



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**Escuela de Post Grado**

**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS**

**LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DESENCADENANTE  
DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS, EN PACIENTES  
ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS, SEGUIDOS EN EL  
CONSULTORIO EXTERNO DE DERMATOLOGÍA,  
HOSPITAL II ESSALUD - HUÁNUCO 2016.**

**Para optar el Grado Académico de  
Doctora en Ciencias de la Salud**

**Autora**

**Mg. PATRICIA KAREN PAUCAR LESCANO**

**Asesor:**

**Dr. BERNARDO CRISTOBAL DAMASO MATA**

**Huánuco – Perú**

**2018**



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

JEFA DE LA UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los diez días del mes de abril del año dos mil dieciocho, siendo las 16.00 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Julia Marina Palacios Zevallos, Presidenta, Dra. María Luz Preciado Lara, Secretaria, y Dr. Christian Michael Escobado Bailón, Vocal respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 144-2018-D-EPG-UDH, de fecha dos de abril del año dos mil dieciocho y la aspirante al Grado Académico de Doctor: **Patricia Karen PAUCAR LESCANO**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DESENCADENANTE DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS, EN PACIENTES ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS, SEGUIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE DERMATOLOGÍA, HOSPITAL II ESSALUD – HUÁNUCO 2016"**; para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud, mención Ciencias de la Salud.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado Por Unanimitad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Buena (Art. 54)

Siendo las 17.15 horas del día 10 del mes de Abril del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

**PRESIDENTA**

Dra. Julia Marina Palacios Zevallos

**SECRETARIA**

Dra. María Luz Preciado Lara

**VOCAL**

Dr. Christian Michael Escobado Bailón

## DEDICATORIA

A todas aquellas personas, quienes día a día,  
se esfuerzan por salir adelante,  
a pesar de los obstáculos que puedan presentarse.

En especial, a mis padres Mida e Isaías,  
con eterno amor y gratitud inagotable:  
por sus consejos, orientaciones y constante motivación  
para hacer realidad mis ideales de superación.

***Patricia Karen Paucar Lescano***

## AGRADECIMIENTO

Esta tesis doctoral, que ha demandado voluntad y entrega, además de la cooperación desinteresada de cada una de las grandiosas personas que citaré enseguida; quiénes fueron una columna para mí, en momentos significativos.

- ❖ En primer lugar expreso mi profundo agradecimiento a Dios, por permitirme llegar a este momento. A Ti toda gloria.
- ❖ A mi familia, padres Mida e Isaías y hermanos Lisbeth y Crhistian, por la fuerza y las herramientas, que me han dado durante este largo recorrido. A Uds. madre y padre, Mida e Isaías, todo mi amor y gratitud eterna.
- ❖ A mi asesor de tesis, Dr. Bernardo Damaso, por todas las contribuciones imprescindibles en el desarrollo de este trabajo.
- ❖ A mis jurados revisores de tesis, quienes gentilmente corrigieron y dieron alcances significativos, en el desarrollo de la presente investigación.
- ❖ De forma significativa agradezco a mis pacientes, quienes aceptaron formar parte en el estudio.

A todos, muchas gracias.

**La autora**

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la relación de la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años seguidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016. **Métodos.** El estudio fue correlacional, observacional, prospectivo, transversal y analítico. Los pacientes fueron derivados del consultorio de psiquiatría por tener comorbilidad dermatológica. Los instrumentos aplicados fueron un cuestionario y la escala de depresión de Beck, aplicados por la autora médica dermatóloga. Se realizó un análisis inferencial no paramétrico (chi cuadrado) entre las variables dependientes e independientes, estimados con el SPSS V23. **Resultados.** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el cuestionario de depresión de Beck y las enfermedades dermatológicas ( $p = 0,001$ ) y al evaluar las enfermedades por separado, se encontró asociación estadísticamente significativa con la psoriasis ( $p = 0,012$ ), el vitiligo ( $p = 0,021$ ), el prurito ( $p = 0,038$ ), el liquen simple crónico ( $p = 0,023$ ) y el melasma ( $p = 0,010$ ). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la comorbilidad psiquiátrica y las enfermedades dermatológicas ( $p = 0,357$ ). y al evaluar las enfermedades por separado, sólo la psoriasis fue estadísticamente significativa ( $p = 0,027$ ). **Conclusiones.** Se demostró la relación de depresión con las enfermedades dermatológicas ( $p = 0,001$ ) mediante el análisis inferencial (chi cuadrado). La relación de las patologías psico-psiquiátricas y las enfermedades dermatológicas: generalmente, es bidireccional, es necesario, analizar el impacto que las patologías dermatológicas tienen sobre el repertorio de los trastornos psico-psiquiátricos y viceversa. Para de esta manera, tratar a los pacientes con patologías psico-psiquiátricas que desencadenaron alguna patología dermatológica, en este caso tratando la causa podemos remitir la enfermedad cutánea y al revés, en el caso de que la enfermedad dermatológica desencadene o exacerbe la patología psíquica, tratar el componente cutáneo para aliviar la patología psico-psiquiátrica.

**Palabras claves.** *Depresión, enfermedades dermatológicas, relación bidireccional.*

## SUMÁRIO

**Objetivo.** Para determinar a relação de depressão como um factor de desencadeamento de doenças da pele, em adultos com idades entre 18 a 60 anos consecutivos no Hospital de ambulatório dermatologia II ESSALUD Huanuco 2016. **Métodos.** O estudo foi correlacional, observacional, prospectivo, transversal e analítico. Os pacientes foram derivados a partir da prática da psiquiatria para ter comorbidade dermatológica. Os instrumentos utilizados foram um questionário e Beck Depression Scale, usado pelo dermatologista autor médica. uma análise inferencial não paramétrico (Qui quadrado) entre as variáveis dependentes e independentes estimados usando o programa SPSS V23 foi realizada. **Resultados.** associação estatisticamente significativa entre o questionário de depressão de Beck e doenças dermatológicas ( $p = 0,001$ ) e na avaliação da doença encontrada em separado associação estatisticamente significativa com a psoríase ( $p = 0,012$ ), vitiligo ( $p = 0,021$ ) foi encontrado, prurido ( $p = 0,038$ ), líquen simples crónico ( $p = 0,023$ ) e melasma ( $p = 0,010$ ). Não estatisticamente significativa foi encontrada associação entre condições psiquiátricas e dermatológicas comorbidade ( $p = 0,357$ ). e na avaliação da doença separadamente, apenas o psoríase foi estatisticamente significativa ( $p = 0,027$ ). **Conclusões.** a proporção de depressão com doenças dermatológicas ( $p = 0,001$ ) por análise inferencial (Qui quadrado) é demonstrada. A proporção dos distúrbios psico-psiquiátricos e doenças dermatológicas: geralmente, é bidireccional, é necessário analisar o impacto das doenças dermatológicas tem sobre o repertório de os distúrbios psico-piquiátricos e vice-versa. Desta forma, para o tratamento de pacientes com distúrbios psico-psiquiátrica que desencadearam uma doença dermatológica, neste caso, tratando a causa, podemos nos referir a doença de pele e, inversamente, no caso do gatilho doença de pele ou agravar a doença mental, tratar componente cutânea para aliviar distúrbios psico-psiquiátricos.

**Palavras chaves.** *Depressão, doenças de pele, relação de mão dupla.*

## RÉSUMÉ

**Objectif.** Pour déterminer la relation entre la dépression comme facteur de déclenchement des maladies de la peau, chez les adultes âgés de 18 à 60 ans d'affiliée dans l'hôpital de dermatologie ambulatoire II EsSalud Huanuco 2016.

**Méthodes.** L'étude était corrélative, observation, prospective, transversale et analytique. Les patients ont été tirés de la pratique de la psychiatrie pour avoir Dermatologiques comorbidités. Les instruments utilisés étaient un questionnaire et Beck Depression Scale, utilisé par le dermatologue auteur médical. une analyse non paramétrique inférentiel (chi carré) entre les variables dépendantes et indépendantes estimées en utilisant SPSS V23 a été effectuée.

**Résultats.** association statistiquement significative entre le questionnaire de dépression de Beck et des maladies dermatologiques ( $p = 0,001$ ) et dans l'évaluation de la maladie a constaté séparément association statistiquement significative avec le psoriasis ( $p = 0,012$ ), le vitiligo ( $p = 0,021$ ) n'a été trouvée, prurit ( $p = 0,038$ ), lichen simplex chronicus ( $p = 0,023$ ) et le mélasma ( $p = 0,010$ ). Aucune association statistiquement significative entre comorbidités troubles psychiatriques et ( $p = \text{dermatologic } 0,357$ ) a été trouvé, et dans l'évaluation de la maladie séparément, seul le psoriasis était statistiquement significative ( $p = 0,027$ ).

**Conclusions.** le rapport de la dépression à des maladies dermatologiques ( $p = 0,001$ ) par analyse d'inférence (chi carré) est démontrée. Le rapport des troubles psycho-psychiatriques et les maladies dermatologiques: en général, est bidirectionnel, il est nécessaire d'analyser l'impact des maladies dermatologiques avoir sur le répertoire de les troubles psycho-piquiátricos et vice versa. De cette façon, pour traiter les patients souffrant de troubles psycho-psychiatriques qui ont déclenché une maladie dermatologique, dans ce cas, en traitant la cause que nous pouvons renvoyer la maladie de la peau et à l'inverse, dans le cas du déclenchement de la maladie de la peau ou aggraver une maladie mentale, traiter le composant cutané pour soulager les troubles psycho-psychiatriques.

**Mots clés.** *La dépression, les maladies de la peau, relation à double sens.*

## **PRESENTACIÓN**

Me es honroso presentar la tesis titulada: La depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital II Essalud - Huánuco 2016, con el propósito de optar el grado académico de Doctora en Ciencias de la salud.

El objetivo principal de determinar la relación de la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

Con el fin de intentar dilucidar cómo la depresión influye en las enfermedades dermatológicas de las personas que acudieron a nuestro servicio de dermatología y de ésta manera, cómo podemos ayudar a los pacientes tratando el factor desencadenante para curar la patología dermatológica subyacente.

Sabemos, que la Psicodermatología, es una nueva subespecialidad de la Dermatología, que tiene por finalidad ayudar o tratar a los pacientes que padecen de alguna patología psicológica asociada a alguna enfermedad dermatológica, debido a que la primera es un desencadenante de la segunda y mejorando la patología psicológica subyacente podemos ayudar en la cura de la enfermedad dermatológica que desencadena.



La tesis consta de las siguientes partes:

Capítulo: I.- Trata del diseño y enunciación del problema; alcance figurado, técnico y académico, así como el aporte doctoral; los antecedentes y objetivos.

Capítulo II.- Revisión de los aspectos teóricos y epistemológicos: Conocimientos teóricos, epistemológicos, enfoques, teorías, modelos y fundamentos paradigmáticos.

Capítulo III.- Metodología: paradigma y nivel de investigación, diseños de investigación; población y muestra, principios, métodos e herramientas de investigación y análisis e interpretación de resultados.

Capítulo IV.- Resultados. En este apartado se muestran los resultados en concordancia con las variables y objetivos. Además del análisis y organización de los datos.

Capítulo V.- Discusión: contrastación de las proposiciones con la labor en el consultorio, con la hipótesis y aportación teórica de la investigación.

Finalmente, las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos como pruebas de la realización de la tesis.

**Patricia Karen Paucar Lescano.**

# INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN .....	iv
SUMÁRIO .....	v
RÉSUMÉ.....	vi
PRESENTACIÓN.....	vii
INDICE.....	ix

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

1.1. Planteamiento del problema .....	01
1.2. Formulación del problema y alternativas o planteamientos .....	04
1.2.1 Problema General.....	04
1.2.2 Problemas Específicos .....	04
1.3. Trascendencia teórica, técnica y académica .....	06
1.4. Aporte doctoral .....	09
1.5. Antecedentes inmediatos .....	10
1.6. Objetivos y Propósitos .....	15
1.6.1 Objetivo General.....	15
1.6.2 Objetivos Específicos.....	15

## **CAPÍTULO II: REFERENCIA TEÓRICA O CONCEPTUAL**

2.1 Antecedentes históricos.....	17
2.2 Aspectos conceptuales o doctrinarios .....	18
2.3 Base teórica.....	26
2.4 Definiciones operacionales.....	28

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 Método y nivel de investigación.....	31
3.1.1 Método .....	31
3.1.2 Tipo de investigación .....	31

3.1.3 Nivel de investigación .....	32
3.1.4 Diseño.....	32
3.2 Sistema de hipótesis, variables (operativización) y esquema de diseño ..	32
3.2.1 Hipótesis.....	32
3.2.2 Operacionalización de hipótesis y variables .....	35
3.3 Materiales, técnicas e instrumentos.....	40
a) Para recolección de datos y organización de datos .....	40
b) Interpretación de datos y resultados .....	40
c) Análisis y datos, prueba de hipótesis .....	41
d) Aspectos éticos de la investigación.....	41
3.4 Cobertura del estudio .....	42
a) Población o Casos .....	42
b) Muestra (tipo de muestreo .....	43
c) Delimitación geográfico-temporal y temática.....	44

#### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

4.1 Presentación de resultados .....	47
4.2 Análisis y organización de datos.....	68

#### **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

5.1 Verificación o contrastación de hipótesis, objetivos y problema .....	126
5.2 Nuevos planteamientos .....	152
5.3 Fundamento del nuevo aporte de carácter científico-epistemológico .....	153

#### **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES .....	154
RECOMENDACIONES .....	155
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	156
ANEXOS .....	169

## INDICE DE TABLAS

Pàg,

<b>Tabla N° 1.</b> Descripción de la distribución según edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	47
<b>Tabla N° 2.</b> Descripción de la distribución según género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	49
<b>Tabla N° 3.</b> Descripción de la distribución según el estado civil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	50
<b>Tabla N° 4.</b> Descripción de la distribución según nivel educativo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	52
<b>Tabla N° 5.</b> Descripción de la distribución según el nivel de empleo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	54
<b>Tabla N° 6.</b> Descripción de la distribución según las Enfermedades dermatológicas más frecuentes de los pacientes adultos que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría: del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	56
<b>Tabla N° 7.</b> Descripción de la distribución según tiempo en meses de la enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	58
<b>Tabla N° 8.</b> Descripción de la distribución según la realización del Estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados	

del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	60
<b>Tabla N° 9.</b> Descripción de la distribución según la Propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	62
<b>Tabla N° 10.</b> Descripción de la distribución según la Comorbilidad psiquiátrica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	64
<b>Tabla N° 11.</b> Descripción de la distribución según la Escala de depresión (cuestionario) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	66
<b>Tabla N° 12.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, referidos del Servicio de Psiquiatría, del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	68
<b>Tabla N° 13.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	69
<b>Tabla N° 14.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el estado civil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	71
<b>Tabla N° 15.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el nivel de educación de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	73
<b>Tabla N° 16.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el nivel de empleo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al	

Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	75
<b>Tabla N° 17.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el tiempo de la enfermedad (meses) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	77
<b>Tabla N° 18.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	78
<b>Tabla N° 19.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	80
<b>Tabla N° 20.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	82
<b>Tabla N° 21.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el acné de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	85
<b>Tabla N° 22.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la alopecia areata de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	86
<b>Tabla N° 23.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el prurito de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	87
<b>Tabla N° 24.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la psoriasis de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	88

<b>Tabla N° 25.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la urticaria de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	89
<b>Tabla N° 26.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el vitiligo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	90
<b>Tabla N° 27.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el herpes zoster de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	91
<b>Tabla N° 28.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el liquen simple crónico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	92
<b>Tabla N° 29.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el prurigo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	93
<b>Tabla N° 30.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la dermatitis seborreica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	94
<b>Tabla N° 31.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la rosácea de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	95
<b>Tabla N° 32.</b> Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el melasma de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	96
<b>Tabla N° 33.</b> Relación entre cuestionario de depresión y la edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio	

de Dermatología, referidos del Servicio de Psiquiatría, del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	97
<b>Tabla N° 34.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	98
<b>Tabla N° 35.</b> Relación entre cuestionario de depresión y el estado civil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	100
<b>Tabla N° 36.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el nivel de educación de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	102
<b>Tabla N° 37.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el nivel de empleo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	104
<b>Tabla N° 38.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el tiempo de la enfermedad (meses) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 ...	106
<b>Tabla N° 39.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 ...	107
<b>Tabla N° 40.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y la propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 ...	109
<b>Tabla N° 41.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 ...	111



<b>Tabla N° 42.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el acné de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	114
<b>Tabla N° 43.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y la alopecia areata de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	115
<b>Tabla N° 44.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el prurito de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	116
<b>Tabla N° 45.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y la psoriasis de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	117
<b>Tabla N° 46.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y la urticaria de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	118
<b>Tabla N° 47.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el vitiligo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	119
<b>Tabla N° 48.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el herpes zoster de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	120
<b>Tabla N° 49.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el liquen simple crónico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	121

<b>Tabla N° 50.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el prurigo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	122
<b>Tabla N° 51.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y la dermatitis seborreica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 ...	123
<b>Tabla N° 52.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y la rosácea de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	124
<b>Tabla N° 53.</b> Relación entre el cuestionario de depresión y el melasma de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	125

## INDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Representación gráfica de la distribución de la edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría: del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	69
<b>Figura 2.</b> Representación gráfica de la distribución del género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	70
<b>Figura 3.</b> Representación gráfica según el estado cívil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	72
<b>Figura 4.</b> Representación gráfica de la distribución, según nivel educativo, de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	74
<b>Figura 5.</b> Representación gráfica de la distribución, según situación laboral, de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	76
<b>Figura 6.</b> Representación gráfica de la distribución según las Enfermedades dermatológicas más frecuentes de los pacientes adultos, que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría: del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	78
<b>Figura 7.</b> Representación gráfica de la distribución según tiempo en meses de la enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	80

<b>Figura 8.</b>	Representación gráfica de la distribución según la realización del Estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	82
<b>Figura 9.</b>	Representación gráfica de la distribución según la propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	84
<b>Figura 10.</b>	Representación gráfica de la distribución según la Comorbilidad psiquiátrica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016 .....	86
<b>Figura 11.</b>	Representación gráfica de la distribución según la Escala de depresión (cuestionario) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	88
<b>Figura 12.</b>	Representación gráfica de la distribución según comorbilidad psiquiátrica y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	105
<b>Figura 13.</b>	Representación gráfica de la distribución según el cuestionario de depresión y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.....	134

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo N° 01.</b> Instrumento de recolección de datos.....	170
<b>Anexo N° 02.</b> Consentimiento informado.....	175
<b>Anexo N° 03.</b> Validación de expertos.....	177
<b>Anexo N° 04.</b> Matriz de consistencia.....	180

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Planteamiento del Problema**

El psiquismo y la piel tienen entre sí vínculos privilegiados que se manifiestan de forma disímil. El cutis y el aparato nervioso poseen un mismo origen embrionario, la epidermis y la placa neural proceden del ectodermo embrionario. Así mismo la piel y el sistema nervioso conllevan diversas hormonas, neurotransmisores y receptores. No es sorprendente por tanto que la existencia de una relación entre las patologías dermatológicas y las enfermedades psico-psiquiátricas se haya descrito ampliamente.<sup>1</sup>

La depresión es una enfermedad que perturba a la persona de modo general y se manifiesta en su conducta, pensamiento, sentimiento y salud física, alterando su funcionamiento en lo laboral y dentro de la familia. Según estudios recientes el 5% de la población mundial sufre algún tipo de depresión. Esta incumbe a la condición de los trastornos afectivos, que pueden clasificarse en leves, moderados y graves. Se ha transformado en la patología con mayor huella social, según una disertación de la Organización Mundial de la Salud.<sup>2,3</sup>

Hay trabajos que demuestran que los pacientes que consultan por una patología dermatológica poseen una prevalencia del 25 al 43% de enfermedad psiquiátrica, especialmente trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfos. Específicamente en enfermedades como acné, alopecia, prurito o urticaria; dónde se observa más impacto a nivel psicológico con presencia de autoestima baja, miedo al rechazo social, variación del ánimo y en la calidad de vida e incluso ideación suicida.<sup>4</sup>

En promedio la comorbilidad psicológica y psiquiátrica en pacientes con enfermedades dermatológicas es de 30%<sup>5,6</sup>. Mostaghimi reportó, en un artículo con 16 pacientes ambulatorios, que 56,25% de pacientes con patologías dérmicas crónicas mostraban depresión o ansiedad (según el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck).<sup>7</sup>

El 10 y 30% de pacientes que acuden a las clínicas u hospitales muestran depresión mayor, y el 80% de los pacientes que padecen de depresión no acuden al médico<sup>8</sup>. El impacto que causan los síntomas depresivos en los pacientes, tanto en la parte personal, social y laboral, no sólo es significativa en los tienen diagnóstico de depresión mayor, sino también en aquellos que muestran los síntomas pero no alcanzan a poseer todos los criterios para la diagnosis de ésta patología<sup>8</sup>. Este grupo de pacientes es más numeroso que el de aquellos con el diagnóstico por lo cual constituye una dificultad de salud pública.<sup>9</sup>

Es importante reconocer la concordancia entre la depresión mayor y las enfermedades dermatológicas en la localidad peruana. Siendo escasos los estudios en éste tema, como el que ejecutó Bayona<sup>10</sup>, quién reportó una

prevalencia de 26,4% de depresión moderada a severa en pacientes con diagnóstico de acné.

Existen trastornos cutáneos que poseen una base fisiopatológica dérmica primaria, pero que están afectados por elementos psicosociales y enfermedades psiquiátricas (como la depresión mayor), por ejemplo: psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria y angioedema. Existe la hipótesis de que algunas hormonas hipofisarias y neuropéptidos intervienen en la fisiopatología de las patologías dermatológicas aludidas<sup>11</sup>.

Se ha reportado que la depresión mayor interviene en la iniciación, el progreso y la mejora de los síntomas de las patologías dermatológicas<sup>12</sup>. La constancia de la sintomatología cutánea, al causar variaciones psíquicas, agravaría la ocurrencia del episodio depresivo; ocasionando un círculo vicioso. Y las molestias afectivas adicionadas a las patologías crónicas de la piel perturban la adherencia a la receta de la enfermedad dermatológica. Grimalt<sup>13</sup> sustenta que una característica especial de los pacientes con depresión que concurren al consultorio de dermatología es la ausencia de empatía con el resto y que la tristeza se encuentra en segundo plano.

Conocemos que las patologías cutáneas que aparecen después de integrantes psicológicos, como ansiedad, depresión o estrés; predisponen, determinan o potencian los síntomas cutáneos. Estas patologías son conocidas como Psicodermatosis y entre ellas figuran: Vitíligo, Psoriasis, Dermatitis Atópica, entre otras.

Según un artículo de la OMS en relación a las patologías que afligirán la salud para el año 2030, las tres trascendentales enfermedades serán el VIH/Sida, la Depresión y las Enfermedades Cardíacas<sup>14</sup>.



Actualmente, la depresión aqueja a una importante población a nivel mundial y al empeorar cambia a una circunstancia que aflige a la humanidad y amenaza la existencia, siendo necesario investigarlo, por ser un relevante problema de salud pública, para conocer si estos están deprimidos para lograr un tratamiento multidisciplinario, que incluya tratamiento dermatológico, terapia psico-dermatológica y apoyo psicológico.

Siendo la depresión una enfermedad con gran impacto social, investigar su existencia concomitante en pacientes con patologías dérmicas constituye un campo de estudio vital para el médico y en vista de que no existen trabajos regionales sobre el tema surge la interrogante: ¿Cuál es la relación de la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos, del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?

## **1.2. Formulación del problema y alternativas o planteamientos**

El presente estudio resolvió los siguientes problemas de investigación:

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación de la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años seguidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ✓ ¿Cuál es la prevalencia de la depresión, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?

- ✓ ¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?
- ✓ ¿Cuál es la influencia del trastorno depresivo mayor, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?
- ✓ ¿Cuál es la influencia de los trastornos distímicos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?
- ✓ ¿Cuál es la influencia del trastorno depresivo, no especificado, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?
- ✓ ¿Cuál es la influencia de la intensidad de la depresión, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre las características epidemiológicas, con las enfermedades cutáneas; en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos por el Servicio de Dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?

### **1.2.3. Planteamiento del propósito o alternativa de solución**

El propósito de ésta tesis doctoral es contribuir a aclarar este escenario abordando simultáneamente distintas conceptualizaciones de las patologías cutáneas relacionadas con la depresión e investigando el

impacto que las enfermedades dermatológicas tienen sobre el repertorio y la intensidad de la depresión. Para de esta manera, manejar a los pacientes con depresión que desencadenaron alguna patología dermatológica, para el manejo y posterior tratamiento de la patología cutánea, requiriéndose para su cura o manejo el tratamiento del factor desencadenante; para de esta manera lograr estacionarla o remitirla. Debido a que si no tratamos el factor desencadenante, la depresión, no podremos controlar la enfermedad dermatológica.

### **1.3. Trascendencia teórica, técnica o práctica y académica o informativa**

La investigación desarrollada se justificó por las siguientes razones:

#### **Teórica:**

El cutis y el sistema nervioso poseen un origen embriológico común, compartiendo varias hormonas, neurotransmisores y receptores; la epidermis y la placa neural provienen del ectodermo embrionario. Entonces, existe una reciprocidad entre las enfermedades dermatológicas y los factores psicológicos, que se ha descrito ampliamente.<sup>1</sup>

La depresión es una enfermedad emocional que daña al individuo de manera general y trasciende en su conducta, ideología, emociones y salud física, destruyendo las relaciones en lo laboral y en lo familiar. Según estudios recientes el 5% de la población mundial sufre algún tipo de depresión. Pertenece a los trastornos afectivos, que se clasifican en

síndromes depresivos leves, moderados y graves. Es una patología con mayor impacto social, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud.<sup>2,3</sup>

### **Metodológica:**

La comorbilidad psicológica y psiquiátrica en personas con enfermedades cutáneas es de 30%<sup>5,6</sup>. Mostaghimi, en un estudio piloto con 16 pacientes ambulatorios, reportó que 56,25% de los pacientes con patologías cutáneas crónicas mostraban depresión o ansiedad (según el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck).<sup>7</sup>

Del 10 y 30% de las personas que acuden a hospitales o clínicas tienen depresión mayor, y el 80% de los pacientes que padecen de depresión no acuden con un médico<sup>8</sup>. El daño que produce la sintomatología depresiva en los pacientes, tanto en la parte personal, social y laboral, exclusivamente no es significativo en los que poseen diagnóstico de depresión mayor, igualmente en los que tienen sintomatología pero no llegan a poseer los criterios para el diagnóstico de ésta patología<sup>8</sup>. Este grupo de pacientes es más numeroso que el de aquellos con el diagnóstico por lo cual constituye una dificultad en salud pública.<sup>9</sup>

### **Práctica:**

Es importante estudiar la relación entre la depresión y las enfermedades cutáneas en la localidad peruana. Siendo pocos los

trabajos realizados en éste tema, como el que realizó Bayona <sup>10</sup>, reportando una prevalencia de 26,4% de depresión moderada a severa en reclutas con diagnóstico de acné.

Existen trastornos cutáneos de causa dérmica primaria, afectados por enfermedades psiquiátricas (como la depresión mayor) y factores psicosociales, por ejemplo: psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria y angioedema<sup>3</sup>. Cuya hipótesis es que las hormonas hipofisarias y algunos neuropéptidos causen las patologías cutáneas mencionadas.<sup>10</sup>

Se ha reportado que la depresión mayor interviene en el comienzo, la evolución y la resolución o mejoría de la sintomatología de las patologías dermatológicas<sup>11</sup>. La constancia de la sintomatología cutánea, al causar problemas psiquiátricos, agravaría el incidente depresivo; ocasionando un círculo vicioso. Y las molestias emocionales sumados a las patologías crónicas de la piel dañan la adherencia al tratamiento dermatológico. Grimalt <sup>13</sup> menciona que una particularidad de la depresión en pacientes que asisten a dermatología es la ausencia de empatía con el resto de personas y que la tristeza se encuentra en el segundo lugar.

