

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

**Depresión como factor de riesgo para Psoriasis en adultos
atendidos en el Hospital Belén de Trujillo entre el período 2018-2021**

Área de investigación:

Enfermedades mentales y de la piel

Autor:

Rodas Plasencia, Emilia Cristina

Jurado Evaluador:

Presidente: Serrano García, Juan Carlos

Secretaria: Odar Sampe, Diana Virginia

Vocal: Bartolo Cuba, Lucy Angelica

Asesor:

Eduardo Rodolfo Rojas Meza

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1118-1209>

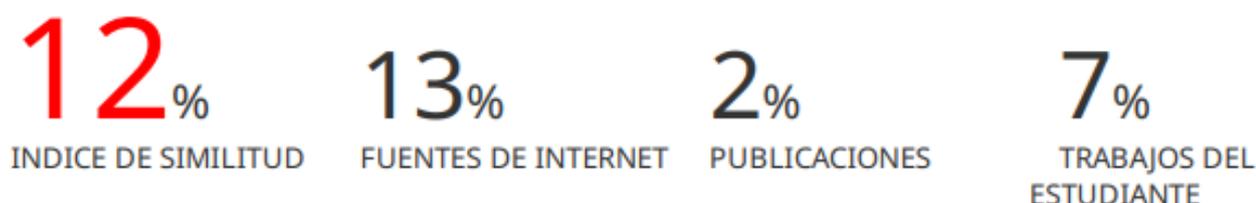
TRUJILLO- PERÚ

2023

Fecha de sustentación: 16/11/2023

Depresión como factor de riesgo para Psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo entre el período 2018-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	Submitted to El Toro High School Trabajo del estudiante	1%
4	www.revistaavft.com Fuente de Internet	1%
5	www.scielo.org.bo Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%


Dr. Eduardo Rojas Meza
DERMATÓLOGO
C.M.P. 21 N.º 13337

Declaración de originalidad

Yo, **Eduardo Rodolfo Rojas Meza**, docente del Programa de Estudio de Medicina, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “**Depresión como factor de riesgo para Psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo entre el período 2018-2021**”, del autor **Emilia Cristina Rodas Plasencia**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 12%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 21 de noviembre de 2023.
- He revisado con detalle dicho reporte de la tesis titulada “**Depresión como factor de riesgo para Psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo entre el período 2018-2021**”, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Lugar y fecha: Trujillo 21 de noviembre de 2023

ASESOR

Dr. Rojas Meza, Eduardo Rodolfo

DNI: 17888959

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1118-1209>

FIRMA:


Dr. Eduardo Rojas Meza
DERMATÓLOGO
C. 147 13337

AUTOR

Rodas Plasencia, Emilia C.

DNI: 70259561

FIRMA:



DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento de mi vida, cuidándome, y por brindarme salud y fortaleza para así lograr mi objetivo trazado.

A mis padres, por siempre brindarme su apoyo incondicional, su amor y enseñanzas a lo largo de mi pequeña vida.

A mi hermano por darme la fuerza de poder continuar gracias a sus consejos en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor y docentes universitarios, a quienes le debo gran parte de mis conocimientos, por su paciencia y enseñanza para la realización de este trabajo.
A mi Universidad Privada Antenor Orrego por abrirme las puertas y prepararme para un futuro como profesional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la depresión es factor de riesgo para Psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el período de 2018-2021.

Material y métodos: Investigación observacional, aplicada, analítica de casos y controles y retrospectiva. La muestra evaluada estuvo conformada por 65 pacientes adultos con psoriasis (grupo caso) y por 130 pacientes sin dicha enfermedad (grupo control). El análisis fue realizado con la prueba Chi cuadrado de Pearson más el cálculo del Odds-Ratio (OR), con sus intervalos de confianza al 95% ($p < 0,05$).

Resultados: El 52.3% de los pacientes que tienen psoriasis son diagnosticados con depresión, mientras que el 27.7% de pacientes con psoriasis no son diagnosticados con esta patología mental. La depresión fue un factor de riesgo para la psoriasis ($p=0.001$, $OR=2.864$). Además, el sexo masculino ($p=0.005$, $OR=2.413$) y la obesidad ($p=0.001$, $OR=8.982$) fueron los factores de riesgo para la presencia de psoriasis.

Conclusión: La depresión fue un factor de riesgo para la psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el período de 2018-2021.

Palabras clave: Depresión; Psoriasis; Factor de riesgo (DeCS).

ABSTRACT

Objective: Determine if depression is a risk factor for Psoriasis in adults treated at the Belen Hospital in Trujillo in the period 2018-2021.

Material and methods: Observational, applied research, case-control analysis and retrospective. The sample evaluated was made up of 65 adult patients with psoriasis (case group) and 130 patients without said disease (control group). The analysis was performed with Pearson's Chi square test plus the calculation of the Odds Ratio (OR), with its 95% confidence intervals ($p < 0.05$).

Results: 52.3% of patients who have psoriasis are diagnosed with depression, while 27.7% of patients with psoriasis are not diagnosed with this mental pathology. Depression was a risk factor for psoriasis ($p = 0.001$, $OR = 2.864$). Furthermore, male sex ($p = 0.005$, $OR = 2.413$) and obesity ($p = 0.001$, $OR = 8.982$) were risk factors for the presence of psoriasis.

Conclusion: Depression was a risk factor for psoriasis in adults treated at the Belén Hospital in Trujillo in the period 2018-2021.

Keywords: Depression; Psoriasis; Risk factor (MeSH).

PRESENTACIÓN

Con el objetivo de cumplir con los reglamentos de grados y títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis titulada “Depresión como factor de riesgo para psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo entre el período 2018-2021”, Con la finalidad de lograr una identificación precisa del impacto que produce la depresión en pacientes afectados por enfermedades de la piel como la psoriasis en el hospital referencial de estudio.

Realizo esta exposición, sometiéndome a la evaluación del Jurado para obtener el título de Médico Cirujano.

La autora

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
PRESENTACIÓN.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	17
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN.....	28
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
VIII. ANEXO	41

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1	Muestra de estudio casos y controles	20
Tabla N° 2	Depresión como factor de riesgo para psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo	24
Tabla N° 3	Variables intervinientes asociadas a la psoriasis, atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Belén de Trujillo	26

Gráfico N° 1	Diseño de investigación	17
Gráfico N° 2	Depresión como factor de riesgo para psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo	25
Gráfico N° 3	Variables intervinientes asociadas a la psoriasis	27

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organizacional Mundial de la Salud (OMS), la salud se define como el estado de bienestar físico, mental y social mas no solo la ausencia de patologías. Basado en esta definición, se puede mencionar que la salud mental es un componente relevante del bienestar general además de formar parte de los derechos humanos, pero su alteración puede deberse a la presencia de uno o diferentes aspectos, relacionados con la propia persona, la familia o el entorno (1,2).

La presencia de alteraciones mentales, en el entorno mundial es considerada como una prioridad debido a las repercusiones que estas tienen en quienes las padecen y a la carga económica que conlleva tanto de manera personal y familiar como social debido a las comorbilidades que desencadena (3).

