

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMO FACTORES ASOCIADOS A
DERMATITIS ATÓPICA. HOSPITAL LA NORIA. ENERO 2015 –
FEBRERO 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: CLAUDIA CLAUSEN SEVERINO

ASESORA: DRA. FLOR CHIRA ROMERO

Trujillo – Perú

2016

DEDICATORIA:

Dedico ésta tesis a Dios, a mis Padres quienes me brindaron su amor, consejos y apoyo incondicional, a mi Novio por siempre apoyarme, a mis mejores amigos que siempre estuvieron a mi lado en estos años de carrera juntos.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por permitirme poder llegar a este momento, a mis Padres: José Luis y Ana Cecilia, por el esfuerzo que hicieron a diario para poder permitirme culminar esta tesis, a mi amor Bruno; por su apoyo a pesar de la distancia, a mi familia por su apoyo sincero.

A mi asesora Dra. Chira Romero Flor, por confiar en mí.

INDICE

PORTADA	
PAGINA DE DEDICATORIA.....	2
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS.....	3
INDICE.....	4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	35
SUGERENCIAS.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37
Anexos:.....	41

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la depresión y la ansiedad son factores asociados a dermatitis atópica en pacientes atendidos en el Hospital La Noria. Enero 2015 – Febrero 2016

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, seccional transversal. La población de estudio estuvo constituida por 88 pacientes adultos atendidos en consultorios externos de dermatología; quienes se dividieron en 2 grupos: con dermatitis atópica y sin ella.

Resultados: La frecuencia de depresión en pacientes con dermatitis atópica y sin ella fue de 23% y 6% respectivamente. La depresión es factor asociado a dermatitis atópica con un odds ratio de 4.92 el cual fue significativo. La frecuencia de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica y sin ella fue de 33% y 17% respectivamente. La ansiedad es factor asociado a dermatitis atópica con un odds ratio de 3.68 el cual fue significativo.

Conclusiones: La depresión y la ansiedad son factores asociados a dermatitis atópica en pacientes atendidos en el Hospital La Noria.

Palabras Clave: Depresión, ansiedad, factores asociados, dermatitis atópica

ABSTRACT

Objective: Determine whether depression and anxiety are factors associated with atopic dermatitis in patients treated at the La Noria's Hospital. January 2015 – February 2016

Material and Methods: A study of analytical, observational, retrospective, cross-sectional type was carried out. The study population consisted of 88 adult patients treated in outpatient dermatology; who they were divided into 2 groups: with and without atopic dermatitis.

Results: The frequency of depression in patients with atopic dermatitis and without it was 23 % and 6% respectively. Depression is associated with atopic dermatitis with an odds ratio of 4.92 which was significant factor. The frequency of anxiety in patients with atopic dermatitis and without it was 33 % and 17 % respectively. Anxiety is associated with atopic dermatitis with an odds ratio of 3.68 which was significant factor.

Conclusions: Depression and anxiety are factors associated with atopic dermatitis in patients treated at the La Noria 's Hospital. January 20115 – February 2016.

Keywords: Depression, anxiety, associated factors, atopic dermatitis

I. INTRODUCCION

1.1. Marco teórico:

Darsow U. y cols. indican que la atopia se asocia con la hiperactividad del sistema inmune, la cual puede producir enfermedades inflamatorias de la piel, tal como la dermatitis atópica (DA), que es un padecimiento inflamatorio crónico y recidivante de causa desconocida. Ring J. y cols. refieren que ésta entidad se caracteriza por piel seca, con bajo umbral al prurito, en general, esta enfermedad tiene un inicio temprano en la infancia^{1,2}.

Bener A, y cols. determinaron que la DA puede afectar a todas las razas y es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 1,5/1. Además de sus características, la D.A. presenta remisiones y exacerbaciones, es pruriginosa y se relaciona con rinitis alérgica, asma o ambas. Fonseca M. y cols. sugirieron que las reacciones anormales de la piel se atribuyen a un estado constitucional de hipersensibilidad inespecífica^{3,4}.

Acevedo C. y cols, indicaron que los pacientes con DA representan aproximadamente el 15% de todos los pacientes de dermatología y cerca del 30% de las consultas dermatológicas de medicina general. DaVeiga S. y col. Indican que su prevalencia está aumentando, siendo relevante el efecto adverso en la calidad de vida de los pacientes^{5,6}.

