



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON
PSORIASIS DE LA UMF 27”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dra. Grecia Carolina Angulo Félix
Médico Residente de tercer año
Medicina Familiar

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico Especialista en Medicina Familiar

INVESTIGADOR Y ASESOR TEMÁTICO

Dra. Norma Lizeth Flores Madrigal
Médico Especialista en Dermatología

Marzo, 2020. Tijuana, Baja California

INDICE

Resumen	4
Marco teórico y Antecedentes	5
Justificación	12
Planteamiento del problema	13
Objetivos	14
Hipótesis	16
Material y métodos	16
Diseño del estudio	16
Población de estudio	16
Periodo	16
Lugar de realización del estudio	16
Selección y tamaño de la muestra	16
Criterios de selección y variables	17
Instrumentos	18
Métodos y procedimientos	19
Análisis estadístico	20
Definición conceptual y operacionalización de las variables	21
Aspectos éticos y normativos	23
Bioseguridad	25
Recursos humanos, financiamiento y factibilidad	26
Cronograma de actividades	27
Resultados	28
Discusión	32
Conclusión	34
Limitantes y fortalezas	35
Referencias bibliográficas	36
Anexos	40

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Grecia Carolina Angulo Félix

Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar y Tesista
UMF 27, Tijuana.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98025668

Teléfono: 6648079642

Correo electrónico: angulopulos@gmail.com

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico Familiar e investigador Responsable
UMF 33, Tijuana

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98020718

Teléfono: 6643298837

Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

Dra. Norma Lizeth Flores Madrigal

Médico Dermatóloga, Investigadora y Asesora Temática
HGR 20, Tijuana

Instituto Mexicano del Seguro Social

Teléfono: 6644869250

Correo electrónico: lizeth_84_8@hotmail.com

Lugar donde se llevará a cabo: Unidad de Medicina Familiar No 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California.

RESUMEN

“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON PSORIASIS DE LA UMF 27”

Bermúdez-Villalpando V¹, Angulo-Félix GC², Flores Madrigal NL³

1. Médico especialista en Medicina Familiar, Coordinación de educación e investigación en salud UMF 27, Delegación Baja California. IMSS

2. Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California. IMSS

3. Médico especialista en Dermatología, Hospital General Regional No. 1, Delegación Baja California. IMSS

INTRODUCCIÓN: Psoriasis es una enfermedad dermatológica que puede llegar a ocasionar trastornos en articulaciones, el sistema cardiovascular y nervioso, se ha relacionado con alteraciones a nivel psíquico y social lo cual puede afectar la calidad de vida de un paciente. La importancia de evaluar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis radica en la oportunidad de mejora del tratamiento y el mejor pronóstico para el paciente.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la relación entre depresión y calidad de vida en paciente con psoriasis de la UMF 27.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio correlacional, prospectivo, transversal. Se realizará en pacientes diagnosticados con psoriasis mayores de 18 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 27, de la ciudad de Tijuana Baja California. Se determinará la afectación de la calidad de vida por medio del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI) y Depresión mediante la escala de Hamilton. Los datos se analizarán mediante el programa SPSS versión 21, serán presentados como frecuencias y porcentajes, se utilizará prueba de chi cuadrado (χ^2) para determinar la asociación entre variables cualitativas, se aplicará prueba de Shapiro Wilk y estudio de correlación mediante Spearman. **RESULTADO:** 59.3 % de los pacientes con alteración de la calidad de vida, 85.2% con depresión y correlación positiva entre puntaje de DLQI y puntaje de Hamilton. **CONCLUSIONES:** existe elevada prevalencia de alteración de calidad de vida en paciente con psoriasis así como alta prevalencia en estos pacientes de depresión, el presentar afectación de la calidad de vida está correlacionado con la depresión.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, Depresión, Calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

La psoriasis es una enfermedad inmunomediada y genética que se manifiesta en la piel, articulaciones o ambas. Es un reto para los médicos por su alta prevalencia, cronicidad, desfiguración, discapacidad y las comorbilidades asociadas.¹

Existen diferentes tipos de psoriasis que van de acuerdo a la localización y la forma de las lesiones; y se clasifican en: Psoriasis vulgaris que es la presentación más común donde las lesiones son placas bien delimitadas, eritematosas y pruriginosas, la localización más frecuente es en tronco, las superficies extensoras de las extremidades y el cráneo. Entre otros tipos de psoriasis se encuentra la psoriasis inversa, psoriasis pustulosa, psoriasis en gotas, psoriasis eritrodermica, palmo plantar y artritis psoriasica.²

Dentro de los factores que pueden ser desencadenantes o agravantes de la psoriasis podemos encontrar una variedad amplia en las que se encuentran, el trauma físico o químico, infecciones bacterianas, infecciones micóticas, infecciones virales, tabaquismo, alcoholismo y algunos medicamentos como corticoides sistémicos, cloroquina, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina entre otros. Uno de los factores más conocidos y poco estudiado que se relaciona al agravamiento de la enfermedad es el estrés emocional, el conocimiento de esto nos da la pauta para acciones de prevención.³

La psoriasis por lo general se va a manifestar clínicamente en placas eritematosas con escamas, plateadas gruesas, ubicadas por lo general en cuero cabelludo, codos, rodillas y región lumbosacra y en algunos casos en palmas, plantas y uñas, estas lesiones pueden ocasionar prurito y dolor.⁴

La psoriasis es una enfermedad común de la piel que se asocia tanto a lo físico como lo psicológico y como otros trastornos dérmicos, la alteración estética puede crear rechazo de las demás personas lo que hace fácilmente medible la carga psicológica de la psoriasis.⁵

En comparación con otras enfermedades crónicas como el cáncer, infarto al miocardio, enfermedad cardíaca congestiva, solo la enfermedad pulmonar crónica y la depresión puede dañar psicológicamente más que la psoriasis.⁴

En cuanto al tratamiento, como cualquier enfermedad crónica no existe una cura definitiva, solo el control de los síntomas y el progreso de la enfermedad. Existen múltiples tratamientos los cuales se van escalonando dependiendo la gravedad y localización de las lesiones y estos pueden ser sistémicos o tópicos.⁴

El objetivo del tratamiento es disminuir las lesiones de la piel y controlar la inflamación sistémica, mantener la remisión prolongada para mejorar la calidad de vida del paciente. Los medicamentos tópicos se prescriben cuando las lesiones son leves y localizadas, a diferencia de los tratamientos sistémicos que tratan las formas moderada a severa de la enfermedad.⁴

El estudio de la calidad de vida ha buscado comprenderse desde distintas teorías, así como su implementación a la patología, en este caso la enfermedad de psoriasis; para esto es importante comprender los conceptos que engloban cada una de estas situaciones dentro de la salud y la enfermedad. Ya que nos da la pauta para entender desde un mejor ámbito el riesgo beneficio de ciertos tratamientos.⁵

La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁶ De ahí que la adecuada calidad de vida de una persona radique en alcanzar ese objetivo o al menos estar más cerca de esa definición ya que son conceptos sumamente relacionados.

