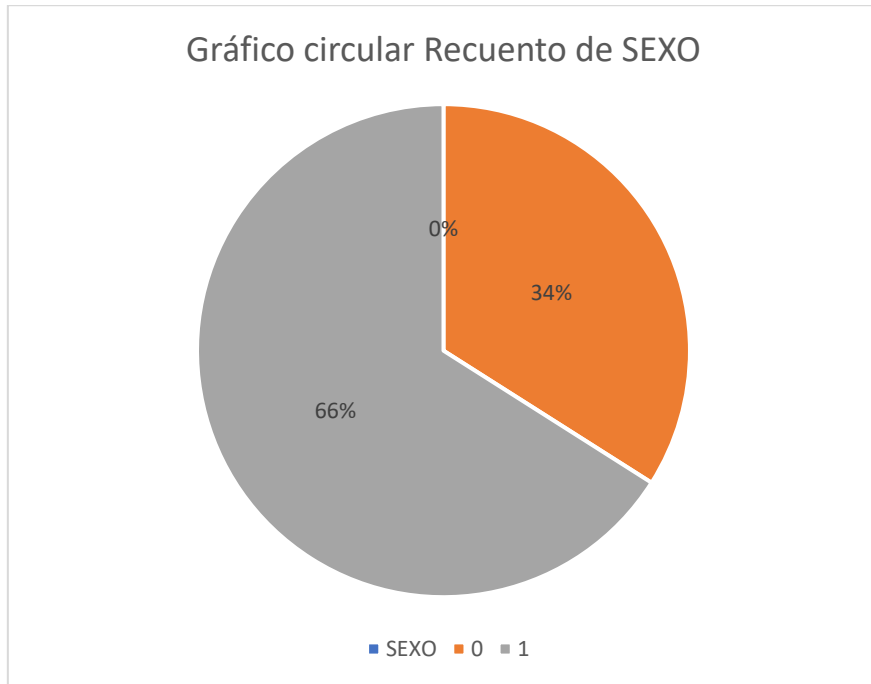
Ilustración 1: Histograma simple grupo etario



Análisis:

En el Gráfico 1 se puede demostrar que el grupo etario predominante es el grupo de 46 a 60 años representando el 64% de la población general, el grupo etario de 31-45 años lo sigue con 34% y finalmente el menos prevalente el grupo de 18-30 años con apenas 2%. Con estos resultados se puede evidenciar que la edad avanzada se relaciona más con los trastornos depresivos en pacientes con psoriasis vulgar.