Cork M. y col. acepta que en la DA participa un gran número de factores inmunológicos y no inmunológicos. Entre los inmunológicos se considera que la deficiencia de linfocitos T supresores podría involucra el aumento de la Inmunoglobulina E. Kill I. y col. encontraron que entre los factores no inmunológicos se considera que el factor genético, el psicológico y el

bacteriano, así como la teoría del bloqueo beta adrenérgico contribuyen en mayor o menor grado, dependiendo de cada individuo^{7,8}.

Kramer M. y col. refiere que la DA ofrece un amplio espectro clínico con una variada morfología pero con distribución típica de las lesiones. Cuando estas lesiones son las características y se combinan con una historia personal o familiar de atopia el diagnóstico de DA está claro. Bager P. y col. en el 2011 indica que el tratamiento se basa en cuidados de la piel, la aplicación de medicamentos tópicos y la educación al paciente, familiares y a sus cuidadores^{9,10}.

Berenzon S. y col. sugieren que la depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. Fiestas F. y col. refieren que este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales^{11,12}.

Bromet E. y col. en el 2011 informan que la depresión es un problema de salud pública y un predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad. Park M. y col atribuyen consecuencias económicas anuales estimadas en 118 billones de euros en Europa y de 83 mil millones de dólares en los EE.UU. Katon W. y col indican que esta enfermedad contribuye a una disminución en la calidad de vida, disminución funcional, discapacidad marcada y un incremento en la utilización de servicios^{13,14,15}.

Tanaka H. y col. refieren que la depresión consiste en un trastorno del estado de ánimo que implica alteración de la capacidad afectiva. Kennedy SH y col. observaron que se va a caracterizar por los siguientes síntomas: estado de

ánimo bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento^{16,17,18}.

Cape J. y col. describen que los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. Rodríguez M. y col. en el 2012 mencionan que en los últimos años se ha observado un incremento de los casos de trastorno de ansiedad, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los trastornos de ansiedad son 2 veces más prevalentes en mujeres^{19,20}.

Serrano A. y col. indican que el trastorno de ansiedad se caracteriza también por su alta tasa de comorbilidad; de hecho, estos pacientes tienen un 90% de probabilidades de ser diagnosticados con al menos otro trastorno comórbido a lo largo de su vida. Roy P. y col. observaron que las tasas de remisión son bajas y normalmente se convierte en una enfermedad crónica, que se traduce en una reducción del funcionamiento de estos pacientes^{21,22}.

Galbraith T. y col. mencionan que los criterios diagnósticos descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)-IV TR incluyen preocupación excesiva con una duración de al menos 6 meses, asociado con al menos otros tres síntomas entre los siguientes: inquietud o impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración y fatiga^{23,24}.

Angermeyer MC. y col. en un estudio indican que la DA es una enfermedad crónica multicausal, la cual ha mostrado una asociación directa con el estrés, la ansiedad y la depresión como elementos que precipitan y mantienen el trastorno. Lobo A. y col. evidencian que las experiencias traumáticas en la

niñez, dificultades en las relaciones sociales y una estructura de personalidad ansiosa son aspectos predisponentes^{25,26}

Ponarovsky B. y col. refieren que desde un punto de vista somatopsicológico se considera que problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión son más un resultado que una causa de los trastornos cutáneos. Urrutia I. y col. mencionan en el 2012 para el paciente, la dermatitis atópica constituye un factor estresante crónico que no sólo implica molestias e inconveniente físicos sino también consecuencias en su vida personal, social y su actividad cotidiana^{27,28}.

1.2. Antecedentes:

Linnet J. et al (Norteamérica, 2011); desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar la asociación entre ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica por medio de un estudio seccional transversal en el que se incluyeron a 31 pacientes con dermatitis atópica y 31 pacientes sin esta condición; encontrando que los puntajes de las escalas validadas aplicadas en ambos grupos para valorar la presencia de depresión y el grado de ansiedad; fueron significativamente más altos en el grupo con dermatitis atópica ($p < 0.05$)²⁹

Schut C, et al (Alemania, 2014); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de precisar la asociación entre depresión y la aparición de dermatitis atópica por medio de un estudio seccional transversal en el que se incluyeron a 27 pacientes con dermatitis y 28 sin esta condición; tras realizar la aplicación de la Encuesta de Hamilton para valorar el grado de depresión, se observó frecuencias significativamente mayores en el grupo con la patología dermatológica que en el grupo sin ella ($p < 0.05$)³⁰.