La calidad de vida (CV) consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. Para poder evaluarse debe reconocerse en su concepto multidimensional el cual engloba lo físico, mental y social.⁷

Uno de los conceptos más antiguos y frecuentes definen a la CV en dos componentes, que son la habilidad de realizar actividades diarias y la satisfacción con los niveles del funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad o el tratamiento.⁷

La complejidad de definir bajo un concepto, combinado entre objetividad y subjetividad ha llevado a realizar exhaustivas revisiones, sobre la evaluación de CV en un individuo. Adentrándonos más en el tema, para su comprensión a través del tiempo, se fue estudiando calidad de vida como la evaluación de la condición de vida que es el

concepto (objetivo) y satisfacción de vida, que es la percepción del individuo (subjetivo).⁸

Bajo este marco la CV es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades.⁸

Ahora bien, evaluar la calidad de vida en un paciente nos conduce a diferentes resultados, este puede ser adecuado o no; dando las pautas para objetivar cuales son las necesidades del individuo que están cubiertas y cuáles no. ⁹

Existen cuestionarios que se adaptan a diferentes patologías, así es como en el rubro medico se evalúa la CV en un paciente que enfrenta alguna enfermedad, lo cual nos permite asistir al paciente en una forma más integral. ⁹

En psoriasis existen muchos cuestionarios que evalúan la CV en un paciente, el Índice de Calidad de Vida Dermatologica (Dermatology Life Quality Index, DLQI por sus siglas en inglés) es uno de los más utilizados. ⁹

Este instrumento fue creado en 1994 para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con afecciones dermatológicas. El DLQI no ha sido modificado desde su creación.^{9,10}

El DLQI se desarrolló a partir de las respuestas brindadas por 120 pacientes a quienes se interrogó acerca del impacto que tenían las enfermedades dermatológicas y su tratamiento en sus vidas, se aplicó a pacientes entre 15 y 70 años de edad que se atendían por el departamento de dermatología del Hospital Universitario de Wales. La respuesta a la pregunta “Por favor podría escribir aquí todas las maneras en las que su enfermedad de la piel le afecta.” Cada respuesta fue analizada y se identificaron diferentes aspectos que discapacitan la calidad de vida del paciente.¹⁰

Se formuló un cuestionario auto aplicado formado por 10 preguntas, en su versión al español, cada ítem tiene 4 posibles respuestas según la escala Likert. Los 2 primeros ítems exploran síntomas y sentimientos, las preguntas 3 y 4 abarcan actividades diarias, las siguientes 2 preguntas evalúan actividades lúdicas, la pregunta 7 abarca trabajo y vida escolar, la pregunta 8 y 9 las relaciones interpersonales y la pregunta 10 habla sobre efectos secundarios y tratamiento. Para cada ítem existen cuatro posibles respuestas: 0-1:no en absoluto/no relevante, 1: un poco; 2: mucho; 3:

muchísimo. Las respuestas son referidas de acuerdo a la percepción del impacto que ha tenido la enfermedad cutánea sobre la calidad de vida del paciente en la última semana. La sumatoria de los puntajes de cada pregunta resulta en un mínimo de 0 y máximo de 30. La interpretación de la prueba se realiza en base al puntaje obtenido clasificándose en: 0-1: no afecta en nada la vida del paciente; 2-5: pequeño efecto en la vida del paciente; 6-10; moderado efecto en la vida del paciente; 11-20; gran efecto en la vida del paciente; 21-30; extremadamente gran efecto en la vida del paciente.⁹ Este instrumento cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.83.15 Lo que lo válida para su aplicación en pacientes con psoriasis.¹⁰

La incomodidad en el entorno social y laboral, así como la estigmatización son consecuencia de la afectación estética que produce la psoriasis, llegando a desarrollar no solo síntomas depresivos, sino fobias sociales, ansiedad e incluso ideas suicidad.¹¹

Así como la calidad de vida se mira afectada en el desarrollo de la Psoriasis, una enfermedad psiquiátrica de alta prevalencia en estos pacientes es la depresión. La vinculación entre la piel y la psique es diversa. El sistema nervioso y la piel tienen un origen embriológico común. La piel es la envoltura del cuerpo que nos da identidad. Nos contiene y nos protege. Es un órgano esencial en la interacción con el entorno. A través de ella somos percibidos y percibimos el mundo. Nos ayuda a comunicarnos con los demás, expresando nuestros sentimientos y emociones. ¹¹ Así como el origen embrionario es el mismo del sistema nervioso central y la piel existen otros factos relacionados con el desarrollo de la psoriasis en los pacientes con psoriasis, entre ellos se encuentra factores psicológicos que juegan un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad. ¹²

Aunque la asociación entre las patologías psiquiátricas y las dermatológicas es bien conocida, no se han establecido aún todos los nexos de unión entre unas y otras. La aparición y evolución de la depresión en los casos de psoriasis parece estar influida por múltiples factores.¹¹

Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la presencia de depresión es la Escala de Hamilton, la cual es una encuesta heteroaplicada de 17 ítems, teniendo múltiples evaluaciones para comprobar la validez, fiabilidad y sensibilidad, contando de 3 a 5 posibles respuestas en cada rubro, con un α de Cronbach de 0.7. ¹³

ANTECEDENTES

Según la OMS se estima que la prevalencia mundial de psoriasis se encuentra entre un 0.9 y 11.4% dependiendo el área geográfica, siendo más elevada en la población caucásica como en Noruega, esta enfermedad puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en el grupo de 50 a 69 años. Por lo cual se ha venido estudiando cómo afecta esta enfermedad a los distintos aspectos de la vida del ser humano. En México según la GPC la prevalencia es de 2%.¹⁴

En un estudio realizado en España por Daudén en 2011 en 732 pacientes y 151 dermatólogos, se encontró que un 60% de los pacientes con psoriasis tenían un impacto alto o bastante alto en la calidad de vida en cuanto al rubro de sentimientos y síntomas.¹⁵

Parimalan K et al en Chennai, India estudio a pacientes con psoriasis respecto a su calidad de vida en el 2018, estudiando en total 101 pacientes de los cuales 62 pacientes eran mujeres y 39 hombres, con una media de edad 39.5 años. Como resultado un 85% de los pacientes tuvieron impacto negativo en la calidad de vida en su mayoría impacto moderado, encontrando estos valores altos en grupos de edad entre 20 y 40 años y en duración de la enfermedad menor a 5 años.¹⁶

Pakistan en el 2018 estudio 200 pacientes con psoriasis, dicho estudio a cargo de Rahman S, et al. encontrando predominancia en hombres (n=107), 71% solteros, el promedio del DLQI fue 11.51, el 100% presentaba afectación en la calidad de vida por psoriasis y un 45 % de los pacientes con muy afectada la calidad de vida, sin encontrar asociación entre la severidad de la psoriasis y la afectación de la calidad de vida.¹⁷

En un estudio multicéntrico, transversal en el periodo del 2014-2016 se reclutaron pacientes con psoriasis de 13 instituciones médicas de Taiwán en una población de 20 a 65 años con diagnóstico confirmado de psoriasis, donde se encontró una media del DLQI de 12.55 puntos a pesar de ya tener tratamiento establecido en su

mayoría de biológico, llegando a la conclusión que no existía una satisfacción por medio del paciente con su tratamiento.¹⁸

