

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA
EXACERBACIÓN DE PSORIASIS EN PACIENTE DEL HOSPITAL
ESSALUD II TALARA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

SARITA DEL ROSARIO RAMOS COVEÑAS

ASESOR

Dr. EDUERDO ROJAS MEZA

TRUJILLO – PERÚ

2018

MIEMBROS DEL JURADO:

**DRA. CHIRA ROMERO, FLOR
PRESIDENTE**

**DRA. GUARNIZ LOZANO, ANHELLA
SECRETARIO**

**DR. BARDALES ZUTA, VICTOR
VOCAL**

**DR. ROJAS MEZA, EDUARDO
ASESOR**

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi Mamá Balbina, mi hermana Elizabeth, mi hermano Joe, mi abuelita Mariana, mi abuelo Benjamín, y mi tía Lucia, Por ser mi razón de seguir adelante.

Por acompañarme en cada fracaso, así como también en cada logro.

Agradecerles por los infinitos consejos, amor y paciencia.

*Sarita del Rosario Ramos
Coveñas*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su fortaleza e inteligencia que me brindo cada día para poder alcanzar lo que me he propuesto en la vida. Por guiar mis pasos, por brindar en mi confianza y habilidad para poder servir con humildad y alegría.

A mis padres y familiares por su apoyo incondicional, por su perseverancia y confianza depositada en mí, para lograr una de mis metas anheladas.

A mi asesor de tesis, por su guía, su tiempo y consejo para hacer posible este trabajo.

A mi revisor el Mg. Dr. Caballero Alvarado José, por su paciencia y dedicación que apporto desde un inicio, para culminar con éxito este trabajo..

A mi amigo Henry Ney, por su compañía y comprensión en los buenos y malos, momentos.

*Sarita del Rosario Ramos
Coveñas*

INDICE

	<i>Página</i>
PÁGINAS PRELIMINARES.....	03
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUCCIÓN	08
PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	34

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si la ansiedad es factor de riesgo para exacerbación de psoriasis en pacientes del Hospital Essalud II Talara

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal, el proceso de selección fue realizado bajo los criterios de inclusión y exclusión, correspondientes a los pacientes atendidos en el Hospital Essalud II Talara durante el periodo Noviembre 2017- Febrero 2018, teniendo como total un muestra de 122 pacientes.

RESULTADOS: De 122 pacientes atendidos se obtuvo una prevalencia de exacerbación de psoriasis del 89,34%. El análisis bivariado el tiempo de enfermedad 6 (4) y 3 (2) ($p = 0,001$), la ansiedad patológica 62,39% y 7,69%; ORc = 19,90 [2,50-158,75] ($p=0,001$).

y el Test de Hamilton 26 (13) y 13 (4,5) ($p = 0,001$); estuvieron asociados a exacerbación de psoriasis. El análisis multivariado a través de la regresión logística, identificó que el género, el estado civil y la procedencia no estuvieron asociados a la exacerbación de psoriasis.

CONCLUSIONES: Existe asociación de ansiedad como factor de exacerbación de psoriasis. Las variables con mayor significancia fueron la ansiedad patológica, el tiempo de enfermedad, el test de Hamilton.

PALABRAS CLAVES: pacientes atendidos, ansiedad, tiempo de enfermedad, exacerbación, TAH-ES.

SUMMARY

OBJECTIVE: Determine if anxiety is a risk factor for exacerbation of psoriasis patients Essalud II Hospital Talara

MATERIAL AND METHOD: An observational analytical cross-sectional study was performed, the selection process was conducted under the criteria of inclusion and exclusion, corresponding to the patients treated at the Hospital Essalud II Talara during the period November 2017 February 2018, with the total sample of 122 patients.

RESULTS: 122 patients treated prevalence of exacerbation of psoriasis was obtained from 89.34%. Bivariate analysis sick time 6 (4) and 3 (2) ($p = 0.001$), Pathological anxiety 62.39% and 7.69%; ORc = 19.90 [2.50 to 158.75] ($p = 0.001$).

And Hamilton test 26 (13) and 13 (4.5) ($p = 0.001$); eatuvieron they associated with exacerbation of psoriasis. Multivariate analysis by logistic regression identified that gender, marital status and origin were not associated with exacerbation of psoriasis.

CONCLUSIONS: There is an association of anxiety as a factor of exacerbation of psoriasis. The most significant variables were pathological anxiety, sick time, Hamilton test.