Se sabe de patologías cutáneas que se desencadenan por factores psicológicos, como ansiedad, depresión o estrés; estos pueden inducir, determinar o potenciar la sintomatología cutánea. Estas patologías son conocidas como Psicodermatosis y entre ellas figuran: Vitíligo, Psoriasis, Dermatitis Atópica, entre otras<sup>13</sup>.

Según un artículo de la OMS con relación a las patologías del futuro, para el 2030 las tres importantes causas de padecimientos serán el VIH/Sida, la Depresión y las Enfermedades Cardíacas.<sup>14</sup>

#### **1.4. Aporte doctoral**

En el presente trabajo de investigación que tiene por título: “LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DESENCADENANTE DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS, EN PACIENTES ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS, EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE DERMATOLOGÍA, DEL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO EN EL AÑO 2016”. El cual tiene como objetivo analizar la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, por ser la anterior una patología muy prevalente en nuestro siglo. Para el conocimiento, posterior beneficio y aplicación, para mejorar la calidad de vida y con la atención del tema, se disminuya la prevalencia de enfermedades cutáneas.

La Psicodermatología, es un campo relativamente nuevo de la medicina. Abarca la interacción de la mente y la piel. El papel de la psiconeuroinmunología en los trastornos psico-cutáneos y los aspectos psicosociales de las patologías cutáneas han cobrado impulso últimamente. El trato de los trastornos psico-dermatológicos se centra en función a reducir el sufrimiento físico, diagnosticar y tratar la depresión y ansiedad asociada con la enfermedad de la piel, manejando el aislamiento social y fortaleciendo la estima del paciente. Se utilizan tanto intervenciones farmacológicas como psicológicas en el tratamiento de los trastornos psico-cutáneos.

## 1.5. Antecedentes Inmediatos

### Antecedentes internacionales.

**Carreras C, Argentina 2013. “Dermatosis provocadas por desórdenes psiquiátricos. Estudio retrospectivo de 48 pacientes”.**

Con el objetivo de identificar a los pacientes con dermatosis inducidas por patologías psiquiátricas. Establecer su incidencia y correlacionar ambos trastornos. Métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo entre 2001 y 2011 en pacientes con diagnóstico de dermatitis artefacta, delirio de parasitosis, neurodermitis, prurigo nodular, excoriación neurótica y tricotilomanía, valuados en el Servicio de Dermatología del Policlínico Bancario. Se evaluaron 48 pacientes con patologías cutáneas provocadas por trastornos psiquiátricos. Fueron más frecuentes en el género femenino. La enfermedad dermatológica producida por patología psiquiátrica más frecuente fue la excoriación neurótica. La depresión fue la patología psiquiátrica más frecuentemente asociada. Conclusión. La totalidad de pacientes fueron referidos a Psiquiatría. Sólo el 9% asistió. No se logró correlacionar una patología psiquiátrica específico para cada patología cutánea, a excepción de la relación psicosis - delirio de parasitosis<sup>15</sup>.

**Vargas E, España 2009. “Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas”.** Con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad de pacientes con patología cutánea frente a pacientes sanos, así como la diferencia de ansiedad entre distintas patologías cutáneas. Se trata de un estudio descriptivo de una serie de casos

donde se seleccionan 152 sujetos, de los que 20 son controles sanos y los 132 restantes son pacientes que acuden a consulta dermatológica. Se dividen en 5 grupos en función de la enfermedad cutánea por la que acuden a consulta: urticaria crónica, urticaria aguda, psoriasis en placas, dermatitis atópica y diferentes enfermedades dermatológicas (se incluyen diversos diagnósticos como queratosis seborreica, revisión de nevos, epitelomas, etc.), donde en principio la ansiedad no interviene en estas patologías. Se les administra el inventario de Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR) de Personalidad de Spielberger (STAI) y se analizan las diferencias de AE y AR entre los diferentes grupos. Se interroga sobre si existe un evento estresante en los seis meses previos al inicio de la patología que pudiera ser el desencadenante de la misma y sobre antecedentes de patología psiquiátrica o de propensión atópica.

Resultados. Se observan diferencias significativas en las medias obtenidas en AE y AR entre los sujetos sanos y el resto de patologías dermatológicas. Se obtienen medias más altas en AE en los sujetos diagnosticados de dermatitis atópica, que es significativa cuando se contrasta con los sujetos con urticaria crónica y las enfermedades dermatológicas. El 48,27 % de los sujetos con psoriasis y el 38,89 % de los sujetos con dermatitis atópica refieren la existencia de un evento estresante en los últimos seis meses frente al 11,54 % del grupo de los varias enfermedades dermatológicas, y además estos sujetos presentan puntuaciones medias de ansiedad más altas. Un 21,2 % de los 132 sujetos con patología dermatológica refiere antecedentes psiquiátricos, presentando puntuaciones promedio mayores para AE y



AR con significación estadística. Conclusión. Existe comorbilidad de la enfermedad psiquiátrica en los pacientes con patologías cutáneas crónicas y altos niveles de AE y AR, sobre todo en los pacientes con psoriasis y dermatitis atópica. <sup>16</sup>

**Balieva F, Noruega 2016. “¿Son comunes las enfermedades dermatológicas de la piel asociados con problemas psicológicos en pacientes noruegos ambulatorios Comparados con controles? Un estudio observacional”.** Con el objetivo de describir la distribución de enfermedades de la piel, específicamente entre pacientes ambulatorios noruegos, Y estudiar la asociación entre depresión, ansiedad y estrés para diferentes condiciones de la piel, especialmente tumores benignos, cáncer, lesiones precancerosas y enfermedades recurrentes crónicas de la piel en comparación con controles. Métodos: Estudio observacional controlado por casos. Resultados: 13% de pacientes ambulatorios tenía ansiedad, con 3,7% de controles sanos y 5,8% con depresión clínica, comparado con 0.9% de controles. Probabilidades ajustadas: Para la ansiedad clínica fue de 4,53 en los pacientes con controles, y para la depresión clínica 6.25 , que es mucho más alto de lo anteriormente descrito en un estudio. Los pacientes con tumores tenían menos depresión. Las condiciones inflamatorias crónicas de la piel tuvieron alto impacto en el bienestar psicológico del paciente y no debe subestimarse en relación, por ejemplo, con cáncer en las estrategias de salud. Estos resultados informan sobre los cuidados y el manejo de las enfermedades cutáneas y su inclusión en futuras estrategias de salud<sup>17</sup>.

**Antuña-Bernardo S, España 2000. “Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas”.** Con el objetivo de indagar características de personalidad y calidad de vida de los pacientes con patologías cutáneas. Método. Estudio observacional prospectivo transversal. Resultados: no existe un perfil psicológico homogéneo ni diferenciado de estos pacientes con respecto a la población normal, si bien ciertas enfermedades sí han presentado perfiles propios en algunas escalas. Se observa marcadores de depresión muy elevados en la mayoría de las enfermedades dermatológicas y una valoración negativa de la calidad de vida en un porcentaje elevado de los sujetos. <sup>18</sup>

#### **Antecedentes nacionales**

**Acosta J, Krüger H, Huayanay L, Bravo F, Arévalo M. Perú 2010** investigaron la **“Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima”.** Con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y sintomatología depresiva en pacientes nuevos que acuden al servicio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), así como la posible asociación entre las variables demográficas o las características de la enfermedad cutánea y la presencia de depresión y síntomas depresivos. Se realizó un estudio descriptivo, transversal entre 287 pacientes nuevos que acudieron al consultorio de dermatología del HNCH. Se registraron los datos demográficos, de la patología cutánea, y los antecedentes personales y familiares. Se aplicó el Inventario de

depresión de Beck (IDB) y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM-IV (SCID), apartado de depresión mayor, entre enero y agosto del año 2003. La prevalencia de depresión fue de 20,6% y la de síntomas depresivos, de 44,9% (puntuación en el IDB de 11 ó más). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ocupación del paciente y depresión ( $p=0,042$ ); así como entre género ( $p=0,039$ ), grado de instrucción ( $p=0,002$ ) y estado civil ( $p=0,026$ ), y la presencia de síntomas depresivos. Los diagnósticos dermatológicos más frecuentes entre los pacientes con depresión fueron dermatitis (11,86%), acné (8,47%), melasma (8,47%) y vitíligo (6,77%). La conclusión hallada fue que la prevalencia de depresión y síntomas depresivos fue similar a la reportada en estudios similares, siendo mayor a la reportada en la población general, confirmando la importancia del tratamiento conjunto, tanto dermatológico como psiquiátrico, para brindar mejor calidad de vida a los pacientes.<sup>10</sup>

**Valverde J, Mestanza M, Asenjo C. Perú 2005.** Investigaron **“Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica”**. Objetivos: Determinar la prevalencia de vulnerabilidad psiquiátrica y la relación entre las características clínicas y epidemiológicas de la psoriasis y vulnerabilidad psiquiátrica. Método: Se realizó un estudio transversal en 29 pacientes psoriásicos que acudieron a consultorios externos del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante los meses de enero a mayo de 2003. Se empleó un cuestionario que incluyó la escala de vulnerabilidad de Hassanyeh y variables clínicas y epidemiológicas de psoriasis. Resultados: La prevalencia de

vulnerabilidad psiquiátrica en pacientes con psoriasis es de 34.5%. Se encontró una relación inversamente proporcional entre nivel de instrucción y vulnerabilidad psiquiátrica, la cual fue estadísticamente significativa. No se encontró diferencia significativa entre las demás características estudiadas y vulnerabilidad psiquiátrica. <sup>19</sup>

### **Antecedentes regionales**

Siendo la Depresión una enfermedad con gran impacto social, investigar su existencia concomitante en pacientes con enfermedades cutáneas constituye un campo de estudio vital para el médico y en vista de que no se encuentran investigaciones regionales surge la necesidad de hacer más investigaciones en nuestra región.

## **1.6. Objetivos y propósitos**

### **1.6.1. Objetivo general**

Determinar la relación de la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

### **1.6.2. Objetivos específicos**

- ✓ Evaluar la prevalencia de la depresión, en pacientes adultos de 18 a 60 años, del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

- ✓ Evaluar la prevalencia de las enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016
- ✓ Estimar la influencia del trastorno depresivo mayor, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.
- ✓ Estimar la influencia de los trastornos distímicos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.
- ✓ Estimar la influencia del trastorno depresivo, no especificado, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.
- ✓ Analizar la influencia de la intensidad de la depresión, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.
- ✓ Relacionar las características epidemiológicas, con las enfermedades cutáneas; en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos por el Servicio de Dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENCIA TEÓRICA O CONCEPTUAL**

#### **2.1 Antecedentes Históricos**

Muchos estudios han demostrado en pacientes con patología cutánea una prevalencia de 25 a 43% de enfermedad psiquiátrica, especialmente trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfos. En forma especial en algunas patologías como acné, alopecia, prurito o urticaria concurre un mayor daño en la esfera psicológica con presencia de baja autoestima, miedo al rechazo social, variación del ánimo y en la calidad de vida y además, ideación suicida<sup>4</sup>.

En promedio la comorbilidad psicológica y psiquiátrica en personas con patología cutánea es de 30%<sup>5,6</sup>. Mostaghimi, en un estudio piloto con 16 pacientes ambulatorios, que 56,25% de pacientes con patologías cutáneas crónicas mostraban depresión o ansiedad (según el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck)<sup>7</sup>.

Entre el 10 y 30% de las personas que acuden a hospitales o clínicas presentan depresión mayor, y el 80% de los pacientes que padecen de depresión no acuden al médico<sup>8</sup>. El daño que causa la sintomatología depresiva sobre los pacientes, tanto en la esfera personal, social y laboral, no sólo es trascendental en aquellos que muestran diagnóstico de depresión mayor, sino también en aquellos que exhiben la sintomatología pero no cumplen todos los criterios para el diagnóstico de ésta patología<sup>8</sup>. Este conjunto de pacientes es más cuantioso que aquellos con la diagnosis de depresión, siendo una molestia en salud pública<sup>9</sup>.

Es necesario conocer la relación entre la depresión mayor y las patologías dermatológicas en la población peruana, donde son escasos los estudios realizados en esta área.

## **2.2 Aspectos Conceptuales**

**Depresión**, se encuentra dentro de la sección de los trastornos del estado de ánimo, por el DSMV-IV: <sup>20</sup>

### **1. Trastorno depresivo mayor (F3x.x)**

La particularidad primordial de un episodio depresivo mayor es un lapso de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las diligencias. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser susceptible en cambio de afligido. El paciente además debe advertir al menos otras cuatro señales de un cuadro que incluye

cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para demostrar la presencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva manifestación o haber desmejorado visiblemente si se confronta con el período del paciente precedentemente al episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor fracción de la jornada, casi cada día, durante al menos 2 semanas contiguas. El incidente debe acompañarse de una molestia médica significativa o de detrimento social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la jornada puede mostrarse normal, pero con un esfuerzo grandioso.

## **2. Trastorno distímico (F34.1)**

El trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor se diferencian en base a la dificultad, la cronicidad y la permanencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe presentarse la mayor parte de la jornada, casi cada día, durante un curso de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años. El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor es muy complicado por el hecho de que los dos trastornos intervienen sintomatologías parecidas y puesto que sus diferencias en cuanto a la iniciación, la



persistencia, la permanencia y la dificultad no son factibles de valorar retrospectivamente. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden diferenciar de la actividad estándar de la persona, mientras que el trastorno distímico se determina por sintomatologías depresivas menos graves y crónicas, que han persistido por varios años. Si en el inicio de la alteración los síntomas depresivos crónicos son de bastante riesgo y número como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios). Sólo se insta la diagnosis de trastorno distímico con sucesión a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (p. ej., ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor (p. ej., que dure al menos 2 meses) precedentemente del inicio del trastorno distímico.

### **3. Trastorno depresivo no especificado (F32.9)**

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunos períodos la sintomatología depresiva se manifiesta como fracción de un

trastorno de ansiedad no especificado. Los paradigmas del trastorno depresivo no especificado incluyen: Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo menor, Trastorno depresivo breve recidivante, Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia. Un episodio depresivo mayor sobrepuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia. Casos en los que el médico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es difícil establecer si es primario, debido al padecimiento médico o inducido por sustancia.

**“Versión española del Inventario de depresión de Beck-II”<sup>21,22</sup>,** Intensidad de los síntomas depresivos en la población general y psiquiátrica, que demuestra índices de fiabilidad y validez apropiados para personas con enfermedades mentales. El BDI-II es una herramienta de autoinforme de 21 ítems planteado para valorar la dificultad de los síntomas depresivos. En cada uno de sus ítems el individuo evaluado tiene que escoger, entre cuatro opciones establecidas de menor a mayor dificultad, la opción que representa su estado en éstas últimas dos semanas. Cada ítem se estima de 0 a 3 puntos en función de la elección y, tras sumar la calificación de cada ítem, se consigue una calificación total que varía de 0 a 63. Así el manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11) plantea las subsiguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

**Enfermedades de la piel:** se incluyen enfermedades relacionadas con las uñas, el pelo, el sebo y el sudor. <sup>23</sup>

- a. **Acné:** enfermedad inflamatoria de los elementos pilosebáceas, muy común: aparecen en ciertas áreas del cuerpo (cara, tronco, rara vez en las nalgas): más frecuente en adolescentes; se manifiesta como comedones, papulo-pústulas, nódulos y quistes y ocasiona cicatrices hundidas, deprimidas o hipertróficas.
- b. **Rosácea:** Trastorno acneiforme inflamatorio crónico común que perjudica los elementos pilosebáceos faciales. Además de una pérdida en el tono de los capilares, que ocasiona rubor y telangiectasias. A veces produce engrosamiento de consistencia gomosa de nariz, carrillos, frente o barbilla por la hiperplasia sebácea, edema y fibrosis.
- c. **Liquen simple crónico (LSC):** Un cuadro clínico localizado de liquenificación, que se presenta como placas circunscritas. Resulta del frotado y rascado repetitivos. La liquenificación es una peculiaridad de la dermatitis atópica, ya sea generalizada o localizada. El LSC se padece por un tiempo indeterminado a menos que el frotado y el rascado se obstaculicen por medio de tratamiento. Se presenta en pacientes mayores de 20 años de edad, es más habitual en mujeres y tal vez es más común en personas de origen asiático.
- d. **Prúrigo nodular:** con frecuencia se presenta en personas con dermatitis atópica o bien, ocurre sin ésta. Las personas con

prurigo nodular con dermatitis atópica son más jóvenes y tienen reactividad a alérgenos del ambiente; los individuos con prurigo nodular sin atopía son mayores y no poseen hipersensibilidad a los alérgenos ambientales. El prurigo nodular se presenta en mujeres jóvenes o de edad madura, quienes a menudo muestran signos de estigmas neuróticos. El prurigo nodular inicia con un prurito que causa rascado. Los nódulos en forma de cúpula (varios milímetros a 2 cm) se presentan en sitios en los cuales ocurren prurito y rascado persistentes. Los nódulos a menudo producen erosión, excoiación y en ocasiones ulceración conforme el paciente se afecta por el rascado con las uñas. Regularmente lesiones múltiples en las extremidades. Las lesiones persisten por meses una vez que el traumatismo ha desaparecido.

- e. **Dermatitis seborreica:** enfermedad crónica frecuente definida por eritema y descamación que ocurre en regiones donde hay mayor actividad de las glándulas sebáceas, por ejemplo en la cara y piel cabelluda, región pre-esternal y en los pliegues corporales. La dermatitis seborreica leve de la piel cabelluda causa caspa. Predisposición hereditaria, pero *Malassezia furfur* puede participar en la patogénesis. Incremento de incidencia en individuos con enfermedad de Parkinson y en personas con inmunodepresión (VIH/ sida).
- f. **Psoriasis:** se presenta del 1.5 y 2% de la población en países occidentales. La encontramos en todo el mundo. Una enfermedad

crónica con predisposición poligénica y factores ambientales desencadenantes, como infecciones bacterianas, traumatismo o fármacos. Expresiones clínicas graves. La clínica común son pápulas descamativas crónicas y recidivantes y placas. También se muestran erupciones pustulosas y eritrodermia. La presentación clínica varía entre un paciente y otro, algunos tienen sólo algunas placas circunscritas hasta los que desarrollan afectación generalizada del cutis. Eritrodermia psoriásica en la psoriasis que afecta toda la piel. La artritis psoriásica ocurre en 10 a 25% de los casos.

- g. **Vitiligo:** Presencia a nivel mundial; afecta al 1% de la población. Representa un problema psicológico importante para las personas de piel marrón o negra, lo cual produce dificultades graves en la adaptación social. Un trastorno crónico con predisposición multifactorial y factores desencadenantes. Se caracteriza clínicamente por máculas totalmente blancas, las cuales crecen y pueden afectar a toda la piel. En la microscopia: ausencia completa de melanocitos. Pocas veces se asocia a enfermedades autoinmunitarias o endocrinas (raro).
- h. **Urticaria:** consta de habones (pápulas y placas edematosas transitorias, por lo general pruriginosas y debidas a edema del cuerpo papilar). Los habones son superficiales y bien definidos. El angioedema es una zona edematosa más grande que afecta a la dermis y al tejido subcutáneo y es profundo y mal definido. Por consiguiente, la urticaria y el angioedema representan el mismo

proceso edematoso pero afecta a diferentes niveles del plexo vascular cutáneo: papilar y profundo. La urticaria o el angioedema pueden ser recidivantes agudos o recidivantes crónicos. Se reconocen otras formas de urticaria y angioedema: dependientes de IgE y de receptor de IgE, física, por contacto, relacionado con desgranulación de la célula cebada e idiopático.

- i. **Herpes zoster:** Infección aguda de los dermatomas por la reactivación del VZV. Sinónimo: zóster. Se caracteriza por disestesias unilaterales. También aparece una erupción vesicular o bullosa que se limita al dermatoma o los dermatomas inervados por el ganglio sensitivo correspondiente. Una de las principales complicaciones es la neuralgia posherpética.
  
- j. **Verrugas anogenitales:** Las infecciones de las mucosas por el virus del papiloma humano (HPV, human papiloma virus) son las causas de transmisión sexual más frecuentes (STI, sexually transmitted infection) que atiende el dermatólogo. Sólo 1 a 2% de los individuos jóvenes sexualmente activos infectados por HPV poseen una lesión detectable a simple vista en el examen clínico. HPV se asila en el canal del parto y puede transferirse al recién nacido en un parto vaginal y causar verrugas genitales externas.
  
- k. **Alopecia Areata:** Una pérdida circunscrita de pelo en zonas redondas u ovaladas sin inflamación evidente de la piel. No cicatrizada; folículo piloso intacto; el pelo puede volver a crecer. Manifestaciones clínicas: alopecia que varía desde un parche

solitario hasta la pérdida completa de todo pelo terminal.  
Pronóstico: favorable para la afectación limitada; malo para la pérdida extensa de pelo.

- I. **Prurito generalizado:** frecuentemente las erupciones cutáneas y exantemas son más o menos pruriginosas, pero existen cuadros en que existe un prurito intenso sin que existan lesiones cutáneas, excepto las huellas de la rascadura. A esto se le llama pruritus sine materia (del latín “comezón sin sustrato físico”). La perspectiva diagnóstica en el individuo con prurito generalizado sin lesiones cutáneas visibles es un diagnóstico de exclusión. El prurito es un síntoma de patología cutánea que en el examen no se presenta por lesiones específicas. Puede presentarse por una patología de un órgano interno, trastornos metabólicos y endocrinos o enfermedades hematológicas. Puede ser una expresión de tumores malignos, estados psicógenos o infección por VIH; o puede estar relacionado con la inyección o ingestión de medicamentos. La sintomatología en la piel pueden ser clínicamente no evidentes, tal vez confinarse sólo a unas zonas circunscritas, y esto es muy importante por lo que respecta a descartar sarna, pediculosis o trastornos como urticaria facticia.

### 2.3 Base teórica

Existen patologías cutáneas que poseen una base fisiopatológica dérmica primaria, pero que están afectados por elementos psicosociales y patologías psiquiátrics (como la depresión mayor), por ejemplo:

psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria y angioedema. Se postula que algunas hormonas hipofisarias y algunos neuropéptidos influyen en la fisiopatología de los trastornos dermatológicos mencionados<sup>10</sup>. Para citar, como dice Gatto<sup>24</sup>, la hiperhidrosis primaria fue responsable de una mayor prevalencia de ansiedad que la descrita entre la población general y los pacientes con otras enfermedades crónicas. Depresión tuvo una tasa de prevalencia baja, mientras que las formas leves y moderadas fueron las más comunes y frecuentemente asociada con la ansiedad. O como dice Klock<sup>25</sup>, cuyo estudio confirma los resultados de una asociación entre la ansiedad, depresión y eczema, pero la somatización y la ansiedad por la salud, representaron más de la mitad de la asociación de interés, y la asociación era insignificante después de este ajuste.

“La Depresión, entre otros diagnósticos psicopatológicos, puede repercutir en la evolución clínica de las enfermedades médicas y en su pronóstico”<sup>26</sup>. La cuestión de si la percepción grave de la enfermedad afecta la depresión o si la percepción grave de la enfermedad, es causada por la depresión, todavía no está claro. El comportamiento de búsqueda de atención médica se asocia con la percepción subjetiva de la enfermedad grave, en los pacientes con rosácea. La presencia de síntomas depresivos no se relaciona con la severidad de la enfermedad registrada por el médico, pero sí con la percepción subjetiva de la enfermedad, por el paciente.<sup>27</sup>

Entre los modelos teóricos de depresión, sobresale el modelo cognitivo de la depresión (Beck) que se organiza en tres conceptos



básicos (en orden jerárquico descendente): Tríada Cognitiva; Los pensamientos automáticos; Las acciones o creencias fundamentales y el Modelo de la desesperanza aprendida (Seligman) en el desarrollo a la que los animales fueron expuestos a un estresante inevitable prolongado, mediante la adopción de estos en ciertas circunstancias una actitud pasiva a la que el autor llamo la desesperanza aprendida<sup>28</sup>. El BDI (inventario para la depresión de Beck) cumple aceptablemente el espectro de síntomas diagnósticos contemplados en el DSM-IV en la definición de *episodio depresivo*, lo que da apoyo a la elección de este instrumento para seleccionar sujetos análogos a los pacientes que sufren tales episodios.<sup>21</sup>

## 2.4 Definiciones operacionales

- **Depresión:** La depresión es una enfermedad mental frecuente, que se presenta con tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y obstaculizar el desenvolvimiento en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin fármacos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se necesitan fármacos y psicoterapia profesional.
- El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo

depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

- **Enfermedades dermatológicas:** patologías que dañan, los anejos cutáneos (pelo, uñas, sudor). También del estudio de las enfermedades venéreas o enfermedades de transmisión sexual. Las patologías cutáneas pueden tener una causa infecciosa, hereditaria, puede ser la expresión de una enfermedad sistémica o tener una causa desconocida. En muchos casos la causa es una desorganización del sistema inmunológico. El estado de severidad de estas patologías es muy disímil. Hay varias patologías cutáneas que sólo son cosméticamente incómodas pero totalmente inocuas (dermatitis seborreica, verrugas...). Otras son molestas por el picor o el dolor que producen y algunas enfermedades cutáneas si no se tratan pueden ser graves.

- **Psicodermatología:** La psicodermatología es un campo que se produce de la unión de dos importantes especialidades médicas, la psiquiatría y la dermatología. Se regenta en la compleja interacción entre el cutis y la mente. Aunque la existencia de la Psicodermatología es antigua, el campo sólo se ha popularizado en los últimos 20 años. La piel y el sistema nervioso comparten la misma embriogénesis. Ambos se producen en la misma capa germinal el ectodermo se diferencia para formar el Sistema nervioso (cerebro, columna vertebral y nervios periféricos), Esmalte dental y epidermis. También forma las glándulas sudoríparas, el cabello y las uñas.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3-1 Método y nivel de investigación

##### 3.1.1 Método.

Hipotético deductivo.

##### 3.1.2 Tipo de estudio.

Según la **intervención** del investigador el estudio es **observacional**, solo se observó y describió en forma precisa los fenómenos.

Según la **planificación de la medición** de la variable de estudio es **prospectivo**.

Según el **número de mediciones** de la variable de estudio es **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron en un solo momento y las variables se midieron una sola vez.

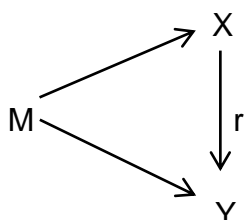
Según el **número de variables** estudiadas es **analítico**, porque el estudio se trabajó con dos variables, buscando relación bivariado.

### 3.1.3 Nivel de investigación.

Nivel de investigación **correlacional**, ya que implicó la manipulación de variables específicas pero no directamente, sino mediante un procedimiento de selección.

### 3.1.4 Diseño de investigación.

Se utilizó el método **hipotético-deductivo**, el cual responde al siguiente esquema:



Dónde:

M : Muestra  
X : Variable independiente.  
Y : Variable dependiente.  
r : Relación

## 3-2 Sistema de hipótesis, variables (operativización) y esquema de diseño

### 3.2.1 Hipótesis

#### Hipótesis General

**H<sub>a</sub>**: La depresión está relacionada con las enfermedades cutáneas, en pacientes que acuden al consultorio externo de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**$H_0$ :** La depresión no está relacionada con las enfermedades cutáneas, en pacientes que acuden al consultorio externo de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

### **Hipótesis Específicas**

**$H_{a1}$ :** Existe prevalencia de la depresión, en pacientes adultos de 18 a 60 años, del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**$H_{o1}$ :** No existe prevalencia de la depresión, en pacientes adultos de 18 a 60 años, del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**$H_{a2}$ :** Existe prevalencia de las enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**$H_{o2}$ :** No existe prevalencia de las enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**$H_{a3}$ :** Existe influencia del trastorno depresivo mayor, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**$H_{o3}$ :** No existe influencia del trastorno depresivo mayor, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>a4</sub>**: Existe influencia de los trastornos distímicos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>o4</sub>**: No existe influencia de los trastornos distímicos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>a5</sub>**: Existe influencia del trastorno depresivo, no especificado, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>o5</sub>**: No existe influencia del trastorno depresivo, no especificado, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>a6</sub>**: Existe influencia de la intensidad de la depresión, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>o6</sub>**: No existe influencia de la intensidad de la depresión, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>a7</sub>**: Existen características epidemiológicas, con las enfermedades cutáneas; en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos por el Servicio de Dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

**H<sub>07</sub>:** No existen características epidemiológicas, con las enfermedades cutáneas; en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos por el Servicio de Dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

### **3.2.2 Operacionalización de la hipótesis y variables**

#### **a) Sistema de variables, dimensiones e indicadores.**

##### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Enfermedades dermatológicas.