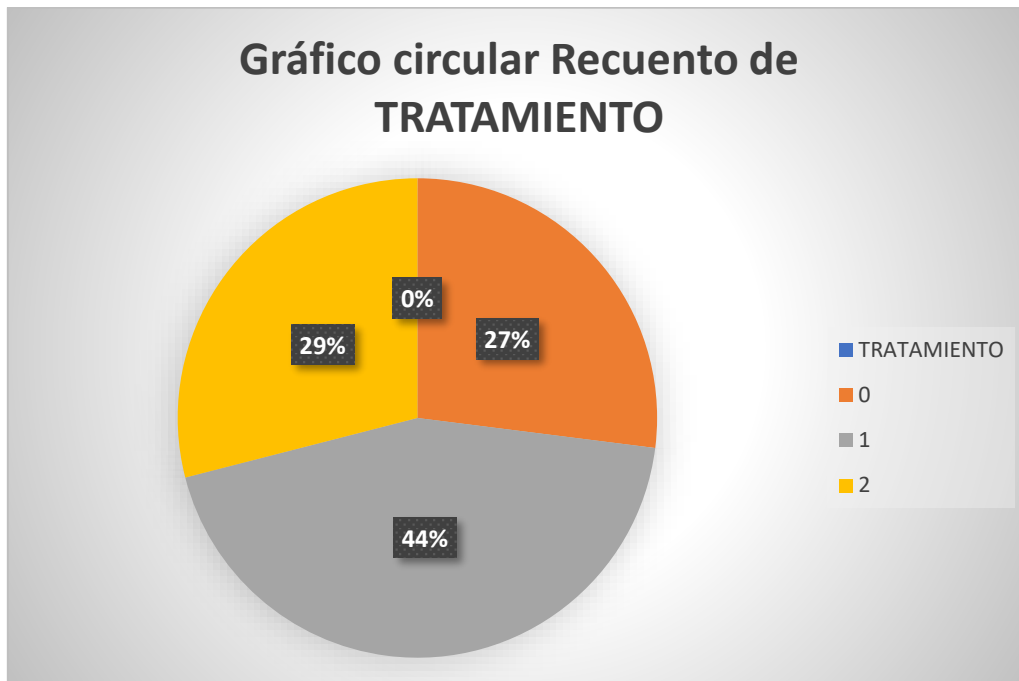
Ilustración 2: Recuento de género



Análisis

En el Gráfico 2 se puede observar el recuento de los pacientes del presente estudio según su género, demostrando que el género masculino es el más prevalente representando el 66% en contraste del 34% del género femenino. Estos resultados demuestran una razón de 2:1 del género masculino sobre el femenino.

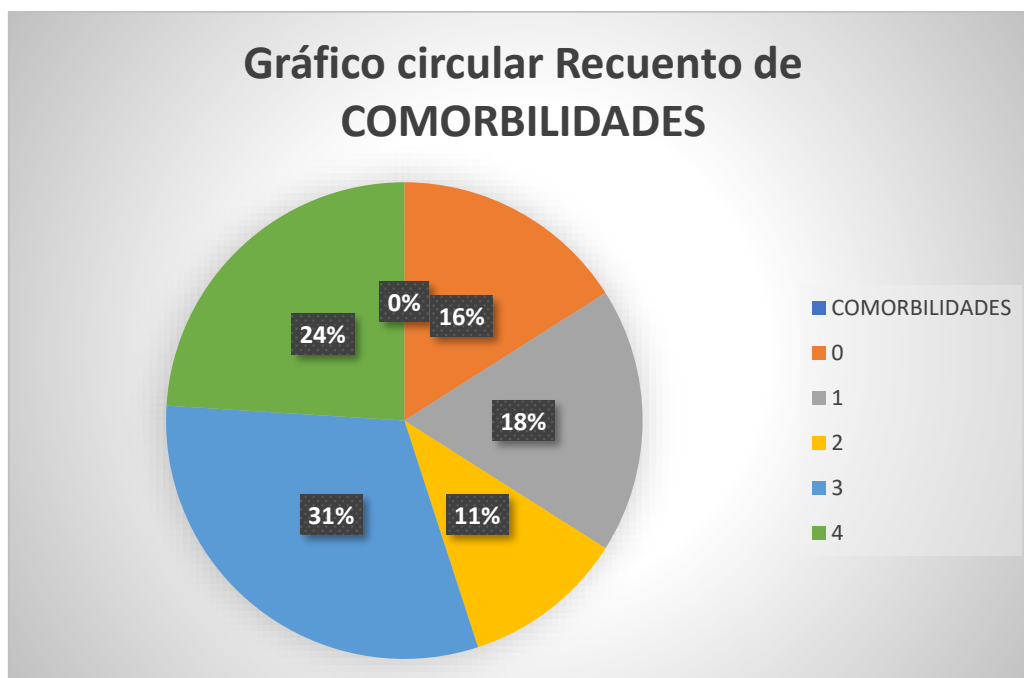
Ilustración 3: Recuento de tratamiento



Análisis

En el Gráfico 3 se exponen los resultados del recuento del tratamiento usado por la población de estudio, demostrando que el tratamiento más utilizado es el tratamiento sistémico (44%), seguido del tratamiento con biológicos (29%) y tópicos (27%).