KEYWORDS: patients treated, anxiety, sick, exacerbation, TAH-ES.

I. INTRODUCCIÓN:

La psoriasis tiene una incidencia aproximada de entre el 2% a 3% a nivel mundial, aunque esta cifra varía en función de la realidad poblacional correspondiente. Se ha observado que el periodo de vida en la que suele iniciar las manifestaciones corresponde a la segunda y tercera década de vida; debido a la exposición a factores desencadenantes múltiples. (1)

La psoriasis constituye una patología dermatológica de etiología inflamatoria, con un trasfondo genético, y que clínicamente ostenta el patrón característico de eflorescencias eritematoescamosas con un patrón cíclico en su aparición. (2)

En cuanto a los mecanismos de transmisión genética de esta enfermedad, se ha descrito el patrón de penetración variable con carácter determinante. (3)

La psoriasis se distingue por tener como expresión clínica la aparición de lesiones en piel, uñas y compromiso articular. La aparición de las lesiones presentan un patrón topográfico simétrico, en cuanto a las zonas de mayor afectación, se ha descrito el compromiso de codos, rotulas, región lumbosacra, genitales externos, superficies extensoras de los miembros y cuero cabelludo. (4)

En cuanto a los factores ambientales que incrementan la posibilidad de las exacerbaciones se han descrito a agentes tales como: estrés, drogas, fármacos, trauma físico, variación climática, infecciones y variaciones del patrón hormonal. (5)

La psoriasis puede ser una enfermedad psicosocial de la piel. La etiopatogenia de la relación psoriasis- trastornos psiquiátricos incluye vías del sistema nervioso periférico, hipotálamo-pituitaria (HPA), y el eje simpático-adrenal-medular (SAM), así como vías inmunitarias. (6,7)

Los pacientes con psoriasis pueden tener una alta prevalencia de varios trastornos mentales; se ha documentado que el 84% de los pacientes con psoriasis tenían comorbilidades psiquiátricas. (8) Los pacientes con psoriasis pueden tener características psicopatológicas específicas que pueden ser proporcionales a la extensión de las lesiones cutáneas. (9,10)

La ansiedad es una vaga sensación de aprensión, preocupación, inquietud o pavor, cuya fuente a menudo no es específica o es desconocida para individuo. (11) Sin embargo, prepara al individuo para cambios ambientales o ayuda a crear una respuesta a esos cambios. (12)

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes en todo el mundo. (13) La prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad es de aproximadamente el 25%. (14)

Hay una alta tasa de problemas psicológicos en pacientes ambulatorios dermatológicos que sufren de desfiguración crónica. (15) Está condición afecta muchos aspectos de la vida del paciente, incluida la escuela rendimiento, estado civil y relación con familias, amigos y en el contexto laboral. (16)

La ansiedad tiene una influencia negativa en la calidad de vida, el costo de la atención médica y cuidado personal; por lo que afecta negativamente el cumplimiento del paciente con el tratamiento lo cual puede aumentar los desenlaces adversos de la enfermedad. (17,18)

La comorbilidad en psoriasis ha sido observada con frecuencia en la práctica clínica diaria y los estudios que verifican la asociación comprenden tamaños muestrales pequeños. (19)

Freire M, et al (España, 2012); aplicaron un estudio en pacientes con psoriasis y manifestaciones articulares de artritis con la intención de caracterizar la frecuencia de trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión en esta población en particular, observando que en 495 pacientes la frecuencia de ansiedad fue 29,7%. (20)

Lakshmy S, et al (India, 2015); compararon los niveles de ansiedad patológica en 2 grupos de pacientes con psoriasis con diferentes niveles de afectación clínica; observando que la frecuencia global de ansiedad en esta población fue de 63% mientras que la frecuencia en el grupo con psoriasis exacerbada fue significativamente mayor que en el grupo de psoriasis no exacerbada ($p < 0.05$). (21)

Remröd Ch, et al (Suecia, 2015); valoraron los niveles de ansiedad en un grupo de pacientes con psoriasis; intentando establecer correlación entre los niveles de ansiedad y la severidad de los síntomas de psoriasis; concluyendo que en 101 pacientes aquellos

con mayores niveles de ansiedad presentaron formas más severas de la enfermedad ($p < 0.05$). (22)

Goyal S, et al (India, 2017); en 100 pacientes calcularon la frecuencia de pacientes con ansiedad patológica el cual fue de 72% en los casos de psoriasis con exacerbación y fue de 38% en los pacientes con psoriasis sin exacerbación (OR: 3.32; $p < 0.05$). (23)