##### **Dimensiones:**

- ✓ Alopecia areata
- ✓ Rosácea
- ✓ Vitíligo
- ✓ Urticaria
- ✓ Verrugas
- ✓ Acné
- ✓ Psoriasis
- ✓ Liquen simple crónico
- ✓ Prurito



- ✓ Prúrigo
- ✓ Dermatitis seborreica
- ✓ Herpes zoster

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Depresión.

**Dimensiones:**

- ✓ Trastorno depresivo mayor
- ✓ Trastorno distímico
- ✓ Trastorno depresivo, no especificado
- ✓ Depresión mínima
- ✓ Depresión leve
- ✓ Depresión moderada
- ✓ Depresión grave

**b) Esquema del diseño de operativización**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
<b>DEPENDIENTE</b>  Enfermedades dermatológicas	Las enfermedades de la piel son todas aquellas que conciernen a la piel, ya sea, el acné, el melanoma (cáncer cutáneo). Entre las que se incluyen enfermedades relacionadas como las de las uñas, el pelo, el sebo y el sudor.	Eczemátides	Se caracteriza por una erupción de manchas rojas circunscritas, localizadas en el tronco y a veces en los miembros inferiores y recubiertas de escamas.	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Erupción de manchas rojas.	Nominal	Instrumentos de recolección
		Liquen plano	enfermedad inflamatoria poco común que afecta la piel y la mucosa oral.	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Inflamación que afecta la piel y la mucosa oral.	Nominal	
		Vitiligo	Leucomelanodermia adquirida que se caracteriza por acromias de predominio distal y periorificial,	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Acromias de predominio distal y periorificial,	Nominal	
		Urticaria	Dermatosis caracterizada por pápulas eritemato-edematosas	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Dermatosis con pápulas eritemato-edematosas	Nominal	
		Verrugas	Abultamiento cutáneo caracterizado por la proliferación, con carácter benigno y circunscrito, de la epidermis y de las papilas dérmicas	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Abultamiento cutáneo caracterizado por papilas dérmicas	Nominal	
		Acné	Dermatosis folicular en relación con la secreción sebácea e hiperqueratosis del conducto folicular.	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Dermatosis folicular	Nominal	
		Psoriasis	Dermatosis eritomatoescamosa	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Dermatosis eritomatoescamosa	Nominal	
		Excoraciones Neuróticas	Incapacidad de controlar el deseo de «escarbarse» la piel.	Cualitativa	Si Tiene No tiene	«escarbarse» la piel.	Nominal	
		Prurito psicógeno	Sensación cutánea que obliga a rascarse.	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Sensación cutánea que obliga a rascarse.	Nominal	
		Dermatitis Provocadas	Son dermatitis artefactas (facticias) o patomimias «sensu estricto».	Cualitativa	Si Tiene No tiene	Facticias.	Nominal	

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	FUENTE
Depresión	La depresión (OMS) es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Depresión	Trastorno depresivo mayor, episodio único	Cualitativa	✓ Si Tiene ✓ No tiene		Nominal	Instrumentos de recolección
			Trastorno depresivo mayor, episodio recidivante	Cualitativa	✓ Si Tiene ✓ No tiene		Nominal	
			Trastorno distímico	Cualitativa	✓ Si Tiene ✓ No tiene		Nominal	
			Trastorno adaptativo	Cualitativa	✓ Si Tiene ✓ No tiene		Nominal	
			Trastorno depresivo, no especificado	Cualitativa	✓ Si Tiene ✓ No tiene		Nominal	
			Depresión mínima	Cuantitativa	✓ 1 (0-13)		Ordinal	
			Depresión leve	Cuantitativa	✓ 2 (14-19)		Ordinal	
			Depresión moderada	Cuantitativa	✓ 3 (20-28)		Ordinal	
			Depresión severa	Cuantitativa	✓ 4 (29-63)		Ordinal	

VARIABLE INTERVENIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	FUENTE
VARIABLE INTERVINIENTE	La depresión (OMS) es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	EDAD	Años	Cuantitativa	años	Años	discreta	Instrumentos de recolección
		GÉNERO	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes	Cualitativa	- Masculino - Femenino	- Masculino - Femenino		
		ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	- Soltera - Casada - Conviviente - Divorciada - Viuda	- Soltera - Casada - Conviviente - Divorciada - Viuda		
		NIVEL DE EMPLEO	Trabajo que se realiza a cambio de un salario	Cualitativa	- Empleo adecuado - Subempleado, por horas. - Subempleado por ingresos. - Desocupado	- Empleo adecuado - Subempleado, por horas. - Subempleado por ingresos. - Desocupado		
		NIVEL EDUCATIVO	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa	- Sin nivel/inicial. - Educación primaria. - Educación secundaria. - Superior no universitaria. - Superior universitaria	- Sin nivel/inicial. - Educación primaria. - Educación secundaria. - Superior no universitaria. - Superior universitaria		

### **3-3 Materiales, técnicas e instrumentos**

#### **a) Para recolección de datos y organización de datos**

**“La Versión española del Inventario de depresión de Beck-II”<sup>28</sup>** que muestra índices de fiabilidad y validez ajustados para individuos con enfermedades mentales. El BDI-II es una herramienta de autoinforme de 21 ítems planteado para valorar el peligro de los síntomas depresivos. En cada uno de sus ítems el individuo evaluado tiene que escoger, entre cuatro opciones establecidas de menor a mayor gravedad, la expresión que relata su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. Así el manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11) propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

En el Perú se han efectuado pocos estudios para evaluar la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas.

#### **b) Interpretación de datos y resultados**

- Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

- Codificación de los datos. Se realizó la codificación en el periodo de recolección de testimonios, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en las herramientas de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

### **c) Análisis y datos, prueba de hipótesis**

Una vez que la información se recolectó en el formulario específico para el efecto, se procedió a la creación de una base de datos en el Software Excel 12.0 para Windows 8, para su posterior tratamiento y análisis en los Software SPSS 23.0. Se realizó un análisis descriptivo uni y bivariado, en donde las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en promedios y desvíos estándar. Además se realizó un análisis inferencial no paramétrico (chi cuadrado) entre las variables dependientes e independientes.

### **d) Aspectos éticos de la investigación**

La presente investigación, se realizó respetando a las personas que en ella colaboraron; así como sus conductas, ideas, costumbres, valores y creencias. Se tomaron en cuenta la siguiente pauta:

- a. Principio de beneficencia.
- b. Principio de la no modificación.
- c. Principio de la autonomía.
- d. Principio ético de justicia.
- e. Además se considera el principio de Confidencialidad, para con los participantes y la información recolectada.
- f. Aprobación por el Comité de Investigación y el Comité de Ética, en investigación del Hospital II Red asistencial Huánuco Essalud.
- g. Se empleará el Consentimiento Informado, aprobado por el Comité de Ética en investigación.

### **3.4 Cobertura del estudio**

#### **a) Población**

Todos los pacientes adultos que acudieron al consultorio externo de Dermatología del Hospital Esssalud II de Huánuco, en el 2016.

#### **Criterios de inclusión**

- ✓ Pacientes mujeres y varones, mayores de 18 años de edad y menores de 60 años.
- ✓ Diagnóstico de alguna forma de depresión.
- ✓ Pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría y Psicología.
- ✓ Pacientes sin otra patología orgánica asociada.
- ✓ Pacientes que suscribieran el respectivo consentimiento informado.

## **Criterios de exclusión**

Se excluyó a quienes adolecieron alguno de los criterios de inclusión o manifestaron su deseo de no participar en el estudio.

### **b) Muestra (*tipo de muestreo*)**

El tamaño de la muestra se calculó con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

#### **Dónde:**

**n** = El tamaño de la muestra que queremos calcular

**N** = Tamaño del universo

**Z** = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss:

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

**e** = Es el margen de error máximo que admito (5%)

**p** = Probabilidad de éxito (0.5)

**Q** = Probabilidad de fracaso (0.5)



$$n = \frac{100 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(100 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 79.50$$

Nuestra muestra será de 80 pacientes.

**Muestreo:** Probabilístico aleatorio simple, la selección de la muestra se realizó a través de la tabla de número aleatorios. Para evitar los errores al azar, en la fase de muestreo, se aumentó el tamaño de la muestra en 25%.

**Muestra:** estuvo conformado por 100 pacientes adultos, con el diagnóstico de depresión, en el año 2016.

### c) Delimitación geográfico-temporal y temática

- País: Perú
- Departamento: Huánuco
- Provincia: Huánuco
- Distrito: Amarilis
- Área: Urbana

## VALIDACIÓN CULTURAL DEL INSTRUMENTO EN SALUD

### EL PROCESO DE TRADUCCIÓN

Se realizó el instrumento, teniendo en cuenta la lectura de diversos trabajos y estudios, relacionados con nuestro tema de estudio,

con ayuda de nuestros asesores, expertos en el tema: de Dermatología, consiguiendo su equivalencia a nivel semántico, conceptual, de contenido; aplicado a nuestra cultura. Para ello, realizamos un estudio piloto (aplicamos nuestro instrumento en 20 personas que acudieron al consultorio externo de Dermatología) y consultamos con un lingüista, por vía telefónica, el cual recomendó además que añadiéramos al costado del término especializado, su equivalente coloquial (además en el caso del Inventario de depresión de Beck-II, se utilizó la adaptación cultural de la adaptación española).

## **VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS Y ESCALAS**

### **Características psicométricas de un instrumento**

Nuestro objetivo, es recoger información fáctica, por lo que la validez de contenido, se verificó por nuestros expertos en el tema.

#### **Concepto de validez**

Para medir la validez del instrumento (validez del contenido), hablamos (personalmente y telefónicamente) con expertos en las áreas de Dermatología y Estadística, entrevistamos a tres especialistas, a quienes les preguntamos: si consideran relevantes los ítems incluidos en nuestro instrumento, considerándolos adecuados, confirmando nuestra validez aparente.

Realizamos validez de criterio, correlacionando nuestro instrumento y la medida de las variables en estudio, usando como

referencia nuestra bibliografía consultada en libros y revistas de la especialidad, preparándose para estos puntos tablas que fueron colocadas como anexos, para una medida uniforme.

### Concepto de factibilidad

Evaluamos: el tiempo que se requiere para cumplimentarlo, la sencillez y la amenidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas así como el registro, la codificación y la interpretación de los resultados. Lo medimos, aplicando la encuesta a aquellos que acudieron por consulta externa a Dermatología, obteniendo 0.25 (porcentaje de respuestas no contestadas (2) y el tiempo requerido para rellenarlo (8)).

Además la percepción del paciente respecto a la facilidad de usar el cuestionario, así como la percepción del profesional respecto a su utilidad en la práctica clínica, fue adecuada.

### ANÁLISIS DE FIABILIDAD

		N	%
Casos	Válidos	20	100.0
	Excluidos(a)	0	.0
	Total	20	100.0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.831	20

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 Presentación de Resultados

Tabla N° 01.

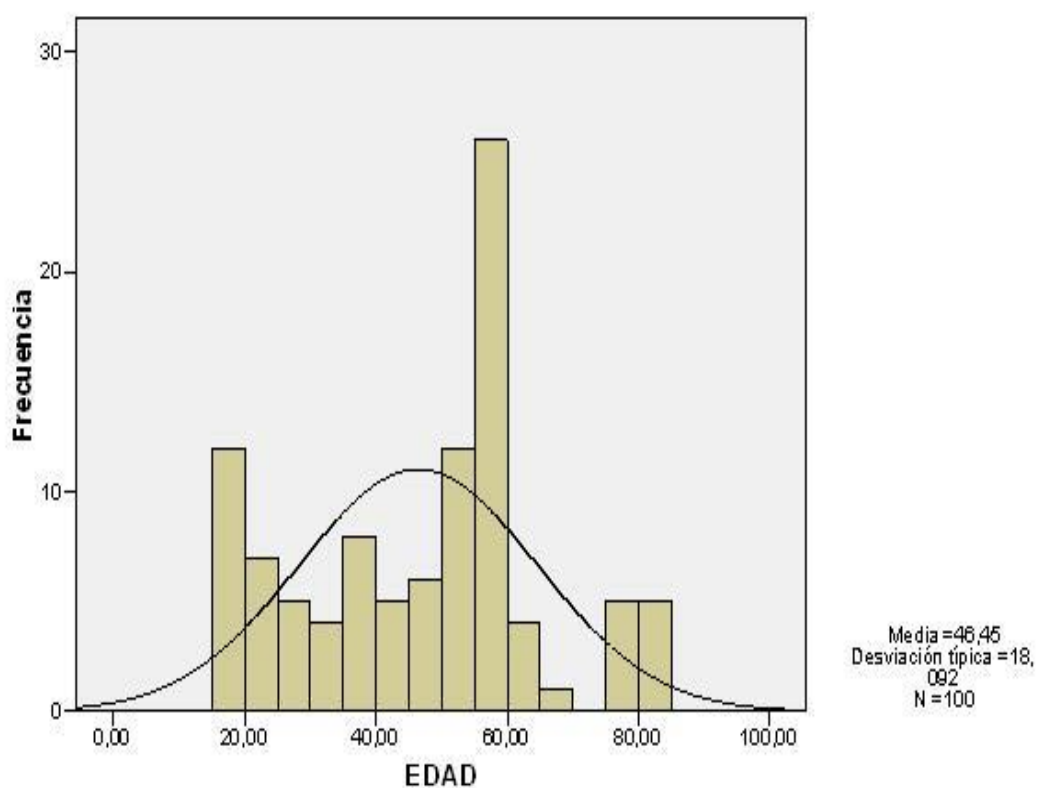
*Descripción de la distribución según edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

Estadísticos	
Edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas	
<b>Media</b>	46,45
<b>Mediana</b>	50
<b>Moda</b>	56
<b>Desviación estándar</b>	18,092
<b>Varianza</b>	327,321
<b>Rango</b>	66
<b>Mínimo</b>	18
<b>Máximo</b>	84
<b>Total de muestra</b>	3100

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De las 100 personas adultas muestreadas con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que la edad media fue de 46,45 años ( $\pm$ ) 18 , con una mediana de 50 años, la edad que más se repitió (la moda) fue de 56 años, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 84 años.



Fuente : Tabla N° 01  
Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 01.**

***Representación gráfica de la distribución de la edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría: del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

**Tabla N° 02.**

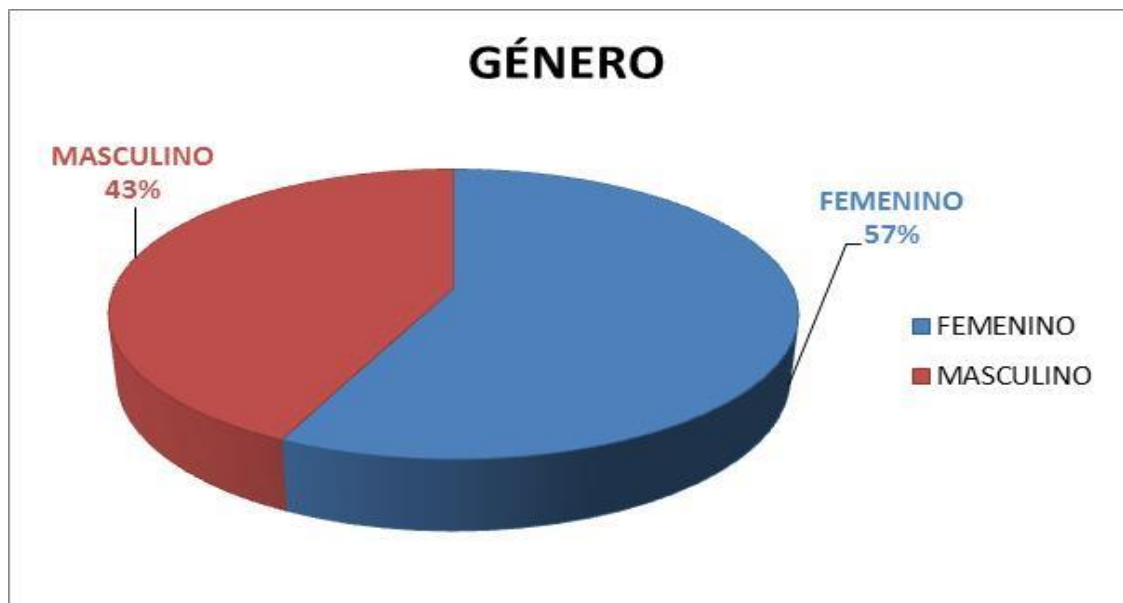
*Descripción de la distribución según género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

<b>GÉNERO</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Válido	FEMENINO	57	57,0
	MASCULINO	43	43,0
	Total	100	100,0

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De las 100 personas adultas muestreadas con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que el 57% son de género femenino y un 43% son de género masculino.



Fuente : Tabla N° 02

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 02.**

*Representación gráfica de la distribución del género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

**Tabla N° 03.**

***Descripción de la distribución según el estado civil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>ESTADO CIVIL</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Válido	CASADA(O)	34	34
	SOLTERA(O)	33	33
	DIVORCIADA(O)/SEPARADA(O)	21	21
	VIUDA(O)	9	9
	CONVIVIENTE	3	3
	Total	100	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De las 100 personas adultas muestreadas con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que el 34% son casados, el 33% solteros, el 21% divorciados o separados, el 9% viudos y un 3% son convivientes.



Fuente : Tabla N° 03  
 Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 03.**

*Representación gráfica según el estado cívil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*



**Tabla N° 04.**

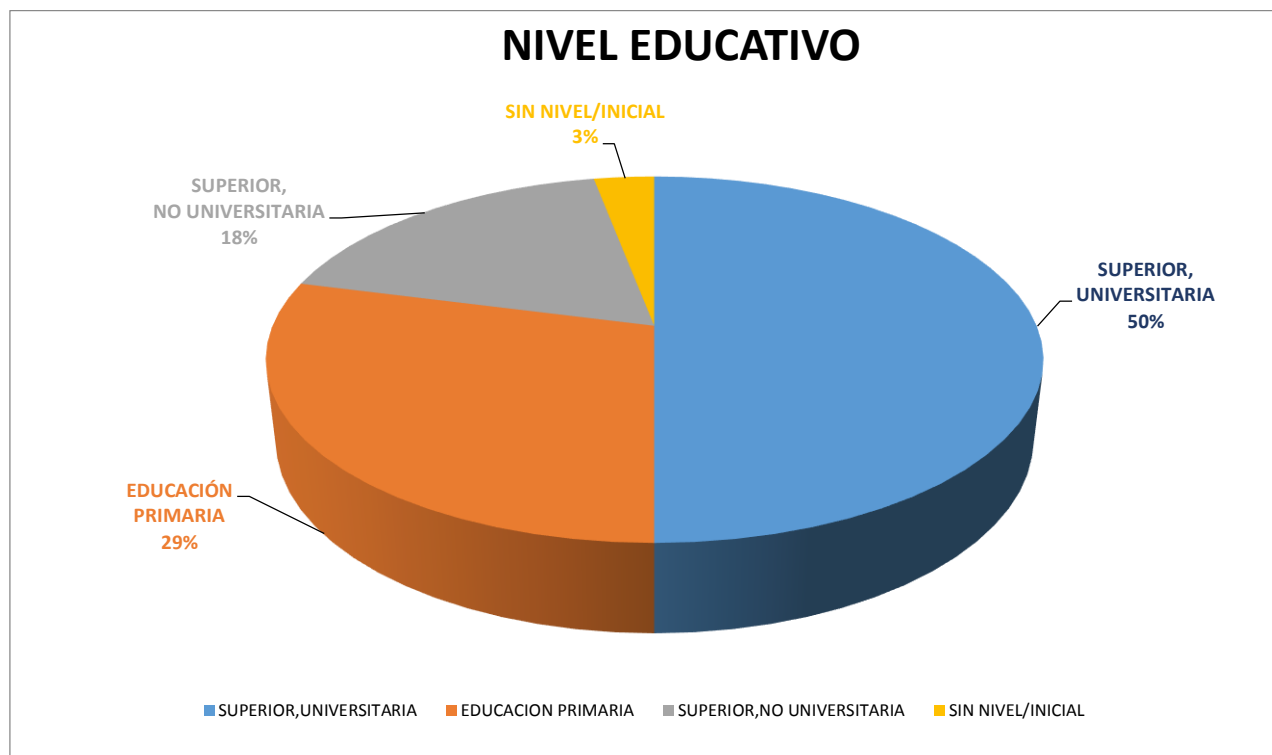
***Descripción de la distribución según nivel educativo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	SUPERIOR,UNIVERSITARIA	50 50,0
	EDUCACION PRIMARIA	29 29,0
	SUPERIOR,NO UNIVERSITARIA	18 18,0
Válido	SIN NIVEL/INICIAL	3 3,0
	Total	100 100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De las 100 personas adultas muestreadas con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que un 50% cursaron estudios Superior Universitaria; un 29% tienen una Educación Superior, No universitaria; un 18% tienen estudios en Educación Primaria y un 3 % sólo inicial/sin nivel.



Fuente : Tabla N° 04  
 Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 04.**

*Representación gráfica de la distribución, según nivel educativo, de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

**Tabla N° 05.**

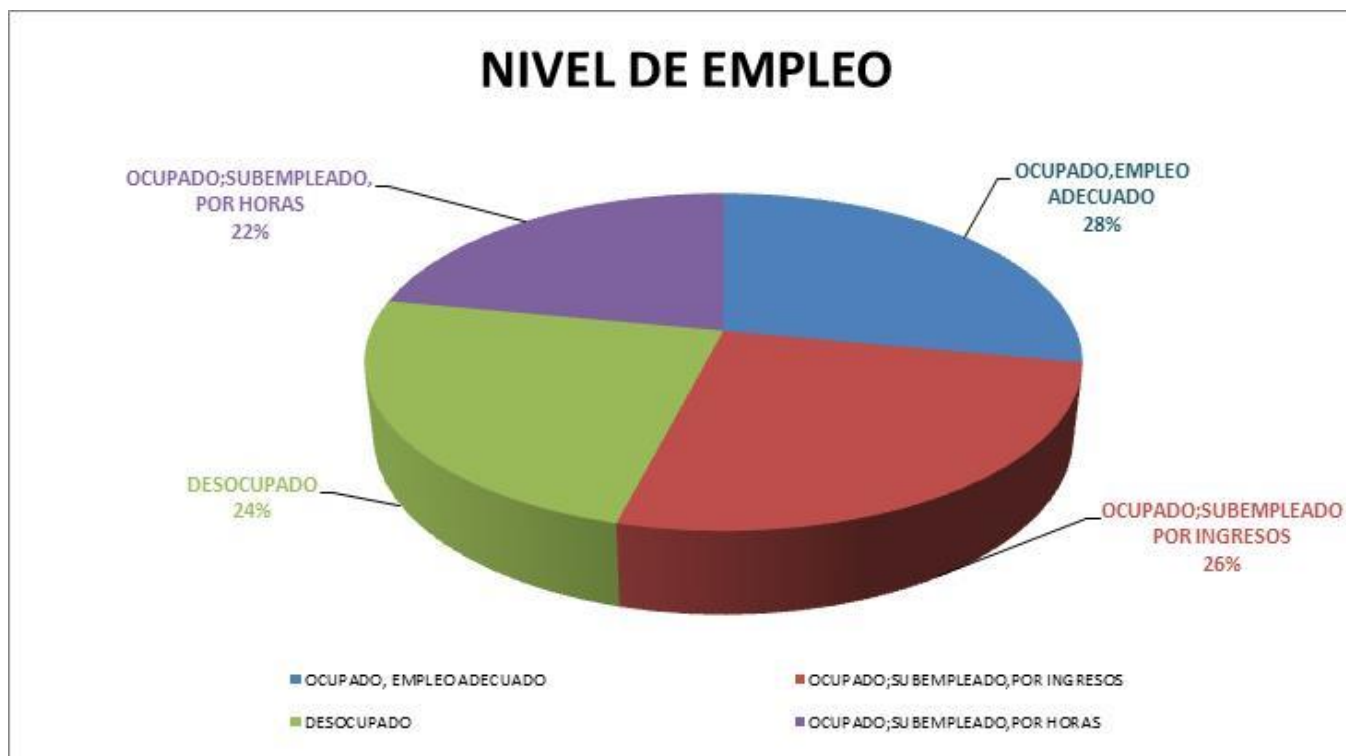
***Descripción de la distribución según el nivel de empleo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>NIVEL DE EMPLEO</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	OCUPADO, EMPLEO ADECUADO	28	28,0
	OCUPADO;SUBEMPLEADO,POR INGRESOS	26	26,0
	DESOCUPADO	24	24,0
Válido	OCUPADO;SUBEMPLEADO,POR HORAS	22	22,0
	Total	100	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De las 100 personas adultas muestreadas con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que un 28% son ocupados, con empleo adecuado; un 26% son ocupados, subempleados por ingresos; un 24% son desocupados y solo un 22% son ocupados, subempleados por horas.



**Fuente** : Tabla N° 05  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 05.**

*Representación gráfica de la distribución, según situación laboral, de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

**Tabla N° 06.**

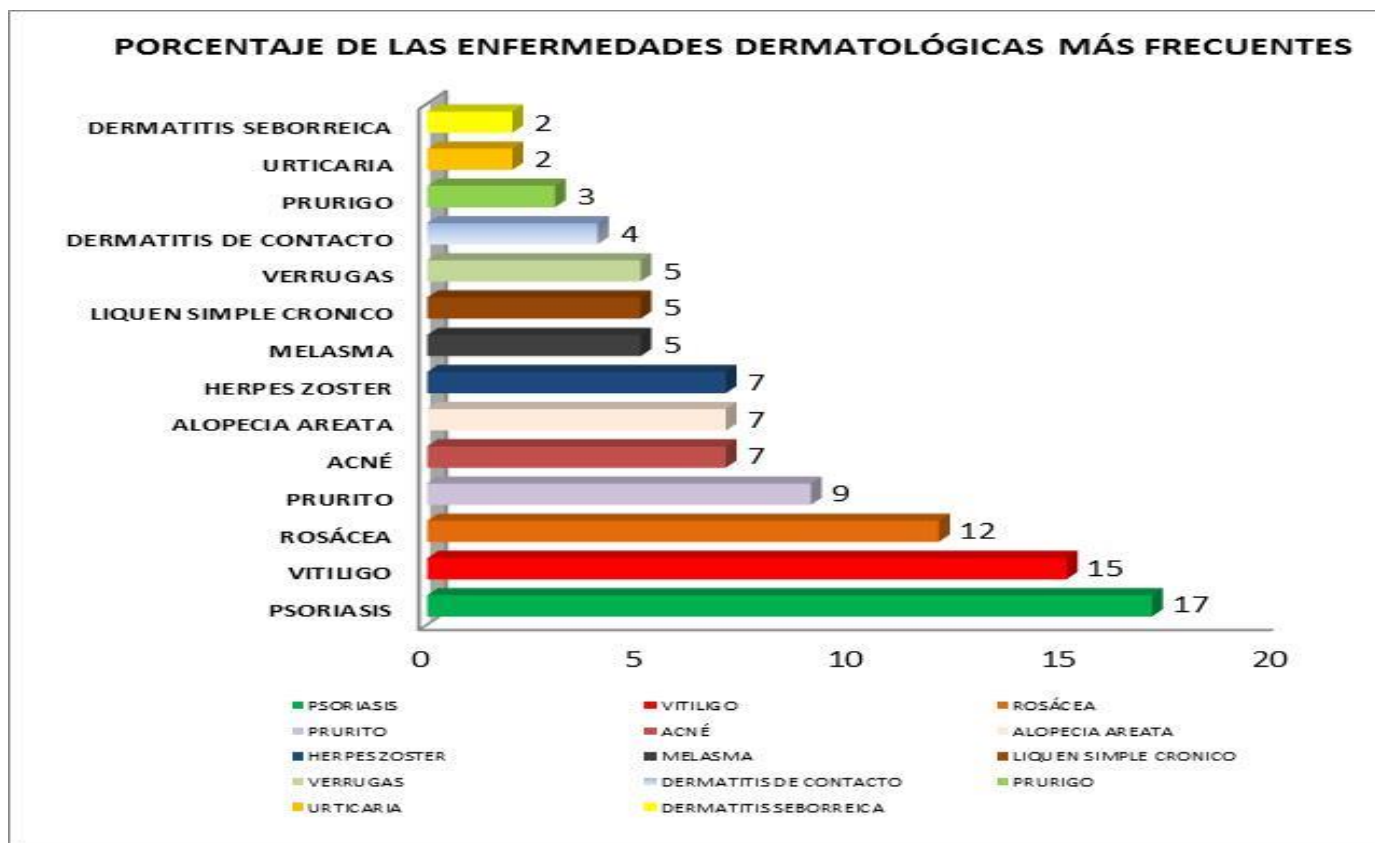
**Descripción de la distribución según las Enfermedades dermatológicas más frecuentes de los pacientes adultos que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría: del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA MÁS FRECUENTES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válido	PSORIASIS	17	17,0	17,0	17,0
	VITILIGO	15	15,0	15,0	32,0
	ROSÁCEA	12	12,0	12,0	44,0
	PRURITO	9	9,0	9,0	53,0
	ACNÉ	7	7,0	7,0	60,0
	ALOPECIA AREATA	7	7,0	7,0	67,0
	HERPES ZOSTER	7	7,0	7,0	74,0
	MELASMA	5	5,0	5,0	79,0
	LIQUEN SIMPLE CRONICO	5	5,0	5,0	84,0
	VERRUGAS	5	5,0	5,0	89,0
	DERMATITIS DE CONTACTO	4	4,0	4,0	93,0
	PRURIGO	3	3,0	3,0	96,0
	URTICARIA	2	2,0	2,0	98,0
	DERMATITIS SEBORREICA	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** Las enfermedades más comunes en pacientes adultos muestreados con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD fueron la psoriasis con un 17%; vitiligo con un 15% y rosácea con un 12%.