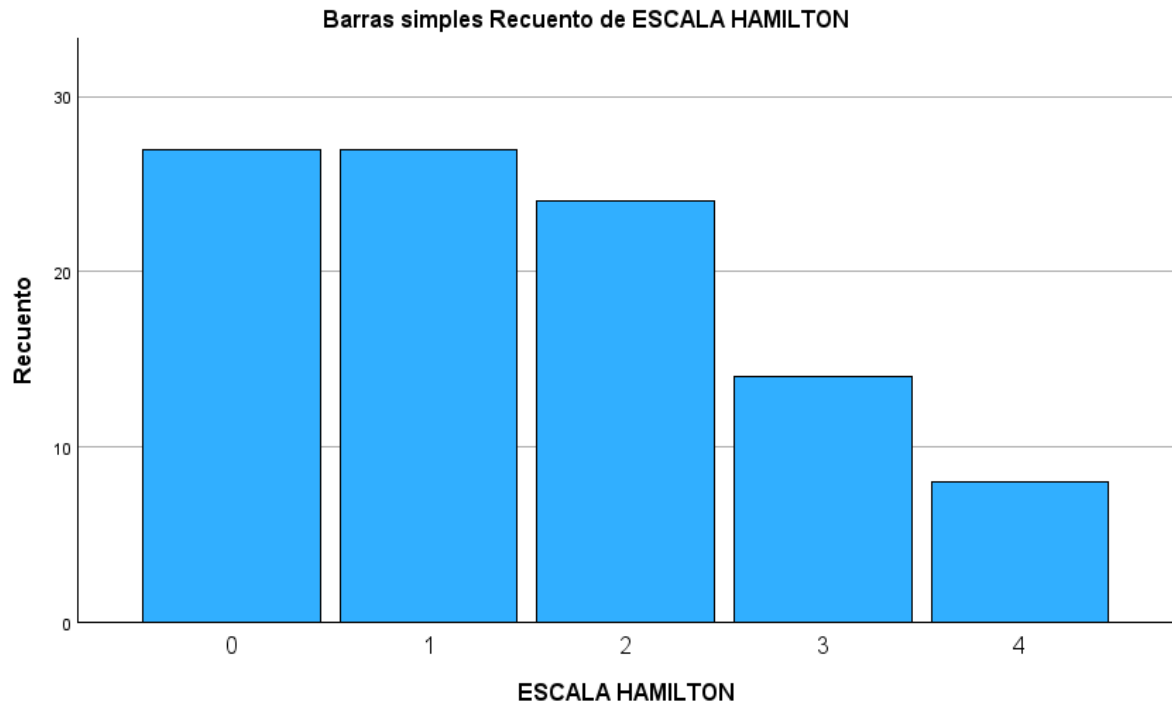
Ilustración 4: Recuento de comorbilidades



Análisis

En el Gráfico 4 se evidencian las comorbilidades asociadas los pacientes del presente estudio. La comorbilidad más prevalente en esta población es la Hipertensión arterial (18%), seguido de la Diabetes Mellitus (16%) y la obesidad (11%). Adicionalmente se evidenció que el 24% de la población presentaron otras comorbilidades no especificadas en este estudio. El 31% de esta misma población no presentó una comorbilidad asociada.

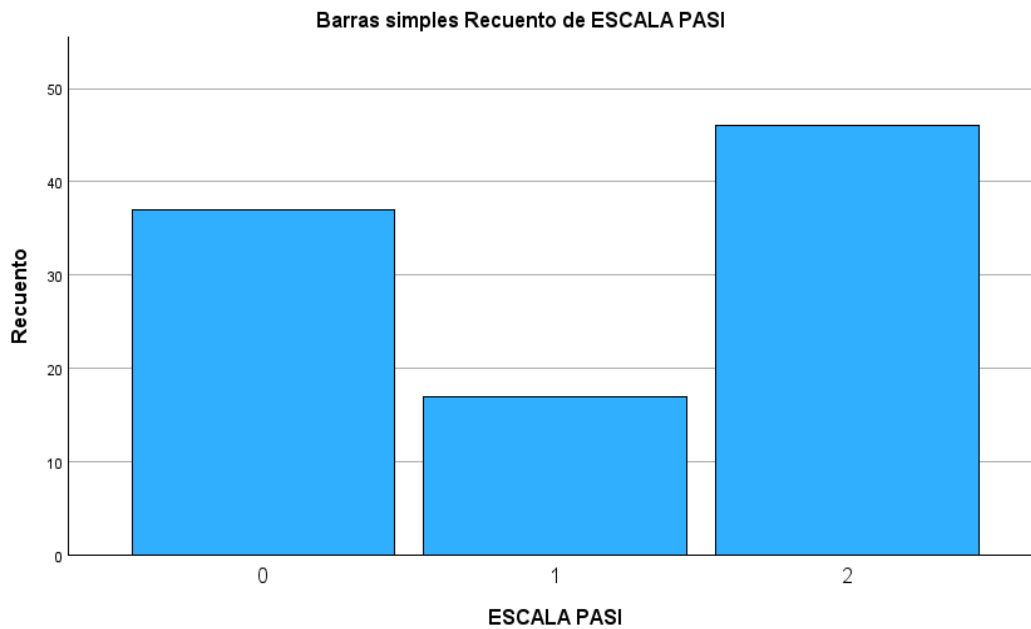
Ilustración 5: Barras simple recuento de Escala Hamilton