Considerando que en la psoriasis los factores ambientales y psicológicos ejercen una influencia determinante; creemos que es fundamental evaluar la interacción entre estas variables con la finalidad de lograr una mejor adherencia a los tratamientos y una buena relación médico-paciente y de esta manera sensibilizarnos ante los pacientes con este trastorno, independientemente de la gravedad clínica, teniendo en cuenta la repercusión psiquiátrica; considerando además de que la ansiedad es una variable que puede ser controlada; en este sentido su manejo podría constituirse también en objetivo terapéutico cuya resolución, de verificarse la asociación planteada; mejoraría la calidad de vida de los pacientes con este trastorno cutáneo. Por estas consideraciones es que decidimos investigar la asociación de stress en una muestra determinada de pacientes adultos con psoriasis. Para lo cual nos planteamos el siguiente problema.

Formulación del problema:

¿Es la ansiedad factor de riesgo para exacerbación de psoriasis en pacientes del Hospital Essalud II Talara durante el periodo Enero - Marzo 2018?

Objetivos

Objetivo general

Determinar si la ansiedad es factor de riesgo para exacerbación de psoriasis en pacientes del Hospital Essalud II Talara

Objetivos Específicos:

- Precisar la proporción de ansiedad en pacientes con exacerbación de psoriasis.
- Verificar la proporción de ansiedad en pacientes sin exacerbación de psoriasis.
- Comparar la proporción de ansiedad entre pacientes con o sin exacerbación de psoriasis.

Hipótesis:

H0: La ansiedad no es un factor de riesgo para exacerbación de psoriasis en pacientes del Hospital Essalud II Talara

Ha: La ansiedad si es un factor de riesgo para exacerbación de psoriasis en pacientes del Hospital Essalud II Talara.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

1. MATERIALES Y METODOS

POBLACIÓN UNIVERSO:

Pacientes con psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara

POBLACIONES DE ESTUDIO:

Pacientes con psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara durante el período Noviembre 2017 – Febrero 2018 y que cumplan con los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusion:

1. Pacientes con exacerbación de psoriasis
2. Personas atendidos ambulatoriamente.
3. Personas mayores de 15 años.
4. Personas de ambos sexos.
5. Pacientes que tuvieron evaluación para ansiedad hace un año

Criterios de Exclusión

1. Personas con rosácea.
2. Personas con acné.
3. Personas en tratamiento con medicación psicotrópica.
4. Personas con retardo mental.
5. Personas con demencia.
6. Personas con enfermedad orgánica crónica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, secuela de enfermedad cerebrovascular.

DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO ESTADÍSTICO DEL MUESTREO

Unidad de Análisis

Estará constituido por cada paciente con psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara durante el período Enero – Marzo 2018 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Muestreo

La unidad de muestreo fue equivalente a la unidad de análisis.

TAMAÑO MUESTRAL:

Se empleará la fórmula para estudios transversales. (24)

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Donde:

Z α : Coeficiente de confiabilidad; 1.96

pe: Prevalencia de ansiedad en psoriasis: 0.07 (7%)

qe = 1-pe

peqe: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{E^2}$$

$(0.05)^2$

n = 122 pacientes

DISEÑO DEL ESTUDIO:

El estudio será analítico, observacional, seccional, transversal.