Fuente : Tabla N° 06  
 Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 06.**

***Representación gráfica de la distribución según las Enfermedades dermatológicas más frecuentes de los pacientes adultos, que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría: del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

**Tabla N° 07.**

***Descripción de la distribución según tiempo en meses de la enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

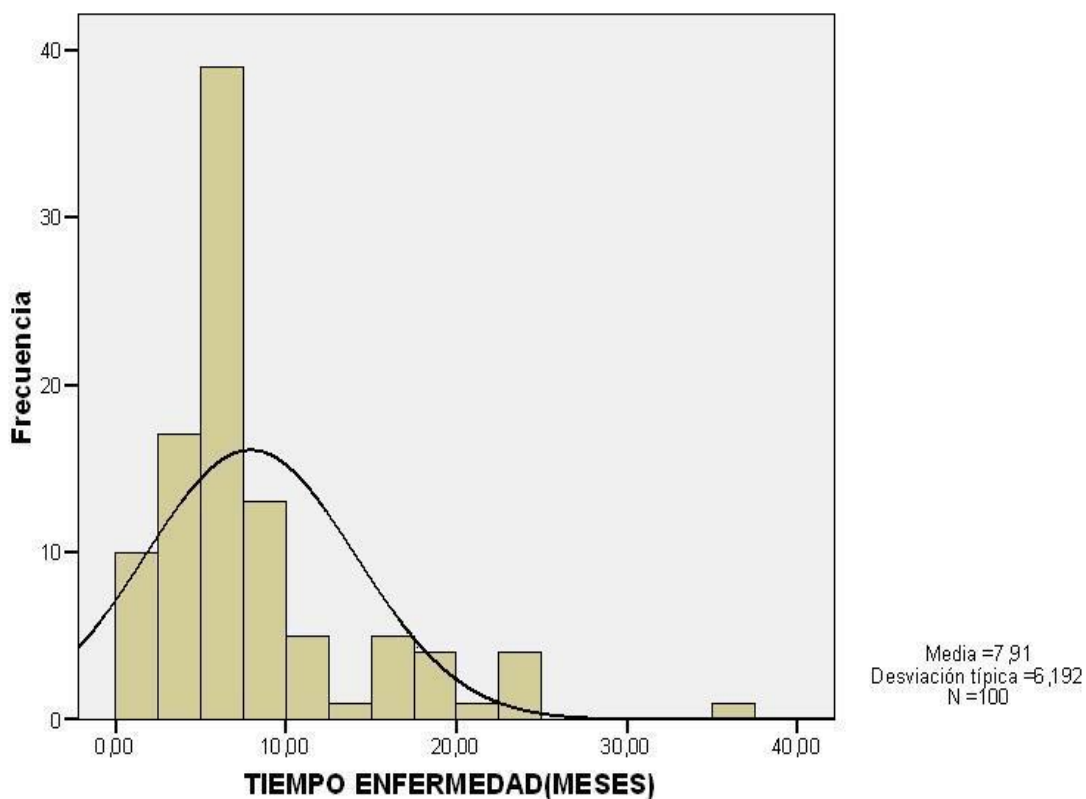
<b>Estadísticos</b>	
<b>TIEMPO DE LA ENFERMEDAD EN MESES</b>	
<b>Media</b>	7,91
<b>Mediana</b>	6,00
<b>Moda</b>	6
<b>Desviación estándar</b>	6,192
<b>Varianza</b>	38,345
<b>Rango</b>	35
<b>Mínimo</b>	1
<b>Máximo</b>	36

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De las 100 personas adultas muestreadas con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que el tiempo de la enfermedad en meses tuvo una media fue de 7,91 meses ( $\pm$ ) 6, con una mediana de 6 meses, el tiempo que más se repitió (la moda) fue de 6 meses, con un tiempo de enfermedad mínima de 01 mes y una máxima de 36 meses.

### TIEMPO ENFERMEDAD(MESES)



Fuente : Tabla N° 07  
Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

#### Figura N° 07.

**Representación gráfica de la distribución según tiempo en meses de la enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**



**Tabla N° 08.**

***Descripción de la distribución según la realización del Estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Válido	SI	38	38,0
	NO	62	62,0
	Total	100	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De los 100 pacientes adultos muestreados con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que un 38% tuvieron un estudio histopatológico y un 62% no tuvo un estudio histopatológico.



Fuente : Tabla N° 08  
Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 08.**

***Representación gráfica de la distribución según la realización del Estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

**Tabla N° 09.**

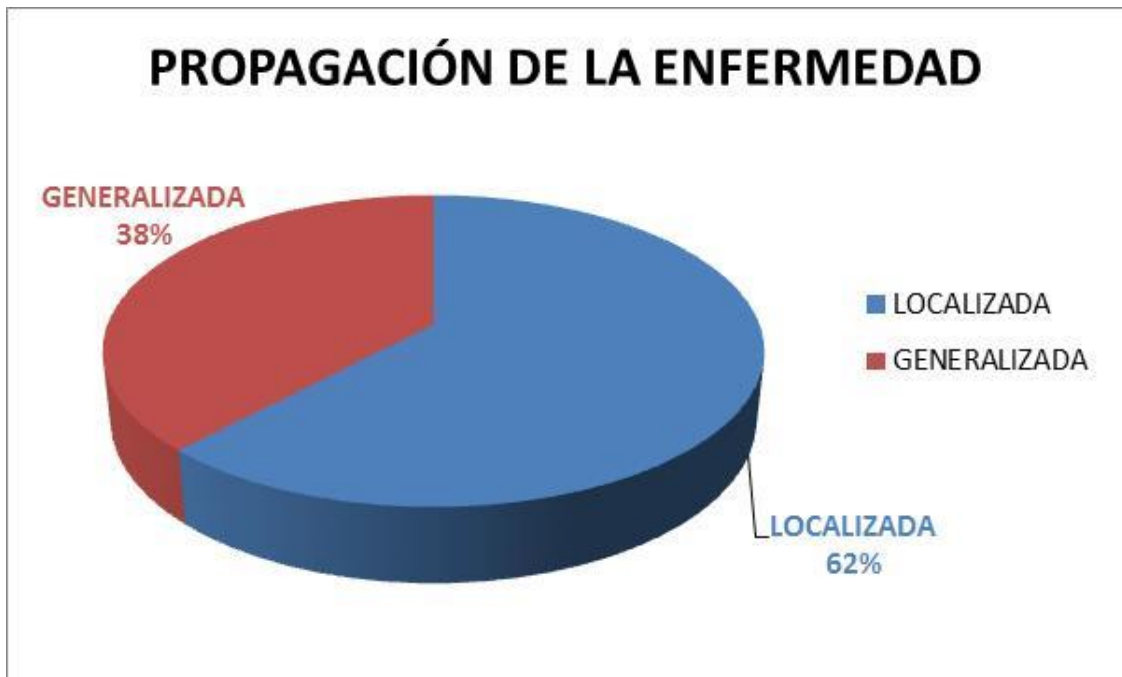
***Descripción de la distribución según la Propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Válido	LOCALIZADA	62	62,0
	GENERALIZADA	38	38,0
	Total	100	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De los 100 pacientes adultos muestreados con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que un 62% tuvo una distribución localizada de la enfermedad y un 38% tuvo una distribución generalizada de la enfermedad.



Fuente : Tabla N° 09  
 Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 09.**

*Representación gráfica de la distribución según la propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

**Tabla N° 10.**

*Descripción de la distribución según la Comorbilidad psiquiátrica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

<b>COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	TRASTORNO DEPRESIVO, MAYOR	36	36,0	36,0	36,0
	TRASTORNO DISTÍMICO	34	34,0	34,0	70,0
	TRAST. DEPRESIVO,NO ESPECIFICADO	30	30,0	30,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente** : AnexoN° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De los 100 pacientes adultos muestreados con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que un 36% tuvo un Trastorno depresivo mayor, un 34% un trastorno distímico y un 30% un trastorno depresivo, no especificado.



**Fuente** : Tabla N° 10  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 10.**

*Representación gráfica de la distribución según la Comorbilidad psiquiátrica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

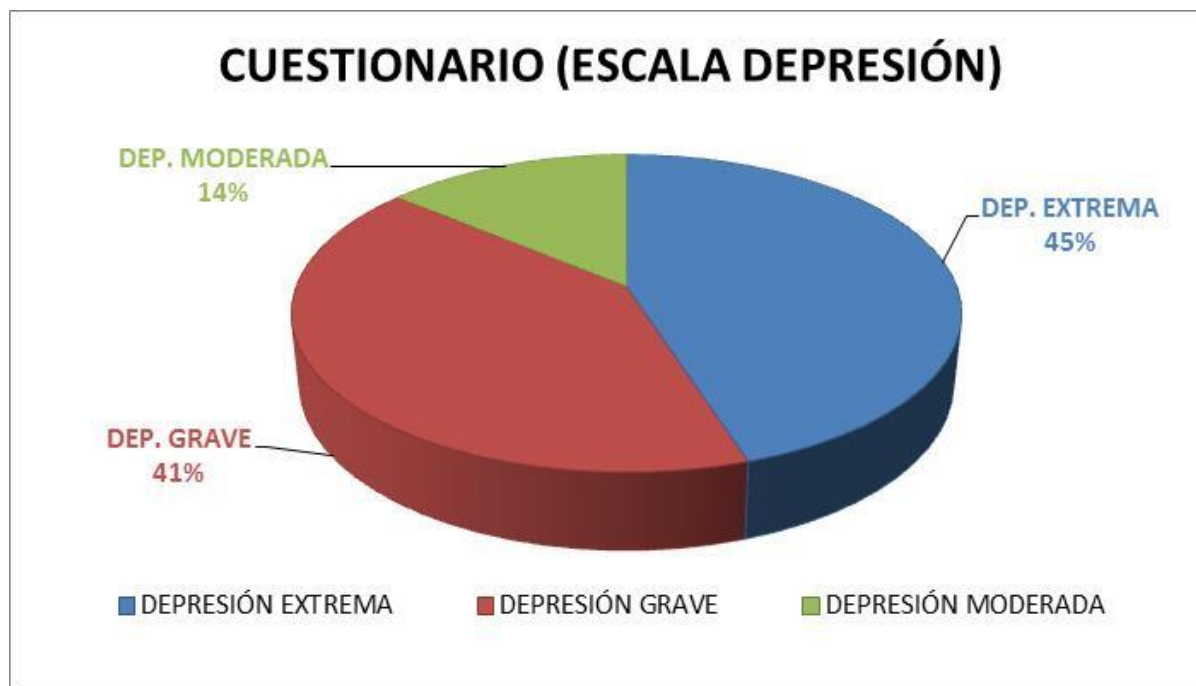
**Tabla N° 11.**

***Descripción de la distribución según la Escala de depresión (cuestionario) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>CUESTIONARIO (ESCALA DEPRESIÓN)</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	DEPRESIÓN EXTREMA	45	45,0	45,0	45,0
	DEPRESIÓN GRAVE	41	41,0	41,0	86,0
	DEPRESIÓN MODERADA	14	14,0	14,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente** : Anexo N° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** De los 100 pacientes adultos muestreados con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco se identificó que un 45% tuvo Depresión extrema, un 41% Depresión grave y un 30% Depresión moderada.



**Fuente** : Tabla N° 11  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 11.**

*Representación gráfica de la distribución según la Escala de depresión (cuestionario) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*



#### 4.2 Análisis y organización de datos (verificación o contrastación de las hipótesis, objetivos y problema [en coherencia])

Tabla N° 12.

*Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, referidos del Servicio de Psiquiatría, del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

Correlaciones				
			Edad	Comorbilidad psiquiátrica
tau_b de Kendall	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	0,016
		<b>Sig. (bilateral)</b>	.	<b>0,839</b>
		N	100	100
	Comorbilidad psiquiátrica	Coeficiente de correlación	0,016	1,000
		<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>0,839</b>	.
		N	100	100

Fuente : Anexo N° 12

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la edad de los pacientes con un nivel significación menor de 0.05. Ya que la significación asintótica bilateral es de 0,016 (tau\_b de Kendall) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula, lo cual quiere decir que, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la edad de los pacientes.

**Tabla N° 13.**

***Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>Comorbilidad Psiquiátrica.*Género tabulación cruzada</b>					
		<b>Género</b>		<b>Total</b>	
		<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>		
Comorbilidad psiquiátrica.	TRAST, DISTÍMICO	Recuento	16	18	34
		% de GÉNERO	28,1	41,9	34,0
	T. DEPRESIVO, NO ESP.	Recuento	17	13	30
		% de GÉNERO	29,8	30,2	30,0
	TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	24	12	36
		% de GÉNERO	42,1	27,9	36,0
<b>Total</b>		Recuento	57	43	100
		% de GÉNERO	100,0	100,0	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Comorbilidad Psiquiátrica.*Género)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>GI</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	2,745 <sup>a</sup>	2	0,254
Razón de verosimilitud	2,764	2	0,251
Asociación lineal por lineal	2,717	1	0,099
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,90.

**Fuente** : Anexo N° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el género con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,254 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el género.

**Tabla N° 14.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el estado civil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

		Estado Civil					Total	
		SOLTERA(O)	CASADA(O)	CONVIVIENTE	DIVORCIADA(O)/ SEPARADA(O)	VIUDA(O)		
Comorbilidad psiquiátrica.	TRAST, DISTÍMICO	Recuento	15	12	2	3	2	8
		% de ESTADO CIVIL	45,5%	35,3%	66,7%	14,3%	22,2%	11,4%
	T. DEPRESIVO	Recuento	4	14	1	8	3	30
	, NO ESP.	% de ESTADO CIVIL	12,1%	41,2%	33,3%	38,1%	33,3%	30,0%
	TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	14	8	0	10	4	34
		% de ESTADO CIVIL	42,4%	23,5%	,0%	47,6%	44,4%	36,0%
	<b>Total</b>	Recuento	33	34	3	21	9	100
		% de ESTADO CIVIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
							%	

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Comorbilidad psiquiátrica.*Estado Cívil)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>GI</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	14,327 <sup>a</sup>	8	0,074
Razón de verosimilitud	16,5752	8	0,033
Asociación lineal por lineal	2,528	1	0,112
N de casos válidos	100		

a. 6 casillas (40,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,90.

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el estado cívil con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,074 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el estado civil.

**Tabla N° 15.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el nivel de educación de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

<b>Comorbilidad psiquiátrica.*Nivel de educación tabulación cruzada</b>							
		<b>Situación laboral</b>				<b>Total</b>	
		<b>SUPERIOR,UNI VERSITARIA</b>	<b>SUPERIOR,NO UNIVERSITARIA</b>	<b>EDUCACION PRIMARIA</b>	<b>SIN NIVEL/INICIAL</b>		
Comorbilidad psiquiátrica.	TRASTORNO	Recuento	20	7	6	1	34
	DISTIMICO	% de NIVEL EDUCATIVO	40,0%	38,9%	20,7%	33,3%	34,0%
	T.DEPRESIVO,	Recuento	11	7	10	2	30
	NO ESPECIF.	% de NIVEL EDUCATIVO	22,0%	38,9%	34,5%	66,7%	30,0%
	TRAST.	Recuento	19	4	13	0	36
	DEPRESIVO	% de NIVEL EDUCATIVO	38,0%	22,2%	44,8%	0%	36,0%
	MAYOR						
	<b>Total</b>	Recuento	50	18	29	3	100
	% de NIVEL EDUCATIVO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Comorbilidad psiquiátrica.*Nivel de educación)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	7,959 <sup>a</sup>	6	0,241
Razón de verosimilitud	9,067	6	0,170
Asociación lineal por lineal	1,012	1	0,314
N de casos válidos	100		
a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,90.			
<b>Fuente</b>	: Anexo N° 01		
<b>Elaboración</b>	: Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.		

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la situación laboral con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,241 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la situación laboral.

**Tabla N° 16.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el nivel de empleo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

		Comorbilidad psiquiátrica.*Nivel de empleo tabulación cruzada				Total	
		Nivel de empleo					
		OCUPADO,EMPLE O ADECUADO	OCUPADO;SUBEMPLEADO ,POR HORAS	OCUPADO;SUBEMPLEADO .POR INGRESOS	DESOCUPADO		
Comorbilidad psiquiátrica.	TRASTORNO	Recuento	11	8	8	7	34
	DISTIMICO	% de NIVEL DE EMPLEO	39,3%	36,4%	30,8%	29,2%	34,0%
	T.DEPRESIVO,	Recuento	8	6	10	6	30
	NO ESPECIF.	% de NIVEL DE EMPLEO	28,6%	27,3%	38,5%	25,0%	30,0%
	TRAST.	Recuento	9	8	8	11	36
	DEPRESIVO MAYOR	% de NIVEL DE EMPLEO	32,1%	36,4%	30,8%	45,8%	36,0%
Total		Recuento	28	22	26	24	100
		% de NIVEL DE EMPLEO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.



<b>Pruebas de chi-cuadrado (Comorbilidad psiquiátrica.*Nivel de empleo)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	2,364 <sup>a</sup>	6	0,883
Razón de verosimilitud	2,289	6	0,891
Asociación lineal por lineal	0,906	1	0,341
N de casos válidos	100		
a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,60.			
<b>Fuente</b>	: Anexo N° 01		
<b>Elaboración</b>	: Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.		

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el nivel de empleo con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,883 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el nivel de empleo.

**Tabla N° 17.**

***Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el tiempo de la enfermedad (meses) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>Correlaciones</b>				
			<b>Comorbilidad psiquiátrica</b>	<b>Tiempo de enfermedad (meses)</b>
Tau_b de Kendall	Comorbilidad psiquiátrica	Coeficiente de correlación	1,000	0,091
		<b>Sig. (bilateral)</b>	.	<b>0,258</b>
			N	100
	Tiempo de enfermedad (meses)	Coeficiente de correlación	0,091	1,000
<b>Sig. (bilateral)</b>		<b>0,258</b>	.	
		N	100	

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el tiempo de enfermedad (meses) de los pacientes con un nivel significación menor de 0,05. Ya que la significación asintótica bilateral es de 0,091 (tau\_b de Kendall) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el tiempo de enfermedad (meses) de los pacientes. Es decir no existe correlación.

Tabla N° 18.

*Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

Comorbilidad Psiquiátrica.*Estudio histopatológico tabulación cruzada					
			Histopatología		Total
			FEMENINO	MASCULINO	
Comorbilidad psiquiátrica.	TRAST, DISTÍMICO	Recuento	6	28	34
		% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	17,6	82,4	100,0
	T. DEPRESIVO, NO ESP.	Recuento	16	14	30
		% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	53,3	46,7	100,0
	TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	16	20	36
		% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	44,4	55,6	100,0
	Total	Recuento	38	62	100
		% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	38,0	62,0	100,0

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Comorbilidad Psiquiátrica.*Estudio histopatológico)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	9,606 <sup>a</sup>	2	0,008
Razón de verosimilitud	10,208	2	0,006
Asociación lineal por lineal	5,128	1	0,024
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,40.

**Fuente** : Anexo N° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el estudio histopatológico con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,008 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el estudio histopatológico.

Tabla N° 19.

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

<b>Comorbilidad Psiquiátrica.*Propagación de la enfermedad tabulación cruzada</b>					
		<b>Propagación enfermedad</b>		<b>Total</b>	
		<b>LOCALIZADA</b>	<b>GENERALIZADA</b>		
Comorbilidad psiquiátrica.	TRAST, DISTÍMICO	Recuento	30	4	34
		% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	88,2	11,8	100,0
	T. DEPRESIVO, NO ESP.	Recuento	15	15	30
		% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	50,0	50,0	100,0
	TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	17	19	36
		% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	47,2	52,8	100,0
<b>Total</b>		Recuento	62	38	100
		% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	62,0	38,0	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Comorbilidad Psiquiátrica.*Propagación de la enfermedad)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	15,103 <sup>a</sup>	2	0,001
Razón de verosimilitud	16,798	2	0,000
Asociación lineal por lineal	12,180	1	0,000
N de casos válidos	100		
a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,40.			

**Fuente** : Anexo N° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la propagación de la enfermedad con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,001 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la propagación de la enfermedad.

Tabla N° 20.

*Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA														Total
		ACNE	ALOPECIA AREATA	DERMATITIS DE CONTACTO	PRURITO	PSORIASIS	URTICARIA	VITILIGO	VERRUGAS	HERPES ZOSTER	LIQUEN SIMPLE CRÓNICO	PRÚRIGO	DERMATITIS SEBORREI	ROSÁCEA	MELASMA	
TRAST. DISTÍMICO	Recuento	4	2	1	3	1	0	5	3	3	2	0	2	5	3	34
	Recuento esperado	11,8	5,9	2,9	8,80	2,90	0,0	14,7	8,80	8,80	5,90	0,0	5,90	14,7	8,8	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	0	3	2	2	7	1	3	1	1	3	1	0	4	2	30
	Recuento esperado	0,0	10,00	6,70	6,70	23,30	3,30	10,0	3,30	3,30	10,0	3,30	0,0	13,30	6,70	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	3	2	1	4	9	1	7	1	3	0	2	0	3	0	36
	Recuento esperado	8,3	5,6	2,8	11,10	25,0	2,80	19,40	2,80	8,30	0,0	5,60	0,0	8,30	0,0	100,0
	Recuento	7	7	4	9	17	2	15	5	7	5	3	2	12	5	
	Recuento esperado	7,0	7,0	4,0	9,0	17,0	2,0	15,0	5,0	7,0	5,0	3,0	2,0	12,0	5,0	100,0

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

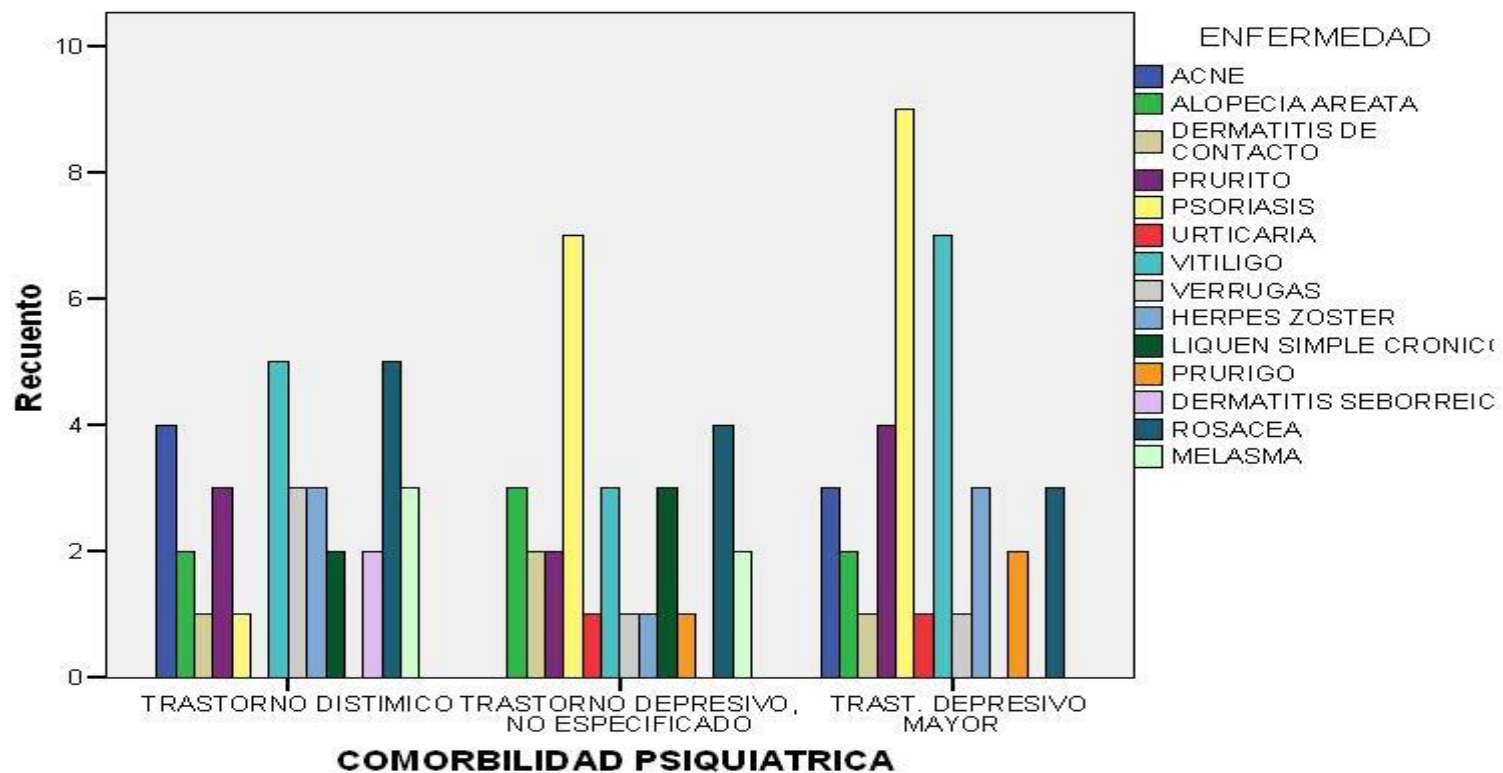
<b>Pruebas de chi-cuadrado (comorbilidad psiquiátrica.*tipo de enfermedad dermatológica)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. Asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	28,031 <sup>a</sup>	26	0,357
Razón de verosimilitud	36,752	26	0,079
Asociación lineal por lineal	3,118	1	0,077
N de casos válidos	100		

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el tipo de enfermedad dermatológica con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de ,357 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el tipo de enfermedad dermatológica.