Entre estas alteraciones, una de las más frecuentes, es la depresión, es decir, la presencia continua y persistente de tristeza, culpa, baja autoestima, pérdida de interés por las actividades cotidianas, presente por dos semanas continuas (4). Según estimaciones, en el año 2019, uno de cada ocho individuos presenta dicha patología, lo que representaría el 3,9% de manera global, impactando al 5,1% de adultos, de los cuales 6,1% son féminas y 4,2% varones, pero su frecuencia incrementa en los ancianos (5,9%) (5,6,7,8)

Pero durante la pandemia por la COVID-19, aspectos como el riesgo de contagio ($r > 1,5$) (9), las largas semanas de encierro forzoso (21 semanas en promedio mundial) (10) y la gran cantidad de decesos en el mundo (6,7 millones al 2023) (11) incrementaron la incidencia de depresión en más del 25%, asociándola a problemas de ansiedad, duelo y otras aflicciones emocionales (12).

De manera general, esta enfermedad es responsable de más de 800 mil suicidios en el mundo y cuando se asocia a cuestiones que afectan la propia imagen y percepción que se tiene de uno mismo, asociadas a otras patologías como obesidad mórbida, enfermedades de la piel, entre otras, es detonante de estas situaciones catastróficas para las personas (13).

Dentro de las patologías dérmicas, se puede mencionar a la psoriasis, trastorno crónico inflamatorio de la piel no transmisible, doloroso, inmunomediado, desfigurante, incapacitante que se caracteriza por la presencia de escamas pruríticas que suelen aparecer en cuero cabelludo, palmas y plantas de las extremidades y zonas de flexión, que se asocian con múltiples comorbilidades como el síndrome metabólico, la obesidad, la hipertensión, la enfermedad aterosclerótica y la diabetes, que afecta a poco menos del 2% de la población mundial (14,15,16,17,18).

Su forma de presentación es muy variable, como la psoriasis en placas (PP), caracterizada por placas eritematosas bien delimitadas con escamas gruesas superpuestas; psoriasis guttata, de inicio agudo con numerosas placas inflamatorias pequeñas; psoriasis pustulosa, presenta un curso variable que puede ser agudo o crónico; o la psoriasis eritrodérmica, acompañada de eritema cutáneo y descamación que afecta un amplio territorio de la superficie corporal (15,16,19). Los síntomas reportados con mayor frecuencia son: descamación de la piel en el 62-92%, picazón en el 72-87%, rash en el 74%, eritema en el 57-69%, dolor cutáneo en 62%, dolor en las articulaciones en 42%, fatiga en el 27-32%, hinchazón en el 23%, ardor en el 20-28%, sangrado en el 20-58% de los individuos (16,20).

Pese a los más de 125 millones de personas afectadas con esta enfermedad en todo el mundo, se ha observado que no presenta variaciones epidemiológicas significativas respecto al sexo, pero en relación a la edad, afecta con mayor frecuencia a adultos que a niños (15,16,17), con una prevalencia que varía entre 0.5 al 11,4% según informa la revisión sistemática mundial de Michalek y colaboradores (17) y su variante principal es la PP (*psoriasis vulgar*) que constituye el 80% de casos de psoriasis en niños y poco más del 90% en adultos (14,15).

De manera fisiopatológica la aparición de la psoriasis se puede explicar de dos maneras; la primera por la aparición de macrófagos, células T y dendritas que van de la dermis a la epidermis, para proliferar citocinas inflamatorias como el factor de necrosis tumoral α (TNF- α), la interleucinas o citocinas tipo 1; y la

segunda, es por defecto en las células T reguladoras y en las citocinas reguladora IL-10. En ambos casos los mensajes celulares hacen que los queratinocitos liberen citocinas, generando que las células inflamatorias causen mayor inflamación. Pero se debe de mencionar que de manera específica las células dendríticas combinan el sistema inmunológico innato y adaptativos, los cuales al activarse generan las lesiones psoriásicas y produciendo el incremento de la producción de queratinocitos (21,22,23).

Pero si bien se supone que la mutación de las citocinas reguladora IL-10 o los defectos de las células T, intervienen en la psoriasis, aparentemente también intervienen en alteraciones mentales como la depresión, pero no es la única vía, pues se ha evidenciado que la neurotrofina llamada factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) que intervienen en los trastornos mentales también podría desempeñar un papel en la presencia de la psoriasis. Por lo mencionado se podría decir que existiría una conexión entre ambas condiciones, aunque no se podría especificar que dicha relación sea directa o indirecta o bidireccional (24,25), ya que se estima que entre el 10 y 62% de pacientes con psoriasis padecen de depresión (26,27).

Se ha reportado que los pacientes que cursan psoriasis en diversos grados, presentan asimismo puntuaciones de depresión según la escala Beck de nivel alto, que se correlacionan con las puntuaciones del índice de gravedad y extensión de la psoriasis, y que adicionalmente tienen una puntuación de depresión más alta que los controles sin psoriasis (28). Además, los estudios han demostrado que una disminución de la depresión, con o sin terapéutica de por medio, se asocia con una reducción de la severidad de la psoriasis y viceversa, y se plantea que es por un mecanismo de superposición inflamatoria (27,29,30,31,32). Todo ello apunta a un círculo vicioso y de retroalimentación entre psoriasis y depresión, que debe observarse y controlarse para reducir la interacción según las dimensiones de ambos fenómenos clínicos patológicos nocivos para el hombre (27,28,30).

González-Parra y Daudén en el 2019 observaron en sus estudios que las características clínicas de la psoriasis resultaban el factor agravante de la

depresión al apreciar el peso del efecto inflamatorio de su curso sobre la sinapsis nerviosa, observando que más del 43% de casos de pacientes dermatológicos con psoriasis presentaban cuadros de ansiedad, depresión, lo cual se debe principalmente a los factores biológicos desencadenados por la inflamación generada por la psoriasis que viene a afectar el sistema nervioso considerando por ello a ésta como la etiopatogenia de la depresión (27).

Madrid et al., en el 2018, realizaron estudios que evidencian el desarrollo de cuadros depresivos mayores producto del psoriasis en un estudio controlado, prospectivo, mostrando que la diferencia de gravedad psicológica entre los grupos no era significativa para depresión y ansiedad, siendo para los casos y controles 57% y 34,9% respectivamente, asociado a un HADS medio de 11, en tanto se observa que todos ellos muestran alguna enfermedad dermatológica por el origen de su selección, lo cual puede disfrazar el resultado del impacto de la psoriasis en el estado de la salud mental de los pacientes, constituyendo ésta una limitación importante para esta relación (33).

Kim et al., en el 2018 a través de un ensayo clínico buscaban aclarar la asociación entre psoriasis y síntomas depresivos en pacientes con psoriasis moderada a grave, y determinar los factores de riesgo de síntomas depresivos y analizar el efecto de ustekinumab sobre los síntomas. Por ello en 15 pacientes con psoriasis moderada a grave programados para ser tratados con ustekinumab se aplicó una entrevista psiquiátrica, y se compararon los resultados con 15 individuos sanos. Se halló que, en los pacientes que estaban más deprimidos presentaban síntomas de la enfermedad psoriasis, de moderada a grave en comparación al grupo control ($p < .05$); que la gravedad de la psoriasis al inicio del estudio no se correlacionaba con los síntomas de depresión, y que el tratamiento con ustekinumab redujo significativamente los síntomas depresivos, verificado a través de entrevistas psiquiátricas con el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton ($p < .05$) (32).