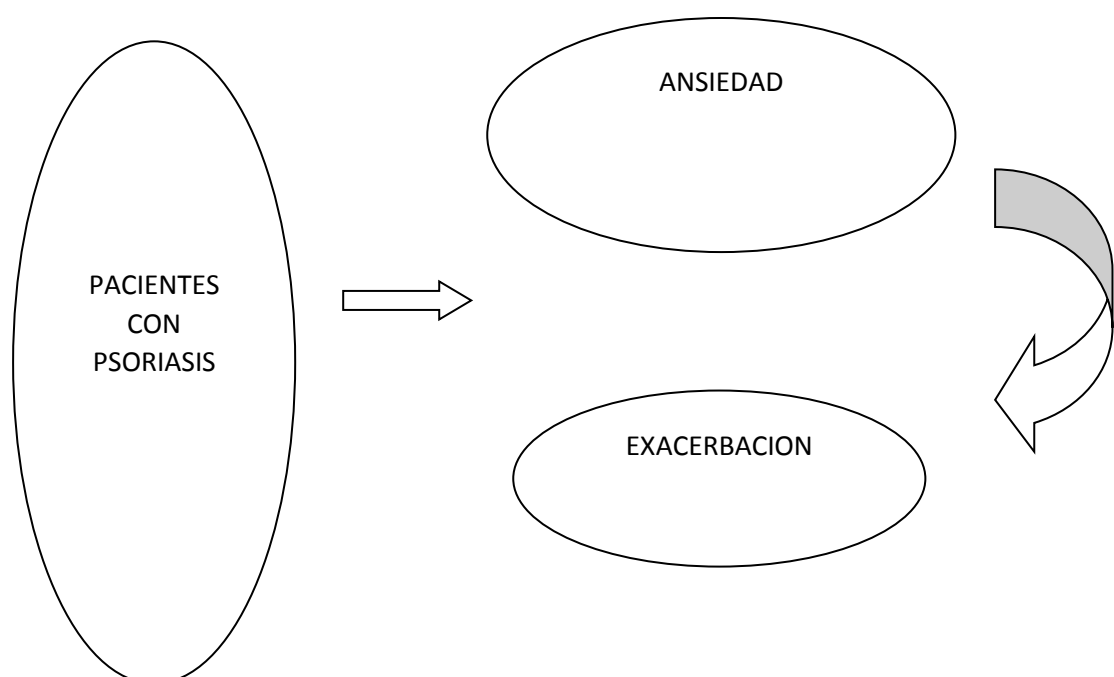
Diseño Específico:

G1	X1
G2	X1

G1: Pacientes con psoriasis exacerbada

G2: Pacientes con psoriasis no exacerbada

X1: Ansiedad



DEFINICIONES

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Ansiedad: Para el presente estudio se tomará en cuenta la Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 2) en función de la cual se definirá la presencia de ansiedad con un puntaje mayor a 28 puntos.(20)

Exacerbación de psoriasis: Agudización del cuadro clínico caracterizado por presencia de placas redondeadas, descamativas, eritematosas, con bordes definidos, localizadas en la superficie extensora de las extremidades y el cuero cabelludo durante un período variable de tiempo. (21)

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	IDEFINICION OPERACIONAL	INDICES
INDEPENDIENTE				
Ansiedad	Cualitativa	Nominal	Puntaje mayor a 28 Escala de Hamilton	>28 puntos < = 28 puntos
DEPENDIENTE				
Exacerbación De Psoriasis	Cualitativa	Nominal	Se tomará en cuenta la valoración clínica realizado por medico Dermatólogo tratante	Si - No
INTERVINIENTES				
Edad	Cualitativa	Discreta	Número de años del Paciente al momento De la entrevista	Años
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ámbito grafico donde Habita el paciente	Urbano Rural
Sexo	Cualitativa	Nominal	Condición del género Del paciente	Masculino Femenino

2. PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE DATOS

Ingresarán al estudio los pacientes con psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara durante el período Enero – Marzo 2018. Se acudirá a los ambientes de consultorios externos desde donde se procederá a interactuar con el paciente.

1. Se solicitó permiso al Director del Hospital Essalud II Talara, siendo esta aprobada y el proyecto de tesis aprobado por la escuela de pregrado de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego (N° resolución 0084-2018), más la aprobación del comité de bioética. Se acudirá a los ambientes de consultorios externos desde donde se procederá a interactuar con el paciente.
2. Examinó a los pacientes según los hallazgos clínicos observados, definir en ellos la presencia o ausencia de exacerbación, lo que permitirá distribuir a los pacientes en función de las categorías establecidas para esa variable.
3. Realizó la entrevista a los pacientes a fin de aplicar la escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 2) para determinar la presencia del trastorno de ansiedad; esta información luego se incorporará en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
4. Una vez obtenidas todas las encuestas completas, se procedió a revisarlas, se recogerá la información de cada uno de los test y de la hoja de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico elegido por los investigadores. Los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvo datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas y media con desviación estándar para variables cuantitativas.

Estadística Analítica:

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2), Test exacto de Fisher para variables categóricas y la prueba t de student para variables cuantitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$)

ASPECTOS ÉTICOS:

Para la presente investigación se contó con la autorización del Hospital Essalud II Talara y de la Universidad Privada Antenor Orrego;

se tomó en cuenta el principio de confidencialidad por el cual el medico tiene un deber legal y ético de mantener toda la información relacionada con los pacientes de forma segura y no divulgar ninguna información a terceros sin el consentimiento del paciente. La confidencialidad es un derecho del paciente y debe ser respetado por la totalidad del equipo de salud. Se debe obtener la autorización del paciente antes de revelar información confidencial sobre ellos, o información que podría identificarlos; es por ello que el presente trabajo está en función a la normativa de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23): (25) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA). (26).

III. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal, el proceso de selección fue realizado bajo los criterios de inclusión y exclusión ya antes expuestos, se evaluaron a 122 pacientes con psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara durante el período noviembre 2017 – febrero 2018. La prevalencia de exacerbación de psoriasis encontrada en la muestra fue 89,34%.

La tabla 1 muestra una distribución de los pacientes según características generales y presencia de exacerbación de la psoriasis; la edad promedio en los grupos con y sin exacerbación fueron $57,40 \pm 17,67$ y $44,77 \pm 11,58$ años ($p = 0,013$); el género, el estado civil y la procedencia no estuvieron asociados a la exacerbación.

La tabla 2 muestra la distribución de los pacientes según características clínicas y presencia de exacerbación de la psoriasis, la mediana del tiempo de la enfermedad en los grupos fueron 6 (4) y 3 (2) ($p = 0,001$); la mediana del score de Hamilton fueron 26 (13) y 13 (4,5) ($p = 0,001$). La prevalencia de ansiedad patológica en los grupos fue 62,39% y 7,69%; $ORc = 19,90 [2,50-158,75]$ ($p = 0,001$).

El tiempo de enfermedad y la ansiedad patológica estuvieron significativamente asociados con exacerbación de la psoriasis y formaron parte del modelo de predicción (Tabla 3). El test de Hosmer

– Lemeshow mostró un valor de Chi-cuadrado de 3,86 y el nivel de significación obtenida con 8 grados de libertad fue $p = 0,869$, indicando que el modelo se ajusta razonablemente bien a los datos.

TABLA 1**Distribución de pacientes con Psoriasis según características generales y presencia de exacerbación****Ene - Mar 2017**

Características generales	Exacerbación		ORc IC 95%	*Valor p
	Si (n = 109)	No (n = 13)		
Edad (años)	57,40 ± 17,67	44,77 ± 11,58	NA	0,013
Género (M/T)	73 (66,97%)	6 (46,15%)	2,37 [0,74-7,56]	0,138
Estado civil (C/T)	84 (77,06%)	10 (76,92%)	1,01 [0,26-3,95]	0,991
Procedencia (R/T)	36 (33,03%)	2 (15,38%)	2,71 [0,57-12,89]	0,194

* = t student; Chi cuadrado; Test exacto de Fisher; M = Masculino; C = Casado; R = Rural; T=total

FUENTE: Encuestas aplicadas en consultorio externo del servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara.

TABLA 2

Distribución de pacientes con Psoriasis según características clínicas y presencia de exacerbación

Ene - Mar 2017

Características clínicas	Exacerbación		ORc IC 95%	*Valor p
	Si (n = 109)	No (n = 13)		
+Tiempo de enfermedad (años)	6 (4)	3 (2)	NA	0,001
+Score Hamilton	26 (13)	13 (4,5)	NA	0,001
Diabetes mellitus (Si/T)	19 (17,43%)	1 (7,69%)	2,53 [0,31-20,67]	0,370
Ansiedad patológica (Si/T)	68 (62,39%)	1 (7,69%)	19,90 [2,50-158,75]	0,001

* = prueba de U de Mann-Whitney; Test exacto de Fisher; T=total.

+Mediana (Rango intercuartílico).

FUENTE: Encuestas aplicadas en consultorio externo del servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara.

TABLA 3

Análisis multivariado de factores asociados a exacerbación en pacientes con Psoriasis

Ene - Mar 2017

	B	Wald	Valor p	ORa	IC 95%	
					Inferior	Superior
Tiempo de enfermedad	1,00	8,51	0,004	2,72	1,39	5,34
Ansiedad patológica	2,02	3,31	0,069	7,57	0,86	66,89
Constante	-2,38	4,32	0,038	0,09		

FUENTE: Encuestas aplicadas en consultorio externo del servicio de Dermatología del Hospital Essalud II Talara.