Fuente : Tabla N° 20  
 Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Grafico N° 12.**

**Representación gráfica de la distribución según comorbilidad psiquiátrica y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

**Tabla N° 21.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el acné de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		ACNE		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	4	30	34
	% Enfermedad	11,8	88,2	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	0	30	30
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	3	33	36
	% Enfermedad	8,3	91,7	100,0
	Recuento	7	93	100
	% Enfermedad	7,0	93,0	100,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,542 <sup>a</sup>	2	0,170
Razón de verosimilitud	5,445	2	0,066
Asociación lineal por lineal	0,282	1	0,595
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el acné con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,170 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el acné.

Tabla N° 22.

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la alopecia areata de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		ALOPECIA AREATA		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	2	32	34
	% Enfermedad	5,9	94,1	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	3	27	30
	% Enfermedad	10,0	90,0	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	2	34	36
	% Enfermedad	5,6	94,4	100,0
	Recuento	7	93	100
	% Enfermedad	7,0	93,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,595 <sup>a</sup>	2	0,743
Razón de verosimilitud	0,562	2	0,755
Asociación lineal por lineal	0,004	1	0,948
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la alopecia areata con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,743 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la alopecia areata.

**Tabla N° 23.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el prurito de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		PRURITO		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	3	31	34
	% Enfermedad	8,8	91,2	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	2	28	30
	% Enfermedad	6,7	93,3	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	4	32	36
	% Enfermedad	11,1	88,9	100,0
	Recuento	9	91	100
	% Enfermedad	9,0	91,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,397 <sup>a</sup>	2	0,820
Razón de verosimilitud	0,402	2	0,818
Asociación lineal por lineal	0,116	1	0,733
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el prurito con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,820 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el prurito.

**Tabla N° 24.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la psoriasis de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		PSORIASIS		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	1	33	34
	% Enfermedad	2,9	97,1	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	7	23	30
	% Enfermedad	23,3	76,7	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	9	27	36
	% Enfermedad	25,0	75,0	100,0
		17	83	100
		17,0	83,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,248 <sup>a</sup>	2	0,027
Razón de verosimilitud	9,070	2	0,011
Asociación lineal por lineal	5,885	1	0,015
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01  
 Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la psoriasis con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,027 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la psoriasis.

**Tabla N° 25.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la urticaria de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSQUIÁTRICA		URTICARIA		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	0	34	34
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	1	29	30
	% Enfermedad	3,3	96,7	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	1	35	36
	% Enfermedad	2,8	97,2	100,0
	Recuento	2	98	100
	% Enfermedad	2,0	98,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,077 <sup>a</sup>	2	0,584
Razón de verosimilitud	1,700	2	0,427
Asociación lineal por lineal	0,665	1	0,415
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la urticaria con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,584 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la urticaria.

**Tabla N° 26.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el vitiligo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSQUIÁTRICA		VITILÍGO		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	5	29	34
	% Enfermedad	14,7	85,3	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	3	27	30
	% Enfermedad	10,0	90,0	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	7	20	36
	% Enfermedad	19,4	80,6	100,0
		15	85	100
		15,0	85,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,148 <sup>a</sup>	2	0,563
Razón de verosimilitud	1,174	2	0,556
Asociación lineal por lineal	0,321	1	0,571
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el vitiligo con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,563 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el vitiligo.

Tabla N° 27.

*Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el herpes zoster de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

COMORBILIDAD PSQUIÁTRICA		HERPES ZOSTER		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	3	31	34
	% Enfermedad	8,8	91,2	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	1	29	30
	% Enfermedad	3,3	96,7	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	3	33	36
	% Enfermedad	8,3	91,7	100,0
	Recuento	7	93	100
	% Enfermedad	7,0	93,0	100,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,892 <sup>a</sup>	2	0,640
Razón de verosimilitud	1,013	2	0,603
Asociación lineal por lineal	0,004	1	0,948
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el herpes zoster con un nivel significación menor de 0, 05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,640 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el herpes zoster.



**Tabla N° 28.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el liquen simple crónico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		LIQUEN SIMPLE CRÓNICO		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	2	32	34
	% Enfermedad	5,9	94,1	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	3	27	30
	% Enfermedad	10,0	90,0	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	0	36	36
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
	Recuento	5	95	100
	% Enfermedad	5,0	95,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,529 <sup>a</sup>	2	0,171
Razón de verosimilitud	4,985	2	0,083
Asociación lineal por lineal	1,314	1	0,252
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el liquen simple crónico con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,171 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el liquen simple crónico.

**Tabla N° 29.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el prurigo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSQUIÁTRICA		PRÚRIGO		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	0	34	34
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	1	29	30
	% Enfermedad	3,3	96,7	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	2	34	36
	% Enfermedad	5,6	94,4	100,0
	Recuento	3	97	100
	% Enfermedad	3,0	97,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,871 <sup>a</sup>	2	0,392
Razón de verosimilitud	2,731	2	0,255
Asociación lineal por lineal	1,830	1	0,176
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el prurigo con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,392 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el prurigo.

**Tabla N° 30.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la dermatitis seborreica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		DERMATITIS SEBORREICA		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	2	32	34
	% Enfermedad	5,9	94,1	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	0	30	30
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	0	36	36
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
	Recuento	2	98	100
	% Enfermedad	2,0	98,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,962 <sup>a</sup>	2	0,138
Razón de verosimilitud	4,395	2	0,111
Asociación lineal por lineal	3,005	1	0,083
N de casos válidos	100		
Fuente	: Anexo N° 01		
Elaboración	: Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.		

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la dermatitis seborreica con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,138 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la dermatitis seborreica.

**Tabla N° 31.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y la rosácea de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		ROSÁCEA		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	5	29	34
	% Enfermedad	14,7	85,3	100,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	4	26	30
	% Enfermedad	13,3	86,7	100,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	3	33	36
	% Enfermedad	8,3	91,7	100,0
	Recuento	12	88	100
	% Enfermedad	12,0	88,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,745 <sup>a</sup>	2	0,689
Razón de verosimilitud	0,777	2	0,678
Asociación lineal por lineal	0,672	1	0,412
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la rosácea con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,689 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la rosácea.

**Tabla N° 32.**

**Relación entre comorbilidad psiquiátrica y el melasma de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA		MELASMA		
		SI	NO	Total
TRASTORNO DISTÍMICO	Recuento	3	31	34
	% Enfermedad	8,8	91,2	34,0
TRAST. DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	Recuento	2	28	30
	% Enfermedad	6,7	93,3	30,0
TRAST. DEPRESIVO MAYOR	Recuento	0	36	36
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
	Recuento	5	95	100
	% Enfermedad	5,0	95,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,117 <sup>a</sup>	2	0,210
Razón de verosimilitud	4,714	2	0,095
Asociación lineal por lineal	2,863	1	0,091
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el melasma con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,210 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el melasma,

**Tabla N° 33.**

***Relación entre cuestionario de depresión y la edad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, referidos del Servicio de Psiquiatría, del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.***

<b>Correlaciones</b>				
		<b>Edad</b>	<b>Cuestionario de depresión</b>	
tau_b de Kendall	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	0,019
		<b>Sig. (bilateral)</b>	.	<b>0,814</b>
		N	100	100
	Cuestionario de depresión	Coeficiente de correlación	0,019	1,000
		<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>0,814</b>	.
		N	100	100

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la edad de los pacientes con un nivel significación menor de 0,05. Ya que la significación asintótica bilateral es de 0,019 (tau\_b de Kendall) lo cual es mayor a 0.05 por ende se acepta la hipótesis nula, lo cual quiere decir que, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y la edad de las pacientes.

**Tabla N° 34.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el género de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

<b>Cuestionario de depresión.*Género tabulación cruzada</b>					
		<b>Género</b>		<b>Total</b>	
		<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>		
Cuestionario de depresión.	DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	4	10	14
		% de GÉNERO	28,6	71,4	100,0
	DEPRESIÓN GRAVE	Recuento	27	14	41
		% de GÉNERO	65,9	34,1	100,0
	DEPRESIÓN EXTREMA	Recuento	26	19	45
		% de GÉNERO	57,8	42,2	100,0
	<b>Total</b>	Recuento	57	43	100
		% de GÉNERO	57,0	43,0	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Cuestionario de depresión.*Género)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	5,939 <sup>a</sup>	2	0,051
Razón de verosimilitud	5,977	2	0,050
Asociación lineal por lineal	1,533	1	0,216
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,02.

**Fuente** : Anexo N° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el género con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,051 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad psiquiátrica y el género.



**Tabla N° 35.**

**Relación entre cuestionario de depresión y el estado cívil de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

		Estado Cívil					Total	
		SOLTERA(O)	CASADA(O)	CONVIVIENTE	DIVORCIADA(O)/ SEPARADA(O)	VIUDA(O)		
Cuestionario de depresión.	DEPRESION MODERADA	Recuento	5	8	0	0	1	14
		% de ESTADO CIVIL	15,2%	23,5%	,0%	,0%	11.1%	14,0%
	DEPRESION GRAVE	Recuento	17	8	2	10	4	41
		% de ESTADO CIVIL	51,5%	23,5%	66,7%	47,6%	44.4%	41,0%
	DEPRESION EXTREMA	Recuento	11	18	1	11	4	45
		% de ESTADO CIVIL	33,3%	52,9%	33,3%	52,4%	44.4%	45,0%
Total		Recuento	33	34	3	21	9	100
		% de ESTADO CIVIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Cuestionario de depresión.*Estado Cívil)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	11,624 <sup>a</sup>	8	0,169
Razón de verosimilitud	14,9862	8	0,059
Asociación lineal por lineal	2,088	1	0,149
N de casos válidos	100		
a. 9 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,42.			
<b>Fuente</b>	: Anexo N° 01		
<b>Elaboración</b>	: Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.		

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el estado cívil con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,169 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el estado civil.

**Tabla N° 36.**

*Relación entre el cuestionario de depresión y el nivel de educación de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.*

		Cuestionario de depresión.*Nivel de educación tabulación cruzada				Total	
		Situación laboral					
		SUPERIOR,UNI VERSITARIA	SUPERIOR,NO UNIVERSITARIA	EDUCACION PRIMARIA	SIN NIVEL/INICIAL		
Cuestionario de depresión.	DEPRESION MODERADA	Recuento	8	4	1	1	14
		% de NIVEL EDUCATIVO	16,0%	22,2%	3,4%	33,3%	14,0%
	DEPRESION GRAVE	Recuento	21	8	11	1	41
		% de NIVEL EDUCATIVO	42,0%	44,4%	37,9%	33,3%	41,0%
	DEPRESION EXTREMA	Recuento	21	6	17	1	45
		% de NIVEL EDUCATIVO	42,0%	33,3%	58,6%	33,3%	45,0%
Total		Recuento	50	18	29	3	100
		% de NIVEL EDUCATIVO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Cuestionario de depresión.*Nivel de educación)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	6,224 <sup>a</sup>	6	0,399
Razón de verosimilitud	6,834	6	0,336
Asociación lineal por lineal	1,988	1	0,159
N de casos válidos	100		

a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,42.

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la situación laboral con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,399 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y la situación laboral.

**Tabla N° 37.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el nivel de empleo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

		Cuestionario de depresión.*Nivel de empleo tabulación cruzada				Total	
		Nivel de empleo					
		OCUPADO,EMPL EO ADECUADO	OCUPADO;SUBEMPLEAD O,POR HORAS	OCUPADO;SUBEMPLEADO. POR INGRESOS	DESOCUPADO		
	DEPRESION MODERADA	Recuento	6	2	5	1	14
		% de NIVEL DE EMPLEO	21,4%	9,1%	19,2%	4,2%	14,0%
Cuestionario de depresión..	DEPRESION GRAVE	Recuento	12	10	8	11	41
		% de NIVEL DE EMPLEO	42,9%	45,5%	30,8%	45,8%	41,0%
	DEPRESION EXTREMA	Recuento	10	10	13	12	45
		% de NIVEL DE EMPLEO	35,7%	45,5%	50,0%	50,0%	45,0%
Total		Recuento	28	22	26	24	100
		% de NIVEL DE EMPLEO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Cuestionario de depresión.*Nivel de empleo)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	5,394 <sup>a</sup>	6	0,494
Razón de verosimilitud	5,963	6	0,427
Asociación lineal por lineal	2,144	1	0,143
N de casos válidos	100		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,08.

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el nivel de empleo con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,494 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el nivel de empleo.

**Tabla N° 38.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el tiempo de la enfermedad (meses) de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

<b>Correlaciones</b>				
			<b>Cuestionario de depresión</b>	<b>Tiempo de enfermedad (meses)</b>
Tau_b de Kendall	Tiempo de enfermedad (meses)	Coeficiente de correlación	1,000	0,111
		<b>Sig. (bilateral)</b>	.	<b>0,177</b>
		N	100	100
	Cuestionario de depresión	Coeficiente de correlación	0,111	1,000
		<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>0,177</b>	.
		N	100	100

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el tiempo de enfermedad (meses) de los pacientes con un nivel significación menor de 0,05. Ya que la significación asintótica bilateral es de 0,111 (tau\_b de Kendall) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el tiempo de enfermedad (meses) de los pacientes. Es decir no existe correlación.

**Tabla N° 39.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el estudio histopatológico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

<b>Cuestionario de depresión.*Estudio histopatológico tabulación cruzada</b>						
			<b>Histopatología</b>		<b>Total</b>	
			<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>		
Cuestionario de depresión.	DEPRESION MODERADA	Recuento	1	13	14	
		% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	7,1	92,9	100,0	
	DEPRESION GRAVE	Recuento	14	27	41	
		% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	34,1	65,9	100,0	
	DEPRESION EXTREMA	Recuento	23	22	45	
		% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	51,1	48,9	100,0	
	Total		Recuento	38	62	100
			% de ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	38,0	62,0	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.



<b>Pruebas de chi-cuadrado (Cuestionario de depresión.*Estudio histopatológico)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	9,200 <sup>a</sup>	2	0,010
Razón de verosimilitud	10,603	2	0,005
Asociación lineal por lineal	8,886	1	0,003
N de casos válidos	100		
a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,32.			

**Fuente** : Anexo N° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el estudio histopatológico con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,010 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el estudio histopatológico.

**Tabla N° 40.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y la propagación de la enfermedad de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

<b>Cuestionario de depresión.*Propagación de la enfermedad tabulación cruzada</b>					
			<b>Propagación enfermedad</b>		<b>Total</b>
			<b>LOCALIZADA</b>	<b>GENERALIZADA</b>	
Cuestionario de depresión.	DEPRESION MODERADA	Recuento	13	1	14
		% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	21,0	2,6	14,0
	DEPRESION GRAVE	Recuento	32	9	41
		% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	51,6	23,7	41,0
	DEPRESION EXTREMA	Recuento	17	28	45
		% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	27,4	73,7	45,0
		Recuento	62	38	100
	<b>Total</b>	% de PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD	100,0	100,0	100,0

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (Cuestionario de depresión.*Propagación de la enfermedad)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	21,347 <sup>a</sup>	2	0,000
Razón de verosimilitud	22,785	2	0,000
Asociación lineal por lineal	19,708	1	0,000
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,32.

**Fuente** : Anexo N° 01  
**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la propagación de la enfermedad con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,000 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y la propagación de la enfermedad.

**Tabla N° 41.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESIÓN		ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA														Total
		ACNE	ALOPECIA AREATA	DERMATITIS DE CONTACTO	PRURITO	PSORIASIS	URTICARIA	VITILIGO	VERRUGAS	HERPES ZOSTER	LIQUEN SIMPLE CRÓNICO	PRURIGO	DERMATITIS SEBORREICA	ROSÁCEA	MELASMA	
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	0	0	1	0	0	4	1	2	0	0	0	3	3	14
	Recuento esperado	0,0	0,0	0,0	7,10	0,0	0,00	28,60	7,10	14,30	0,0	0,00	0,0	21,40	21,4	100,0
DEPRESIÓN GRAVE	Recuento	4	5	2	1	4	0	2	1	4	5	1	2	8	2	41
	Recuento esperado	9,80	12,2	4,90	2,40	9,80	0,00	4,90	2,40	9,80	12,20	2,40	4,90	19,50	4,90	100,0
DEPRESIÓN EXTREMA	Recuento	3	2	2	7	13	2	9	3	1	0	2	0	1	0	45
	Recuento esperado	6,70	4,4	4,40	15,60	28,90	4,40	20,0	6,70	2,2	0,0	4,4	0,0	2,2	0,0	100,0
	Recuento	7	7	4	9	17	2	15	5	7	5	3	2	12	5	
	Recuento esperado	7,0	7,0	4,0	9,0	17,0	2,0	15,0	5,0	7,0	5,0	3,0	2,0	12,0	5,0	100,0

Fuente : Anexo N° 01

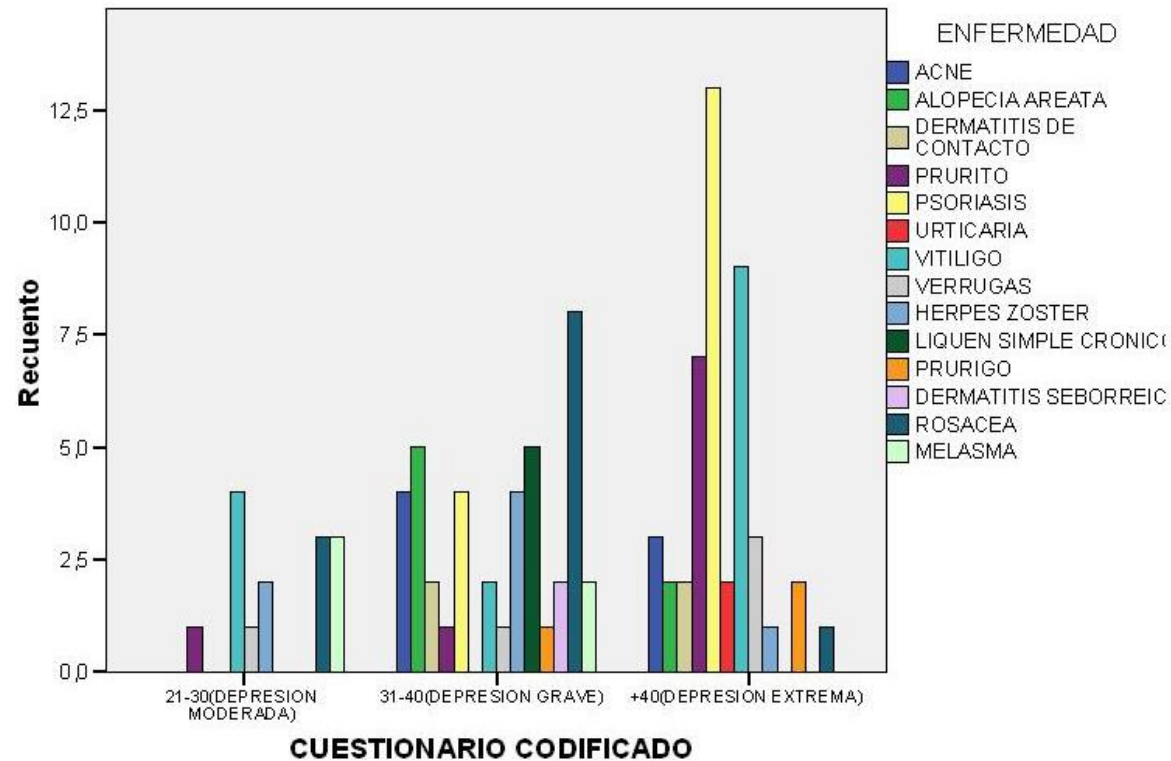
Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

<b>Pruebas de chi-cuadrado (cuestionario de depresión.*tipo de enfermedad dermatológica)</b>			
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (2 caras)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	55,437 <sup>a</sup>	26	0,001
Razón de verosimilitud	64,653	26	0,000
Asociación lineal por lineal	16,064	1	0,0
N de casos válidos	100		

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el tipo de enfermedad dermatológica con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,001 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el tipo de enfermedad dermatológica.



Fuente : Tabla N° 41  
 Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**Figura N° 13.**

**Representación gráfica de la distribución según el cuestionario de depresión y el tipo de enfermedad dermatológica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

**Tabla N° 42.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el acné de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		ACNE		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	14	14
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	4	37	41
	% Enfermedad	9,8	90,2	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	3	42	45
	% Enfermedad	6,7	93,3	100,0
		7	93	100
		7,0	93,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,540 <sup>a</sup>	2	0,463
Razón de verosimilitud	2,469	2	0,291
Asociación lineal por lineal	0,212	1	0,645
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el acné con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,463 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el acné.

Tabla N° 43.

**Relación entre el cuestionario de depresión y la alopecia areata de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		ALOPECIA AREATA		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	14	14
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	5	36	41
	% Enfermedad	12,2	87,8	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	2	43	45
	% Enfermedad	4,4	95,6	100,0
	Recuento	7	93	100
	% Enfermedad	7,0	93,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,205 <sup>a</sup>	2	0,201
Razón de verosimilitud	3,959	2	0,138
Asociación lineal por lineal	0,009	1	0,925
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la alopecia areata con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,201 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y la alopecia areata.



**Tabla N° 44.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el prurito de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		PRURITO		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	1	13	14
	% Enfermedad	7,1	92,9	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	1	40	41
	% Enfermedad	2,4	97,6	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	7	38	45
	% Enfermedad	15,6	84,4	100,0
		9	91	100
		9,0	91,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,530 <sup>a</sup>	2	0,038
Razón de verosimilitud	6,816	2	0,033
Asociación lineal por lineal	3,695	1	0,055
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el prurito con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,038 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el prurito.

**Tabla N° 45.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y la psoriasis de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		PSORIASIS		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	14	14
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	4	37	41
	% Enfermedad	9,8	90,2	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	13	32	45
	% Enfermedad	28,9	71,1	100,0
	Recuento	17	83	100
	% Enfermedad	17,0	83,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,900 <sup>a</sup>	2	0,012
Razón de verosimilitud	10,859	2	0,004
Asociación lineal por lineal	8,488	1	0,004
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la psoriasis con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,012 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y la psoriasis.

**Tabla N° 46.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y la urticaria de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		URTICARIA		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	14	14
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	0	41	41
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	2	43	45
	% Enfermedad	4,4	95,6	100,0
		2	98	100
		2,0	98,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,494 <sup>a</sup>	2	0,287
Razón de verosimilitud	3,244	2	0,198
Asociación lineal por lineal	1,948	1	0,163
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la urticaria con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,287 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y la urticaria.

**Tabla N° 47.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el vitiligo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		VITILIGO		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	4	10	14
	% Enfermedad	28,6	71,4	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	2	39	41
	% Enfermedad	4,9	95,1	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	9	36	45
	% Enfermedad	20,0	80,0	100,0
		15	85	100
		15,0	85,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,691 <sup>a</sup>	2	0,021
Razón de verosimilitud	8,555	2	0,014
Asociación lineal por lineal	0,315	1	0,574
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el vitiligo con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,021 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el vitiligo.

**Tabla N° 48.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el herpes zoster de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		HERPES ZOSTER		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	2	12	14
	% Enfermedad	14,3	85,7	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	4	37	41
	% Enfermedad	9,8	90,2	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	1	44	45
	% Enfermedad	2,2	97,8	100,0
		7	93	100
		7,0	93,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,306 <sup>a</sup>	2	0,316
Razón de verosimilitud	2,466	2	0,291
Asociación lineal por lineal	2,264	1	0,132
N de casos válidos	100		

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el herpes zoster con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,316 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el herpes zoster.

**Tabla N° 49.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el liquen simple crónico de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		LSC		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	14	14
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	5	36	41
	% Enfermedad	12,2	87,8	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	0	45	45
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
	Recuento	5	95	100
	% Enfermedad	5,0	95,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,574 <sup>a</sup>	2	0,023
Razón de verosimilitud	9,298	2	0,010
Asociación lineal por lineal	1,014	1	0,314
N de casos válidos	100		

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el liquen simple crónico con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0,023 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0,05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el liquen simple crónico.

**Tabla N° 50.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el prurigo de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		PRURIGO		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	14	14
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	1	40	41
	% Enfermedad	2,4	97,6	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	2	43	45
	% Enfermedad	4,4	95,6	100,0
	Recuento	3	97	100
	% Enfermedad	3,0	97,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,179 <sup>a</sup>	2	0,555
Razón de verosimilitud	1,536	2	0,464
Asociación lineal por lineal	1,155	1	0,282
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el prurigo con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,555 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el prurigo.

**Tabla N° 51.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y la dermatitis seborreica de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		DERMATITIS SEBORREICA		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	0	14	14
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	2	39	41
	% Enfermedad	4,9	95,1	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	0	45	45
	% Enfermedad	,0	100,0	100,0
		2	98	100
		2,0	98,0	100,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,396 <sup>a</sup>	2	0,302
Razón de verosimilitud	3,154	2	0,207
Asociación lineal por lineal	0,241	1	0,623
N de casos válidos	100		

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la dermatitis seborreica con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,302 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y la dermatitis seborreica.



**Tabla N° 52.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y la rosácea de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.**

CUESTIONARIO DEPRESION		ROSÁCEA		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	3	11	14
	% Enfermedad	21,4	78,6	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	8	33	41
	% Enfermedad	19,5	80,5	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	1	44	45
	% Enfermedad	2,2	97,8	100,0
		12	88	100
		12,0	88,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,463 <sup>a</sup>	2	0,065
Razón de verosimilitud	6,564	2	0,038
Asociación lineal por lineal	4,628	1	0,031
N de casos válidos	100		

Fuente : Anexo N° 01

Elaboración : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que no hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y la rosácea con un nivel significación menor de 0,05; ya que la significación asintótica bilateral es de 0,065 (Chi cuadrado) lo cual es mayor a 0,05 por ende se acepta la hipótesis nula esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y la rosácea.

**Tabla N° 53.**

**Relación entre el cuestionario de depresión y el melasma de los pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que acuden al Servicio de Dermatología, derivados del Servicio de Psiquiatría; del Hospital II ESSALUD Huánuco, 2016**

CUESTIONARIO DEPRESION		MELASMA		
		SI	NO	Total
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	3	11	14
	% Enfermedad	21,4	78,6	100,0
DEPRESION GRAVE	Recuento	2	39	46
	% Enfermedad	4,9	95,1	100,0
DEPRESION EXTREMA	Recuento	0	45	45
	% Enfermedad	0,0	100,0	100,0
	Recuento	5	95	100
	% Enfermedad	5,0	95,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,325 <sup>a</sup>	2	0,006
Razón de verosimilitud	9,172	2	0,010
Asociación lineal por lineal	8,736	1	0,003
N de casos válidos	100		

**Fuente** : Anexo N° 01

**Elaboración** : Investigadora Patricia Karen Paucar Lescano.

**INTERPRETACION:** A partir de los datos obtenidos podemos decir que hay diferencias significativas entre el cuestionario de depresión y el melasma con un nivel significación menor de 0,05. Debido a que la significación asintótica bilateral es de 0.006 (Chi cuadrado) lo cual es menor a 0.05 por ende se rechaza la hipótesis nula esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario de depresión y el melasma,

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **5.1. Verificación o contrastación de hipótesis, objetivos y problema**

Antes de iniciar la presente discusión, es importante remarcar que los niveles de fiabilidad por consistencia interna y validez de contenido de los instrumentos de recolección de datos utilizados, han sido óptimos. Estos datos obtenidos en el trabajo de campo dan garantía para su uso en el presente estudio.