Existe un estudio de cohorte prospectivo observacional que se realizó de forma internacional llamado PSOLAR (Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry) en el cual incluyeron a pacientes con psoriasis bajo tratamiento con biológico para valorar su apego al tratamiento en el cual Strober BE et al. se basó para obtener la muestra de 2076 pacientes con psoriasis y analizar el cambio de la calidad de vida en base al DLQI y la asociación con los tratamientos biológicos, de forma inicial la media del índice fue 6, el puntaje de 10 puntos se utilizaba como corte de mala calidad de vida, pero al revalorar a los 6 y 12 meses de tratamiento biológico con adecuado apego al tratamiento redujeron 5 puntos en un 76-86% .¹⁹⁻²⁰

En Latinoamérica en 2018, Mejia-Jimenez M y colaboradores estudiaron la calidad de vida en pacientes con psoriasis en una cohorte de 96 pacientes, con un promedio de edad de 47 años el 50 % casados, 54% con estudios superiores, en este estudio utilizaron como herramienta para evaluar la calidad de vida el instrumento DLQI obteniendo un promedio del puntaje de 7.35, las prevalencias que destacaron en este estudio fueron: 30% tenían un efecto leve en la calidad de vida, 26% efecto moderado y 21% efecto grave.²¹

Cortes C y colaboradores en el 2010 realizaron un estudio prospectivo y descriptivo en el Hospital Universitario de Bogotá Colombia reclutando a los pacientes mediante medios de comunicación acudiendo si identificaban síntomas de psoriasis, se consultaban se evaluaba la calidad de vida, se analizaron 59 pacientes con psoriasis , 59% eran sexo masculino ,encontrando que 3.3% no se encontraba afectada la calidad de vida, 16.9% referían poca afectación, 38.9 % moderada afectación, muy afectada la calidad de vida en un 32.20% y un 6.7% extremadamente afectada.²²

En México en la ciudad de Puebla, Garcia-Sanchez y colaboradores realizaron un estudio en el 2017 a 72 pacientes con prevalencia de 57% sexo masculino y 43% mujeres con un promedio de edad de 51 años, donde se utilizó el DLQI como instrumento para medir la afectación de calidad de vida de los pacientes, encontrando una mayor prevalencia en afectación de forma moderada en la calidad de vida en un 33%, siguiéndole a este 29% efecto pequeño, 18% no afectación de calidad de vida,

16% gran efecto y solo un 2.8 % efecto muy grave en la calidad de vida; además realizaron una correlación con el instrumento PASI (psoriasis área severity) en el cual se midió la gravedad de las lesiones encontrando que en el 70.8% de los pacientes estudiados tenían una afectación leve y el 9.8% afectación grave. De igual manera se calculo el promedio de puntaje en cada rubro, obteniéndose que en sentimientos y síntomas el promedio era de 1.09, actividades diarias 0.79, actividades lúdicas 0.70, trabajo y actividades escolares 0.23, relaciones interpersonales 0.42 y tratamiento 0.43²³

Otro de los puntos a estudiar en un paciente con psoriasis es la presencia de depresión ya que esa enfermedad se presenta en gran porcentaje de ellos y afecta de esta forma su calidad de vida. Kurd et al. en Reino Unido realizo un estudio de cohorte desde 1987 a 2002 para confirmar los datos de prevalencia de depresión y otros trastornos psiquiátricos en los pacientes con psoriasis, encontrando una prevalencia de depresión en un 39%, incrementando estos porcentajes según la gravedad de la enfermedad en un total de 146 042 pacientes con psoriasis. ²⁴

Tribo, et al. en 2019 describió la presencia de comorbilidades psico-emocionales en un 34% en pacientes con psoriasis y enfermedad psiquiátricas un 28%, encontrando una diferencia en el género del paciente, siendo los hombres menos susceptibles a los síntomas de depresión, pero con un mayor impacto en la calidad de vida. ²⁵

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación busco descubrir cuál es la calidad de vida en la que se encuentran los pacientes en edad reproductiva con psoriasis, ya que esta enfermedad tiene muchas repercusiones a diferentes niveles, orgánicos y mentales como la depresión.

La importancia de esto es que a pesar de que la psoriasis tiene bastante carga genética e inmunológica¹, las situaciones externas tienen relevancia en cuanto al debut, extensión y gravedad de las lesiones, así como las complicaciones que puedan llegar a presentarse²⁶. Y viceversa la gravedad de la enfermedad afecta la situación externa del paciente haciéndolo un círculo vicioso.

Tomando en cuenta que la edad reproductiva, está relacionada con la productividad de un ser humano, en la que su presentación física y su capacidad mental es importante, para llevar a cabo las actividades que lo ayuden a satisfacer las necesidades básicas, personales y familiares del diario; es importante evaluar la calidad de vida que están llevando los pacientes con psoriasis.

Este estudio pretendió obtener un pleno conocimiento de la situación por la cual atraviesan nuestros pacientes con psoriasis, concerniente a su calidad de vida y la depresión, lo que nos ayuda a plantear si son necesarias mejores opciones terapéuticas o regulación del tratamiento de acuerdo a cada situación, abordar la depresión y ayudar así a mejorar su calidad de vida al iniciar tratamiento o ajustar los antidepresivos. Así como implementación de otras intervenciones a nivel psíquico del paciente para aminorar los estragos de la enfermedad.

Otro de los puntos importantes a tratar en este trabajo es dar pautas para estrategias terapéuticas ya que los tratamientos están relacionados con toxicidad sistémica y local lo cual podría comprometer la calidad de vida de nuestros pacientes. Se plantea que la severidad de la enfermedad está relacionada con la calidad de vida y que en ocasiones afecta más la localización que la extensión de la lesión²⁷.

Sin embargo, el objetivo de este estudio es primordialmente evaluar la calidad en la vida y la prevalencia de depresión en el paciente lo que nos dará pautas para hacer conjeturas posteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La psoriasis, al ser una enfermedad con difícil apego y fallo en el tratamiento, puede llegar a causar una diversa problemática a distintos niveles en el paciente, tanto físicos como orgánicos, ya que su curso puede tener diversas presentaciones desde cutáneas hasta las articulares.²⁷

Hoy en día la cuestión estética ha cobrado un auge importante, agravando los síntomas en el paciente con psoriasis. Aun así, mantener un buen control terapéutico no se reduce a lo estético si no a las implicaciones orgánicas que pueden presentarse. Estudios demuestran la asociación de psoriasis y riesgo cardiovascular, con formación de placas de alto riesgo, comparando con pacientes 10 años mayores sin psoriasis y factores de riesgo cardiovascular alto.²⁸

El impacto negativo de esta enfermedad se compara a la de otras enfermedades de alta prevalencia como son la enfermedad isquémica cardíaca, diabetes mellitus, depresión y cáncer.²⁷ Lo que la convierte en un problema de salud pública que es importante voltear a ver.