Análisis

El Gráfico 5 es un recuento de los valores de la escala Hamilton, de los cuales se demostró que los niveles inferiores son los más prevalentes en el presente estudio; denotando que un gran porcentaje de resultados de dicha escala demostraron ausencia de depresión y/o leve depresión. Los valores de depresión muy severa son los menos comunes en los pacientes del presente estudio.

Ilustración 6: Barras simple recuento Escala PASI



Análisis

En el Gráfico 6 se demuestra que la gran mayoría de los pacientes presentaron psoriasis grave según la escala de PAIS, adicionalmente se presentaron lesiones leves y moderadas en menor proporción de la población de estudio.

Tabla 1: Tabla cruzada Escala PASI-Tratamiento

RECuento		TRATAMIENTO			TOTAL
		0	1	2	
ESCALA PASI	0	14	12	11	37
	1	4	10	3	17
	2	9	22	15	46
TOTAL		27	44	29	

Tabla 2: Pruebas de chi-cuadrado de Tabla cruzada Escala PASI-Tratamiento

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,723 ^a	4	0,221
Razón de verosimilitud	5,791	4	0,215
Asociación lineal por lineal	1,674	1	0,196
N de casos válidos	100		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,59.

Análisis

En la Tabla 1 se observan los resultados de los tipos de tratamiento (tópico, sistémico, biológicos) según la gravedad de la psoriasis vulgar. Entre los datos obtenidos, se resalta el uso de terapia sistémica como el tratamiento predominante en los pacientes del presente estudio, sobre todo en estadios graves de la psoriasis según la escala de PASI. La tabla 2 se realizaron

las pruebas de chi-cuadrado donde se evidenció que el resultado obtenido es menor al valor crítico esperado, por lo que se puede determinar que no hay asociación importante entre la severidad de la psoriasis y el tipo de tratamiento elegido.

Tabla 3: Tabla cruzada Comorbilidades-Escala PASI

		ESCALA PASI			Total
		0	1	2	
COMORBILIDADES	0	6	4	4	14
	1	5	2	9	16
	2	5	1	4	10
	3	8	3	16	27
	4	7	4	8	19
Total		31	14	41	86

Tabla 4: Pruebas chi-cuadrado de Tabla cruzada Comorbilidades-Escala PASI

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,851 ^a	8	0,664
Razón de verosimilitud	5,775	8	0,672
Asociación lineal por lineal	0,404	1	0,525
N de casos válidos	86		

a. 7 casillas (46,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,63.

Análisis

En la Tabla 3 se exponen las diferentes comorbilidades presentes en los pacientes con psoriasis vulgar en sus distintos grados de severidad según la escala PASI, siendo la Hipertensión arterial la afección más prevalente y siendo predominante en los pacientes con psoriasis vulgar grave.

Por otro lado, la mayoría de los pacientes que no presentaron alguna comorbilidad se encontraron cursando con psoriasis vulgar grave según la escala PASI. En la Tabla 4 se realizaron las pruebas chi-cuadrado en la comparación de las comorbilidades y escala PASI, demostrando que el valor obtenido es inferior al valor crítico esperado, por lo que no se mantiene la hipótesis nula, es decir, no hay una asociación evidenciable en la presencia de comorbilidades con la gravedad de la psoriasis vulgar según la escala PASI.

Tabla 5: Tabla cruzada comorbilidades-Escala Hamilton

COMORBILIDADES		ESCALA HAMILTON					Total
		0	1	2	3	4	
		0DM	4	4	5	0	
1HTA	2	4	6	2	2	16	
2Obe	3	3	2	1	1	10	
3No	8	6	5	5	3	27	
4Otr	4	8	3	4	0	19	
Total		21	25	21	12	7	86

Tabla 6: Pruebas chi cuadrado de Tabla cruzada comorbilidades-Escala Hamilton

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,536 ^a	16	0,775
Razón de verosimilitud	14,788	16	0,540
Asociación lineal por lineal	0,035	1	0,853
N de casos válidos	86		

a. 21 casillas (84,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,81.