La piel es el órgano más grande del cuerpo, el más visible y actúa como nuestra interfaz con el mundo. Como tal la piel tiene un impacto importante en las percepciones personales y bienestar psicológico. La medicina psicocutánea es el estudio de la compleja interacción entre psiquiatría, psicología y dermatología. En esta especialidad emergente, los pacientes tienen: 1) una condición psiquiátrica primaria que presenta a los dermatólogos (por ejemplo, dermatitis artefacta); 2) Un trastorno dermatológico primario con comorbilidades psicosociales (por ejemplo, acné con trastorno de dismorfia corporal); 3) los que requieren atención psicosocial con su enfermedad de la piel (por ejemplo,

rosácea y autoestima); ó 4) aquellos que tienen una condición de la piel secundaria a su medicación psicotrópica (por ejemplo, litio puede estar asociado con psoriasis), o aquellos que desarrollan enfermedad psiquiátrica después del inicio de la medicación para enfermedades dermatológicas (por ejemplo, isotretinoína puede ser asociado con la ideación suicida).<sup>29</sup>

Al analizar la historia de la Psicodermatología, hemos encontrado hechos muy interesantes y curiosos. Filósofos, cirujanos, dermatólogos y psiquiatras, han informado desde hace tiempo la presencia de psico-enfermedades cutáneas en diversos escenarios. Aunque bien establecida como una subespecialidad de la dermatología, la Psico-dermatología sólo ha ganado popularidad y se ha estudiado cada vez más por dermatólogos en todo el mundo durante las últimos dos décadas. La comprensión de la existencia de un ciclo, en el que los trastornos psicológicos causan las enfermedades y las enfermedades de la piel causan trastornos psicológicos, es la base para una buena práctica dermatológica. En este escenario, enfatizamos la idea de que un dermatólogo debe estar preparado para diagnosticar, brindar apoyo psicológico apropiado y tratar sus pacientes. Una buena relación médico-paciente es una de las claves del éxito.<sup>30</sup>

Los trastornos psico-cutáneos ocurren cuando una condición de la piel es exacerbada por factores como el estrés, depresión y ansiedad. Esto se caracteriza en condiciones como psoriasis, acné vulgar, hiperhidrosis, dermatitis atópica y liquen simple crónico; donde los pacientes suelen expresar una relación temporal entre estrés y el empeoramiento de su condición de piel. Así tenemos, la siguiente clasificación: *trastornos psiquiátricos primarios*, las molestias dermatológicas son una condición psiquiátrica subyacente y un

trastorno cutáneo primario no es identificado. Los ejemplos incluyen tricotilomanía, dermatitis artefacta y delirios de parasitosis. Los *trastornos psiquiátricos secundarios* ocurren cuando los pacientes desarrollan trastornos sociales secundarios a una afección cutánea subyacente que conduce a una desfiguración cosmética, ejemplos como vitíligo, alopecia areata y psoriasis vulgar. Estas condiciones pueden afectar la calidad de vida de estos pacientes y *Trastornos sensitivos cutáneos*, que son sensaciones anormales desagradables en la piel, tales como ardor y escozor, pero los pacientes no presentan ninguna causa médica dermatológica, neurológica u otra. Sin embargo, pueden tener problemas psiquiátricos subyacentes. Algunos ejemplos incluyen glosodinia, vulvodinia y picazón crónica del cuero cabelludo.<sup>31</sup>

La mente y la piel están íntimamente relacionadas. Hasta un tercio de los pacientes ambulatorios de dermatología tienen un problema psiquiátrico importante que complica su afección cutánea.<sup>32</sup> El trabajo del dermatólogo está lejos de evaluar sólo la piel, se encuentra a nivel más profundo (la mente); a menudo los aspectos más significativos de la consulta dermatológica implican el éxito en la resolución del impacto psicosocial de la enfermedad cutánea. Aunque el manejo ideal con frecuencia involucra evaluación psiquiátrica, aquellos con enfermedades mentales comórbidas a menudo rechazan la derivación psiquiátrica. Como resultado, es imprescindible que los dermatólogos estén atentos a la comorbilidad psiquiátrica en sus pacientes y se sientan cómodos con los fundamentos del diagnóstico psicoterapéutico y la terapia.<sup>33</sup>

La depresión es común en la consulta dermatológica, lo que concuerda con nuestros resultados al encontrar una asociación estadísticamente significativa del cuestionario de depresión y las enfermedades dermatológicas. Una revisión sugiere que alrededor del 30% de los pacientes en la práctica dermatológica general tendrán alguna forma de depresión. Esta prevalencia se compara con el 22% en la práctica general.<sup>34</sup> Un estudio transversal identificó el 10% de 384 pacientes dermatológicos con depresión mayor.<sup>35</sup> Para muchas afecciones cutáneas, la prevalencia puede ser aún mayor. En una extensa revisión sistemática de 2014, Dowlatshahi et al. encontró que el 19% de los pacientes con psoriasis estudiados cumplían con los criterios del diagnóstico y de la estadística de los trastornos mentales en la 4ª edición (DSM-IV) para la depresión mayor.<sup>36</sup> Más recientemente, un estudio multicéntrico europeo transversal de 4994 pacientes de dermatología ambulatoria informó un 12,7% de ideación suicida (en comparación con el 8,3% en los empleados del hospital utilizados como controles). La psoriasis tuvo una asociación de 17,3% con la ideación suicida y dos tercios de estos pacientes respondieron que su ideación era una consecuencia directa de su condición de piel.<sup>32</sup> La dermatitis atópica, la alopecia, la urticaria, el prurito y el vitíligo también corresponden a un estado de ánimo inferior.<sup>37</sup> La intensidad de la picazón juega un papel y, por el contrario, la depresión puede trabajar para disminuir el umbral del prurito.<sup>38</sup> Existe la preocupación de que el uso sistémico de corticosteroides o isotretinoína pueda aumentar el riesgo de depresión y suicidio.<sup>39,40</sup> Sorprendentemente, el impacto de la enfermedad no parece correlacionar bien con severidad, y los médicos tienden a subestimar las implicaciones psicológicas de los trastornos cutáneos.<sup>41</sup>

Uno de cada cuatro pacientes que acuden a consulta con un problema dermatológico se encuentra afectado por un trastorno del estado de ánimo. Ellos lo desconocen, y es el médico quien debe sospechar que detrás de una dermatosis puede ocultarse una alteración psicológica. Ésta debe confirmarse mediante un interrogatorio sistemático específico, y si existe hay que tratarla adecuadamente. De este modo se contribuye a curar la dermatosis consultada y, además, se mejora la calidad de vida del paciente. Las alteraciones psicológicas más frecuentes en los pacientes dermatológicos son ansiedad y depresión. Pero, mientras que el paciente con ansiedad puede ser más o menos consciente de su problema, la depresión suele presentarse de forma enmascarada.<sup>42</sup>

El tratamiento de los trastornos psico-dermatológicos se centra en función a, reducir el sufrimiento físico, diagnosticar y tratar la depresión y la ansiedad asociada con la enfermedad de piel, trabajar en el aislamiento social y la estima del paciente. Tanto farmacológicamente como psicológicamente.<sup>43</sup>

Por lo expuesto, la morbilidad psiquiátrica secundaria es relativamente común en los pacientes que visitan a los dermatólogos, frecuentemente pasado por alto y no tratado. Los dermatólogos deberían ser capaces de iniciar farmacoterapia básica, deberían tener conocimiento acerca de varios tratamientos no farmacológicos y conocer el correcto tiempo para referir el paciente al psiquiatra. La conciencia y el tratamiento pertinente de los desórdenes psico-dermatológicos de los dermatólogos dirigirían un enfoque más holístico del tratamiento y mejor pronóstico en este grupo único de pacientes.<sup>44</sup>

La comorbilidad psiquiátrica, diagnosticada por la psiquiatra, de nuestro hospital, no fue estadísticamente significativa, al relacionarlo con las enfermedades dermatológicas, probablemente por existir factores multifactoriales asociados (familia, trabajo, salud, etc), pero al relacionarlo con cada una de las enfermedades dermatológicas, la psoriasis es estadísticamente significativa, demostrando una relación más directa.

Como reporta Brufau et al., la relación entre las patologías cutáneas y los elementos psicológicos ha sido considerablemente evidenciada en la literatura científica. Dentro de los trastornos cutáneos con evidente componente psicológico se encuentra la psoriasis, que muestra correlación entre el agravamiento de las lesiones cutáneas y un aumento de los niveles de psicopatología en respuesta a eventos estresantes.<sup>45</sup> Según Balieva et al., las condiciones cutáneas más frecuentes asociadas a trastornos psiquiátricos, en Noruega, son la psoriasis y NMSC (cáncer de piel no melanoma). En general, los pacientes dermatológicos reportan más comorbilidad psiquiátrica: las condiciones crónicas de la piel, tienen un alto impacto en el bienestar psicológico de los pacientes y no debe ser infravalorado en relación con el cáncer de piel y las listas de espera para su tratamiento. Por lo que son necesarias estrategias en salud, para el manejo de la atención y priorización de los pacientes dermatológicos.<sup>46</sup>

En relación al cuestionario de depresión de Beck, que mide la intensidad de la sintomatología depresiva en la población psiquiátrica, que la autora aplicó a los pacientes con comorbilidad dermatológica, resultó estadísticamente significativo y al diferenciarlas por cada una de las enfermedades dermatológicas, resultaron estadísticamente significativas, la psoriasis, el



vitíligo, el prurito, el liquen simple crónico y el melasma, siendo importante el tratamiento del dermatólogo en el componente psico-psiquiátrico para ayudar al paciente a salir de la patología dermatológica que padece.

## **PSORIASIS**

La psoriasis fue estadísticamente significativa, tanto al relacionarla con la comorbilidad psiquiátrica, como con el cuestionario de depresión, lo que concuerda con diferentes estudios, que mencionan que la psoriasis, además de afectar al bienestar físico, puede afectar a todas las facetas de la calidad de vida (trabajo, familia, relaciones sexuales, bienestar emocional, etc.) con profundas implicaciones psicosociales <sup>47</sup>, por lo que el impacto que la psoriasis produce en el bienestar mental es comparable al de otras enfermedades crónicas como cáncer y diabetes mellitus. <sup>48</sup>

En una revisión sistemática sobre la comorbilidad psiquiátrica en psoriasis se encontró que la psoriasis puede tener un efecto adverso en la imagen que el paciente tiene de sí mismo, su autoestima y estabilidad emocional <sup>49</sup>. La comorbilidad psicosocial experimentada por los pacientes no siempre es proporcional o viene determinada por la gravedad de la psoriasis, y los pacientes califican el impacto psicosocial de la psoriasis como uno de los peores aspectos de la enfermedad. Frecuentemente, la visibilidad de las lesiones psoriásicas provocan el rechazo social y una sensación de estigmatización en los pacientes, por lo que el efecto en la calidad de vida es muy variable, dependiendo de la edad de aparición y la visibilidad de las lesiones. <sup>47</sup>

Se ha demostrado que la estigmatización se correlaciona significativamente con el estrés psicológico y el grado de depresión <sup>50</sup>. Los pacientes con psoriasis frecuentemente presentan ansiedad y/o depresión. Estudios en animales y humanos demuestran un incremento de los niveles de citocinas proinflamatorias implicadas en la patogenia de la psoriasis, como el TNF- $\alpha$  y la IL-1, están asociados con la depresión <sup>51-53</sup>. Por otra parte, la desmoralización producida por la falta de respuesta al tratamiento para la psoriasis podría contribuir a la aparición de depresión, lo cual afecta la adherencia al tratamiento. <sup>54</sup>

En muchos estudios se subraya la necesidad de proporcionar apoyo psicosocial a los pacientes con psoriasis <sup>50,55-61</sup>. Un tratamiento adecuado de la psoriasis debe residir en una orientación multidimensional que suministre al individuo bienestar físico, social y psicológico. <sup>62</sup>

Aunque no se ha realizado extensa investigación sobre el tema, hay pruebas sustanciales de que existe una relación entre la depresión y la psoriasis y que esta relación es bidireccional. Depresión y psoriasis son más que comorbilidades coincidentes entre sí, y en muchos casos la severidad de la psoriasis está fuertemente asociada con un aumento de los síntomas depresivos y viceversa. La depresión mayor en sí misma es un trastorno mal caracterizado y no bien definido en una mayoría de pacientes con psoriasis, y por lo tanto existe una cantidad increíble de datos faltantes en cuanto a qué proporción de los pacientes con psoriasis puede estar sufriendo de trastorno depresivo. La depresión y la psoriasis están vinculadas a través de mecanismos inflamatorios. En la depresión se ha encontrado aumento de la concentración de citoquinas proinflamatorias sistémicas en pacientes afligidos

con la enfermedad, y estos mismos agentes proinflamatorios, las citocinas migran hacia la epidermis y causan psoriasis en pacientes susceptibles, ya sea aumentando la gravedad de la psoriasis o potencialmente conduciendo a su brote. Por otro lado, las mutaciones en los genes relacionados con la psoriasis causan un aumento en las mismas citoquinas proinflamatorias.<sup>63</sup>

Jensen et al., reportó una mayor iniciación de la farmacoterapia antidepresiva en pacientes con psoriasis leve y severa en comparación con la población. Sin embargo, después del ajuste por comorbilidad no hubo diferencias entre los grupos. Por lo tanto, mayor riesgo de aparición de una nueva depresión parece mediada principalmente por la presencia de condiciones co-mórbidas asociado con psoriasis, excepto en pacientes jóvenes con psoriasis grave que presentan un riesgo incrementado de depresión incidental, que permaneció después de ajustar las comorbilidades. Por lo tanto, es tentador especular que, en pacientes con psoriasis severa, los pacientes jóvenes están más afectados psicológicamente que los individuos mayores, con características visibles de la psoriasis.<sup>64</sup>

Hay evidencia que, como la psoriasis, la depresión está asociada con una inflamación sistémica de bajo grado, y el perfil inflamatorio sistémico de las 2 condiciones muestran rasgos similares, por ejemplo, con concentraciones plasmáticas elevadas de IL-2, IL-6, IL-12 y TNF- $\alpha$ <sup>65-68</sup>. Psoriasis también se asocia con un mayor riesgo de una gama de comorbilidades crónicas (diabetes, síndrome metabólico, obesidad y enfermedades cardiovasculares), que pueden conferir un mayor riesgo de depresión y trastornos del estado de ánimo<sup>69,70</sup>. Aunque estudios anteriores han examinado la asociación entre la psoriasis y el riesgo de depresión, hasta ahora la prevalencia de la depresión en los

pacientes con psoriasis varía mucho y no se ajusta bien a los datos, informados previamente a nivel nacional <sup>36,71-73</sup>. Una reciente revisión sistemática y un meta-análisis examinaron la asociación entre psoriasis y depresión en 98 estudios elegibles y un total de 401,703 pacientes con psoriasis<sup>36</sup>. La heterogeneidad entre los estudios fue considerable, y más del 25% de los estudios en el análisis fueron de centros terciarios, y sólo 5 incluyeron a más de 20 000 pacientes cada uno. La mayoría de los estudios utilizaron cuestionarios para medir los síntomas de depresión, y sólo unos pocos estaban basados en el uso de códigos CIE para la depresión. Un meta-análisis mostró que en los pacientes con psoriasis era aproximadamente una y media veces más probable exhibir signos de depresión, en comparación con los controles sanos, y que el 25% de los pacientes con psoriasis tienen síntomas de depresión. Además, de acuerdo con este análisis, uno en cada 10 pacientes mostró signos de depresión clínica <sup>36</sup>. En éste meta-análisis, la psoriasis se asoció con la gravedad de la enfermedad dependiente, aumentando el riesgo de depresión, pero este riesgo fue mediado por el impacto de las condiciones comórbidas. Estos nuevos resultados se suman al creciente cuerpo de evidencia que destaca la importancia del tratamiento de la psoriasis asociada las comorbilidades a través de un enfoque para maximizar la calidad de vida y la esperanza de vida en estos pacientes.

La mitad de los pacientes con psoriasis, las mujeres más que los hombres, independientemente de la gravedad de la enfermedad, cambian de manera significativa, su calidad de vida. La calidad de vida a menudo se deteriora en pacientes con lesión psoriásica de las uñas y ansiedad o depresión causada por psoriasis. Los pacientes con psoriasis, especialmente

las mujeres y las personas adultas (mayores de 55 años), experimentan ansiedad y síntomas de depresión, con más frecuencia.<sup>74</sup>

Los resultados de Gómez et al.<sup>75</sup>, muestran que los pacientes con diagnóstico de Psoriasis que consultan al Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel, presentan alteraciones de tipo emocional/psicológico hasta en un 42%, debido a la complejidad de la patología, aunado a los factores de estrés asociados, tales como los problemas de índole económico, familiar y preocupación por el estado de salud/enfermedad, con un grado de regresión lineal y correlación significativo. La severidad tipo leve y severo de la Psoriasis son las más asociadas con alteración en el estado de salud mental del paciente. Al igual el trastorno de salud mental que se asoció mayormente corresponde al tipo depresivo, sin especificación de grado de severidad del mismo.

La psoriasis, como menciona Krishnadas et al., se encuentra asociada con la depresión clínica comúnmente conocida como depresión mayor a través de un fenómeno inmunológico<sup>76</sup>. Muchos estudios han demostrado la posibilidad de una relación entre las formas comunes de psoriasis y depresión. En un estudio de Akay et al.<sup>77</sup>, los pacientes con psoriasis tuvieron puntuaciones de la escala de depresión Beck extremadamente altas, que se correlacionaron con el índice de severidad de Psoriasis, y fueron considerados mayor puntuación de depresión que los controles no afligidos con Psoriasis, similar a un experimento realizado por Esposito et al.<sup>71</sup> donde la sintomatología depresiva se observó en 62% de los pacientes de psoriasis involucrados en el estudio de 2 391 pacientes. De hecho, en dos estudios realizados por Gupta et al.<sup>38,78</sup>, se encontró un aumento en el estrés y los síntomas depresivos y una

correlación estadística significativa con un aumento de los brotes de psoriasis y la gravedad del prurito con una enfermedad más desfigurante clínicamente. En adición, diversos estudios han demostrado disminución de la depresión / los síntomas de depresión por la medicación o el tratamiento, con una disminución en la gravedad de la psoriasis y viceversa.<sup>79-85</sup>

## **VITILIGO**

El vitíligo fue estadísticamente significativo, al relacionarlo con el cuestionario de depresión, lo que concuerda con diferentes estudios, que mencionan que el vitíligo es un trastorno multifactorial pigmentario de la piel, donde los problemas psicológicos están relacionados con la incidencia, progresión, recaída y remisión de vitíligo.<sup>86</sup>

Según la literatura, el vitíligo se considera tanto como causa y resultado de algunos problemas psiquiátricos tales como la ansiedad y la depresión<sup>87-96</sup>; y la historia de otros problemas psiquiátricos podrían potencialmente añadir la carga de este trastorno, así como algunos pacientes con vitíligo podrían no ser conscientes del padecimiento de algún trastorno psiquiátrico y la enfermedad podría no haber sido diagnosticada.<sup>86</sup>

Según Roca Pinzón<sup>97</sup>, el mayor porcentaje de los pacientes con vitíligo estudiados cursa con un cuadro depresivo de grado variable, y con más frecuencia el vitíligo y la depresión se presentaron en mujeres, entre las edades de 31-50 años. Donde 68,6% de la población estudiada identificó la presencia de un factor previo a la aparición del vitíligo, frecuentemente de tipo familiar. A diferencia de Krüger<sup>98</sup>, quien menciona que en sus pacientes femeninos resultó

solo un poco más deteriorado su bienestar psicológico comparado con los hombres, y esto solo en el estado de ánimo ansioso-depresivo y en la escala de depresión de Beck, ambos no específicos, para las enfermedades de la piel. Otros estudios encontraron más diferencias pronunciadas <sup>99-102</sup>.

## **PRURITO**

El prurito fue estadísticamente significativo, al relacionarlo con el cuestionario de depresión, lo que concuerda con diferentes estudios, según menciona Poletti<sup>103</sup>, los factores psicológicos implicados en los episodios de estrés se relacionan con un complejo mecanismo del sistema psico-neuro-endocrino-inmuno-cutáneo. El sistema nervioso se enlaza con la mayor parte de los problemas cutáneos, especialmente en aquellos de curso inflamatorio o inmunológico. El prurito es una sensación concreta del cutis y de ciertas mucosas y semimucosas. En 1967, Herman Musaph distinguió el vocablo “prurito psicogénico” y lo correspondió con variaciones emocionales, incorrecto manejo de las tendencias agresivas, ansiedad, limpieza exagerada y miedo a la enfermedad. Aún es dificultoso precisar cuál es la incidencia y prevalencia real de los casos de prurito psicogénico, pues los individuos acuden al clínico hasta que el sufrimiento se convierte en una molestia persistente o incapacitante. Las vías específicas para el dolor y el prurito se conocen como “unidades de prurito” de las fibras C, de conducción lenta, donde quizá se relacione con el registro encefálico de los receptores H4. El prurito de origen psicógeno se provoca por los neuropéptidos y no exclusivamente por la activación de los mastocitos. Los factores psicológicos del prurito son concomitantes con la depresión y ansiedad, disminución en la calidad de vida y prurito inducido mentalmente<sup>103</sup>.

El prurito y la psique están íntimamente y recíprocamente relacionados, con evidencia psicofisiológica y explicaciones psicopatológicas que nos ayudan a comprender su compleja asociación. Su interacción se puede conceptualizar y clasificar en 3 grupos: enfermedades pruriginosas con secuelas, enfermedades pruriginosas agravadas por factores psicosociales y trastornos psiquiátricos que causan prurito. El tratamiento del prurito crónico se dirige a tratar las causas subyacentes y a un enfoque multidisciplinario para abordar los problemas dermatológicos, somatosensoriales, cognitivos y emocionales. Los agentes farmacoterapéuticos que son útiles para el prurito crónico con depresión comórbida y/o ansiedad comprenden inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, mirtazapina, tricíclicos antidepresivos (amitriptilina y doxepina) y anticonvulsivos (gabapentina, pregabalina); el papel de los antagonistas del receptor de neuroquinina-1 espera verificación. Los antipsicóticos son necesarios para el tratamiento del prurito y la formicación (alucinación táctil, asociada con la esquizofrenia) y la delusión de parasitosis (incluyendo la enfermedad de Morgellons).<sup>104</sup>

Dado que la picazón es un síntoma común en dermatología, el estudio de sus repercusiones psicosociales es de importancia significativa. La investigación sobre los temas involucrados podría conducir a una mejora del tratamiento y a una mejor comprensión de cómo el paciente se siente y se enfrenta <sup>104-107</sup>. Además, Marron <sup>108</sup> exploró el impacto de la picazón sobre la calidad de vida, la ansiedad y/o la depresión y su efecto sobre funcionamiento familiar. Estudios anteriores han considerado la relación entre prurito y calidad de vida <sup>109,110</sup> y ansiedad / depresión.<sup>111,112</sup> Marron et al. <sup>108</sup>, demostró que los



pacientes con prurito crónico muestran más síntomas de ansiedad-depresión que aquellos que no experimentaron prurito, fue estadísticamente significativo con la ansiedad pero no para la depresión; lo que difiere de nuestros resultados, debido a que la autora si encontró una asociación estadísticamente significativa del cuestionario de depresión y el prurito.

## **MELASMA**

El melasma fue estadísticamente significativo, al relacionarlo con el cuestionario de depresión, similar a lo reportado por Acosta et al.<sup>113</sup>, quienes encontraron depresión en pacientes con melasma en un 35,7%, probablemente por ser visible y al estar relacionados la piel y el sistema nervioso tanto a nivel embriológico como por medio de neuropéptidos, estarían asociadas a trastornos psicológicos y dermatológicos.

Como reporta Kida et al.<sup>114</sup>, quienes demostraron que el melasma tiene un fuerte impacto en el dominio emocional de la calidad de vida, especialmente en los sentimientos sobre la apariencia de la piel. El dominio emocional fue particularmente afectado en las personas de edad avanzada experimentando una mayor duración de esta enfermedad.

No hay muchos trabajos sobre depresión y melasma, es importante, comentar que nuestros pacientes padecían de melasma severo u ocronosis, con múltiples consultas y tratamientos previos, sin mejora evidente, creemos que son algunos de los factores que contribuyeron a la depresión.

## **LIQUEN SIMPLE CRÓNICO (LSC)**

El liquen simple crónico o la neurodermatitis, fue estadísticamente significativo, al relacionarlo con el cuestionario de depresión, como menciona Lotti et al. <sup>115</sup>, las tensiones emocionales en sujetos predispuestos pueden desempeñar un papel clave en la inducción de una sensación pruriginosa, lo que conduce a un rascado que, convirtiéndose en un mecanismo perpetuante, puede representar la característica principal de dos entidades clínicas cutáneas distintas: prurigo nodularis y liquen simple crónico. Los factores psicogénicos desempeñan un papel relevante en ambas condiciones, ya menudo se asocian con la depresión y experiencias disociativas. Por lo tanto, la importancia de la evaluación de estos pacientes desde el punto de vista de la psicodermatología, que puede analizar la relación entre la enfermedad de la piel y los factores psicológicos. Los pacientes con imperfecciones reales o percibidas en áreas específicas del cuerpo (cara, cuero cabelludo, manos y área genital) son más propensos a la angustia psicológica, mientras que las enfermedades cutáneas pueden conducir a experimentar un nivel elevado de angustia. Como se ha estimado que los factores psicosomáticos están presentes en al menos un tercio de los pacientes dermatológicos, el manejo efectivo de las afecciones cutáneas implica la consideración de los factores emocionales asociados.

La neurodermatitis es una enfermedad crónica común de la piel. Aunque no amenaza la vida, puede producir una importante carga psicosocial, trastornos del sueño y disfunción sexual. Pacientes con neurodermatitis tienden a tener escasas habilidades sociales o recursos interpersonales y una falta de flexibilidad. <sup>116</sup>

Las siguientes enfermedades, que menciono a continuación, no fueron estadísticamente significativas, aún así existe literatura abundante en relación con la depresión.

## **PRURIGO**

Las condiciones de la piel pueden tener un fuerte impacto en la vida sexual, y así influir en las relaciones personales. Las cuestiones sexuales son difíciles de discutir directamente en la práctica clínica, y un instrumento mediado puede ser útil para capturar dicha información. Como reporta Sampogna et al. <sup>117</sup>, entre los 3 485 pacientes que estudió; 23,1% reportaron problemas sexuales. El deterioro fue particularmente alto en pacientes con hidradenitis supurativa, prurigo, trastornos ampollantes, psoriasis, urticaria, eccema, infecciones de la piel o prurito. El impacto sexual se asoció fuertemente con depresión, ansiedad e ideación suicida. Generalmente fue más frecuente en pacientes más jóvenes y se correlacionó positivamente con gravedad clínica y picazón. Por lo que, es importante cuestión del bienestar sexual en la evaluación de los pacientes con afecciones de la piel, ya que a menudo está vinculada a la ansiedad, depresión e incluso ideación suicida.

Es importante, recalcar que las enfermedades inflamatorias o infecciosas ubicadas en la zona genital, de mujeres, generalmente, tienen una relación bidireccional con la depresión. Como lo reporta Handan et al <sup>118</sup>, quienes realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar los efectos de las dermatosis vulvar (VD) y las infecciones vulvares (VE) sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de las mujeres. Las mujeres con enfermedad

vulvar a menudo son reacias a buscar atención médica. Sin embargo, las enfermedades de la piel vulvar pueden afectar negativamente su vida cotidiana y afectan su calidad de vida no sólo debido a sus síntomas, sino también por problemas, como la vergüenza, el miedo, la desmoralización, la obsesión trastornos compulsivos, trastornos del sueño y problemas en las relaciones íntimas. Las enfermedades vulvares y su percepción, cambia por los inconvenientes culturales del medio ambiente en que viven las mujeres, la presión social, percepciones imprecisas y el papel de la vulva en las relaciones a diferencia de otras partes del cuerpo. Hickey y Bell <sup>119</sup> mostraron que 23 pacientes que se sometieron al cuestionario del índice de calidad de vida de dermatología con patología vulvar se vieron afectados ligeramente, moderadamente o severamente. Las puntuaciones de ansiedad fueron las más altas para la vulvodinia, mientras que las puntuaciones de depresión fueron las más altas en el liquen plano erosivo y el eczema.