El estrés puede provocar que la enfermedad se agudice haciéndola muy visible a pesar del tratamiento, esto se puede volver peligroso si afecta la salud mental del paciente, ya que estudios reportan que un 20% de los pacientes con psoriasis han contemplado el suicidio.^{29,30}

El problema se vuelve social cuando un paciente sufre complicaciones primarias o secundarias de su enfermedad crónica. Si un paciente deja de trabajar por presentar lesiones muy extensas, efectos adversos del tratamiento o una situación anímica, hay

pérdidas económicas importantes para la institución como para el paciente. Existen pocos estudios que determinen la prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis y su asociación a la calidad de vida y en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del seguro social en Tijuana hay nulo conocimiento del tema. Por lo cual se considera realizar este estudio en dicha población haciendo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con psoriasis de la UMF27?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la relación entre depresión y calidad de vida en paciente con psoriasis de la UMF27

Objetivos específicos:

1. Determinar la calidad de vida en pacientes con psoriasis utilizando el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI).
2. Identificar depresión en paciente con psoriasis mediante la escala de Hamilton.
3. Conocer datos sociodemográficos: Sexo, edad, ocupación, estado civil.
4. Conocer la relación entre calidad de vida y depresión en paciente con psoriasis.

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo (H_i):

Existe correlación entre depresión y calidad de vida en paciente con psoriasis.

Hipótesis nula (H₀):

No existe correlación entre depresión y calidad de vida en paciente con psoriasis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características del lugar donde se llevará a cabo el estudio:

El estudio de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California, unidad urbana de primer nivel de atención. Boulevard Gustavo Díaz Ordaz S/N, KM 11.5 Carretera Antigua a Tecate, Col. La Mesa Tijuana, B.C. Cuenta con rutas de transporte urbano, automóvil, bicicleta o cualquier medio de transporte terrestre.

Diseño y tipo de estudio:

- a) **Diseño:** Correlacional, Transversal, Prospectivo.
- b) **Tipo de estudio:** Estudio Correlacional
- c) **Tipo de investigación:** Clínica.
- d) **Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana, BC
- e) **Periodo de estudio:** el estudio se realizó en el periodo comprendido entre enero y febrero 2020
- f) **Población de estudio:** Pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de psoriasis derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana, BC. Para esto se ha realizado una prueba piloto donde se tienen captados a 27 pacientes de los diferentes turnos y consultorios de la UMF 27 con referencia al servicio de dermatología del HGR1.
- g) **Universo de trabajo:** Pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de psoriasis, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana, BC.

Tipo de la muestra: No probabilístico.

Tipo de muestreo: Conveniencia.

Criterios de selección:**Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico psoriasis mayores de 18 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana, BC
- Que acepten participar en el estudio.
- Que firmen consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Pacientes con psoriasis mayores de 18 años con patología neurológica o condición que impida la comprensión del instrumento.
- Pacientes con patología dermatológica sobreagregada.

Criterios de eliminación:

- Encuestas o información incompleta

Variables:**Variable dependiente:**

Depresión, Calidad de vida

Variables independientes:

- Psoriasis
- Sexo, edad, ocupación, estado civil.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se pidió la evaluación del Comité Médico Local de Investigación para su aprobación y se solicitó autorización al director de la unidad médica para su desarrollo operativo. Se llevó a cabo un estudio Correlacional, transversal, prospectivo, que se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Ciudad de Tijuana, Baja California, en el periodo de febrero 2020.

Aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que acepten participar en el estudio y al igual firmen consentimiento informado se encuestaron en módulo de medicina preventiva para privacidad del paciente. Se interrogó primeramente mediante la aplicación de escala de Hamilton de 17 ítems para depresión, la cual es una escala con una alfa de Cronbach fue 0.7. En dicha escala se exponen 17 ítems: estado de ánimo deprimido, sentimiento de culpa, suicidio, insomnio inicial, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas genitales, hipocondría, perdida de introspección y pérdida de peso. La escala de Hamilton se califica por el paciente con ejemplos de situaciones donde en algunos de ellos se da una puntuación máxima de 4 y en otros ítems el puntaje máximo es 2, obteniéndose una puntuación que va del 0 al 52, categorizando la etapa de la enfermedad como: sin depresión 0-7, depresión ligera 8-13 puntos, depresión moderada 14-18 puntos, depresión severa 19-22 puntos y depresión muy severa: >23 puntos.

Para determinar la calidad de vida mediante el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI) en su versión al español. Se trata de un cuestionario auto aplicado formado por 10 preguntas, cada ítem tiene 4 posibles respuestas según la escala Likert. Los 2 primeros ítems exploran síntomas y sentimientos, las preguntas 3 y 4 abarcan actividades diarias, las siguientes 2 preguntas evalúan actividades lúdicas, la pregunta 7 abarca trabajo y vida escolar, la pregunta 8 y 9 las relaciones interpersonales y la pregunta 10 habla sobre efectos secundarios y tratamiento. Para cada ítem existen cuatro posibles respuestas: 0-1: no en absoluto/no relevante, 1: un poco; 2: mucho; 3: muchísimo. Las respuestas son referidas de acuerdo a la percepción

del impacto que ha tenido la enfermedad cutánea sobre la calidad de vida del paciente en la última semana. La sumatoria de los puntajes de cada pregunta resulta en un mínimo de 0 y máximo de 30. La interpretación de la prueba se realiza en base al puntaje obtenido clasificándose en: 0-1: no afecta en nada la vida del paciente; 2-5: pequeño efecto en la vida del paciente; 6-10; moderado efecto en la vida del paciente; 11-20; gran efecto en la vida del paciente; 21-30; extremadamente gran efecto en la vida del paciente. Para fines de este estudio los pacientes que se encuentren entre 1-10 se clasificarán sin afección en la calidad de vida y los que se encuentren entre 11-30 puntos se clasificarán en paciente con afección en la calidad de vida. Este instrumento cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.83.

Se llenó hoja de recolección de datos con información sociodemográfica como son: Edad, sexo, ocupación y estado civil.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se analizaron mediante el programa SPSS versión 21. Las variables cualitativas serán presentadas como frecuencias y porcentajes, se utilizará prueba de chi cuadrado (χ^2) para determinar la asociación entre variables cualitativas. Las variables cuantitativas con distribución normal como media y desviación estándar; se utilizó prueba de correlación de Spearman para establecer correlación entre dos variables cuantitativas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Calidad de vida	Concepto que se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Se utilizará el Índice de calidad de Vida Dermatológica (DLQI, por sus siglas en inglés) el cual consta de 10 ítems con respuesta en escala tipo Likert, cuyo puntaje puede oscilar entre 0 y 30 tomando como punto de corte un puntaje de 10 para clasificar la afectación.	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Paciente con afectación en la calidad de vida. 2. Paciente sin afectación en la calidad de vida.
Depresión	Trastorno de salud mental que se caracteriza por depresión persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana.	Se utilizará Escala de depresión de Hamilton donde se clasificara según puntuación obtenida.	Cualitativa nominal policotomic a	a) sin depresión 0-7 b) depresión ligera 8-13 puntos c) depresión moderada 14-18 puntos d) depresión severa 19-22 puntos e) depresión muy severa: >23 puntos

Variables independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Son los años cumplidos expresados por el sujeto al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	Años
Sexo	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Se definirá el género a partir de las características fenotípicas del sujeto en estudio al momento de la recolección de datos.	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Ocupación	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.	Se definirá con base a lo expresado por el paciente al momento de la recolección de datos, se dividirá en cuatro grupos: empleado con remuneración por sus servicios, estudiante inscrito en un plantel educativo, que realice ambas tareas o ninguna.	Cualitativa ordinal policotómica	1. Estudiante 2. Trabajador 3. Estudiante y Trabajador 4. Sin Ocupación (No estudiante y no trabajador)
Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativa ordinal policotómica	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo

ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

Este trabajo respetó los aspectos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki; así como con la carta de Ottawa emitida en 1986 con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud.