IV. DISCUSION

La psoriasis constituye una patología dermatológica de etiología inflamatoria, tiene una incidencia aproximada entre el 2% a 3% a nivel mundial, variando en función a la realidad poblacional correspondiente. La década de inicio de las manifestaciones clínicas es a partir de la segunda y tercera década de vida; debido a la exposición de múltiples factores desencadenantes como: estrés, ansiedad, drogas, fármacos, trauma físico, variación climática, infecciones y variaciones del patrón hormonal (1,3). La ansiedad es uno de los factores que desencadena, mantiene y exacerba a la psoriasis; la prevalencia de vida de ansiedad es de aproximadamente el 25% (4). Estudios realizados en India, Suecia y España, han demostrado que la ansiedad es un factor que se asocia a la exacerbación de psoriasis (5).

En nuestro estudio evaluamos la ansiedad como factor asociado para exacerbación de psoriasis, utilizando como instrumento el test de Hamilton (20); un estudio realizado por **Lakshmy S, et al** en India, 2015; compararon los niveles de ansiedad patológica en 2 grupos de pacientes con psoriasis con diferentes niveles de afectación clínica; obteniendo una frecuencia global de ansiedad de 63% en el grupo de psoriasis exacerbada, resultado que fue significativo a diferencia del grupo de psoriasis no exacerbada ($p < 0.05$). (21); otro estudio realizado por **Remröd Ch, et al** en Suecia; valoraron los niveles de ansiedad en un grupo de pacientes con psoriasis; intentando

establecer correlación entre los niveles de ansiedad y la severidad de los síntomas de psoriasis; concluyendo que el 63% de pacientes con niveles altos de ansiedad, presentaron formas más severas de la enfermedad. (22) Así mismo en otro estudio realizado por **Goyal S, et al** en India, 2017; calcularon la frecuencia de ansiedad patológica en relación a la gravedad de las lesiones cutáneas en 100 pacientes, obteniendo una correlación estadísticamente significativa (IC: 95%; $P < 0.0001$). (23) En nuestro trabajo la prevalencia de ansiedad encontrada fue 62.39%, dato similar al encontrado por **Lakshmy S, et al** en India, **Remröd Ch, et al** en Suecia; pero superiores en el estudio realizado por **Catalina Ni, et al** en EE.UU. indicando que la ansiedad si es un factor que está asociado a la exacerbación de psoriasis; esto se explica a la presencia de niveles elevados de citoquinas pro inflamatorias como IL-1 alfa e IFN-gamma presentes en la psoriasis que pretenden actuar como neuromoduladores pero que en presencia de un trastorno depresivo y ansioso pueden servir como mediadores provocando la exacerbación y agravamiento de la psoriasis.

En nuestro estudio se encontró tanto en el análisis univariado como bivariado el tiempo de enfermedad y la ansiedad patológica como factores asociados a exacerbación, estos resultados coinciden con los resultados encontrados por **Lakshmy S, et al** en India, **Remröd Ch, et al** en Suecia; además en nuestro estudio el tiempo de enfermedad resulto estar asociado de manera independiente a la exacerbación, no hay reportes al respecto, pero probablemente las personas que tienen 6 años de psoriasis a mas el estilo de vida puede estar influyendo con

la exacerbación, además la edad es un dato que está asociado a exacerbación ($57,40 \pm 17,67$) pero no es significativo en el estudio, pero si es significativo en el estudio realizado por **Remröd Ch, et al** en Suecia siendo la edad inferior a la encontrada en el estudio; otro dato significativo es el test de Hamilton.(20) con una prevalencia altamente significativa ($P=0,001$) Para la exacerbación, a diferencia de otros estudios en donde la ansiedad fue evaluada mediante El STAI (From-Y), EL BDI-II y el SSP; obteniéndose con un software específico una prevalencia inferior ($P < 0,0001$); además el género, el estado civil y la procedencia no estuvieron asociados a la exacerbación de psoriasis, datos similares que son evidenciados en los estudios ya mencionados. (21) (22) (23)

Nuestro estudio tiene muchas limitaciones, entre ellas, al ser una auto encuesta con preguntas abierta, ser evaluado con un test amplio con varios ítems, el evaluado no puede expresar con exactitud lo que siente, por lo que podrían haber otros factores que influyan en la salud mental que se nos esté escapando, los cuales no se pudieron llegar a diagnosticar y que podrían influir ampliamente en la exacerbación de la psoriasis, además de la posibilidad de que el evaluado sienta vergüenza de que la sociedad pueda rechazarlos por las diferentes lesiones que presente por la enfermedad que padece. Otra de las limitaciones fue la disponibilidad de tiempo para poder responder la encuesta, estos son unos de los muchos factores que dificultaron que la recolección de datos sea en menos tiempo y exactitud.