Veintimilla-Quintana et al., en el 2017, a través de un estudio analítico de corte transversal en 82 pacientes con psoriasis en el servicio de dermatología de un hospital de Venezuela, aplicó el test de Beck para depresión y la escala de

severidad para Psoriasis PASI. Identificó una prevalencia de depresión de 24,4% en los pacientes y encontró asociación entre la severidad de la psoriasis y la depresión, y una correlación significativa entre la escala PASI y el puntaje de depresión de Beck (34).

La psoriasis supone una importante carga emocional para la vida de pacientes, afectando la salud mental e implica un estigma social importante (18). Y aunque la asociación entre patologías psiquiátricas y condiciones dermatológicas es bien conocida, el manejo estratégico de ambas patologías no es el adecuado. La detección precoz de la vulnerabilidad psicológica en pacientes con psoriasis puede tener un impacto significativo en la clínica y en la calidad de vida de los pacientes (28). Basado en ello, este estudio buscó servir de evidencia científica para la prevención y reducción del riesgo de desarrollo de psoriasis en individuos diagnosticados con depresión, con el propósito que su condición psicológica no se vea más afectada, por lo que los profesionales podrán implementar las medidas terapéuticas necesarias para el control de estos pacientes.

De manera práctica, este estudio será base para que el personal sanitario identifique los casos de mayor probabilidad de desarrollar psoriasis, brindándoles las medidas terapéuticas necesarias para mantener su salud física, tratando de evitar mayor alteración en su salud mental. Ello también será benéfico para los pacientes pues su bienestar general estará resguardado, evitando declives que puedan afectar su salud.

Y se puede mencionar que este estudio podrá servir como base para la elaboración futuras investigaciones bajo el mismo enfoque, principalmente en el entorno local y nacional, donde la evidencia científica es escasa, dando la oportunidad de conocer otras realidades institucionales.

Enunciado del problema:

¿Es la depresión un factor de riesgo para psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo?

Hipótesis:**Hipótesis Alternativa (H_i):**

La depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de psoriasis en adultos del Hospital Belén de Trujillo en el período 2018 - 2021.

Hipótesis Nula (H₀):

La depresión no es factor de riesgo para el desarrollo de psoriasis en adultos del Hospital Belén de Trujillo en el período 2018 - 2021.

Objetivos:**Objetivo General:**

Determinar si la depresión es factor de riesgo para el desarrollo de Psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el período de 2018 - 2021.

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de depresión en adultos con psoriasis atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.
- Determinar la frecuencia de depresión en adultos sin psoriasis atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.
- Determinar la fuerza de asociación entre la depresión y el desarrollo de la psoriasis en los adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Diseño de estudio:

2.1.1 Tipo de estudio: Analítica, aplicada, observacional, retrospectiva, de casos y controles.

2.1.2 Diseño Específico:

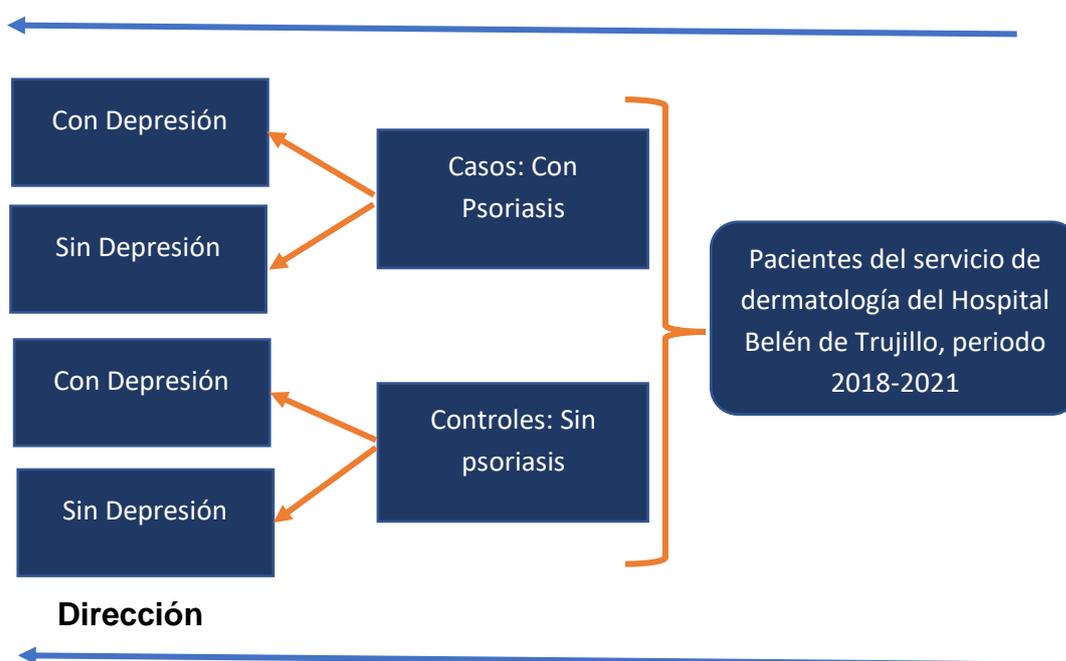


Gráfico 1. Diseño de investigación

Fuente: Elaboración propia

2.2 Población, muestra y muestreo

2.2.1 Población universo:

Historias clínicas de pacientes que se atendieron en el Servicio de Dermatología del Hospital Belén de Trujillo.

2.2.2 Población de estudio:

Historias clínicas de pacientes con psoriasis para el grupo de casos y sin psoriasis para el grupo control que se atendieron en el Servicio de

Dermatología del Hospital Belén de Trujillo, en el periodo de estudio comprendido entre los años 2018 - 2021.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión (casos):

- Historia clínica de pacientes mayor o igual de 18 años que presentaron psoriasis por primera vez.
- Pacientes con psoriasis y con antecedentes de Depresión
- Pacientes con psoriasis y sin antecedente de Depresión

Criterios de Inclusión (controles):

- Historia clínica de pacientes mayor o igual de 18 años con ausencia de psoriasis.
- Pacientes sin psoriasis, y con coexistencia de otras enfermedades de la piel, con antecedente de Depresión
- Pacientes sin psoriasis, y con coexistencia de otras enfermedades de la piel, sin antecedente de Depresión

Criterios de exclusión (Ambos grupos):

- Pacientes menores de 18 años de edad
- Pacientes con patologías tiroideas, inmunosupresoras, alteraciones renales, entre otros que puedan dar un diagnóstico errado de depresión.
- Historia clínica de pacientes con trastornos mentales, que no permitan recopilar adecuadamente (retraso mental, demencia, etc.).

2.2.3 Muestra:

Unidad de análisis

Paciente atendido en el Servicio de Dermatología del Hospital Belén de Trujillo, en el periodo de estudio comprendido entre los años 2018 - 2021.

Unidad de Muestreo

Historias clínicas de pacientes que cumplieron los criterios de selección y fueron seleccionadas aleatoriamente hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

Métodos de selección

La muestra se calculó por medio del estadígrafo para estudios de casos y controles siguiente:

2.2.4 Tamaño muestral:

Fórmula: (35)

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\varphi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\varphi P_1(1-P_1)P_2(1-P_2)} \right)^2}{\varphi(P_1 - P_2)^2}; n_2 = \varphi n_1$$

Dónde:

φ es el número identificado de controles a calcularse por los casos.

P_1 es una proporción de los casos expuestos.

P_2 es una proporción de los controles expuestos.