En la carta de Ottawa se describe: “La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo; la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”.

La carta de Bangkok del 2005, refiere que las intervenciones se orienten no sólo hacia la prevención de la enfermedad, sino también para tratar de incidir en la mejora de todos los aspectos que pueden determinar la salud.

El principio de autonomía se respetó ya que las personas entrevistadas, decidieron libremente si participaban o no mediante la aceptación con el consentimiento informado junto con asentimiento informado para menores de edad y pueden auto excluirse en el momento que ellos decidan.

El proyecto estuvo apegado a lo establecido por el Comité de Investigación Local y Coordinación de Educación e Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su Artículo 17, se clasifican los estudios de Investigación con riesgo mínimo a: “Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración,

extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros”.

Por lo tanto, el presente estudio se clasifica como Investigación de Riesgo Mínimo, ya que éste estudio es una investigación donde se trabajará con datos clínicos y aplicación de cuestionario de tamizaje, todo lo anterior según el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se respetará en todo momento la confidencialidad del paciente.

Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos, así como del resguardo de los mismos.

Dado que se aplicarán encuestas y se manejarán datos personales, será necesario solicitar carta y consentimiento informado.

BIOSEGURIDAD

El presente protocolo no utilizó pruebas, ni muestras que comprometieron la bioseguridad del paciente.

No se utilizaron pruebas tales como: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con medicamentos, ensayos con nuevos dispositivos, procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre, amniocentesis ni otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos o que tengan control con placebos, entre otros, que comprometan la Bioseguridad del paciente.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Es factible realizar el estudio, se cuenta con los recursos humanos, físicos y materiales; necesarios para ello, así como cinco investigadores dispuestos a realizar el proyecto.

Recursos humanos:

- Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando. Investigador responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Dra. Grecia Carolina Angulo Félix. Investigador principal, quien realizará el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.
- Dra. Norma Lizeth Flores Madrigal. Investigador Colaborador, quien será responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo como asesor temático.

Recursos financieros:

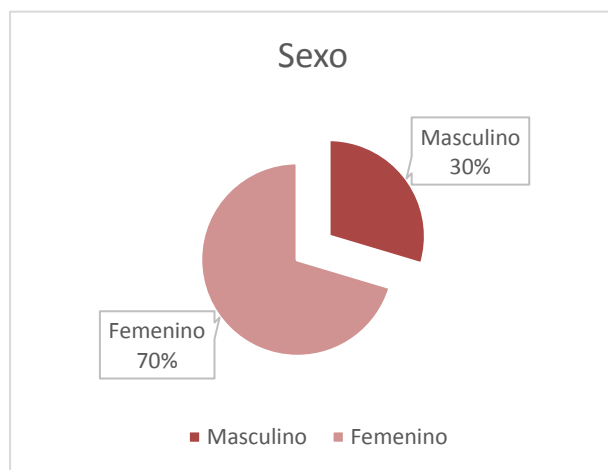
El financiamiento será provisto por el investigador principal.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Dic/18 Feb/19	Octubre 2019	Noviembre/ Diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020	Marzo 2020
Planteamiento del proyecto	X					
Redacción del proyecto		X	X	X		
Autorización del proyecto						X
Desarrollo del proyecto				X	X	
Análisis de resultados						X
Reporte final						X
Entrega de la investigación						X

RESULTADOS

La investigación que se realizó analizó a 27 pacientes entrevistados de los cuales se obtuvo una media de edad de 36 años, con un mínimo de edad de 18 años y máxima edad de paciente con psoriasis de 58 años. El género predominante fue el femenino en un 70.4% (n=19), de género masculino se entrevistaron 8 pacientes representando el 29.6% de la población en estudio.



Al momento de analizar estado civil de los 27 paciente se encontró que un 37% (n=10) eran solteros, 37% (n=10) casados y 25.9% (n=7) divorciados.

Sobre la ocupación de los pacientes con psoriasis se encontró la siguiente información:

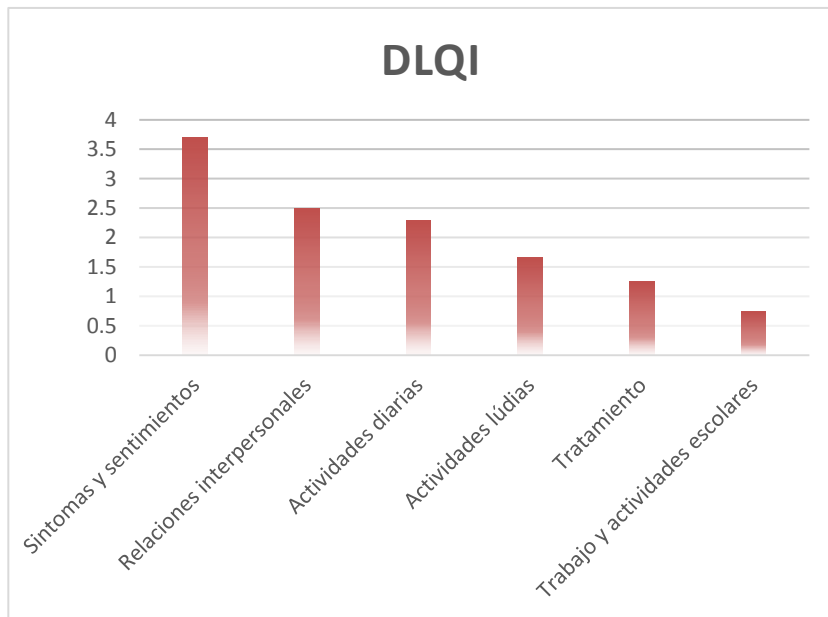


El resultado de las encuestas aplicadas sobre calidad de vida dermatológica (DLQI) y depresión fueron las siguientes:

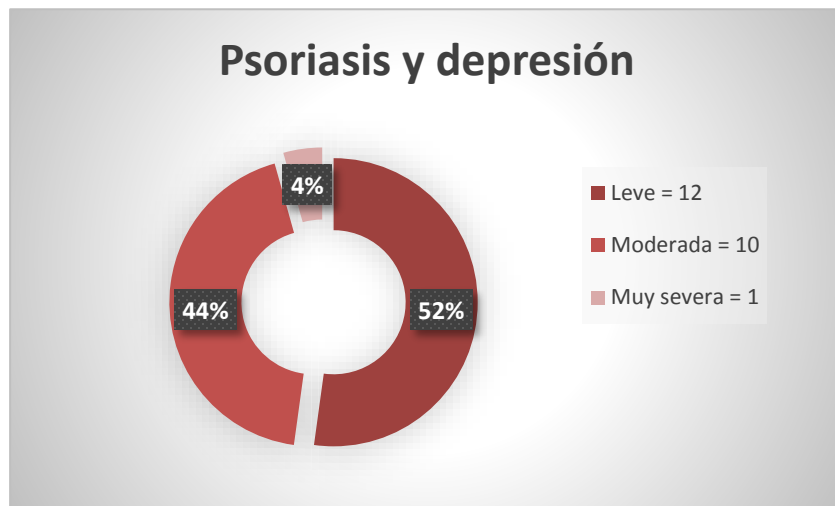
Se obtuvo un promedio del DLQI de 12.37 puntos, el valor que más se presentó fue 9, mínimo de 7 y máximo de 21, al momento de categorizar se obtuvo que un 59.3% (n=16) tenían alteración de la calidad de vida en base al índice obtenido y el restante 40.7% (n=11) no presentaban alteración de la calidad de vida importante.