Pinto L. et al (Brasil, 2014); desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la asociación entre la presencia de niveles de ansiedad y depresión y la severidad de dermatitis atópica, por medio de un diseño seccional transversal prospectivo en el que se incluyeron a 31 pacientes mayores de 29 años; encontrando que no hubieron diferencias significativas en relación a los niveles de ansiedad; mientras que si se registraron diferencias significativas en cuanto a las frecuencias de depresión; siendo estas mayores en los pacientes con las formas más severas de dermatitis atópica ($p < 0.05$)³¹.

Kim S, et al (Corea, 2015); desarrollaron una investigación con la finalidad de precisar la influencia de la variable depresión respecto a la aparición de dermatitis atópica, por medio de un diseño seccional transversal en el que se incluyeron a 23 442 pacientes los cuales se dividieron en 2 grupos según la presencia o ausencia de dermatitis atópica; con edades mayores a 18 años; se les aplicó la Encuesta de Depresión de Hamilton durante un periodo de seguimiento de 2 semanas; tras lo cual se pudo observar que los puntajes de la escala fueron significativamente superior en el grupo de pacientes con dermatitis atópica; observando una asociación significativa entre depresión leve moderada y severa con dermatitis atópica: (OR: 1.46, 1.40 y 1.36; IC 95% 1.09–1.95, 1.04–1.88 y 1.01–1.85 respectivamente)³².

Noriega N. et al (Argentina, 2015); desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la asociación entre los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica por medio de un diseño prospectivo seccional transversal en el que se incluyeron a 148 pacientes; 88 varones y 60 mujeres con edades entre 15 a 76 años; observando que en el grupo de pacientes con dermatitis atópica la frecuencia de ansiedad fue de 96% mientras que la frecuencia de depresión fue de 66%; observando que las frecuencias de ambos trastornos fueron significativamente más frecuentes en el grupo con atopía respecto del grupo control ($p < 0.05$)³³.

1.3. Justificación

Tomando en cuenta que la dermatitis atópica es una condición patológica cuya prevalencia e incidencia es constante siendo responsable de un deterioro en la calidad de vida y habiéndose documentado que 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 tanto la depresión como la ansiedad son condiciones que pueden ser controladas por medio de intervención terapéutica farmacológica y no farmacológica; 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 alérgico. Por estas consideraciones es que decidimos investigar la asociación de depresión y el grado de ansiedad con la aplicación de un sistema de escalas validadas previamente, en una muestra determinada de pacientes adultos.

1.4 Planteamiento del problema

¿Son la depresión y la ansiedad factores asociados a dermatitis atópica en pacientes atendidos en el Hospital La Noria. Enero 2015 – Febrero 2016?

1.5. Hipótesis:

Nula: La depresión y la ansiedad no son factores asociados a dermatitis atópica en pacientes atendidos en el Hospital La Noria. Enero 2015 – Febrero 2016

Alternativa: La depresión y la ansiedad son factores asociados a dermatitis atópica en pacientes atendidos en el Hospital La Noria. Enero 2015 – Febrero 2016

1.6. Objetivos:

GENERAL:

Determinar si la depresión y la ansiedad son factores asociados a dermatitis atópica en pacientes atendidos en el Hospital La Noria. Enero 2015 – Febrero 2016

ESPECIFICOS:

Precisar la frecuencia de depresión en pacientes con dermatitis atópica y sin ella.

Comparar las frecuencias de depresión entre pacientes con dermatitis atópica y sin ella.

Establecer los niveles de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica y sin ella.

Relacionar los niveles de ansiedad entre pacientes con dermatitis atópica y sin ella.

II: MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 MATERIAL:

Población diana: Pacientes atendidos en Consultorios Externos del Servicio de Dermatología del Hospital La Noria durante el periodo Enero 2015 –Febrero 2016.