Análisis

En la Tabla 5 se evidencia la presencia de comorbilidades en comparación con la gravedad demostrando una distribución muy igualada en los diferentes niveles de depresión según la escala de Hamilton con las comorbilidades de los pacientes del presente estudio, por lo que no se demuestra una predominancia por ninguna comorbilidad por la gravedad de la depresión de los pacientes con psoriasis vulgar. En la Tabla 6 se realizaron pruebas chi-cuadrado para valorar la comparación de la presencia de comorbilidades con la gravedad de la depresión según la escala de Hamilton, estos hallazgos fueron menores al valor crítico esperado, por lo que se demuestra que la presencia de comorbilidades no influye en el desarrollo y progreso de la depresión según la escala de Hamilton.

Tabla 7: Tabla cruzada Escala PASI-Escala Hamilton

		ESCALA HAMILTON					Total
		0	1	2	3	4	
ESCALA PASI	0	19	10	7	1	0	37
	1	6	6	3	2	0	17
	2	2	11	14	11	8	46
Total		27	27	24	14	8	100

Tabla 8: Pruebas chi cuadrado de Tabla cruzada Escala PASI-Escala Hamilton

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,428 ^a	8	0,00002
Razón de verosimilitud	42,594	8	0,00002

Asociación lineal por lineal	31,426	1	0,00002
N de casos válidos	100		

a. 7 casillas (46,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,36.

Análisis

En la Tabla 7 se demuestra el recuento de la gravedad de la psoriasis vulgar según la escala PASI en comparación con la gravedad de la depresión según la escala de Hamilton. Se encontró que la mayoría de los pacientes que presentan una psoriasis vulgar leve no presentan síntomas depresivos, en contraste con el grupo de pacientes que presentan una depresión muy severa, los cuales todos tienen psoriasis grave. En Tabla 8 se realizaron las pruebas estadísticas de chi-cuadrado donde se evidencia que los resultados son mayores que el valor crítico esperado, por lo que estos hallazgos demuestran que la gravedad de la psoriasis esta intrínsecamente relacionada a la gravedad de la depresión, anulando de esta manera la hipótesis nula.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se valoró a los pacientes con psoriasis vulgar, con el fin de evidenciar la presencia de depresión asociada a esta afección. Se evidenció el trastorno depresivo según la escala de Hamilton. De 100 pacientes con psoriasis vulgar, 81 de ellos (81%) presentaron algún nivel de depresión. El hallazgo más importante fue los 8 pacientes que presentaron depresión muy severa, todos presentaron psoriasis grave, demostrando la gran influencia de dicha afección cutánea en el bienestar emocional. Estos hallazgos son esenciales para demostrar la importancia del cuidado de la salud emocional en pacientes con psoriasis o con algún otro trastorno dermatológico.

Este estudio demostró no existir una diferencia en el tratamiento para la psoriasis en relación al trastorno depresivo, sin embargo, en 2019 Gonzáles y Daudén realizaron una investigación sobre la psoriasis y la depresión, donde concluyeron que el tratamiento con biológicos sería esencial para una mejoría eficaz de la psoriasis y a su vez de su repercusión emocional (29); un estudio parecido en el 2018 de Kim et al, demostró que el uso de ustekinumab mejoró la gravedad de la psoriasis y de los síntomas depresivos (30). Al igual que lo evidenciado en la presente investigación, la investigación "Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review" de la revista American Journal of Clinical Dermatology, demostró que la gravedad de la depresión en los pacientes con psoriasis está íntimamente relacionada con la gravedad de dicha afección cutánea (31).

Este trabajo de titulación utilizó la escala PASI para valorar la gravedad de la psoriasis y la escala de Hamilton para valorar el desarrollo de depresión y su gravedad, al igual que un estudio de cohorte del 2022 de Fabrazzo et al (32), el cual verificó la progresión de la psoriasis con el desarrollo de la depresión con las escalas mencionadas en el presente estudio; demostrando en ambos estudios la progresión de la depresión con la gravedad de la psoriasis.