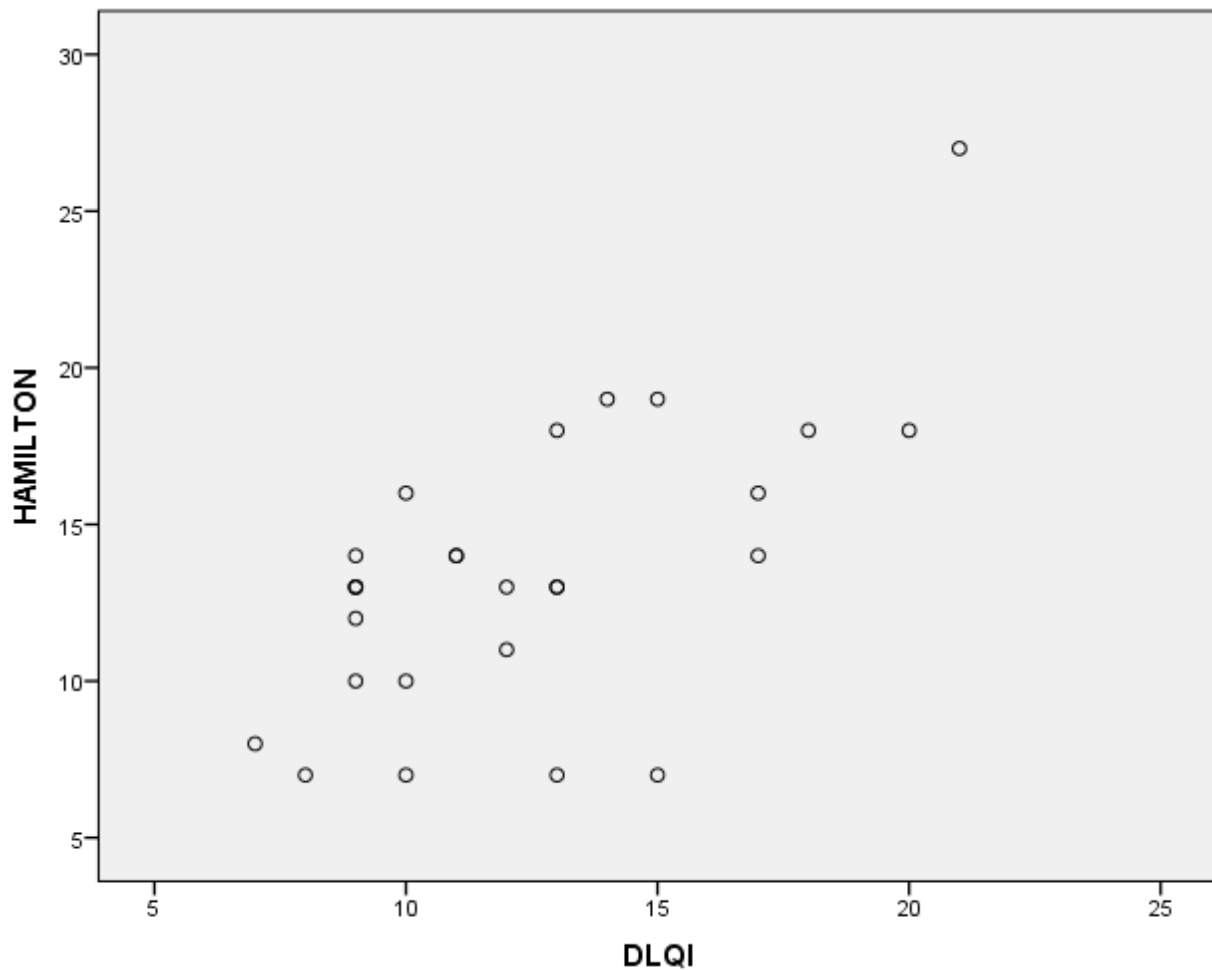
De manera adicional se dividió la encuesta DLQI en los diferentes rubros que la contienen, obteniendo este promedio de puntaje: síntomas y sentimientos 3.70, relaciones interpersonal 2.5, actividades diarias 2.29, actividades lúdicas 1.66, efectos secundarios y tratamientos 1.25, trabajo y actividades escolares 0.74, 55% de los pacientes presentaban mayor afectación en el rubro de sentimientos y síntomas, todas representadas en la siguiente gráfica.



En la escala de Hamilton se obtuvo un promedio de 13.48 puntos, moda de 13, mínimo puntaje presentando fue 7 y máximo 27, al momento de categorizar 14.8% (n=4) de los pacientes no se encontraban con depresión, 85.2% (n=23) presentaban depresión, dividiéndose en diferentes grados como se presenta en la siguiente gráfica.



Se encontró que las variables en estudio presentaban distribución no normal mediante la prueba de shapiro wilk ($p < 0.05$), así entonces se aplicó la prueba de correlación de Sperman. En la cual se obtuvo que existe correlación positiva entre la presencia de alteración de la calidad de vida y la depresión ($p < 0.05$ Spearman 0.576)



DISCUSIÓN

El promedio de edad encontrado en los 27 pacientes fue de 36 años lo cual varia lo notificado en diferentes estudios, donde la edad promedio de presentación de psoriasis esta entre los 47 años en Latinoamérica según Mejía-Jiménez. El sexo femenino fue el que predominó en la población estudiada en un 70 %, confirmando esta prevalencia se encuentra un estudio internacional como el de Parimalan K et al en India donde la prevalencia del sexo femenino fue de 62% , otros estudios nacionales presentan mayor prevalencia en sexo masculino, siendo este el desarrollado por García-Sánchez en Puebla donde el sexo masculino era el prevalente en un 57% , el género prevalente en esta patología es muy variable según el tipo de población, pero en la mayoría de ellos se presentan porcentajes casi equitativos , sin existir una diferente importante entre cada género.

El estado civil de los pacientes con psoriasis presentaba porcentajes similares entre ellos un 37% eran casados, 37% solteros y 25% divorciados, lo que contrasta este resultado con lo encontrado por Mejía-Jiménez M donde su población de 96 pacientes con psoriasis 50% eran casados, en nuestro estudio no se encuentra diferencia significativa entre el estado civil y la afectación de calidad de vida y la depresión, confirmándose en dicho estudio.