## **ACNE**

La mayoría de los pacientes con acné facial muestran un grado diferente de depresión. El curso del acné es más largo en mujeres. Cuanto más grave es el acné vulgar, más sufrimiento y grados depresión coexisten, por lo que el cuidado psicológico debe ser considerado para mejorar el tratamiento y la calidad de vida. <sup>120</sup>

Satquim et al. <sup>121</sup>, encontró una prevalencia de acné vulgar en la población estudiada de 82,74% y una prevalencia de depresión del 24,34%. Dentro de la población de estudiantes con acné vulgar diagnosticado por

evaluación médica se determinó una prevalencia de depresión de 24,60%, similar a la encontrada en pacientes sin acné y a la población general. Por otra parte, en estudiantes con diagnóstico subjetiva de acné se encontró una prevalencia de 32,29%, mayor al encontrado en individuos sin acné (14,14%) y de la población general. No fue permisible constituir una relación estadísticamente significativa entre la severidad de acné diagnosticado por el clínico según la categorización del Grupo Latinoamericano de Estudio del Acné y la severidad de depresión evaluada según el Test de Zung ( $p = 0,479$ ), pero si fue factible instaurar una relación entre la severidad de acné subjetiva y el nivel de depresión evaluada por el mismo test ( $p < 0,005$ ). También, no se halló correspondencia entre las variables de edad y depresión en estudiantes con acné, pero se pudo hallar niveles significativamente mayores de depresión en estudiantes de sexo femenino respecto a los de sexo masculino que padecen de acné vulgar (32,69% depresión en sexo femenino, 14,45% depresión en sexo masculino).

Gül y Çölgeçen<sup>122</sup>, mostraron que las condiciones psiquiátricas son generalmente más frecuentes en pacientes adultos con acné y la somatización, depresión y ansiedad; también fueron significativamente más altos en pacientes con acné. Yazici et al.<sup>123</sup> investigaron ansiedad, depresión y calidad de vida en 61 pacientes con acné, encontrando puntuaciones significativamente más altas para ansiedad y depresión. Halvorsen et al.<sup>124</sup> buscaron la asociación entre la severidad del acné y la ideación suicida, problemas de salud mental y funcionamiento social en un estudio de 3 775 adolescentes de 18 a 19 años. De estos pacientes, el 14% tenía acné severo. Aproximadamente 1 en cada 4 adolescentes reportaron pensamientos suicidas.

Ideación suicida se informó 2 veces más a menudo en mujeres con acné que aquellos sin acné, y esta probabilidad aumentó a 3 veces más a menudo para los pacientes masculinos. Problemas de salud mental fueron reportados en un cuarto de adolescentes con acné. Y en pacientes adultos con acné significativo, el acné conduce a daño psicológico que consiste en angustia emocional y ansiedad social, que puede causar ideación suicida <sup>125,126</sup>. En un estudio en Nueva Zelanda por Purvis et al.<sup>127</sup>, 64,3% de 9 567 los estudiantes de 12 a 18 años dieron una respuesta apropiada, 14% reportaron tener un "problema de acné", 1 294 (14,1%) reportaron tener síntomas clínicamente significativos de depresión, y 432 (4,8%) reportaron síntomas de ansiedad. Hubo una correlación positiva entre la presencia de los síntomas de depresión y la severidad del acné.

## **ROSÁCEA**

Un metanálisis demostró que el eritema de la rosácea causa una disminución marcada en la calidad de vida relacionada a la salud. Pacientes sin lesiones inflamatorias pueden estar aún más preocupados por la persistencia del enrojecimiento o eritema de la rosácea que aquellos con lesiones inflamatorias. Se demostró que la rosácea afecta el trabajo y la vida social, en sujetos con rojez severa<sup>128</sup>. Del mismo modo, una encuesta internacional a gran escala mostró que el eritema de la rosácea produce estigmatización, así como tiene un impacto emocional y en el bienestar psicológico.<sup>129</sup>

Egeberg et al.<sup>130</sup>, menciona que la rosácea es una afección cutánea crónica que afecta la autoestima y la calidad de vida. Sin embargo, los datos

sobre depresión y ansiedad en pacientes con rosácea son escasos. Por lo que, tuvo como objetivo investigar la relación entre la rosácea y la nueva aparición de la depresión y los trastornos de ansiedad. El estudio incluyó un total de 4 632 341 individuos, incluyendo 30 725 y 24 712 pacientes con rosácea leve y moderada a severa, respectivamente. La rosácea leve y moderada a severa aumentó el riesgo de depresión y ansiedad. La rosácea se asoció con un riesgo dependiente de la gravedad de la enfermedad, un mayor riesgo de depresión y trastornos de ansiedad. Los resultados pueden requerir una mayor conciencia de la morbilidad psiquiátrica en pacientes con rosácea.

Los pacientes con condiciones visibles de la piel han aumentado las tasas de depresión, ansiedad y disminución de la autoestima. Es prudente que consideremos terapias que puedan ofrecer un resultado dramático, como el camuflaje cosmético. Estudios recientes destacan los beneficios psicológicos del tratamiento del camuflaje cosmético en condiciones cutáneas dermatológicas. Las condiciones de la piel, particularmente aquellas que son visibles, tales como las localizadas en la cara, el cuello y las manos, a menudo tienen un efecto profundo en el funcionamiento diario de aquellos pacientes afectados. La literatura documenta beneficios emocionales significativos usando terapia médica cosmética, como el camuflaje cosmético, en condiciones como el acné, la psoriasis, el vitiligo y la rosácea.<sup>131</sup>

## **ALOPECIA AREATA (AA)**

La alopecia areata es una enfermedad de etiología multifactorial. La ocurrencia de la enfermedad depende de la interacción entre factores

genéticos, autoinmunes y hormonales, factores psicológicos y trastornos del sistema nervioso. El rol de factores psicológicos en el curso de AA es especialmente importante. Los resultados de la investigación indican que la co-ocurrencia de trastornos psiquiátricos es un problema de muchos pacientes con alopecia areata. En contraste, la experiencia clínica indica que tanto estrés y los aspectos psicológicos de la alopecia areata tienen una participación en el desarrollo y la exacerbación de la enfermedad. El tratamiento dermatológico muy a menudo no es suficiente en el caso de esa dermatosis, por lo tanto, el tratamiento del aspecto psicológico del paciente con alopecia areata debe ser uno de las más importantes acciones a realizar. También deben tomarse en consideración en el proceso de diagnóstico y tratamiento en sí, de acuerdo con la visión holística del tratamiento. Parece necesario tomar la molestia de la exploración y comprensión de los determinantes de la alopecia areata, que es un requisito previo para un tratamiento eficaz. Preparación de la revisión de la investigación realizada hasta ahora y en relación con la participación de factores psicológicos en la patogénesis y el curso de la alopecia areata, se indica que el estrés, una situación traumática, un alto nivel de neuroticismo y alexitimia, pueden influir en la aparición, duración y exacerbación de la condición en cuestión. Trastornos mentales que ocurren con mayor frecuencia entre los individuos que sufren de alopecia areata son: depresión, aumento del nivel de ansiedad, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de estrés postraumático y pensamientos suicidas. En el proceso de tratamiento y terapia de alopecia areata, determinantes polietiológicos se deben considerar y un tratamiento integral que incluya, además, al tratamiento dermatológico, la asistencia psicológica y la psicoterapia.<sup>132</sup>



Los pacientes mexicanos con alopecia areata incluidos el estudio de Olguín et al. <sup>133</sup>, tienen factores psicológicos asociados con la enfermedad, a saber: ansiedad, depresión, eventos de la vida, ciertos rasgos de personalidad, disminución del estado de ánimo y disfunción familiar. Estos factores psicológicos forman parte de la morbilidad psiquiátrica. Por tal motivo, la detección de estas alteraciones es importante para referir oportunamente a los pacientes con el especialista en salud mental y otorgarles un tratamiento multidisciplinario que permita lograr una buena respuesta terapéutica.<sup>134</sup>

## **URTICARIA**

Staubach et al.<sup>135</sup>, en una muestra de pacientes con urticaria crónica, encontró que el 30% reveló síntomas de ansiedad y el 17% tenían síntomas de depresión. Además Balp et al. <sup>136</sup>, menciona que la urticaria crónica, impone una carga sustancial para el bienestar y la capacidad del paciente productivo en el trabajo y en actividades fuera del trabajo y asociados con un mayor uso de la atención médica: depresión, ansiedad, y dificultades del sueño son también notablemente más comunes en los pacientes con urticaria crónica. Y Engin et al. <sup>137</sup>, confirmó que la calidad de vida está marcadamente reducida en los pacientes con urticaria crónica. Encontró que la salud física y la salud psicológica eran las áreas que más afectaron la calidad de vida en los pacientes con urticaria crónica. Y también ha encontrado que los pacientes con urticaria crónica con frecuencia sufren de depresión y ansiedad.

## HERPES ZOSTER

La depresión es un trastorno psiquiátrico debilitante y un creciente problema de salud pública mundial, sin embargo, las relaciones entre las infecciones microbianas y la depresión siguen siendo inciertas. Una literatura informatizada, con búsqueda de Medline, ISI Web de Conocimiento, PsycINFO, y la Cochrane Library se llevó a cabo hasta mayo 2013, y 6362 estudios fueron inicialmente identificados para el cribado. Los estudios de casos y controles detectaron biomarcadores del microorganismo. Sobre la base de criterios de inclusión y exclusión, finalmente se incluyeron 28 estudios comparando la detección de 16 agentes infecciosos en pacientes deprimidos unipolares y controles sanos con incidente positivo que se define como un marcador bioquímico positivo de la infección microbiana. Un formulario personalizado se utilizó para la extracción de datos. El análisis combinado reveló que la mayoría de los 16 agentes infecciosos no estaban asociados significativamente con la depresión. Sin embargo, hubo asociaciones estadísticamente significativas entre depresión e infección por el virus de la enfermedad de Borna (que es una de las causas probables de depresión), el virus 1 del Herpes simplex, el virus de la Varicela zoster, Virus de Epstein-Barr (asociado a mononucleosis infecciosa) y *Chlamydomphila trachomatis* (asociado a infección pélvica inflamatoria y abortos a repetición).<sup>138</sup>

Se puede encontrar menos consistencia en la literatura de estrés como un factor de riesgo para herpes zoster <sup>139-143</sup>. Sin embargo, Marin et al. <sup>144</sup>, encontró estrés 3 meses antes de que el paciente padeciera herpes zoster, como un factor de riesgo. Diferencias entre estudios pueden deberse al sesgo de recuerdo y a la subjetividad al estrés y niveles de estrés. Utilizando un

nuevo método de análisis (autocontrolado de serie de casos) y criterios más específicos para el estrés (una catástrofe, un evento de salud o muerte que ocurra a su cónyuge), validados mostrando un aumento de las visitas en salud mental, un estudio reciente encontró que no hay evidencia de que el estrés psicológico desencadene Herpes zoster <sup>143</sup>. Depresión como un factor de riesgo para el herpes zoster merece una investigación más profunda. Marin et al<sup>144</sup>, reportó que la depresión fue el factor más fuerte asociado con riesgo de Herpes zoster. Los estudios sugieren que la depresión puede estar influyendo en el riesgo herpes zoster a través del mecanismo de disminución de la inmunidad mediada por células <sup>145,146</sup>.

Forbes et al.<sup>147</sup>, en un estudio de casos y controles, informó de una serie de condiciones asociadas con un mayor riesgo de Herpes zoster, incluyendo Artritis reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Asma, enfermedad renal crónica, Diabetes tipo 1, y Depresión. Los efectos relativos de muchos de estos factores de riesgo fueron más graves entre los pacientes más jóvenes. Esto plantea la cuestión de si la vacunación de ciertos grupos más jóvenes de alto riesgo, pueda ser beneficioso; incluyéndose estudios de rentabilidad, considerando también el riesgo de neuralgia postherpética, sería necesario responder a esta pregunta.

## **DERMATITIS SEBORREICA**

Pärna et al.<sup>148</sup>, reporta el hallazgo de que los pacientes con enfermedad crónica tienen niveles más altos de depresión y ansiedad, el grupo de estudio

estaba compuesto por 40 pacientes con psoriasis, 40 con eczema, 40 con acné, 15 con dermatitis seborreica y 40 controles sanos. Pacientes con enfermedades crónicas de la piel tenían puntuaciones del funcionamiento físico, percibidas con limitaciones físicas y dolor, y menor bienestar emocional de salud general en comparación con el grupo de control. Por lo que, las enfermedades crónicas de la piel están asociados con síntomas de angustia, insomnio y ansiedad generalizada.

A partir del estudio de Murthy et al. <sup>149</sup>, podemos mencionar que la duración de la enfermedad dermatológica tiene una correlación positiva con la calidad de vida de un paciente que es, cuanto más largo un paciente sufre de una condición dermatológica, más pobre es la calidad de vida. También se observó que tener una enfermedad dermatológica crónica tenía una correlación positiva para la depresión. El eccema fue el diagnóstico más afectado en Skindex-29, indicando una mala calidad de vida seguida de psoriasis, acné vulgar y dermatitis seborreica. Sin embargo, se encontró que la severidad de la depresión era mayor en pacientes que sufrían de psoriasis seguidos por eczema, acné vulgar y dermatitis seborreica. En las subescalas Skindex-29, la disfunción general en la calidad de vida fue notablemente más marcada en la esfera emocional y las funciones psicosociales que los síntomas físicos.

## 5.2. Nuevos planteamientos

Esta tesis abre la puerta y ofrece información relevante para la realización de líneas de investigación, los cuales se indican a continuación:

- Debido a la escasez existente de experiencias documentales, es necesaria la realización de estudios de psico-dermatología: enfermedades dermatológicas en relación a patologías psico-psiquiátricas (depresión, ansiedad, etc.), basadas en la evidencia.
- Explorar los resultados al tratar las patologías psico-psiquiátricas en relación a las enfermedades dermatológicas y viceversa.
- Más allá del alcance del presente estudio, se recomienda nuevos estudios con mayor tamaño muestral, para obtener diferencias neutrales entre las variables enfermedades dermatológicas y patologías psico-psiquiátricas; además al tomar como referencia nuestro estudio podrían realizarse estudios experimentales.
- También, resulta interesante realizar estudios considerando participantes con otras patologías psico-psiquiátricas: como ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, etc.; en relación a las enfermedades dermatológicas (rosácea, dermatitis de contacto, etc.).
- La replicación de la presente investigación debe contemplar otros grupos etéreos a fin de contrastar las patologías psico-psiquiátricas y las enfermedades dermatológicas, p.ej. acné en un paciente

adolescente y acné en un paciente adulto, como afecta su calidad de vida, en cada grupo etáreo.

- Realización de estudios de seguimiento de las intervenciones, para valorar si el tratamiento de la patología psico-psiquiátrica beneficia al paciente con alguna enfermedad dermatológica.

### **5.3. Fundamento del nuevo aporte de carácter científico-epistemológico**

La medicina psiconeurocutánea es un campo importante y de rápido crecimiento. Es una ciencia integradora creada para abordar la interacción entre la mente, el sistema nervioso y la piel. Cuatro grandes campos están involucrados: psiquiatría, psicología, neurología y dermatología. A pesar de que es una ciencia joven que solo se estableció en el siglo pasado, las alusiones al sistema nervioso y las enfermedades de la piel se remontan a miles de años en la literatura. Característicamente, los dos últimos siglos fueron de especial importancia para el desarrollo de este campo en Europa, últimamente en América, con gran esfuerzo puesto en la investigación y las publicaciones. Más recientemente, la creación de asociaciones, grupos de trabajo y la fusión de subespecialidades dedicadas exclusivamente al estudio del impacto psicológico de los trastornos cutáneos en subpoblaciones de pacientes han contribuido a dar impulso a la medicina psiconeurocutánea. El desarrollo ulterior de este campo arrojará luz sobre el diagnóstico y tratamiento apropiado de los trastornos psicodermatológicos, mejorando la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.<sup>150</sup>

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

Se demostró la relación de depresión con las enfermedades dermatológicas ( $p = 0,001$ ) y al evaluar las enfermedades por separado, se encontró asociación estadísticamente significativa con la psoriasis ( $p = 0,012$ ), el vitiligo ( $p = 0,021$ ), el prurito ( $p = 0,038$ ), el liquen simple crónico ( $p = 0,023$ ) y el melasma ( $p = 0,010$ ); mediante el análisis inferencial (chi cuadrado). La relación de la depresión y las enfermedades dermatológicas, generalmente es bidireccional, es necesario, analizar el impacto que las enfermedades dermatológicas tienen sobre el repertorio de representaciones y medidas de la depresión y viceversa. Para de esta manera, tratar a los pacientes con depresión que desencadenaron alguna patología dermatológica, en este caso tratando la depresión podemos remitir la enfermedad cutánea y al revés, en el caso de que la enfermedad dermatológica desencadene la patología psíquica, como depresión, tratar el componente cutáneo para aliviar la patología psiquiátrica.

La empatía, la gestión de las expectativas del paciente y la animación del dermatólogo: son aspectos del encuentro clínico que pueden fomentar una relación terapéutica positiva con un paciente que presenta una queja psicodermatológica. Los dermatólogos deben ser conscientes del potencial de mejoras significativas en la calidad de vida al abordar la dimensión psiquiátrica de la enfermedad de la piel.

## RECOMENDACIONES

- Aumentar los minutos de consulta a dermatología para de esta manera poder ayudar a los pacientes en la esfera psico-dermatológica, ayudando a tratar su factor desencadenante para controlar la enfermedad de fondo, tratándolo o derivándolo a los consultorios adecuados.
- Asociar de manera integral la atención médica con la mental/psicológica, para brindar, con ello, una excelente atención a los pacientes con diagnóstico de enfermedades cutáneas.
- Determinar los factores de riesgo aunados a las enfermedades cutáneas, que pudiesen desencadenar un trastorno psicológico, que a la vez pudiesen exacerbar la patología cutánea.
- Procurar la educación, guía y atención a los pacientes con diagnóstico de enfermedades dermatológicas, acerca de formas de evitar factores de riesgo y un seguimiento adecuado de los tratamientos.
- Se recomienda el uso de porcentajes de superficie corporal, o el compromiso de zonas sensibles, como rostro o genitales, para la determinación de la severidad del cuadro, en pacientes que consultan a Dermatología.
- Se recomienda realizar una vigilancia epidemiológica del estado de Salud Mental de los pacientes con diagnóstico de enfermedades cutáneas que asisten a la consulta diaria de Dermatología.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Picardi A, Abeni D. Eventos estresantes de la vida y las enfermedades de la piel: desentrañar la evidencia de mito. *Psychother Psychosom.* 2001 Jun; 70(3):118-36.
2. Rojas J, Poleo A. Evaluación de una formulación antioxidante y estimuladora mitocondrial en piel de pacientes con Vitiligo vulgar estable. *Invest. Clín.* 2007 Mar; 48(1).
3. Montes C. La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. Artículos de Psiquiatría UCV [internet].[Consultado 2016 Jul 30]. Disponible en: [http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE\\_1703.pdf](http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf).
4. Alcalá J. Depresión y crisis de pánico en acné tratado con isotretinoína. *Semergen.* 2012 May; 38(3):188-191.
5. Gupta M, Gupta A. Psiquiátrica y psicológica co-morbilidad en pacientes con trastornos dermatológicos: epidemiología y gestión. *Am J Clin Dermatol.* 2003 Jun; 4(12):833-42.
6. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Trastornos psiquiátricos en pacientes B. asistir a una clínica de pacientes ambulatorios dermatología. *Dermatología.* 1998 Jun; 197(3):230-234.
7. Mostaghimi L. Prevalencia de los problemas del estado de ánimo y del sueño en las enfermedades crónicas de la piel: un estudio piloto. *Cutis.* 2009 May; 81(5):398-402.
8. Galli E. La depresión: Una Enfermedad Médica. *Rev Med Hered.* 1994 May; 5(2):105-109.
9. Sagástegui A, Mazzotti G, Guimas B. Depresión: Aspectos Clínicos Fundamentales. *Diagnóstico.* 1998 Ene; 37(5): 294-310.
10. Acosta J, Krüger H, Huayanay L, Bravo F, Arévalo M. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiquiatr.* 2010 Junio; 73(4):126-130.
11. Tribó J. Conexiones entre la psoriasis y psiquiatría: Actualización. *Acta Dermatol.* 1997 May; 11(1): 765-768.
12. Folks D, Warnock J. Trastornos Psychocutaneos. *Curr Psiquiatría Rep* 2001. 2001 May; 3(1): 219-225.
13. Grimalt F. Trastornos depresivos y depresión enmascarada. Grupo Aula Médica S.A. En: Grimalt M, Cotterill J. *Dermatología y Psiquiatría*; 2002.

14. Blanco M, Álvarez R, Colombet M, Alba R, Ortunio M, Guevara H. Depresión en adultos con vitíligo que asisten a una consulta dermatológica. Naguanagua. [internet] . [Consultado 2016 Jul 30]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2087/1/Depresion-en-adultos-con-vitiligo-que-asisten-a-una-consulta-dermatologica>.
15. Carreras C. Dermatosis provocadas por desórdenes psiquiátricos. Dermatol. Argent. 2013 May; 19(3): 194-197.
16. Vargas E. Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Actas Dermosifiliogr. 2009 May; 97(10): 637-43.
17. Balieva F, Lien L, Kupfer J, Halvorsens J, Dalgard F. ¿Son comunes las enfermedades dermatológicas de la piel asociados con problemas psicológicos en pacientes noruegos ambulatorios Comparados con controles? Un estudio observacional. Acta Derm Venereol 2016 Ago; 96: 227–231.
18. Antuña-Bernardo S, García-Vega E, González A, Secades R, Errasti J, y Curto J. Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. Psicothema 2000; 12(2):30-34
19. Valverde J, Mestanza M, Asenjo C. Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica. Folia dermatol 2005; 16 (3):119-122.
20. Instituto Municipal de Investigación Médica. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV [internet].[Consultado 2017 Mar 16]. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>.
21. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. [Internet] . [Consultado 2016 Jul 30]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=167>.
22. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García Vera M. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del “Inventario de depresión de Beck-II” (BDI-II). [internet] . [Consultado 2016 Jul 30]. Disponible en: <http://www.pearsonclinical.es/portals/0/docproductos/13714632903.pdf>
23. Wolff K, Johnson R, Saavedra A. Fitzpatrick Atlas de dermatología clínica. 7 ed. [internet]. Santa Fé: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.; 2014 [consultado 2017 Mar 16]. Disponible en: <http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Fitzpatrick Atlas de Dermatologia Clinica booksmedicos.org.pdf>.

24. Gatto Bragança G, Menezes Marques L, Oliveira Lima S, Vieira de Melo E, Pinto Neto A, Prado Reis F. Evaluation of anxiety and depression prevalence in patients with primary severe hyperhidrosis. [Online]; 2014 [Citado el 30 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24770497>.
25. Klock M, Gunnar Gotestam K, Mykletun A. Factors accounting for the association between anxiety and depression, and eczema: the Hordaland health study (HUSK). [Online]; 2010 [Citado el 30 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20412596>.
26. Alberdi Sudupe J, Fernandez Díaz A. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clin*. 2013 mayo; 74(4):161-174.
27. Abram K, Silm H, Maaros H, Oona M. Subjective Disease Perception and Symptoms of Depression in Relation to Healthcare-seeking Behaviour in Patients with Rosacea. [Online]; 2009 [Citado el 30 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19734974>.
28. Telles Correia D, Barbosa A. ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MEDICINA: Modelos Teóricos e Avaliação. [Online].; 2009 [Citado el 30 de julio del 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1680-2329-1-PB.pdf>.
29. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2016 [citado 13 Jun 2017]; Suppl 217: 30–34.
30. Franca K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history\*. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2013 [citado 13 Jun 2017]; 88(5):842-3.
31. Chung WL, Ng SS, Aan Koh MJ, Peh LH, Liu TT. A review of patients managed at a combined psychodermatology clinic: a Singapore experience. *Singapore Med J* [Internet]. 2012 [citado 13 Jun 2017]; 53 (12):789 .
32. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015;135(4):984-91.
33. Nowak DA, Wong SM. DSM-5 Update in Psychodermatology. *Update on Drugs and Drug News* [Internet]. 2016 [citado 13 Jun 2017]; 21(3). Disponible en: <http://www.skintherapyletter.com/2016/21.3/2.html>
34. Filakovic P, Biljan D, Petek A. Depression in dermatology: an integrative perspective. *Psychiatr Danub*. 2008 Sep;20(3):419-25.

35. Cohen AD, Ofek-Shlomai A, Vardy DA, et al. Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Jan;54(1):94-9.
36. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, et al. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol*. 2014 Jun;134(6):1542-51.
37. Bashir K, Dar NR, Rao SU. Depression in adult dermatology outpatients. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010 Dec;20(12):811-3.
38. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, et al. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med*. 1994 Jan-Feb;56(1):36-40.
39. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry*. 2012 May;169(5):491-7.
40. Sundström A, Alfredsson L, Sjölin-Forsberg G, et al. Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin: retrospective Swedish cohort study. *BMJ*. 2010 Nov 11;341:5812.
41. Wakkee M, Nijsten T. Comorbidities in dermatology. *Dermatol Clin*. 2009 Apr;27(2):137-47.
42. Psiquiatria.com [Internet]. Barcelona: Psiquiatriacom; 2004 [actualizado 13 May 2004; citado 13 Jun 2017]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo\\_doc8727.pdf](http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc8727.pdf)
43. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2016 [citado 13 Jun 2017]; Suppl 217: 35–37. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-2378>
44. Yadav S, Narang T, Kumaran S. Psychodermatology: a comprehensive review. *Indian journal of Dermatology, Venereology and Leprology* [Internet]. 2013 [citado 13 Jun 2017]; 79(2). Disponible en: <http://imsear.li.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/147425/1/ijdv12013v79n2p176.pdf>
45. Brufau R, Corbalán J, Brufau C, Ramirez A, Limiñana R. Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de Psicología* [Internet]. 2010 [citado 13 Jun 2017]; 26 (2):335-340. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v26/v26\\_2/18-26\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/18-26_2.pdf)

46. Balieva F, Lien L, Kupfer J, Halvorsen JA, Dalgard F. Are Common Skin Diseases among Norwegian Dermatological Outpatients Associated with Psychological Problems Compared with Controls? An Observational Study. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2016 [citado 13 Jun 2017]; 96: 227–231. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-2200>
47. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2005; 6:383-92.
48. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41:401-7.
49. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper A. Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. *Australas J Dermatol*. 2004;45:155-60.
50. Van Voorhees AS, Fried R. Depression and quality of life in psoriasis. *Postgrad Med*. 2009;121:154-61.
51. Adler UC, Marques AH, Calil HM. Inflammatory aspects of depression. *Inlamm Allergy Drugs Targets*. 2008;7:19-23.
52. Simen BB, Duman CH, Simen AA, Duman RS. TNF alpha signaling in depression and anxiety: behavioral consequences of individual receptor targeting. *Biol Psychiatry*. 2006;59: 775-85.
53. Schiepers OJ, Wichers MC, Maes M. Cytokines and major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29:201-17.
54. Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P, et al. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Arch Dermatol*. 2002;138:337-42.
55. Menter A, Augustin M, Signorovitch J, Yu AP, Wu EQ, Gupta SR, et al. The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62: 812-8.
56. Uttjek M, Nygren L, Stenberg B, Dufaker M. Marked by visibility of psoriasis in everyday life. *Qual Health Res*. 2007;17:364-72.
57. Finzi A, Colombo D, Caputo A, Andreassi L, Chimenti S, Vena G, et al. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: The PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:1161
58. Fouere S, Adjadj L, Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:2-6.
59. De Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9:140-7.