Adicionalmente se valoraron otras variables como el sexo, en donde el género masculino fue predominante en el presente estudio, un resultado muy parecido fue demostrado por Guillet en el 2022, donde se evidenció que la psoriasis afecta más al género masculino y tiende a tener mayor severidad en la enfermedad(33). Otra variable analizada fue las comorbilidades asociadas a los pacientes con psoriasis que presentan depresión, evidenciando que la hipertensión fue la comorbilidad prevalente en la población de estudio, en comparación con una publicación de la revista Psoriasis: Targets and Therapy, donde demostró que la

comorbilidad principal asociada a los pacientes con psoriasis son las alteraciones cardiovasculares (34). El grupo etario prevalente en este estudio fue el grupo de 46-60 años, este hallazgo es muy similar al presentado por Alakbarov en el 2021, donde demostró que el grupo etario predominante en su estudio fue de 41 a 65 años (35).

Entre las limitaciones del presente estudio las más importantes son el periodo, la base de datos y el tipo de estudio transversal. Con un periodo muy corto la población de estudio es pequeña y puede producir sesgos en la valoración individual; la base de datos obtenida por el HTMC no detalla si los pacientes del estudio tenían adicciones (tales como tabaco, alcohol), puesto que puede producir síntomas depresivos sin aumentar la gravedad de la psoriasis. El diseño de este estudio es transversal y observacional, por lo que no se pudo valorar la evolución y causalidad de la psoriasis.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se evidenció que la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes con psoriasis vulgar es del 81% en el período 2022-2023. Se realizó este estudio utilizando la escala PASI para valorar la gravedad de la psoriasis y la escala de Hamilton para valorar el desarrollo y gravedad del trastorno depresivo. Entre los hallazgos de esta investigación se encontró que el grupo etario predominante es de 46-60 años y el género predominante es el sexo masculino. Variables como el tratamiento, y las comorbilidades no demostraron influencia directa en la progresión de la depresión ni en una respuesta significativa en la gravedad de la psoriasis. El hallazgo más importante de esta investigación fue la relación de la gravedad de la psoriasis con el desarrollo y progresión de la depresión, puesto que todos los pacientes con depresión muy severa tuvieron psoriasis grave.

En conclusión, este estudio demuestra la intrínseca relación que tiene la psoriasis con el trastorno depresivo, por lo que es esencial una valoración correcta en la salud emocional en todos los pacientes con psoriasis con el fin de evitar complicaciones que puedan afectar permanentemente el bienestar mental del paciente o de su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AlQassimi S, AlBrashdi S, Galadari H, Hashim MJ. Global burden of psoriasis – comparison of regional and global epidemiology, 1990 to 2017. *International Journal of Dermatology*. 2020;59(5):566-71.
2. Papp KA, Gniadecki R, Beecker J, Dutz J, Gooderham MJ, Hong CH, et al. Psoriasis Prevalence and Severity by Expert Elicitation. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 1 de junio de 2021;11(3):1053-64.
3. Nigora A, Gulxumor N. Features of the course of psoriasis at the present stage. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*. 2023;2(6):2181-3464.
4. Benites E, Carrillo E, Benítez W, Heras M. Las Comorbilidades en la psoriasis leve y moderada en el hospital “Teodoro Maldonado Carbo” guayaquil - ecuador 2017 – 2018. *REVISTA CIENTIFICA CIENCIA Y AVANCE [Internet]*. 13 de noviembre de 2022 [citado 23 de noviembre de 2023];1(2). Disponible en: <https://revista.htmc.gob.ec/ojs-3.3.0-10/index.php/hetmc/article/view/20>
5. Yan BX, Chen XY, Ye LR, Chen JQ, Zheng M, Man XY. Cutaneous and Systemic Psoriasis: Classifications and Classification for the Distinction. *Frontiers in Medicine [Internet]*. 2021 [citado 23 de noviembre de 2023];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.649408>
6. Lukmanji A, Basmadjian RB, Vallerand IA, Patten SB, Tang KL. Risk of Depression in Patients With Psoriatic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Cutan Med Surg*. 1 de mayo de 2021;25(3):257-70.
7. Iskandar IYK, Parisi R, Griffiths CEM, Ashcroft DM, on behalf of the Global Psoriasis Atlas. Systematic review examining changes over time and variation in the incidence and prevalence of psoriasis by age and gender*. *British Journal of Dermatology*. 1 de febrero de 2021;184(2):243-58.
8. Bell KA, Balogh EA, Feldman SR. An update on the impact of depression on the treatment of psoriasis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 13 de abril de 2021;22(6):695-703.