La calidad de vida en pacientes dermatológicos, en nuestro caso paciente con psoriasis fue evaluado por el instrumento DLQI, con el cual se obtuvo un puntaje promedio de 12.37 puntos puntaje similar encontrado en un estudio multicéntrico que se llevó a cabo en Taiwan por Tsai TF et al en el periodo de 2014-2016 el cual fue de 12.55 puntos, el estudio PSOLAR el cual incluyó 2076 pacientes con psoriasis se obtuvo un promedio de 6 puntos mediante la aplicación del mismo instrumento pero lo que es importante destacar de este estudio es que la mayoría de los pacientes se encontraban con tratamiento biológico lo cual mejora en gran medida la calidad de vida y en nuestra población ningún paciente se encontraba bajo este tratamiento.

Al momento de categorizar la afectación de calidad en: si existe afectación o no existe, 16 pacientes, lo que representa un 59.3% de la población presentaban

afectación de la calidad de vida al tener puntaje mayor de 10 en la encuesta y un 40.7% no presentaban alteración siendo 11 pacientes, lo que llama la atención ya que en múltiples estudios tanto internacionales como nacionales la afectación de calidad de vida se encuentra en porcentajes más bajos, uno de ellos con pacientes latinoamericanos Mejía -Jiménez en 2018 presentaron solo 21% afectación de la calidad de vida tomando en cuenta la categorización de nuestro estudio , teniendo como base una población de 96 pacientes. En Bogotá Colombia Cortes C y colaboradores encontraron un porcentaje un poco más alto: 38.9% de afectación de calidad de vida, ya aterrizando porcentajes a nivel nacional en Puebla García-Sánchez y colaboradores en el 2017 realizo una investigación en 72 pacientes y de ellos solo 18.8 % presentaban afectaciones de calidad de vida.

Daudén en España realizo un estudio de 732 pacientes donde el área con mayor afectación en el DLQI era sentimientos y síntomas en un 60% de su población de estudio lo que concuerda con nuestro porcentaje del 55%, siendo entonces esta área la que se encuentra mayor afectada en los 27 pacientes. El promedio de puntaje en el área de sentimientos y síntomas fue de 3.70 , teniendo el mayor puntaje entre todos los rubros, al igual que obtuvo García -Sánchez en su investigación, pero a contrario de nosotros su promedio fue de 1.09, recordemos que lo máximo a obtener en este rubro es 6 puntos, lo que nos lleva a entender que los 27 pacientes con psoriasis tienen una afectación muy importante de su calidad de vida en comparación con otros grupos de estudio.

Uno de los temas más importantes a analizar en los pacientes con psoriasis es la prevalencia de depresión, en múltiples estudios se ha comprobado esta prevalencia notable en la población con este tipo de enfermedad dermatológica, que van desde prevalencia de 34-39 % estudios realizados por Tribo et al. así como Kurd et al en Reino unido, pero lo que se encontró en la población de la Unidad de Medicina Familiar No 27 fueron porcentajes mucho más altos : 85% de depresión en pacientes con psoriasis (52% depresión leve, 44% depresión moderada y 4% muy severa.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio analizó a 27 pacientes con psoriasis, encontrando una media de edad de 36 años, de los cuales 22 refirieron ser trabajadores lo que concuerda con la edad productiva laboralmente en que se encuentran. El sexo predominante fue el femenino y el estado civil se encontró en sus 3 opciones en casi la misma proporción, 37 % casados, 37 % solteros y 25.9 % divorciados, siendo una población homogénea en esta variable.

La calidad de vida en pacientes con psoriasis la evaluamos mediante la aplicación del DLQI, del cual se obtuvo que 16 pacientes de los 27 encuestados presentaban afectación de la calidad de vida, sin olvidar que el punto de corte utilizado fue de 10 puntos, el resto, 11 pacientes tenían menos de 10 puntos en la encuesta, llama la atención la proporción alta de pacientes con afectación de calidad de vida esto podría estar asociado a que eran pacientes con solo tratamiento tópico sin ser evaluados por segundo nivel ya que la forma en que se obtuvo la muestra era en pacientes con envío a dermatología por 1ra vez. Esta enfermedad dermatológica tiene una afectación a nivel social y personal ya que afecta en áreas de la piel expuestas y que generan muchos síntomas, comparando esto porque el rubro de mayor afectación en el DLQI era el área de síntomas y sentimientos con un puntaje promedio de 3.7 siendo el máximo 6. Es de vital importancia la evaluación de los pacientes por el servicio de dermatología para considerar cambio de tratamiento y evaluar el uso de tratamiento biológico, ya que en las guías internacionales al existir afectación de la calidad de vida se consideran como tratamientos principales.

La depresión en nuestros 27 pacientes tuvo una prevalencia alta, al presentarse en 23 pacientes (85.2%), pero cabe resaltar que en su mayoría presentaban depresión leve (52%), aun así, este porcentaje es alarmante, es necesario mejorar las condiciones de la enfermedad para disminuir la prevalencia de depresión, ya que se comprobó que existe correlación positiva entre DLQI y Hamilton, que entre mayor sea la afectación de

calidad de vida por psoriasis mayor es el puntaje que se obtiene en la escala de depresión Hamilton, así que al disminuir síntomas y mejorar aspectos de piel en los pacientes con psoriasis cambiaran todos estos resultados.

FORTALEZAS

Al ser una investigación la cual consistía en aplicar una encuesta, (en el caso del DLQI) los pacientes podían llenarlo de forma fácil y breve, de igual manera nos encontrábamos en el momento que se llenaban y si surgía una duda se resolvía en el momento. La sencillez de evaluación de encuesta nos ayudó a contabilizar los puntos y obtener un resultado rápido, En cuanto a la aplicación de la encuesta Hamilton esta se realizó mediante interrogatorio al paciente y para así poder elegir un puntaje más objetivo y así poder derivar a los pacientes con el médico familiar si es que lo ameritaba para que este valorara cambio de tratamientos o referencia necesaria.

La investigación abrió una línea de investigación la cual puede consistir en investigar tipos de tratamiento para psoriasis en pacientes dentro de la Unidad de Medicina Familiar y valorar si su envío a 2do nivel por dermatología modifica su calidad de vida. Así como intervenciones preventivas en paciente sin afectación de la calidad de vida para prevenir situaciones que mermaran la autoestima del paciente y poder prevenir ciertos grados de depresión.

LIMITANTES

Al ser pacientes sin tratamiento adecuado para su patología era de esperarse que la calidad de vida se iba a encontrar afectada por lo que podría presentarse un sesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolf-Henning B, Schön M. Psoriasis. The lancet 2015; 386: 983–94.
2. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. Int. J. Mol. Sci. 2019; 20:1-28.
3. Consenso Nacional de Psoriasis Guía de Tratamiento. Argentina 2018.
4. Ortega-Hernández A, Restrepo-López N, Rosero YS, et al. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. Dermatol Rev Mex 2018;62(3):193-205.
5. Castro-Ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. Dermatol Rev Mex 2017;61(4):283-291.
6. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud [Internet];2019. Disponible en: <http://www.who.int/es/about/who-we-are>.
7. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente 2016; 11(3):120-123.
8. Marcial-Romero N, Peña-Olvera BV, Escobedo-Garrido JS, et al. Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. Estud. soc 2016;.26 (48).
9. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994; 19: 210-21.