Por otro lado, con respecto al tamaño de la muestra, comparándolo con otros estudios, lo encontramos representativo con respecto al número de encuestados, sin embargo, solo se realizó en los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Essalud II Talara, ubicada al norte del Perú; por lo cual pienso que este estudio debería replicarse en otros hospitales del Minsa en el área de dermatología, ya que los pacientes que presentan esta enfermedad crónica, no cuentan con los recursos necesarios para acudir a un especialista.

A pesar de las limitaciones que tiene el estudio, también tiene muchas fortalezas, según la bibliografía investigada en el Perú no hay estudios realizados sobre ansiedad como factor de riesgo para exacerbación de psoriasis, por lo que tuvo que trabajarse con datos estadísticos de estudios realizados en otros países. A partir de estos hallazgos nace el interés de conocer cómo reducir la prevalencia de exacerbación de psoriasis y sus distintas manifestaciones clínicas. Al estudiar los factores asociados a exacerbación de psoriasis, siendo la ansiedad y otros factores psicológicos uno de los factores exacerbantes, esto nos permitirá tener más control sobre estas y la toma de medidas de prevención. Se anima a futuros investigadores a replicar el presente estudio en los distintos hospitales del Perú, para así enfrentarnos a este problema; más aún se podría realizar un estudio con más del 50% de los hospitales del Perú; con tal fin, conocer realmente la prevalencia de exacerbación de psoriasis, independientemente de diversos factores que podrían influir. Además,

recomendamos no solo identificar la exacerbación de la psoriasis y sus factores asociados, sino también estudiar las medidas tomadas para disminuir esta prevalencia.

Esperamos que con el desarrollo del presente estudio se haga un llamado a los médicos especialistas en dermatología de todos los hospitales del país a velar no solo por la integridad física de sus usuarios, sino también por la salud mental, ámbito que hoy en día no se le concede valor, ya sea por no conocer a tal magnitud su impacto y asociación en pacientes con psoriasis exacerbada, cabe recalcar que se debe tener muy claro la definición de salud según OMS es un estado de bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad, por lo que es una exigencia amparar por las afecciones en la salud mental, nosotros como médicos.

V. CONCLUSIONES

1. La ansiedad es un factor asociado para la exacerbación de psoriasis.
2. El análisis bivariado identificó que los pacientes con exacerbación de psoriasis presentan una alta prevalencia de ansiedad.
3. En análisis bivariado identifico que los pacientes sin exacerbación de psoriasis, la prevalencia de ansiedad es baja.
4. El análisis multivariado identificó como factores asociados a exacerbación de psoriasis, el tiempo de enfermedad y la ansiedad patológica.

VI. RECOMENDACIONES

Realizar mayores estudios que deseen profundizar sobre la ansiedad como factor de riesgo para exacerbación de psoriasis en pacientes y ser fuente de referencia para futuras investigaciones.

Diagnosticar convenientemente las diversas enfermedades de salud mental e identificar oportunamente la exacerbación de psoriasis en los pacientes, con la finalidad de disminuir la exacerbación.