Población de estudio: Pacientes atendidos en Consultorios Externos del Servicio de Dermatología del Hospital La Noria durante el periodo Enero 2015 –Febrero 2016 y que cumplieron los siguientes criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión:**

Casos:

1. Pacientes con dermatitis atópica que presenten depresión y ansiedad atendidos ambulatoriamente, mayores de 15 años, de ambos sexos y que deseen colaborar con la investigación.

Controles:

1. Pacientes con dermatitis atópica que no presenten depresión y ansiedad, atendidos ambulatoriamente, mayores de 15 años, de ambos sexos y que deseen colaborar con la investigación.

- **Criterios de Exclusión**

Casos:

1. Pacientes con psoriasis, rosácea, acné, en tratamiento con medicación psicotrópica, retardo mental, demencia y enfermedad aguda o crónica que presenten depresión y ansiedad.

Controles:

1. Pacientes con psoriasis, rosácea, acné, en tratamiento con medicación psicotrópica, retardo mental, demencia y enfermedad aguda o crónica que presenten depresión y ansiedad.

2.2. MUESTRA:

Unidad de Análisis: Cada uno de pacientes los atendidos en Consultorios Externos del Servicio de Dermatología del Hospital La Noria durante el periodo Enero 2015 –Febrero 2016 y que cumplieron los siguientes criterios de selección.

Unidad de Muestreo: Cada uno de las historias clínicas de los pacientes atendidos en Consultorios Externos del Servicio de Dermatología del Hospital La Noria durante el periodo Enero 2015–Febrero 2016 y que cumplieron los siguientes criterios de selección.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios de una sola población³⁴:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha p e q e}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe: Prevalencia hospitalaria estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (dermatitis atópica): 0.06 (6%)⁶

qe =1-pe

peqe: Variabilidad estimada.

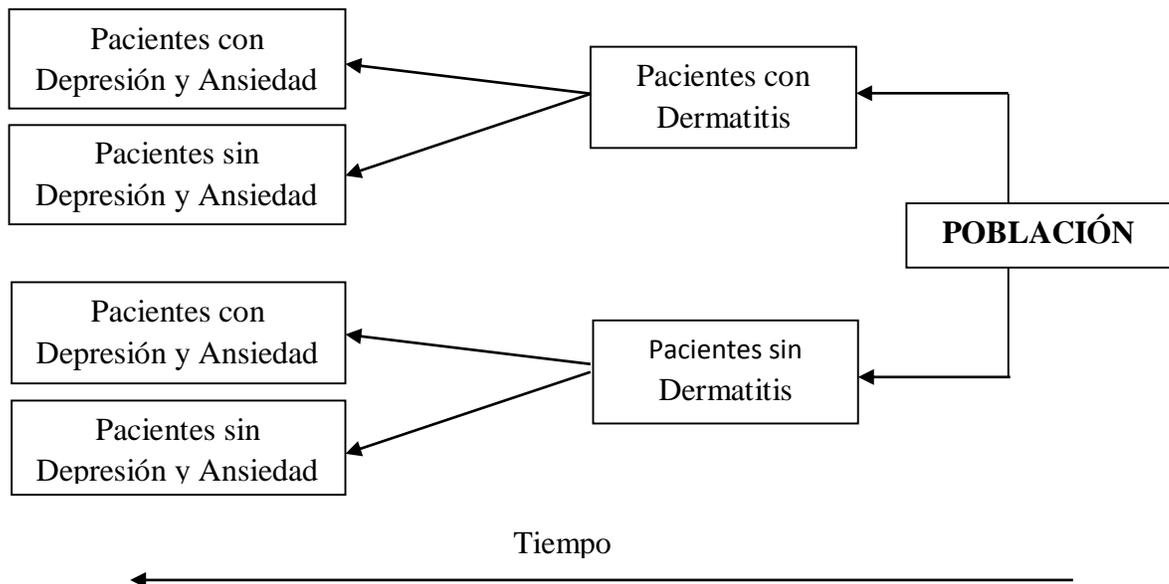
E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

n = 88 pacientes atendidos por consultorios externos de dermatología.

Diseño: Analítico, correlacional, seccional, transversal.