10. Restrepo C, Escobar-Valencia C, Mejia-Giraldo AM. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. IATREIA 2013;26(4): 467-475.
11. World Health Organization. Global report on psoriasis. World Health Organization. [internet]; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>.
12. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación. Actas Dermosifiliogr 2019;110(1):12-19
13. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
14. Tratamiento farmacológico farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas en placas. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
15. Daudén E, Conejo J, García-Calvo C. Percepción del médico y paciente de la gravedad de la psoriasis, su impacto en la calidad de vida y satisfacción con la atención y el tratamiento recibido. Estudio observacional en España. Actas Dermosifiliogr. 2011;102(4):270—276.
16. K. Parimalam K, Sanjeetha FS. Dermatological life quality index in psoriasis out patients: the changing trend. Int J Res Dermatol. 2019;5(1):170-174.
17. Rahman S, Aman S, Nadeem M, Nisaruddin, et al. Quality of life assessment in patients of psoriasis. JPAD 2018;28 (2): 186-192.
18. Tsai TF, Ho JC, Chen YJ, et al. Health-related quality of life among patients with moderate-to-severe plaque psoriasis in Taiwan. Dermatológica Sinica 2018; 36(4): 190-95.
19. Pappa KA, Strober B, Augustin M, et al, PSOLAR: design, utility and preliminary results of a prospective, international, disease-based registry of patients with psoriasis who are receiving, or are candidates for conventional systemic treatments or biologic agents. J Drugs Dermatol 2012; 11:1210-17.
20. Strober BE, Bissonnette R, Fiorentino D, et al . Comparative effectiveness of biologic agents for the treatment of psoriasis in a real-world setting: Results from a large, prospective, observational study (Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry [PSOLAR]). J Am Acad Dermatol 2016;74(5): 851-61.

21. Mejia-Jimenez M, Jimenez-Tamayo SB, Alvaran-Florez L, et al. Calidad de vida y factores psicológicos asociados en una cohorte de pacientes latinoamericanos con psoriasis. *DermatololgiaCMQ* 2018;16(4):254-62.
22. Cortés C, Castro Ayarza JR, Fieero E, et al. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. *Dermatología Rev Mex* 2010;54(3):125-32.
23. Garcia-Sanchez L, Montiel-Jarquín AJ, Vazquez-Cruz E, et al. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex* 2017; 153:185-9.
24. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, et al.. The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol* 2010; 146:891-5
25. Tribó, M., Turroja, M., Castaño-Vinyals, G., Bulbena, A., Ros, E., García-Martínez, P., ... Gallardo, F. (2019). *Patients with Moderate to Severe Psoriasis Associate with Higher Risk of Depression and Anxiety Symptoms: Results of a Multivariate Study of 300 Spanish Individuals with Psoriasis. Acta Derma Venereolo*, 2019; 99:
26. García-A F, Martínez-Valdivieso L, Méndez-Ramos F, et al. Actualización en el tratamiento de la Psoriasis. *SESCAM* 2013; 14(1).
27. Lujain A, Alhassan A, Dina A, et al. Pathogenesis, Treatment and Impact on Quality of Life in Psoriasis. *Egypt J Hosp Med* 2017; 69 (6):2589-2595.
28. Lerman J, Joshi A, Chaturvedi A, et al. Coronary plaque characterization in psoriasis reveals high-risk feat that improve after treatment in a prospective observational study. *Circulation* 2017;136(3):263-276.
29. Bhosle M, Kulkarni A, Fieldman S, et al. Quality of life in patients with psoriasis. *Biomed Central* 2006; 4(35).
30. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, et al. Psoriasis and suicidality: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77(3):425-440.

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON PSORIASIS DE LA UMF 27
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 IMSS Tijuana, Baja California.
Número de registro:	2020-204-009
Justificación y objetivo del estudio:	Obtener un pleno conocimiento de la situación por la cual atraviesan nuestros pacientes con psoriasis. Conocer la prevalencia de depresión y su asociación con calidad de vida en paciente con psoriasis de la UMF27
Procedimientos:	Se me ha explicado que se me realizará dos encuesta: La primera para conocer si presento algún grado de depresión y el segunda para conocer mi calidad de vida evaluando así diferentes aspectos de mi vida como lo emocional, físico o social. Posteriormente se me solicitarán datos generales como: edad, sexo, escolaridad, ocupación, vida sexual activa y mi tratamiento actual.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que representa un riesgo mínimo para mi salud, ya que solamente se me aplicarán dos encuesta y se me solicitarán los datos generales arriba descritos.
Posibles beneficios al participar:	Se me ha explicado que se pretende identificar el grado de afectación en mi vida secundario a mi psoriasis, con lo que se podrán adoptar acciones para ayudarme a mejorar mi calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas:	Se me ha explicado que se me informará sobre los resultados de esta investigación y que con ello se podrán adoptar de tratamiento adecuadas para beneficio de mi salud. En caso de presentar algún grado de depresión o alteración en mi calidad de vida, se me enviara con mi médico familiar para seguimiento.
Participación/retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento

	en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable no me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial
Beneficios al término del estudio:	Se me ha explicado que el beneficio del estudio es identificar las áreas de oportunidad en mi calidad de vida y realizar un manejo adecuado.
Investigador Responsable:	Dra. Vanessa Bermúdez Villalpando Médico especialista en Medicina Familiar Matrícula: 98020718 Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social. Correo: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx
Colaboradores:	Grecia Carolina Angulo Félix Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar y Tesista UMF 27, Tijuana. Instituto Mexicano del Seguro Social Matricula: 98025668 Teléfono: 6648079642 Correo electrónico: angulopulos@gmail.com Dra. Norma Lizeth Flores Madrigal Médico Dermatóloga, Investigadora y Asesora Temática HGR 20, Tijuana Instituto Mexicano del Seguro Social Teléfono: 6644869250 Correo electrónico: lizeth_84_8@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



NOMBRE (Iniciales): _____ NO. AFILIACIÓN: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ (Años cumplidos) SEXO: 1) Hombre _____ 2) Mujer _____

1. OCUPACION:

- 1) Estudiante..... _____
- 2) Trabajador..... _____
- 3) Estudiante y trabajador..... _____
- 4) Sin Ocupación:
No estudiante, No trabajador _____

2. Estado civil:

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Divorciado
- 4) Unión libre
- 5) Viudo

ANEXO 3. Índice de calidad de vida dermatológico (DLQI)

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

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

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

ANEXO 4. Escala Hamilton de depresión

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ []

0 Ausente

1 Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ []

0 Ausente

1 Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO _____ []

0 Ausente

1 Ligero: la vida no vale la pena vivirla

2 Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir

3 Intenso: ideas o amenazas suicidas

4 Extremo: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 Ausente

1 Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 Ausente

1 Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 Ausente

1 Ocasional: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ []

0 Ausente

1 Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8 INHIBICIÓN _____ []

0 Ausente

1 Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpressiva.

2 Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACIÓN _____ []

0 Ausente

1 Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos

2 Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...

3 Intensa: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA _____ []

0 Ausente

1 Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA _____ []

0 Ausente

1 Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.

3 Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES _____ []

0 Ausentes:

1 Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2 Intensos: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES _____ []

0 Ausentes:

1 Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) _____ []

0 Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 Ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA _____ []

0 Ausente:

1 Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 Moderada: preocupado por su salud.

3 Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4 Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ []

0 Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección

viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 Moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO_____ []

0 Ausente:

1 Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN

TOTAL_____ []