$\bar{P} = \frac{P_1 + \varphi P_2}{1 + \varphi}$ determina el promedio ponderado de casos y/o controles

$z_{1-\alpha/2} = 1.96 =$ Coeficiente del 95% de confiabilidad.

$z_{1-\beta} = 0,8416 =$ Es el coeficiente que se asocia a una potencia del 80% de la prueba.

Los indicadores de casos expuestos se deducen de los estudios preliminares que evidencian una proporcionalidad de 39% en casos expuestos y 20% en controles expuestos a la depresión (25,26), para un Odd ratio de 2,557. Considerando una proporción 2/1 controles por caso, para un nivel de confianza del 95%, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 1. Muestra de estudio casos y controles

Potencia	Tamaño de la muestra		
	Casos	Controles	Total
80%	65	130	195

Fuente: Cálculos propios

Se recopilaron las historias clínicas de 65 pacientes adultos con psoriasis y de 130 pacientes sin dicha enfermedad, que se atendieron en el Servicio de Dermatología del Hospital Belén de Trujillo, en total 195 pacientes para el estudio.

2.3 Definición de variables

Psoriasis: Pacientes con diagnóstico de psoriasis, a través de examen físico exclusivo, o confirmado con una biopsia de piel positiva, registrado en la historia clínica (27,36).

Depresión: Es una enfermedad psiquiátrica cuyo diagnóstico es registrado en una historia clínica, a través de alguno de test o escalas aplicados para su valoración clínica y severidad según los criterios clínicos adoptados por el DSM-5 (37).

Edad: Años de vida desde el nacimiento, registrado en historia clínica.

Sexo: Condición orgánica biológica masculina o femenina (38), registrada en la historia clínica.

Diabetes Mellitus: Alteración metabólica de carbohidratos, proteínas y grasa que resulta en hiperglicemia crónica y cuyo diagnóstico es establecido al encontrar síntomas característicos de hiperglucemia (poliuria, sed, visión borrosa, pérdida de peso), con valor aleatorio de glucosa en la sangre de 200 mg/dL o más; o en caso de tener haber tenido hiperglucemia asintomática por FPG \geq 126 mg / dL, glucosa plasmática a las dos horas \geq 200 mg / dL durante un test de tolerancia oral a glucosa de 75 g, o A1C \geq 6,5% (39).

Obesidad: Índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m² (40).

Hipertensión arterial: Patología inflamatoria, crónica, sistémica y vascular, sin etiología definida, donde la principal manifestación es el incremento anormal y persistente de la presión arterial, en los adultos se identifica cuando la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140mmHg y la diastólica es mayor o igual a 90mmHg (41).

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	TIPO	ESCALA VALORATIVA	INSTRUMENTO	ÍNDICE
PSORIASIS	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Si/ NO
DEPRESIÓN	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Si/ NO
COVARIABLES				
EDAD	Cuantitativa	Discreto	Historia Clínica	Años
SEXO	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Masculino/ Femenino
DIABETES MELLITUS	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Si/ NO
OBESIDAD	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Si/ NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Si/ NO

2.5 Procedimientos y Técnicas:

1. Se obtuvo la autorización del Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la UPAO y del Hospital Belén de Trujillo.
2. Se seleccionaron historias clínicas con el permiso de la Unidad Estadística y jefatura del Servicio de Dermatología del Hospital Belén de Trujillo.

3. Tras la selección y obtención de las historias clínicas validas, se clasificaron y dividieron por grupos según las variables intervinientes, de modo tal que conformen grupos análogos o equivalentes en la mayor medida posible. Se clasificaron y ordenaron por edad, sexo, enfermedades concurrentes.
4. Para reducir el sesgo de personas en la selección de historia clínicas, se consideró proximidad máxima posible de edad y curso de la enfermedad. Los datos seleccionados fueron introducidos en una ficha de recolección confeccionada para el presente estudio (Anexo 01).
5. Se valoraron las fichas llenadas, y se distribuyeron según los criterios de selección, hasta completar la cantidad de los grupos control (130) y casos (65), calificándose según los datos extraídos de las historias clínicas estudiadas por paciente a lo largo del año 2018 - 2021.
6. Se acopló la data obtenida en fichas elaboradas con la finalidad del estudio y con la que luego se procedió al análisis estadístico.

2.6 Plan de análisis de datos

El registro de los datos que se recolectaron en las fichas mencionadas (Anexo 01), fueron ingresados al software IBM SPSS V.27, para su análisis y tratamiento.

Estadística Descriptiva:

Los resultados se presentaron con sus frecuencias, promedios y porcentajes en tablas cruzadas o de doble entrada y/o bivariadas, de ser el caso. Asimismo, se presentaron gráficos comparativos en barras, para valorar los datos visualmente.

Estadística Analítica:

Para determinar los resultados se aplicaron análisis bivariados aplicando para ello la medida de Odds-Ratio (OR), asociados a sus respectivos intervalos de confianza al 95% ($p < 0,05$) y la prueba Chi Cuadrado de Pearson para la determinación de su asociación en las

variables cualitativas, mientras que en la variable cuantitativa como la edad se utilizó la prueba t de student para muestras independientes (42).

2.7 Aspectos éticos

Para la presente investigación se obtuvo las autorizaciones de las entidades correspondientes, atendiendo el diseño de estudio de casos y controles y basado en la declaración de Helsinki II en su versión actualizada en Brasil en el 2010, considerando los ítems pertinentes para estudios clínicos con humanos a partir de sus datos incorporados a las historias clínicas con que se trabajó. Con este mismo criterio se aplicaron compromisos de no individualización de datos y tratamiento totalmente académico del tema, con absoluta reserva de los titulares de la información (43).

III. RESULTADOS

Después de recopilar un total de 195 historias clínicas, se procedió a dividir las en dos grupos: 65 historias clínicas correspondientes a pacientes del área de dermatología, clasificados como casos al presentar psoriasis, y 130 historias de pacientes que no presentaron psoriasis. Con esta información, se generaron las tablas y gráficos que se presentan a continuación.

Tabla 2. Depresión como factor de riesgo para psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo

Depresión	Psoriasis				Total		p*	OR**	IC***
	Sí		No		N	%			
	N	%	N	%					
Sí	34	52.3%	36	27.7%	70	35.9%			
No	31	47.7%	94	72.3%	125	64.1%	0.001	2.864	1.54 - 5.324
Total	65	100.0%	130	100.0%	195	100.0%			

*Chi cuadrado// **Odds Ratio (OR) // ***IC=Intervalo de confianza

Fuente: Historias clínicas del Hospital Belén de Trujillo, 2018-2021

En relación a la tabla 2, se puede notar una asociación significativa entre la depresión y la psoriasis ($p=0.001$). Además, la presencia de depresión se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la psoriasis ($OR=2.864$). En otras palabras, los adultos que han sido atendidos en el hospital y que padecen de depresión tienen una probabilidad 2.864 veces mayor de presentar psoriasis en comparación con aquellos adultos que no sufren de esta enfermedad.