		DERMATITIS ATOPICA	
		SI	NO
DEPRESION	SI	a	b
	NO	c	d

		DERMATITIS ATOPICA	
		SI	NO
ANSIEDAD	SI	a	b
	NO	c	d

2.3. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
Dermatitis atópica	Cualitativa	Nominal	Valoración clínica	Si - No
Depresión	Cualitativa	Nominal	Escala de Hamilton	>8 puntos
Ansiedad	Cualitativa	Nominal	Escala de Hamilton	>18 puntos
INTERVINIENTES				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Historia clínica	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Masculino – Femenino
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Urbano Rural

2.4 DEFINICIONES OPERACIONALES:

Depresión: Trastorno del estado de ánimo que implicó alteración de la capacidad afectiva. Caracterizado por los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento. La Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 1) se diseñó con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad; que presentan los pacientes³¹

Ansiedad: Mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. Cuando se presenta en momentos inadecuados o es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación, constituyéndose en una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente. La Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 2) se diseñó con el propósito de conocer el nivel de ansiedad que presentan las personas en la vida cotidiana³²

Dermatitis atópica: La atopia es una condición hereditaria que predispone a padecer una serie de enfermedades, en su mayoría relacionadas con respuestas mediadas por IgE y alteraciones de la inmunidad celular y de la reactividad vascular. La dermatitis atópica es un conjunto de anomalías y lesiones cutáneas que aparecen en los individuos atópicos. Se tomarán en cuenta los Criterios Diagnósticos de Hanifin y Rajka para esta entidad (Anexo 3)³³

Test de Hamilton para Depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS): es una escala cuyo objetivo es el de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Rief W. y col. refieren que se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica.^{35,36}

Test de Hamilton para Ansiedad (Hamilton anxiety rating scale (HARS)): se trata de una escala aplicada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador valora a través de serie de 14 preguntas los signos y síntomas cada una de las cuales puntúa de 0 a 4 puntos según la intensidad como la frecuencia del mismo.; hay un grupo de ítems que corresponden a la valoración de la ansiedad psíquica y otros a la valoración de la ansiedad somática.^{37,38}

2.5 PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:

Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto en el ámbito sanitario referido, una vez obtenido el permiso correspondiente; ingresarán al estudio los pacientes atendidos en Consultorios Externos del Servicio de Dermatología del Hospital La Noria durante el periodo Enero 2015 –Febrero 2016, que cumplieron los criterios de selección correspondientes; se acudió al archivo de estadística del Hospital desde donde:

Se realizó la captación de las historias clínicas por medio de la técnica de muestreo aleatorio simple; según la codificación CIE 10 para documentar la presencia o ausencia de dermatitis atópica (Anexo I).

Se identificó dentro de la historia clínica la dirección de los pacientes incluidos en la muestra para realizar la visita domiciliaria a fin de aplicar los instrumentos de evaluación.

Se aplicaron los instrumentos de valoración: Escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton (Anexos II y III) a los pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporarán en la hoja de recolección de datos (Anexo IV).

Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar el tamaño muestral requerido.

2.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas así como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio

Dado que el estudio evaluó la asociación entre la presencia de índice de masa corporal elevado y la aparición de dermatitis atópica; se obtuvo el Odds Ratio con sus respectivos intervalos de confianza de woolf (95%).

2.7. ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio fue realizado tomando en cuenta los tres principios fundamentales de la ética de la Investigación. Respeto por las personas, beneficencia y justicia que contempla el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS).

Del mismo modo, se consideró lo referente a su ítem 1 sobre consentimiento informado de los pacientes el cual señala que: “En todos los casos de Investigación Biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado de quien presumiblemente participará en la Investigación”. Así mismo, se consideró su ítem 12 y el artículo 16 de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, los cuales afirman que siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad tomándose las precauciones para resguardar la intimidad de los individuos y la confidencialidad de la información médica.³⁹

Se tomó en cuenta, además el artículo 15 de este último documento el cual acota que: “La Investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente”. Y que en su artículo 27, “El médico al publicar los resultados de su investigación, está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados”.^{40, 41}

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:

Características Sociodemográficas	Dermatitis atópica (n=21)	No dermatitis atópica (n=67)	Significancia
Edad: - Promedio - D. estándar	24.3 8.4	23.2 7.6	T student: 1.48 p>0.05
Sexo: - Femenino - Masculino	12(58%) 9(42%)	43(64%) 24(36%)	Chi cuadrado: 2.16 p>0.05
Procedencia: - Urbano - Rural	19(91%) 2(9%)	64(96%) 3 (4%)	Chi cuadrado: 1.82 p>0.05

FUENTE: HOSPITAL LA NORIA –Ficha de recolección de datos: 2015-2016.