Sugerir al director del hospital, contratar más personal para el área de salud mental y dermatología, para ayudar a los pacientes con más horas de atención en estas especialidades; así mismo poder realizar un diagnóstico temprano e iniciar un tratamiento adecuado, así como orientar al paciente con psoriasis para que reciba ayuda en caso de percibir alteraciones de salud mental.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barthel C, Biederman L, Frei P, Vavricka Stephan R. Induction or exacerbation of psoriasis in patients with Crohn's disease under treatment with anti-TNF antibodies. *Digestion* 2014; 89(3): 209-215.
2. Costache A, Madalina LC, Elena R. The exacerbation of cutaneous psoriasis induced by anti-TNF therapy-case report. *Archive of Clinical Cases* 2014; 1(1): 23-27.
3. Zeljko J, Mirna S, Dragan B, Dubravka S. Analysis of psychopathological traits in psoriatic patients. *Psychiatr Danub*, 2013; 1(1): 56-59.
4. Puri N. A study of clinical and biochemical correlation in patients of psoriasis in acute exacerbation. *Our Dermatology Online* 2014; 5(2): 135-139.
5. Remröd C, Karin S, Ake S. Subjective stress reactivity in psoriasis—a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC dermatology* 2015; 15: 6.
6. Shaharyar S, Warraich H, McEvoy JW, Oni E, Ali SS, Karim A, et al. Subclinical cardiovascular disease in plaque psoriasis: association or causal link? *Atherosclerosis* 2014; 232: 72-78.
7. Asokan N, Prathap P, Rejani P. Severity of psoriasis among adult males is associated with smoking, not with alcohol use. *Indian J Dermatol* 2014;59(3):237-240.
8. Ni C, Chiu MW. Psoriasis and comorbidities: links and risks. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2014; 7:119-32.
9. Grozdev I, Korman N, Tsankov N. Psoriasis as a systemic disease. *Clin Dermatol* 2014; 32:343-50.
10. Moller AH, Erntoft S, Vinding GR, Jemec GB. A systematic literature review to compare quality of life in psoriasis with other chronic diseases using EQ-5D-derived utility values. *Patient Relat Outcome Meas.* 2015; 6:167–177.
11. Maples J. The Use of Virtual Reality Technology in the Treatment of Anxiety and Other Psychiatric Disorders. *Harvard review of psychiatry* 2017; 25(3), 103-113.
12. Fleming P. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2014; 31(5), 798-807.
13. Stojanović M. Association between somatic diseases and symptoms of depression and anxiety among Belgrade University students. *Medicinski Glasnik* 2014; 11(2).
14. Öztürk A., Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acne and their relationships with the severity of acne. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2013; 43(4), 660-666.

15. AlShahwan M. The prevalence of anxiety and depression in Arab dermatology patients. *Journal of cutaneous medicine and surgery* 2015; 19(3), 297-303.
16. Molina A. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *Anais brasileiros de dermatología* 2015; 90(3), 338-345.
17. ER I. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician* 2015; 91(9), 617-624.
18. Carmassi C. Separation anxiety disorder in the DSM-5 era. *J Psychopathol* 2014; 21(4), 365-71.
19. Valverde J. Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica. *Folia Dermatol* 2012; 16(3): 119-122.
20. Freire M. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatología Clínica* 2012; 7(1): 20-26.
21. Lakshmy S, Balasundaram S, Sarkar S, Audhya M, Subramaniam E. A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian J Psychol Med* 2015;37:434-40
22. Remröd Ch. Subjective stress reactivity in psoriasis – a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatology* (2015) 15:6 (4-10).
23. Goyal S, Pisharody RR, Nath S. Psychiatric morbidity in psoriasis: A case-control study. *J Mar Med Soc* 2017; 19:18-23.
24. Kleinbaum D. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer-Verlag publishers; 2013.p78.
25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2013.
26. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias : D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.

ANEXOS:

ANEXO N° 01

Ansiedad como factor de riesgo para exacerbación de psoriasis en pacientes del Hospital Essalud II Talara

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____ días

1.3. Género: Masculino () Femenino ()

1.4. Procedencia: Urbano () Rural ()

1.5 Diabetes mellitus: _____

1.6 Estado civil. _____

1.7. Tiempo de enfermedad: _____

1.8 Exacerbación de psoriasis: Si () No ()

1.9 Escala de Ansiedad de Hamilton.....

1.10. Ansiedad patológica: Si () No ()

ANEXO 2: Escala de Ansiedad de Hamilton:

- 1. Estado de ánimo ansioso:** Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad **0 1 2 3 4**
- 2. Tensión:** Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud. **0 1 2 3 4**
- 3. Temores:** A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. **0 1 2 3 4**
- 4. Insomnio:** Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. **0 1 2 3 4**
- 5. Intelectual:** Dificultad para concentrarse, mala memoria. **0 1 2 3 4**
- 6. Estado de ánimo deprimido:** Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. **0 1 2 3 4**
- 7. Síntomas somáticos generales (musculares):** Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. **0 1 2 3 4**
- 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales):** Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. **0 1 2 3 4**
- 9. Síntomas cardiovasculares:** Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. **0 1 2 3 4**
- 10. Síntomas respiratorios:** Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. **0 1 2 3 4**
- 11. Síntomas gastrointestinales:** Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. **0 1 2 3 4**
- 12. Síntomas genitourinarios:** Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia. **0 1 2 3 4**
- 13. Síntomas autónomos:** Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta) **0 1 2 3 4**

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico): Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

0 1 2 3 4

0 = ausente 1 = leve 2 = moderado 3= grave 4 = muy grave

Puntaje: 0 a 56 puntos.

Grado de ansiedad: proporcional al grado de puntaje alcanzado.