Gráfico 2. Depresión como factor de riesgo para psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo

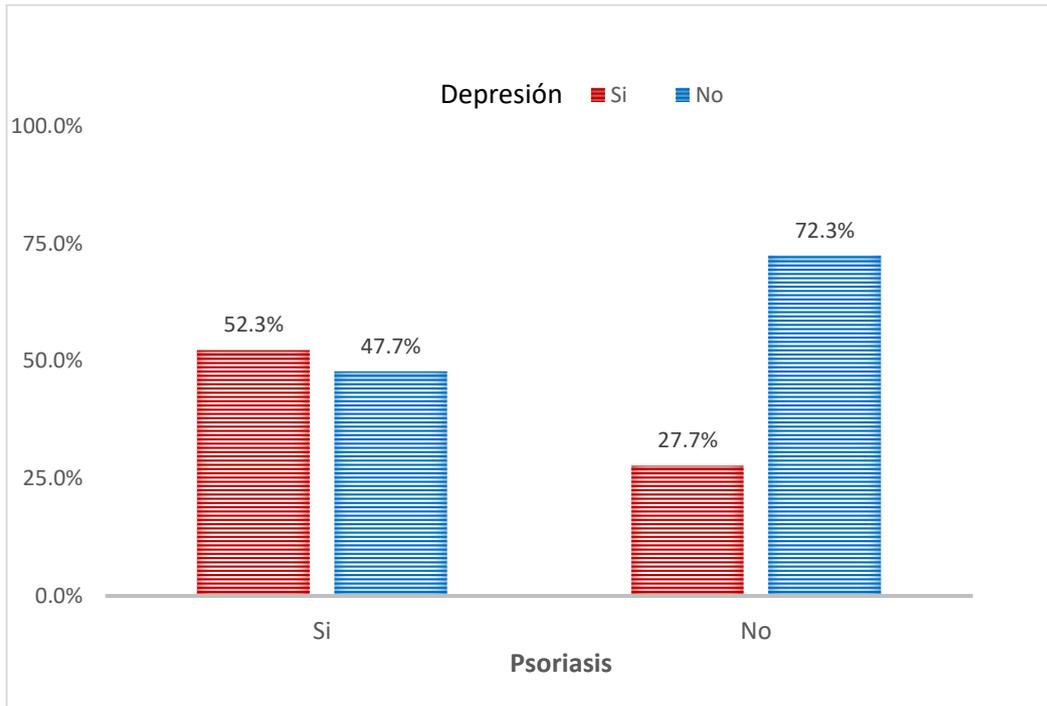


Tabla 3. Variables intervinientes asociadas a la psoriasis, atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Belén de Trujillo.

Variables intervinientes	Psoriasis				p	OR***	IC****
	Si		No				
	N	%	N	%			
Edad (X± DS)	52.1 ± 14.8		49.9 ± 15.2		0.340*	-	
Sexo							
Masculino	42	64.6%	52	40.0%	0.001**	2.739	1.477 - 5.08
Femenino	23	35.4%	78	60.0%			
Obesidad							
Si	8	12.3%	4	3.1%	0.011**	4.421	1.279 - 15.283
No	57	87.7%	126	96.9%			
Diabetes							
Si	9	13.8%	11	8.5%	0.243	1.739	0.682 - 4.435
No	56	86.2%	119	91.5%			
Hipertensión arterial							
Si	6	9.2%	11	8.5%	0.858	1.100	0.388 - 3.120
No	59	90.8%	119	91.5%			
Total	65	100.0%	130	100.0%			

*T de student // **Chi cuadrado/// Odds Ratio (OR) // IC=Intervalo de confianza

X= Promedio / DS= Desviacion estandar

Fuente: Historias clínicas del Hospital Belén de Trujillo, 2018-2021

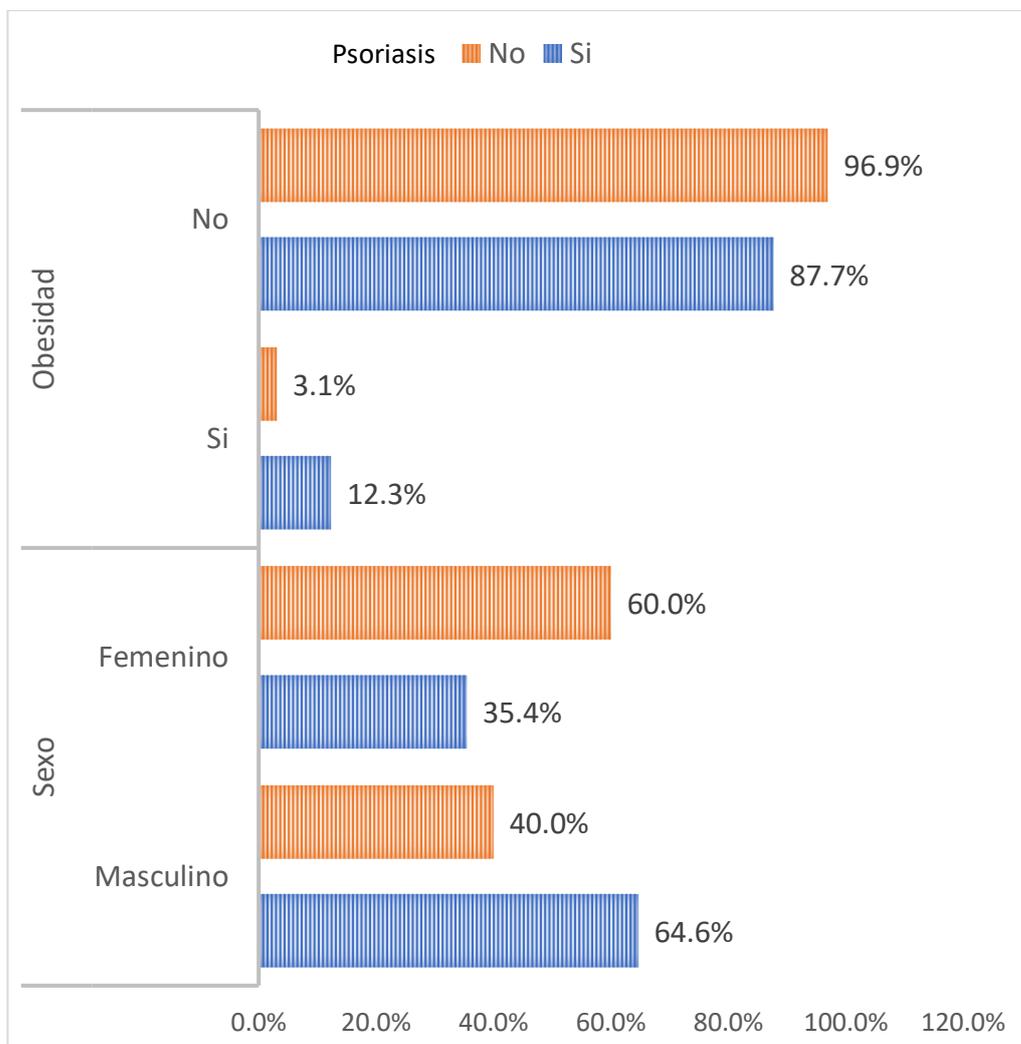
En la Tabla 3, se evidencia que la edad no muestra diferencias estadísticamente en relación a la psoriasis ($p=0.340$). Sin embargo, se notó que las personas afectadas por la enfermedad tenían una edad ligeramente mayor en comparación con los adultos que no padecían psoriasis (52.1 años versus 49.9 años).

En relación al género, se encontró una asociación significativa con la aparición de psoriasis ($p=0.001$). Además, se observó que el género masculino constituye un factor de riesgo para la psoriasis ($OR=2.739$). Esto significa que los adultos de sexo masculino tienen una probabilidad 2.73 veces mayor de desarrollar psoriasis en comparación con los adultos de sexo femenino.