9. Schuster B, Peifer C, Ziehfrend S, Tizek L, Biedermann T, Zink A, et al. Happiness and depression in psoriasis: a cross-sectional study in Germany. *Qual Life Res.* 1 de junio de 2022;31(6):1761-73.
10. Kromer C, Mohr J, Celis D, Poortinga S, Gerdes S, Mössner R, et al. Screening for depression in psoriasis patients during a dermatological consultation: A first step towards treatment. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* 2021;19(10):1451-61.
11. Jing D, Xiao H, Shen M, Chen X, Han X, Kuang Y, et al. Association of Psoriasis With Anxiety and Depression: A Case–Control Study in Chinese Patients. *Frontiers in Medicine* [Internet]. 2021 [citado 23 de noviembre de 2023];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.771645>
12. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KFM. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clinical Nutrition.* 2010;29(1):106-11.
13. Maciel JRV, Nakano EY, Carvalho KMB de, Dutra ES. STRONGkids validation: tool accuracy. *Jornal de Pediatria (Versão em Português).* 2020;96(3):371-8.
14. Lavieri A. CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS GUÍA DE TRATAMIENTO Actualización 2022 [Internet]. *Org.ar.* 2022 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/CONSENSO-NACIONAL-PSORIASIS-web.pdf>
15. Lavieri, Alberto Acevedo, Agustina Baccarini, Emiliano Bourren, Paula Crespo, María Alejandra. CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS GUÍA DE TRATAMIENTO [Internet]. *Org.ar.* 2020 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2020/08/CONSENSO-NACIONAL-DE-PSORIASIS.-ACTUALIZACION-2020.pdf>
16. Villarrea NAG. Vista de Psoriasis, diagnóstico y tratamiento [Internet]. *Reciamuc.com.* 2022 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/794/1186>
17. Hidalgo Solís MJ, Viquez Redondo KF, Meneses Carvajal M. Psoriasis: visión general. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2021 [citado el 20 de febrero de 2024];6(11): e732. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/732>

18. Psoriasis [Internet]. MayoClinic.org. 2024 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/psoriasis/symptoms-causes/syc-20355840>
19. Peramiqel Fonollosa L, Dalmau Arias J, Pimentel Villasmil L, Puig Sanz L. Psoriasis. Farm Prof (Internet) [Internet]. 2004 [citado el 20 de febrero de 2024];18(9):68–73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-psoriasis-13068674>
20. Lebwohl M. Psoriasis. Lancet [Internet]. 1906 [citado el 20 de febrero de 2024];40:5–6. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/psoriasis>
21. Das S. Psoriasis [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/psoriasis-y-enfermedades-descamativas/psoriasis>
22. Genao DR. ¿Qué escalas clínicas existen para diagnosticar la psoriasis y evaluar su gravedad? [Internet]. Live-Med. 2022 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.livemed.in/es/blog/que-escalas-clinicas-existen-para-diagnosticar-la-psoriasis-y-evaluar-su-gravedad/nuevos>
23. Esteban, R. F. C. (2012). DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS ASOCIADOS EN ESTUDIANTES Y LÍDERES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467646125005.pdf>
24. Depresión [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
25. Amor, A. T. R. G. (s/f). GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS. Consaludmental.org. Recuperado el 23 de julio de 2024, de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
26. Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. (s/f). Elsevier.es. Recuperado el 11 de septiembre de 2024, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908115>
American Psychiatric Association. Diagnóstico clínico de la depresión mayor [Internet].
26. American Psychiatric Association. Diagnóstico clínico de la depresión mayor [Internet]. DSM-V. [citado el 18 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

27. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet]. Medsol.co. Disponible en: https://medsol.co/informacion/medixen/depression_escala_hamilton.pdf
28. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2019;110(1):12–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.009>
29. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2019;110(1):12–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.009>
30. Kim S-J, Park M-Y, Pak K, Han J, Kim G-W, Kim H-S, et al. Improvement of depressive symptoms in patients with moderate-to-severe psoriasis treated with ustekinumab: an open label trial validated using beck depression inventory, Hamilton depression rating scale measures and ¹⁸fluorodeoxyglucose (FDG) positron emission tomography (PET). *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2018;29(8):761–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2018.1466021>
31. Patel N, Nadkarni A, Cardwell LA, Vera N, Frey C, Patel N, et al. Psoriasis, depression, and inflammatory overlap: A review. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2017;18(5):613–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-017-0279-8>
32. Fabrazzo M, Romano F, Arrigo M, Puca RV, Fuschillo A, De Santis V, et al. A multivariate analysis of depression prevalence in psoriasis patients: A cohort study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(4):2060. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19042060>
33. Guillet C, Seeli C, Nina M, Maul LV, Maul J-T. The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. *Int J Womens Dermatol* [Internet]. 2022 [citado el 12 de septiembre de 2024];8(2):e010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/jw9.000000000000010>
34. Daugaard C, Iversen L, Hjuler KF. Comorbidity in adult psoriasis: Considerations for the clinician. *Psoriasis (Auckl)* [Internet]. 2022 [citado el 12 de septiembre de 2024];12:139–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ptt.s328572>
35. Alakbarov H, Ertam İ, Acar A, Gerçeker Türk B, Ünal İ. Age distribution of psoriasis clinical types: A single center study. *TURKDERM* [Internet]. 2021;55(4):193–8. Disponible en: https://jag.journalagent.com/turkderm/pdfs/TURKDERM_55_4_193_198.pdf

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Arevalo Onofre Dayanna Michelle**, con C.C: # 0954247680 y **Morán Ochoa Pamela Adriana**, con C.C: # 0704605898 autores del trabajo de titulación: **“Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023”** previo a la obtención del título de **Médico** 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, **01 de octubre de 2024**



Firmado electrónicamente por:
**DAYANNA MICHELLE
AREVALO ONOFRE**

f. _____

Arevalo Onofre Dayanna Michelle

C.C: 0954247680



Firmado electrónicamente por:
**PAMELA ADRIANA
MORAN OCHOA**

f. _____

Morán Ochoa Pamela Adriana

C.C: 070460589



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023		
AUTOR(ES)	Arevalo Onofre Dayanna Michelle y Morán Ochoa Pamela Adriana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de octubre de 2024	No. DE PÁGINAS:	39
ÁREAS TEMÁTICAS:	Dermatología, psiquiatría		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Psoriasis, depresión, psoriasis vulgar		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La psoriasis es una enfermedad dermatológica crónica que afecta predominantemente a la piel y las articulaciones, pero que también tiene manifestaciones dañinas en otros sistemas del cuerpo. La gravedad de la enfermedad varía según varios factores, incluidos la herencia y los factores ambientales; algunos pacientes tienen una enfermedad leve con placas eritematosas descamativas aisladas en los codos, las rodillas o el cuero cabelludo, mientras que otros pueden tener afectada hasta el 100% de su superficie cutánea. La psoriasis vulgar es el fenotipo más común y afecta entre el 85 y el 90% de los pacientes con psoriasis. Cada vez hay más pruebas que sugieren que, en comparación con la población general, los pacientes con psoriasis tienen una mayor prevalencia de otras enfermedades crónicas y graves, como artritis, enfermedades metabólicas, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, depresión o ansiedad, enfermedades hepáticas, enfermedad de Crohn, y linfoma u otros cánceres. Cabe destacar que se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis oscila entre el 6% y el 62%, lo que es directamente proporcional a la gravedad de las lesiones. Objetivo: Estimar la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023. Metodología: Estudio transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. La población a ser estudiada son pacientes de 18 a 60 años con psoriasis vulgar atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el periodo 2022-2023. La estrategia de análisis comprende del uso de gráficos de frecuencia e histogramas simples para las variables cualitativas; adicionalmente se realizaron tablas cruzadas y tablas de chi-cuadrado. Resultados: La prevalencia del trastorno depresivo en pacientes con psoriasis vulgar es de 81%, no se evidencia influencia significativa del tratamiento ni las comorbilidades presentes en el desarrollo del trastorno depresivo o de la gravedad de la psoriasis. Conclusiones: Este estudio demuestra la relación de la gravedad de la psoriasis con la aparición y progresión del trastorno depresivo.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0980173123/0992414615	E-mail: daym_arevalo@hotmail.com/ pamemoran2000@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



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

Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	