60. Wahl AK, Gjengedal E, Hanestad BR. The bodily suffering of living with severe psoriasis: In-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis. *Qual Health Res.* 2002;12: 250-61.
61. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res.* 2001;50:11-5.
62. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. *Actas Dermosifiliog* [Internet]. 2012 [citado 14 Jun 2017];103(Supl 1):1–64.
63. Tohid H, Aleem D, Jackson C. Major Depression and Psoriasis: A Psychodermatological Phenomenon. *Skin Pharmacol Physiol* [Internet]. 2016 [citado 14 Jun 2017];29:220–230.
64. Jensen P, Ahlehoff O, Egeberg A, Gislason G, Hansen PR, Skov L. Psoriasis and New-onset Depression: A Danish Nationwide Cohort Study. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2016 [citado 14 Jun 2017]; 96: 39–42. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-2183>.
65. Allison DJ, Ditor DS. The common inflammatory etiology of depression and cognitive impairment: a therapeutic target. *J Neuroinflammation* 2014; 11: 151.
66. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 46–56.
67. Han Q-Q, Yu J. Inflammation: a mechanism of depression? *Neurosci Bull* 2014; 30: 515–523.
68. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry* [Internet] 2010; 67: 446–457.
69. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, Troxel AB, Kimmel SE, Mehta NN, et al. Prevalence of metabolic síndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom. *J Invest Dermatol* 2012; 132: 556–562.
70. Armstrong AW, Schupp C, Bebo B. Psoriasis comorbidities: results from the National Psoriasis Foundation surveys 2003 to 2011. *Dermatology* 2012; 225: 121–126.
71. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006; 212: 123–127.

72. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001; 50: 11–15.
73. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S, et al. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol* 2003; 139: 752–756.
74. Petraškienė R, Valiukevičienė S, Macijauskienė J. Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina* [Internet]. 2016 [citado 16 Jun 2017]; 52:238–243. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1010660X16300362>
75. Gomez Herrera MI. Psoriasis y estado de salud mental en pacientes del Instituto de Dermatología y Cirugía de piel (Inderma), 2011. [Tesis]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud; 2011. Disponible en: <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/46330.pdf>
76. Krishnadas R, Nicol A, Sassarini J, Puri N, Burden AD, Leman J, Combet E, Pimlott S, Hadley D, McInnes IB, Cavanagh J: Circulating tumour necrosis factor is highly correlated with brainstem serotonin transporter availability in humans. *Brain Behav Immun* 2016; 51: 29–38.
77. Akay A, Pekcanlar A, Bozdogan KE, Altintas L, Karaman A: Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 347–352.
78. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Schork NJ, Gorr SK, Ellis CN, Voorhees JJ: A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. A study of 127 patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 166–173.
79. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C: A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med* 2015; 20: 121–127.
80. Polenghi MM, Molinari E, Gala C, Guzzi R, Garutti C, Finzi AF: Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1994; 186: 65–66.
81. Menter A, Augustin M, Signorovitch J, Yu AP, Wu EQ, Gupta SR, Bao Y, Mulani P: The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62: 812–818.
82. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CE: A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002; 146: 458–465.

83. Mease PJ, Signorovitch J, Yu AP, Wu EQ, Gupta SR, Bao Y, Mulani PM: Impact of adalimumab on symptoms of psoriatic arthritis in patients with moderate to severe psoriasis: a pooled analysis of randomized clinical trials. *Dermatology* 2010; 220: 1–7.
84. Redighieri IP, Maia Tde C, Nadal MA, Caliman TR, Ruiz Mde F, Petri V: Erythrodermic psoriasis with regression after prophylaxis with isoniazid and antidepressant therapy: case report. *An Bras Dermatol* 2011; 86(4 suppl 1):S141–S143.
85. Van Voorhees AS, Fried R: Depression and quality of life in psoriasis. *Postgrad Med* 2009; 121: 154–161.
86. Hedayat K, Karbakhsh M, Ghiasi M, Goodarzi A, Fakour Y, Akbari Z et al. Quality of life in patients with vitiligo: a cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2016 [citado 14 Jun 2017];14:86. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0490-y>
87. Chan MF, Chua TL, Goh BK, Aw CW, Thng TG, Lee SM. Investigating factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. *J Clin Nurs*. 2012;21(11-12):1614–21.
88. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16:573–8.
89. Porter JR, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J. Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with “normal” control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1986; 15:220-4.
90. Firooz A, Bouzari N, Fallah N, Ghazisaidi B, Firoozabadi MR, Dowlati Y. What patients with vitiligo believe about their condition? *International journal of dermatology*. 2004 Nov; 43(11):811-4.
91. Talsania N, Lamb B, Bewley A. Vitiligo is more than skin deep: a survey of members of the Vitiligo Society. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2010; 35:736-9.
92. Wang KY, Wang KH, Zhang ZP. Health-related quality of life and marital quality of vitiligo patients in China. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2011; 25:429-35.
93. Kent G, Al'Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1996; 35:895-8.
94. Linthorst Homan MW, Spuls PI, de Korte J, Bos JD, Sprangers MA, Van der Veen JP. The burden of vitiligo: patient characteristics associated with quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2009 Sep; 61(3): 411-20.



95. Weber MB, Lorenzini D, Reinehr CP, Lovato B. Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2012 Sep-Oct; 87(5): 697- 702.
96. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo: Health and Quality of Life Outcomes. 2003; 1:58.
97. Roca Pinzón S. Depresión en pacientes con vitiligo. [Tesis]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/03/De-la-Roca-Sara.pdf>
98. Krüger C, Schallreuter K. Stigmatisation, Avoidance Behaviour and Difficulties in Coping are Common Among Adult Patients with Vitiligo. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2015 [citado 14 Jun 2017]; 95 (5): 553-558. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-1981>
99. Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, Pedicelli C, Tabolli S, Leoni L, et al. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol* 2008; 159: 351–359.
100. Lee KK, Lee JH, Kim HW, Paik KC, Kim YC. Emotional state and personality characteristics in patients with vitiligo. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine* 2000; 8: 88–97.
101. Karelson M, Silm H, Kingo K. Quality of life and emotional state in vitiligo in an Estonian sample: comparison with psoriasis and healthy controls. *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 446–450.
102. Dolatshahi M, Ghazi P, Feizy V, Hemami MR. Life quality assessment among patients with vitiligo: comparison of married and single patients in Iran. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74: 700.
103. Poletti ED, Muñoz MR. Prurito psicógeno: diagnóstico ineludible del internista. *Med Int Mex* [Internet]. 2007 [citado 14 Jun 2017];23(6):517-23. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=18469>
104. Tey HL, Wallengren J, Yosipovitch G. Psychosomatic factors in pruritus *Clin Dermatol*. [Internet]. 2013 [citado 14 Jun 2017]; 31(1): 31–40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690364/>
105. Verhoeven L, Kraimaat F, Duller P, van de Kerkhof P, Evers A. Cognitive, behavioral, and physiological reactivity to chronic itching: analogies to chronic pain. *In J Behav Med* 2006; 13: 237–243.
106. Erturk IE, Arican O, Omurlu IK, Sut N. Effect of the pruritus on the quality of life: a preliminary study. *Ann Dermatol* 2012; 24: 406–412.
107. Reich A, Hrehorow E, Szepletowski JC. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 2010; 90: 257–263.

108. Marron SE, Tomas-Aragones L, Boira S, Campos-Rodenas R. Quality of Life, Emotional Wellbeing and Family Repercussions in Dermatological Patients Experiencing Chronic Itching: A Pilot Study. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2016 [citado 14 Jun 2017]; 96: 331–335. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-2263>
109. Ucak H, Demir B, Cicek D, Dertioglu SB, Akkurt ZM, Ucmak D, et al. Efficacy of tropical tacrolimus for the treatment of persistent pruritus ani in patients with atopic dermatitis. *J Dermatolog Treat* 2013; 24: 454–457.
110. Samrao A, Berry TM, Goreshi R, Simpson EL. A pilot study of an oral phosphodiesterase inhibitor (apremilast) for atopic dermatitis in adults. *Arch Dermatol* 2012; 148: 890–897.
111. Lye WC, Chan PS, Leong SO, van der Straaten JC. Psychosocial and psychiatric morbidity in patients on CAPD. *Adv Perit Dial* 1977; 13: 134–136.
112. Hawro T, Miniszewska J, Chodkiewicz J, Sysa-Jedzejowska A, Zalewska A. Anxiety, depression and social support in patients with psoriasis. *Przegl Lek* 2007; 64: 568–571.
113. Acosta J ,Krüger H ,Huayanay L, Bravo F, Arévalo M. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2010 [citado 29 Jun 2017]; 73 (4). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/236029223 Depression and depressive symptoms in outpatients of a Dermatologys service in a general hospital of Lima](https://www.researchgate.net/publication/236029223_Depression_and_depressive_symptoms_in_outpatients_of_a_Dermatologys_service_in_a_general_hospital_of_Lima)
114. Kida J, Holthausen D, Martins da Silva VP, Mazzochi M, Fröde TS. Melasma and assessment of the quality of life in Brazilian women\*. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2015 [citado 14 Jun 2017];90(2):196-200. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962015000200196](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000200196)
115. Lotti T, Buggiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. *Dermatol Ther* [Internet]. 2008 [citado 29 Jun 2017];21(1):42-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18318884>
116. An JG, Liu YT, Xiao SX, Wang JM, Geng SM, Dong YY. Quality Of Life of Patients with Neurodermatitis. *Int. J. Med. Sci.* [Internet]. 2013 [citado 16 Jun 2017]; 10(5):593-598. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607245/>
117. Sampogna F, Abeni D, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Titeca G et al. Impairment of Sexual Life in 3,485 Dermatological Outpatients From a Multicentre Study in 13 European Countries. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2017 [citado 16 Jun 2017]; 97: 478–482. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-2561>

118. Handan K, Özyurt S, Özkan B, Karaca S, Karakuzu A, Bilgin I. The Impact of Inflammatory and Infectious Diseases of Vulvar on Quality of Life. *Journal of Menopausal Medicine [Internet]*. 2016 [citado 16 Jun 2017];22:131-138. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5256362/>
119. Hickey S, Bell H. Quality of life in the vulvar clinic: a pilot study. *J Low Genit Tract Dis* 2010; 14: 225-9.
120. Liyang K, Jiaoyan L, Rujun A, Jinhua H, Hui H, Qifeng Y. Depression in patients with facial acne vulgaris and the influential factors. *J Cent South Univ (Med Sci) [Internet]*. 2015 [citado 14 Jun 2017]: 40(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26541846>
121. Sajquim Sajquim EE. “Relación entre depresión y acné en estudiantes de secundaria de la Ciudad de Guatemala” Estudio realizado en tres establecimientos privados. Julio 2012. [Tesis]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2012/09/03/Sajquim-Edvin.pdf>
122. Gül AI, Çölgeçen E. Personality Traits and Common Psychiatric Conditions in Adult Patients with Acne Vulgaris. *Ann Dermatol [Internet]*. 2015 [citado 27 May 2017]: 27 (1); 48-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323602/pdf/ad-27-48.pdf>
123. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:435-439.
124. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol* 2011;131:363-370.
125. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Can Fam Physician* 2006;52:978-979.
126. Sundström A, Alfredsson L, Sjölin-Forsberg G, Gerdén B, Bergman U, Jokinen J. Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin: retrospective Swedish cohort study. *BMJ* 2010;341:c5812.
127. Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *J Paediatr Child Health* 2006;42:793-796.
128. Bewley A, Fowler J, Schöfer H, Kerrouche N, Rives v. Erythema of Rosacea Impairs Health-Related Quality of Life: Results of a Meta-analysis. *Dermatol Ther [Internet]*. 2016 [citado 16 Jun 2017]; 6:237–247. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906100/pdf/13555\\_2016\\_Article\\_106.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906100/pdf/13555_2016_Article_106.pdf)

129. Dirschka T, Micali G, Papadopoulos L, Tan J, Layton A, Moore S. Perceptions on the psychological impact of facial erythema associated with Rosacea: results of International Survey. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5(2):117–27.
130. Egeberg A, Hansen PR, Gislason GH, Thyssen JP. Patients with Rosacea Have Increased Risk of Depression and Anxiety Disorders: A Danish Nationwide Cohort Study. *Dermatology* [Internet]. 2016 [citado 27 May 2017];232(2):208-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26954304>
131. Levy LL, Emer JJ. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: personal experience and review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* [Internet]. 2012[citado 16 Jun 2017];5:173–182. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496327/pdf/ccid-5-173.pdf>
132. Kutý-Pachecka M. Psychological and psychopathological factors in alopecia areata. *Psychiatr. Pol.* [Internet]. 2015 [citado 16 Jun 2017];49(5): 955–964. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26688846>
133. Olguín MG, Del Campo AM, Rodríguez M, Peralta ML. Factores psicológicos asociados con la alopecia areata. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2013 [citado 16 Jun 2017];57:171-177. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2013/rmd133f.pdf>
134. Levenson LJ. Psychiatric issues in dermatology part 2. Alopecia areata, urticaria and angioedema. *Primary Psychiatry* 2008;15:31-34.
135. Staubach P, Dechene M, Metz M, Magerl M, Siebenhaar F, Weller, et al. High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria. *Acta Derm Venereol* 2011;91:557–561.
136. Balp MM, Vietri J, Tian H, Isherwood G. The Impact of Chronic Urticaria from the Patient's Perspective: A Survey in Five European Countries. *Patient* [Internet]. 2015 [citado 16 Jun 2017]; 8:551-558. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26476961>
137. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Ozdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2008 [citado 27 May 2017]; 22(1):36-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181971>
138. Wang X, Zhang L, Lei Y, Liu X, Zhou X, Liu Y et al. Meta-Analysis of Infectious Agents and Depression. *Scientific Reports* [Internet]. 2014 [citado 16 Jun 2017]; 4:4530. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24681753>
139. Lasserre A, Blaizeau F, Gorwood P, et al. Herpes zoster: family history and psychological stress-case-control study. *J Clin Virol* 2012; 55:153–7.

140. Schmader K, George LK, Burchett BM, et al. Race and stress in the incidence of herpes zoster in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:973-7.
141. Schmader K, George LK, Burchett BM, Pieper CF. Racial and psychosocial risk factors for herpes zoster in the elderly. *J Infect Dis* 1998; 178(suppl 1):S67–70.
142. Schmader K, Studenski S, Mac Millan J, et al. Are stressful life events risk factors for herpes zoster? *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:1188–94.
143. Harpaz R, Leung JW, Brown CJ, Zhou FJ. Psychological stress as a trigger for herpes zoster: might the conventional wisdom be wrong? *Clin Infect Dis* 2015; 60:781–5.
144. Marin M, Harpaz R, Zhang J, Wollan PC, Bialek ER, Yawn BP. Risk Factors for Herpes Zoster Among Adults. *OFID* [en línea]. 2015 [citado 16 Jun 2017]; No 01. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4929487/>
145. Irwin MR, Levin MJ, Carrillo C, et al. Major depressive disorder and immunity to varicella-zoster virus in the elderly. *Brain Behav Immun* 2011; 25:759–66.
146. Irwin M, Costlow C, Williams H, et al. Cellular immunity to varicella-zoster virus in patients with major depression. *J Infect Dis* 1998; 178(suppl 1):S104–8.
147. Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, Langan SM, Quantification of risk factors for herpes zoster: population based case-control study. *BMJ [Internet]*. 2014 [citado 16 Jun 2017];348:2911. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g2911.full.pdf>
148. Pärna N, Aluoja A, Kingo K. Quality of life and emotional state in chronic skin disease. *Acta Derm Venereol [Internet]*. 2015 [citado 16 Jun 2017]; 95: 312–316. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-1920>
149. Murthy SK, Rami KS, Vadlamani N, Sandhya L, Kalasapati L, Maganti S et al. Psychological Morbidity Among Dermatological Patients in a Rural Setting. *Indian J Dermatol. [Internet]*. 2015 [citado 16 Jun 2017]; 60(6): 635. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681219/>
150. França K, Castillo DE, Rocchia MG, Lotti T, Wollina U, Fioranelli M. Psychoneurocutaneous medicine: past, present and future. *Wien Med Wochenschr. [Internet]*. 2017 Jun 14 [citado 30 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28616665>. [Epub ahead of print].

# **ANEXOS**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

---

**Estimado paciente:**

FOLIO N° \_\_\_\_\_

Espero tu colaboración respondiendo con sinceridad el presente cuestionario. La prueba es totalmente anónima, lo cual no te afectara en nada, ya que los datos serán utilizados con fines estadísticos, por lo cual tu honestidad en las respuestas es muy importante.

El presente tiene por objetivo **COMO INFLUYE LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DESENCADENANTE DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS, EN PACIENTES ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS, EN EL HOSPITAL II ESSALUD - HUÁNUCO 2016**

Lea usted con atención y conteste a las preguntas marcando con "X" dentro del recuadro o completando la respuesta sobre las líneas, según la pregunta.

1) EDAD (años) : \_\_\_\_\_

2) GÉNERO:

- MASCULINO ( )
- FEMENINO ( )

3) ESTADO CIVIL:

- SOLTERA (O)(1)
- CASADA(O) (2)
- CONVIVIENTE (3)
- DIVORCIADO(A)/SEPARADA(O) (4)
- VIUDA(O) (5)

4) NIVEL DE EMPLEO:

- OCUPADO, EMPLEO ADECUADO (1)
- OCUPADO; SUBEMPLEADO, POR HORAS (2)
- OCUPADO; SUBEMPLEADO, POR INGRESOS (3)
- DESOCUPADO (4)

5) NIVEL EDUCATIVO:

- SIN NIVEL/INICIAL (1)
- EDUCACIÓN PRIMARIA (2)
- EDUCACIÓN SECUNDARIA (3)
- SUPERIOR, NO UNIVERSITARIA (4)
- SUPERIOR, UNIVERSITARIA (5)

**6) ENFERMEDAD: características**

- ACNÉ (1)
- ALOPECIA AREATA (2)
- DERMATITIS ARTEFACTA (3)
- DERMATITIS DE CONTACTO (4)
- PRURITO (5)
- PSORIASIS (6)
- URTICARIA (7)
- VITILIGO (8)
- VERRUGAS (9)
- HIPERHIDROSIS (10)
- HERPES ZOSTER (11)
- LIQUEN SIMPLE CRONICO (12)
- PRURIGO (13)
- EFLUVIO TELÓGENO CRÓNICO (14)
- DERMATITIS SEBORREICA (15)
- OTROS: \_\_\_\_\_

**7) TIEMPO DE ENFERMEDAD (meses)**

\_\_\_\_\_

**8) ESTUDIO HISTOPATOLOGICO:**

(1 – SI) (2 – NO)

**9) PROPAGACIÓN DE ENFERMEDAD**

(1 - LOCALIZADA) (2 - GENERALIZADA)

**10) COMORBILIDAD PSIQUIATRICA:**

- TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (1)
- TRASTORNO DISTIMICO (2)
- TRASTORNO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO (3)



## **“LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II”:**

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1. a. No me siento triste.  
b. Me siento triste.  
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.  
d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.  
b. Me siento desanimado con respecto al futuro.  
c. Siento que no tengo nada que esperar.  
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. a. No creo que sea un fracaso.  
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.  
c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.  
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. a. No me siento especialmente culpable.  
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.  
c. Me siento culpable casi siempre.  
d. Me siento culpable siempre.
6. a. No creo que este siendo castigado.  
b. Creo que puedo ser castigado.  
c. Espero ser castigado.  
d. Creo que estoy siendo castigado.
7. a. No me siento decepcionado de mi mismo.  
b. Me he decepcionado a mi mismo.  
c. Estoy disgustado conmigo mismo.  
d. Me odio.
8. a. No creo ser peor que los demás.  
b. Me critico por mis debilidades o errores.  
c. Me culpo siempre por mis errores.  
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9. a. No pienso en matarme.  
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.  
c. Me gustaría matarme.  
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. a. No lloro más de lo de costumbre.  
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.  
c. Ahora lloro todo el tiempo.  
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.  
b. Las cosas me irritan más que de costumbre  
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.  
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.  
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.  
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.  
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.  
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.  
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.  
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.  
b. No puedo dormir tan bien como solía.  
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.  
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.  
c. Me canso sin hacer nada.  
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.

19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
 b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
 c. He rebajado más de cinco kilos.  
 d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
 b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
 c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
 d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
 b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.  
 c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
 d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Puntuación Nivel de depresión

- \* 1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.  
 11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.  
 17-20 .....Estados de depresión intermitentes.  
 21-30 .....Depresión moderada.  
 31-40 .....Depresión grave.  
 + 40 .....Depresión extrema

***Muchas gracias.***

## ANEXO N° 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- **Título del proyecto.**

Depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.

- **Investigadora**

Patricia Karen Paucar Lescano

- **Introducción**

La Depresión es un síndrome emocional que afecta al individuo de manera integral y repercute sobre su comportamiento, pensamientos, sentimientos y salud física, alterando las relaciones en el trabajo y dentro de la familia. Según estudios recientes el 5% de la población mundial sufre algún tipo de Depresión. Esta corresponde a la categoría taxonómica de los trastornos afectivos, que pueden clasificarse en síndromes depresivos leve, moderado y grave. Se ha convertido en la enfermedad con mayor impacto social, según advierte un estudio de La Organización Mundial de la Salud.

Existen estudios que han llegado a identificar en pacientes que consultan por enfermedad dermatológica una prevalencia de 25 a 43% de patología psiquiátrica, principalmente trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfos. En particular en algunas patologías como acné, alopecia, prurito o urticaria existe un mayor impacto a nivel psicológico con aparición de baja autoestima, temor al rechazo social, alteración del ánimo y en la calidad de vida e incluso ideación suicida.

- **Propósito**

Es necesario conocer la relación entre la depresión mayor y las patologías dermatológicas en la población peruana. Son pocos los estudios realizados en esta área.

El cual tiene como propósito analizar la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, por ser la anterior una patología muy prevalente en nuestro siglo. Para el conocimiento, posterior beneficio y aplicación, teniendo en cuenta la mejora de la calidad de vida y con la atención del tema, se disminuya la prevalencia de enfermedades cutáneas.

- **Participarán:**

- ✓ Pacientes mujeres y varones, mayores de 18 años de edad y menores de 60 años.
- ✓ Diagnóstico de alguna forma de depresión.
- ✓ Pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría y Psicología.
- ✓ Pacientes sin otra patología orgánica asociada.
- ✓ Pacientes que suscribieran el respectivo consentimiento informado.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Alternativas:**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación:**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información:**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas:**

Cualquier pregunta o problema llamar al: 980059325.

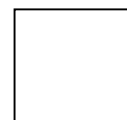
- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_



Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Huánuco, \_\_\_ de diciembre del 2016.

## ANEXO N° 03

### VALIDACIÓN DE EXPERTOS

#### INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

##### DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: MELGAREJO TABOADA CYNTHIA

Institución donde labora: CONTROL MÉDICO NAVAL

Instrumento motivo de evaluación: formato de recolección de datos

Autor del instrumento: Karen Paucañ Hescano

Aspecto de validación: \_\_\_\_\_

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.										X										
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.										X										
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.												X								
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.										X										
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.										X										
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la Inteligencia emocional										X										
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos teóricos científicos.																X				
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y los ítems.												X								
9. METODOLOGÍA.	La estrategia responde al propósito de la investigación.												X								
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable.												X								

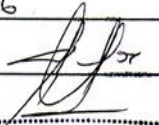
Opinión de Aplicabilidad:

ENCUESTA ES Aplicable pero requiere apoyo de médico por tener términos clínicos que podrían no ser entendidos por el paciente.

Promedio de Valoración: 57

Fecha: 11/8/16

Firma del Experto: \_\_\_\_\_

  
 .....  
 Cynthia MELGAREJO Taboada  
 DERMATOLOGÍA  
 CMP: 56182 - RNE 22204

**INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: JUAN MARTIN HUAYAN VELARDE

Institución donde labora: CLINICA LIMATAMBO

Instrumento motivo de evaluación: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Autor del instrumento: PATRICIA KAREN PAUCAR LESCANO

Aspecto de validación: VALIDACION POR EXPERTOS

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																				100
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																				100
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																				100
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																				100
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																				100
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional									50											
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos teoricos científicos																				100
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y los ítems																				100
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al proposito de la investigación																				100
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																				100

Opinión de Aplicabilidad:

CASTRARSE FACILMENTE DE SER APLICADO

Promedio de Valoración: 95

Fecha: 02/08/2016

Firma del Experto: J. Huayan

.....  
**Dr. Juan Martin Huayan V.**  
 MÉDICO DERMATÓLOGO  
 CMP. 47668 RNE: 24421





**ANEXO N° 04**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<p><b>Problema general</b> ¿Cómo influye la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos por el consultorio externo de Dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es la prevalencia de la depresión, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?</p> <p>¿Cuál es la influencia del trastorno depresivo mayor, episodio recidivante, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p> <p>¿Cuál es la influencia del trastorno depresivo mayor, episodio único, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p> <p>¿Cuál es la influencia del trastorno depresivo mayor, episodio único, como factor desencadenante de las</p>	<p><b>Objetivo general.</b> Determinar la influencia de la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos por el Servicio de Dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Identificar la prevalencia de la depresión, en pacientes adultos de 18 a 60 años, del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p>Identificar la prevalencia de las enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016</p> <p>Analizar la influencia del trastorno depresivo mayor, episodio recidivante, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p>Analizar la influencia del trastorno depresivo mayor, episodio único, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p>Analizar la influencia de los trastornos distímicos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p>	<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE.</b> <b>Enfermedades dermatológicas.</b></p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alopecia</li> <li><input type="checkbox"/> Eczemátides</li> <li><input type="checkbox"/> Liquen plano</li> <li><input type="checkbox"/> Vitíligo</li> <li><input type="checkbox"/> Urticaria</li> <li><input type="checkbox"/> Verrugas</li> <li><input type="checkbox"/> Acné</li> <li><input type="checkbox"/> Psoriasis</li> <li><input type="checkbox"/> Excoracione s Neuróticas</li> <li><input type="checkbox"/> Prurito psicógeno</li> <li><input type="checkbox"/> Dermatitis provocadas</li> </ul> <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b> <b>Depresión</b></p> <p><b>Dimensiones:</b> Trastorno depresivo mayor, episodio</p>	<p><b>H<sub>a</sub>:</b> Existen enfermedades cutáneas en pacientes adultos que acuden por depresión al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>H<sub>o</sub>:</b> No existen enfermedades cutáneas en pacientes adultos que acuden por depresión al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p><b>H<sub>o1</sub>:</b> No existe prevalencia de la depresión, en pacientes adultos de 18 a 60 años, del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>H<sub>o2</sub>:</b> No existe prevalencia de las enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años, que acuden al servicio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016</p> <p><b>H<sub>o3</sub>:</b> No existe influencia del trastorno depresivo mayor, episodio recidivante, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>H<sub>o4</sub>:</b> No existe influencia del trastorno depresivo mayor, episodio único, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>H<sub>o5</sub>:</b> No existe influencia de los trastornos distímicos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p>	<p>Según la intervención del investigador el estudio es correlacional.</p> <p>Según la planificación de la medición de la variable de estudio es prospectivo.</p> <p>Según el número de mediciones de la variable de estudio es longitudinal.</p>

<p>enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p> <p>¿Cuál es la influencia de los trastornos distímicos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p> <p>¿Cuál es la influencia de los trastornos adaptativos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p> <p>¿Cuál es la influencia del trastorno depresivo, no especificado, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p> <p>¿Cuál es la influencia de la intensidad de la depresión, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016?.</p>	<p>Analizar la influencia de los trastornos adaptativos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p>Analizar la influencia del trastorno depresivo, no especificado, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p>Analizar la influencia de la intensidad de la depresión, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p>	<p>único.</p> <p>Trastorno depresivo mayor, episodio recidivante.</p> <p>Trastorno distímico.</p> <p>Trastorno adaptativo.</p> <p>Trastorno depresivo, no especificado.</p> <p>Depresión mínima.</p> <p>Depresión leve.</p> <p>Depresión moderado.</p> <p>Depresión severa.</p>	<p><b>H o 7:</b> No existe influencia de los trastornos adaptativos, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>H o 8:</b> No existe influencia del trastorno depresivo, no especificado, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>H o 9:</b> No existe influencia de la intensidad de la depresión, como factor desencadenante de las enfermedades cutáneas, en el Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p> <p><b>H o 10:</b> No existen características epidemiológicas, con las enfermedades cutáneas; en pacientes adultos de 18 a 60 años, seguidos por el Servicio de Dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco en el 2016.</p>	
---	---	---	---	--

**ANEXO N° 05  
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**



**Atención de pacientes en el Consultorio de Dermatología para su tratamiento**



**Lesiones cutáneas en pacientes atendidos en el consultorio de Dermatología del Hospital II Essalud**