En cuanto a la obesidad, se identificó una asociación significativa con la aparición de la psoriasis ($p=0.011$). Además, se observó que los adultos con obesidad representan un factor de riesgo para desarrollar psoriasis ($OR=4.421$). En otras palabras, los adultos obesos tienen una probabilidad 4.42 veces mayor de padecer psoriasis en comparación con los adultos que tienen un peso considerado normal.

En cambio en el caso de la diabetes e hipertensión arterial, se observó que no existe una asociación estadísticamente significativa con la aparición de la psoriasis ($p>0.05$). No obstante, se notó que la mayoría de las personas afectadas por la enfermedad presentaban diabetes (13.8%) y hipertensión arterial (9.2%), en comparación con los adultos que no padecían psoriasis.

Gráfico 3. Variables intervinientes asociadas a la psoriasis



IV. DISCUSIÓN

Se evaluaron 195 pacientes de los cuales el 52.3% de los diagnosticados con psoriasis presentaron síntomas depresivos. Estos resultados son consistentes con los hallazgos reportados por Korman et al. (44), quienes observaron que entre los pacientes con psoriasis 55% presentaron síntomas depresivos. En esa misma línea Gonzales-Parra y Daudén (27), observaron en más del 43% de pacientes con psoriasis la presencia de depresión y ansiedad. Mientras que Veintimilla et al. (34) informó que el 31% de los pacientes con psoriasis moderada presentó depresión; En cambio, en aquellos con psoriasis severa, la incidencia de depresión se elevó al 83.3%. La psoriasis está vinculada con distintas condiciones psicológicas, siendo la depresión la patología comúnmente asociada. Por lo tanto, es crucial considerar los aspectos psicosociales al abordar esta enfermedad, con el objetivo de mejorar tanto la salud física como emocional de los pacientes que la padecen.

Entre los pacientes que no presentaron psoriasis 27.7% desarrollaron depresión. Los resultados son semejantes a los reportados por López-Mejía et al. (45), quienes identificaron entre pacientes que no presentaron psoriasis que 18.8% tuvieron síntomas depresivos, el 2.9% presentó depresión grave. Se debe considerar que la depresión es una condición de salud mental compleja y multifactorial que puede afectar a personas de diversas edades, géneros y contextos sociales, incluyendo a aquellos que no padecen psoriasis. Por tanto, es recomendable el abordar los pacientes con depresión de manera integral para proporcionar un manejo efectivo y apoyo adecuado.

La depresión se considera un factor de riesgo para psoriasis, se evidenció que un paciente con depresión tenía casi tres veces mayor probabilidad de psoriasis en comparación a los pacientes sin esta condición. Los resultados son similares a los identificados por Chen et al. (46), quienes informaron que la depresión incrementa el riesgo de psoriasis entre pacientes adultos en comparación a los pacientes sin depresión (HRa:1.32; IC95%: 1.20-1.46). Veintimilla et al. (34) encontraron que conforme la gravedad de la psoriasis aumentó, también lo hizo el riesgo de desarrollar depresión, siendo particularmente notable en el grupo con psoriasis severa (OR: 35.75; IC95%: 2.72-469.25; $p < 0,01$). Asimismo, se

reflejó en Kim et al., (32) quienes hallaron que los pacientes que estaban más deprimidos tenían síntomas de la enfermedad psoriasis, de moderada a grave ($p < .05$). Una explicación plausible de la estrecha relación entre la depresión y la psoriasis, puede ser por la mutación de las citocinas reguladoras IL-10 o los defectos de las células T, debido a que estos intervienen en las alteraciones dérmicas como mentales, pero adicionalmente se puede considerar el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) los cuales son parte de la presencia de alteración mentales, pero también podrían jugar un papel relevante en la psoriasis (24,25). Otra explicación puede radicar en el estrés y ansiedad, debido a que ambos están presentes en aquellos que padecen depresión, por lo que se considerarían como factores que podrían contribuir al inicio o al empeoramiento de la psoriasis en individuos genéticamente susceptibles (28,47). Además, los factores inmunológicos desempeñan un papel en la conexión entre los síntomas depresivos y las enfermedades inflamatorias de la piel, como la psoriasis. Se ha demostrado que la comunicación mediada por citocinas entre el sistema inmunológico y el cerebro desempeña un papel central en la patogénesis de la depresión. Por lo tanto, la depresión puede afectar el sistema inmunológico, lo que da lugar a una respuesta inflamatoria crónica en el cuerpo. Esta inflamación constante podría influir en el desarrollo de la psoriasis, dado que esta es una enfermedad cutánea inflamatoria (48). A su vez, es importante destacar que las personas que padecen depresión pueden encontrar dificultades en el autocuidado, lo que incluye el manejo de la psoriasis y la adhesión al tratamiento necesario. Esto podría llevar a un agravamiento de los síntomas de la psoriasis (46). La relación entre la depresión y la psoriasis es compleja y multifactorial, lo que subraya la importancia de abordar ambas condiciones de manera integral y con la atención adecuada por parte de los profesionales de la salud.

El sexo masculino se asoció a psoriasis, los pacientes varones tenían casi tres veces mayor probabilidad para desarrollar psoriasis que sus contrapartes mujeres. Los resultados son parecidos a los identificados por Chen et al. (46), quienes identificaron que los varones tenían una mayor probabilidad de desarrollar psoriasis que las mujeres. Holguín (49) también identificó relación significativa entre ambas variables ($p=0.000$).

En esta investigación los varones fueron más susceptibles al desarrollo de psoriasis, esto podría explicarse por las diferencias en los niveles hormonales entre hombres y mujeres. Las hormonas sexuales pueden desempeñar un papel en la modulación del sistema inmunológico y en la respuesta inflamatoria, lo que podría afectar la presentación y la progresión de la psoriasis de manera diferente en hombres y mujeres. Se debe considerar también que el estilo de vida y los factores ambientales, como el estrés, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, pueden variar entre hombres y mujeres, esto podría influir en la presentación y gravedad de la psoriasis. Estos factores pueden interactuar con la predisposición genética y los mecanismos inmunológicos, lo que resulta en una mayor prevalencia de la enfermedad en hombres. En este contexto, el enfoque de tratamiento en pacientes con psoriasis debería tener en cuenta las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

La obesidad también se asoció a psoriasis en pacientes adultos. Los pacientes obesos tenían cuatro veces mayor probabilidad de psoriasis que los pacientes con peso normal. Los resultados son similares a los reportados por López et al. (50), quienes identificaron relación entre psoriasis y obesidad, mencionaron que 16.7% de pacientes con psoriasis presentaron obesidad. Holguín (49) identificó que los pacientes con obesidad tenían tres veces mayor riesgo de psoriasis (OR: 3.44; IC95%:1.82-6.53). Se ha informado que la psoriasis y la obesidad están asociadas con un estado de inflamación crónica en el cuerpo. La obesidad puede desencadenar una respuesta inflamatoria de bajo grado en el organismo, lo que puede exacerbar la inflamación asociada con la psoriasis, ello debido a la presencia de macrófagos, células y dendritas, los cuales van de la dermis a la epidermis, proliferando citocinas inflamatorias o posiblemente por los defectos de las células T reguladoras y la citocinas Il-10, en ambos casos los queratinocitos van a liberar citocinas, las que generan la inflamación produciendo incremento de la producción de queratinocitos (21-23). De esta manera, la interacción entre la obesidad y la psoriasis puede contribuir al desarrollo y a la gravedad de la enfermedad cutánea. De esta manera se puede sugerir que la obesidad puede influir en la patogénesis y la gravedad de la psoriasis a través de cambios en el perfil de citocinas. Dado que existe una relación entre estas variables es recomendable abordar eficazmente ambas condiciones por tanto el

desarrollo de estrategias de manejo y prevención deberían abordar tanto la obesidad como la psoriasis de manera integral.

La edad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial no se asociaron a psoriasis, los resultados son similares a los presentados por Holguín (49) quien no determinó relación entre la diabetes mellitus e hipertensión arterial con psoriasis ($p > 0.001$). La falta de asociación entre variables podría relacionarse con el tamaño de casos considerados para cada variable. Si el tamaño de la muestra es pequeño, es posible que la potencia estadística sea insuficiente para detectar una asociación real entre las variables. Además, si los datos muestran una variabilidad considerable, puede dificultar la detección de asociaciones significativas. La presencia de variaciones en los datos puede enmascarar la relación real entre las variables. Por tanto, son necesarios mayores estudios sobre el tema donde se consideren estas variables que puedan respaldar o refutar los hallazgos evidenciados.

La principal limitación del estudio fue que por ser de metodología retrospectiva, la información fue extraída de las historias clínicas, la cual fue considerada como verídica ya que no hubo forma de verificarla. Así mismo, se encontraron datos ilegibles y en otros casos ausentes, lo que generó que algunas historias fueran excluidas y tomar otras, lo que prolongó un poco el periodo de recolección.

Finalmente, los resultados serán de utilidad para la entidad nosocomial, ya que representarán la realidad institucional, lo que genera que no se puedan extrapolar a otras entidades sanitarias.

V. CONCLUSIONES

- La depresión fue un factor de riesgo para el desarrollo de psoriasis en adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.
- La frecuencia de depresión en adultos sin psoriasis fue de 27.7%.
- La frecuencia de depresión en adultos con psoriasis fue de 52.3%.
- La fuerza de asociación entre la depresión y la psoriasis en los adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo fue de 2.864, lo cual implica que los cuadros depresivos son un factor de riesgo para dicha enfermedad de la piel.
- La fuerza de asociación del sexo masculino es de 2.739 de probabilidad para desarrollar psoriasis.
- La variable asociada obesidad es de 4.421 de probabilidad para desarrollar psoriasis.

VI. RECOMENDACIONES

- Se sugiere incluir en el manejo y prevención de depresión el tamizaje de psoriasis de forma regular y sistemática. Esto permitiría identificar de forma temprana la presencia de psoriasis en pacientes con depresión o que podrían tener un mayor riesgo de desarrollarla y facilitaría la derivación a profesionales especialistas en dermatología para una evaluación exhaustiva y un posible tratamiento.
- Se recomienda instruir a los profesionales de salud sobre la relación entre la depresión y la psoriasis mediante cursos teórico-prácticos asociados, con el fin de aumentar la conciencia y el conocimiento sobre la interconexión entre estas dos condiciones.
- Se sugiere implementar un enfoque de manejo multidisciplinario en pacientes con psoriasis, que involucre a dermatólogos, médicos de atención primaria y especialistas en salud mental. Este enfoque colaborativo puede promover una atención integral y personalizada que aborde tanto los aspectos físicos como los psicológicos de la psoriasis, mejorando así la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes afectados.
- Se recomienda realizar charlas educativas entre la población, abordando los factores asociados a la psoriasis, con un énfasis particular en el sexo masculino y la obesidad. Estas charlas pueden destacar la relación entre la psoriasis y el sexo masculino, así como los posibles factores hormonales y genéticos que podrían influir en la incidencia y gravedad de la enfermedad en los hombres.
- Se sugieren mayores estudios sobre el tema principalmente multicéntricos que puedan respaldar o refutar los hallazgos del estudio. Además, se recomienda incluir las variables edad, hipertensión arterial y diabetes mellitus; factores que podrían condicionar la presencia de psoriasis en pacientes adultos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Etienne C. Salud mental como componente de la salud universal. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 15 agosto 2023]; 42(1): 1-2. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e140>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos. Panorama General. Organización Mundial de la Salud [Internet], 2022. [citado 15 agosto 2023]. 1-28. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>
3. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS [Internet]; 2018 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
4. Organización Panamericana de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
5. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med [Internet]. 2018 [citado 15 agosto 2023];48(9):1560-1571. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173244/>
6. Thiagarajan, Tara y Newson, Jennifer. Estado mental del mundo 2021. 2022. Sapien Labs. [Internet] 2021 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en <https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2022/04/Estado-mental-del-mundo-2021.pdf>
7. Goldstein E. Carga mundial de los trastornos de salud mental. Evolución pre-pandemia y efectos de la aparición de COVID-19. Asesoría técnica Parlamentaria [Internet]. 2022 [citado 15 agosto 2023]: 1-21. Disponible en:

https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33592/2/BCN_Carga_mundial_de_Salud_Mental_FINAL_repos.pdf

8. Confederación de Salud Mental de España. La salud mental en cifras: Los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en 2030. OMS/OPS [Internet]. 2021 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
9. Bruner, Alison y Drysdale, Carla. Home/News/COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. 2022. [citado 15 agosto 2023]. Disponible en <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
10. OMS/OPS. Boletín Desastres N.131.- Impacto de la pandemia Covid-19 en la salud mental de la población. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. 2021. [citado 15 agosto 2023]. Disponible en <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion>
11. Ministerio de Sanidad de España: Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2 [Internet]. 2021. [citado 15 agosto 2023]. España. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estM/inisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
12. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx) [Internet] 2023 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
13. Ochoa, M. Depresión, presente en 80 por ciento de los suicidios. DGCS-México/UNAM. Boletín UNAM 753 [Internet]. 2021 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_753.html
14. Carretero G. Incidencia mundial de la enfermedad. Asociación Española de Dermatología y Venereología. Día Mundial de la Psoriasis. AEDV

- [Internet]. 2022 [citado 15 agosto 2023]: 1-3. Disponible en https://aedv.es/wp-content/uploads/2015/04/aedv-dossier_psoriasis.pdf
15. Armstrong A, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA [Internet]. 2020 [citado 15 agosto 2023];323(19):1945-1960. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2766169>
 16. World Health Organization. Global Report on Psoriasis: World Health Organization [Internet]. 2016 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/204417>
 17. Michalek I, Loring B, John S. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2017 [citado 15 agosto 2023];31(2):205-212. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.13854>
 18. Luna E, Flores A, Bonilla R, Vichi L, Gómez A. Abordaje diagnóstico y manejo de psoriasis en atención primaria. Aten Fam [Internet]. 2021 [citado 15 agosto 2023];28(1):54-61. Disponible en: <https://www.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/AF-28-1.pdf#page=58>
 19. Merola J, Li T, Li W, Cho E, Qureshi A. Prevalence of psoriasis phenotypes among men and women in the USA. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2016 [citado 15 agosto 2023];41(5):486-9. Disponible en: <https://academic.oup.com/ced/article-abstract/41/5/486/6621629?login=false>
 20. Pariser D, Schenkel B, Carter C, Farahi K, Brown T, Ellis C. Psoriasis Patient Interview Study Group. A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. J Dermatolog Treat [Internet]. 2016 [citado 15 agosto 2023];27(1):19-26. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09546634.2015.1044492>
 21. Alwan W, Nestle FO. Pathogenesis and treatment of psoriasis: exploiting pathophysiological pathways for precision medicine. Clin Exp Rheumatol [Internet]. 2015 [citado 15 agosto 2023];33(5):2-6. Disponible en: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=9901>

22. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019 [citado 15 agosto 2023];20(6):1475. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/6/1475>
23. Puig L, Gil A. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 15 agosto 2023]; 93 (1): 1-14. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100069#:~:text=Las%20enfermedades%20inflamatorias%20inmunomediadas%20\(IMID,la%20IMID%20es%20pr%C3%A1cticamente%20desconocida](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100069#:~:text=Las%20enfermedades%20inflamatorias%20inmunomediadas%20(IMID,la%20IMID%20es%20pr%C3%A1cticamente%20desconocida) .
24. Tohid H, Aleem D, Jackson C. Major depression and psoriasis: A psychodermatological phenomenon. *Skin Pharmacol Physiol* [Internet]. 2016 [citado 21 setiembre 2023]; 29 (4): 220–230. Disponible en: <https://karger.com/spp/article/29/4/220/295841/Major-Depression-and-Psoriasis-A>
25. Paucar P. Relación bidireccional de las patologías cutáneas con los trastornos mentales. *Rev. Científica Médica*. [Internet]. 2018 [citado 21 setiembre 2023]; 21(1): 84-89. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332018000100010&lng=es
26. Chamoun A, Goudetsidis L, Poot F, Bourdeaud'hui F, Titeca G. Psoriasis et depression [Psoriasis and depression]. *Rev Med Brux* [Internet]. 2015 [citado 21 setiembre 2023];36(1):23-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25856968/>
27. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2019 [citado 21 setiembre 2023];110(1):12-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30509759/>
28. Sahi F, Masood A, Danawar N, Mekaiel A, Haider B. Association Between Psoriasis and Depression: A Traditional Review. *Cureus* [Internet]. 2020 [citado 21 setiembre 2023]; 12(8): 1-6. Disponible en: https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/32485/1612430322-1612430317-20210204-30437-17yxbuy.pdf

29. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med* [Internet]. 2015 [citado 21 setiembre 2023]; 20(1):121-127. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24684520/>
30. Patel N, Nadkarni A, Cardwell L, Vera N, Frey C, Patel N, Feldman S. Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2017 [citado 21 setiembre 2023]; 18(5):613-320. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28432649/>
31. Gordon K, Armstrong A, Han C, Foley P, Song M, Wasfi Y, You Y, Shen Y, Reich K. Anxiety and depression in patients with moderate-to-severe psoriasis and comparison of change from baseline after treatment with guselkumab vs. adalimumab: results from the Phase 3 VOYAGE 2 study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2018 [citado 21 setiembre 2023]; 32(11):1940-1949. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29706008/>
32. Kim S, Park M, Pak K, Han J, Kim G, Kim H, et al. Improvement of depressive symptoms in patients with moderate-to-severe psoriasis treated with ustekinumab: an open label trial validated using beck depression inventory, Hamilton depression rating scale measures and 18fluorodeoxyglucose (FDG) positron emission tomography (PET). *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2018 [citado 21 setiembre 2023]; 29(8):761-768. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29658378/>
33. Madrid M, Carretero Hernández G, González A, González J. Medición del impacto psicológico en pacientes con psoriasis en tratamiento sistémico. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2018 [citado 21 setiembre 2023]; 110(1):12-19. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S000173101830262X>
34. Veintimilla P, Guamán M, Guamán R, Peralta F, Espinoza C, Morocho A, et al. Relación entre el grado de severidad de la psoriasis y la depresión. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* [Internet]. 2017 [citado 21 setiembre 2023]; 36(6):153-157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/559/55954943004.pdf>
35. Soto A, Cvetkovic-Vega A. Estudios de casos y controles. *Rev. Fac. Med. Hum* [Internet]. 2020 [citado 21 setiembre 2023]; 20(1):138-143.

- Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n1/2308-0531-rfmh-20-01-138.pdf>
36. Feldman S. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Uptodate [Internet]. 2019 [citado 21 setiembre 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>
 37. Williams J, Newsma J. Screening for depression in adults. Uptodate [Internet]. 2020 [citado 21 setiembre 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults>
 38. Real Academia Española. Sexo [Internet]. 2020. [citado 21 setiembre 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
 39. Inzucchi S. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults. Uptodate [Internet]. 2020 [citado 21 setiembre 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults>
 40. Perreault L. Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation. Uptodate [Internet]. 2020 [citado 21 setiembre 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation>
 41. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Resolución Ministerial N°031-2015/MINSA. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20tratamiento%20y%20Control%20de%20la%20Enfermedad%20Hipertensiva.pdf
 42. Hernández R., Fernández P., Baptista C. Mitología de la Investigación. 5th ed. México: Mac Graw Hill; 2014.
 43. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: AMM; 2013.

44. Korman A, Hill D, Alikhan A, Feldman S. Impact and management of depression in psoriasis patients. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2016[citado 12 octubre 2023];17(2):147-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26641936/>
45. López-Mejía R, Ramales-Montes E, Ley-Silva L, Romero-Sansalvador C, Gutiérrez-Gabriel I. Calidad de vida, depresión y su relación con la severidad en la psoriasis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*[Internet]. 2022[citado 12 octubre 2023]; 60(3): 315–320. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395962/>
46. Chen Y, Wang W, Li I, Kao H, Yeh C, Kao L. Major depressive disorder increased risk of psoriasis: A propensity score matched cohort study. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [citado 12 octubre 2023]:278:407-412. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.108>
47. Rigas H, Bucur S, Ciurduc S, Nita L, Constantin M. Psychological Stress and Depression in Psoriasis Patients – a Dermatologist’s Perspective. *Maedica (Bucur)* [Internet]. 2019[citado 12 octubre 2023]; 14(3): 287–291. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6861725/>
48. Alecsi A, Lauriano E, Fumia A, Irrera N, Mastrantonio E, Vaccaro M, et al. *Molecules*[Internet]. 2022[citado 12 octubre 2023]; 27(6): 1953. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8954591/>
49. Holguín G. Obesidad como factor de riesgo para psoriasis en pacientes adultos [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO; 2019.
50. López N, Tablada M, Jacas A, Baltazar A, González L. Risk factors and comorbidities in patients with psoriasis. *MEDISAN*[Internet]. 2019 [citado 12 octubre 2023]; 23(3): 1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n3/1029-3019-san-23-03-435.pdf>

VIII. ANEXO:

Nº1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA PSORIASIS EN
ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO EN EL
PERÍODO 2018 - 2021

DATOS GENERALES

- A. HISTORIA CLÍNICA N° _____
- B. EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS
- C. SEXO: MASCULINO (___) FEMENINO (___)
- D. OBESIDAD: SI (___) NO (___)
- E. DIABETES MELLITUS: SI (___) NO (___)
- F. HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SI (___) NO (___)

II. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

DEPRESIÓN

- A. SI (___)
- B. NO (___)

III. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

PSORIASIS

- A. SI (___)
- B. NO (___)