Tabla N° 2: Frecuencia de depresión en pacientes con dermatitis atópica y sin ella, atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:

Depresión	Dermatitis atópica		Total (n=88)
	Si (n=21)	No (n=67)	
Si	5 (23%)	4 (6%)	9 (10%)

FUENTE: HOSPITAL LA NORIA –Ficha de recolección de datos: 2015-2016.

La frecuencia de depresión en pacientes con dermatitis atópica y sin ella fue de 23% y 6% respectivamente.

Gráfico N° 1: Frecuencia de depresión en pacientes con dermatitis atópica y sin ella, atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:

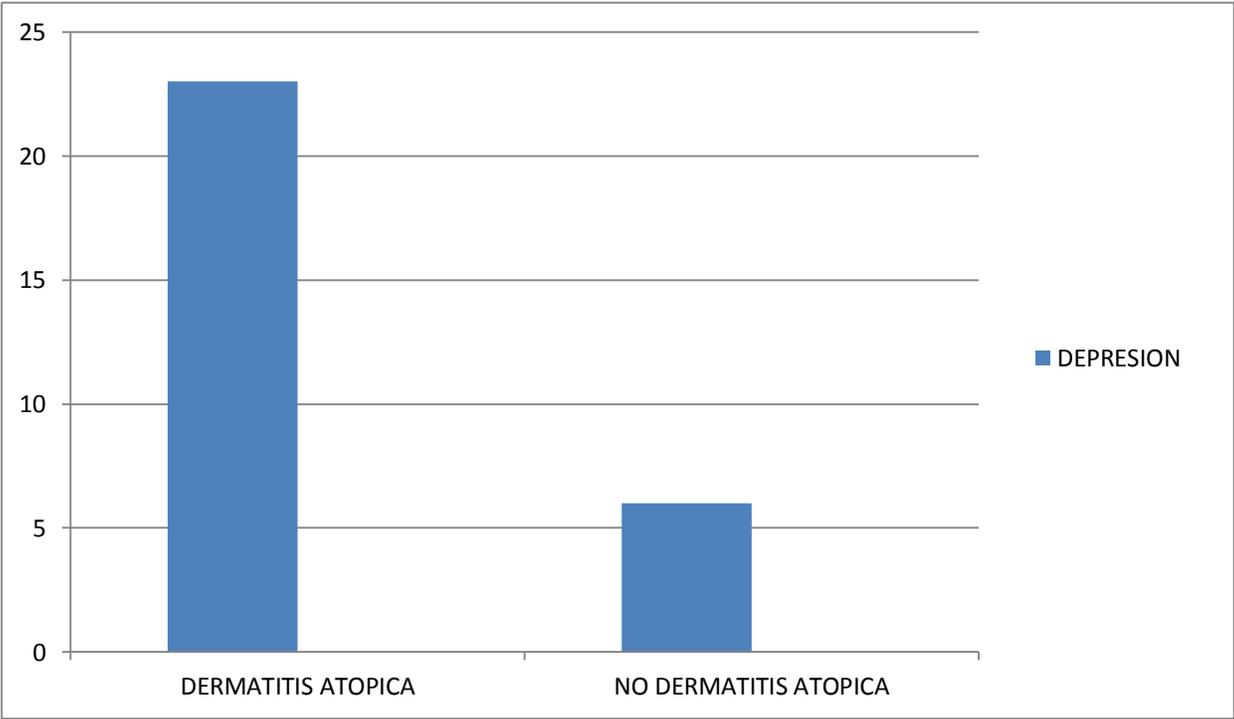


Tabla N° 3: Depresión como factor asociado a dermatitis atópica en pacientes atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:

Depresión	Dermatitis atópica		Total
	Si	No	
Si	5 (23%)	4 (6%)	9
No	16 (77%)	63 (94%)	79
Total	21 (100%)	67 (100%)	88

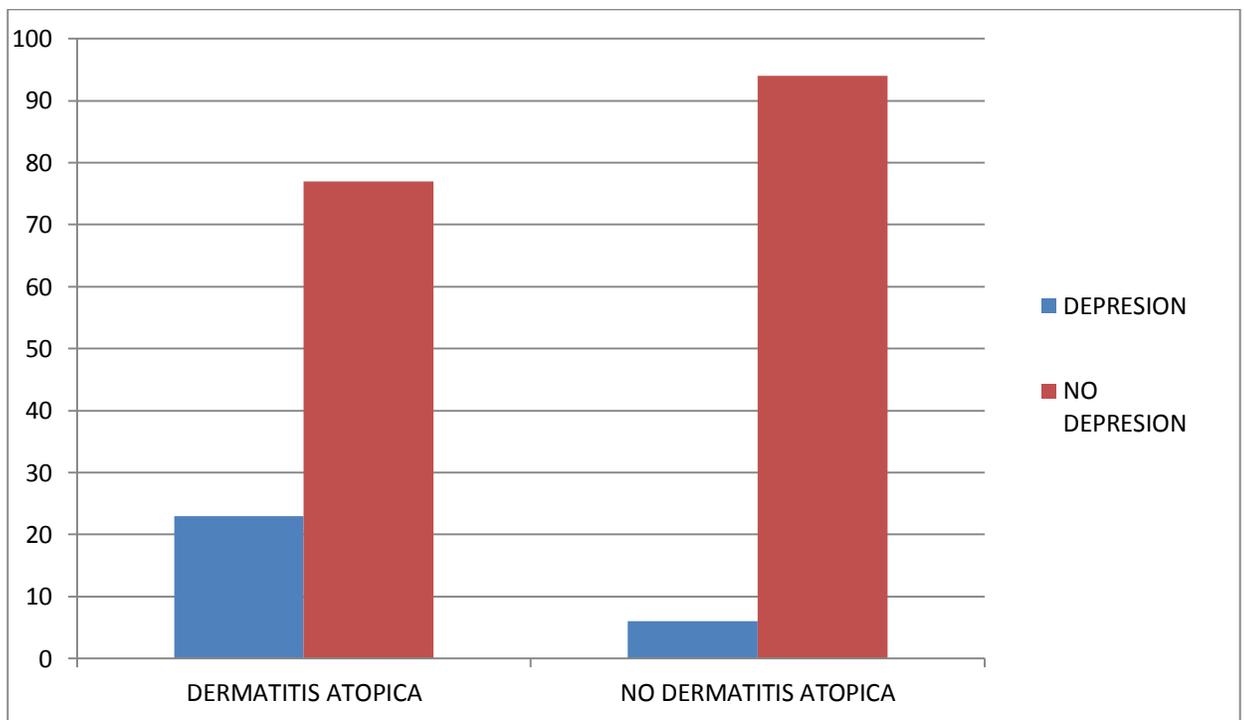
FUENTE: HOSPITAL LA NORIA –Ficha de recolección de datos: 2015-2016.

- Chi Cuadrado: 4.3
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 4.92
- Intervalo de confianza al 95%: (1.58; 9.32)

En el análisis se observa que la depresión se asocia con dermatitis atópica a nivel muestra lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el

valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor asociado a dermatitis atópica en el contexto de este análisis.

Gráfico N° 2: Depresión como factor asociado a dermatitis atópica en pacientes atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:



La frecuencia de depresion en el grupo fue de 23% con dermatitis atópica mientras que en el grupo sin dermatitis atópica fue 6%.

Tabla N° 4: Frecuencia de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica y sin ella atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:

Ansiedad	Dermatitis atópica		Total (n=88)
	Si (n=21)	No (n=67)	
Si	7 (33%)	8 (12%)	15 (17%)

FUENTE: HOSPITAL LA NORIA –Ficha de recolección de datos: 2015-2016.

La frecuencia de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica y sin ella fue de 33% y 17% respectivamente.

Gráfico N° 3: Frecuencia de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica y sin ella atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:

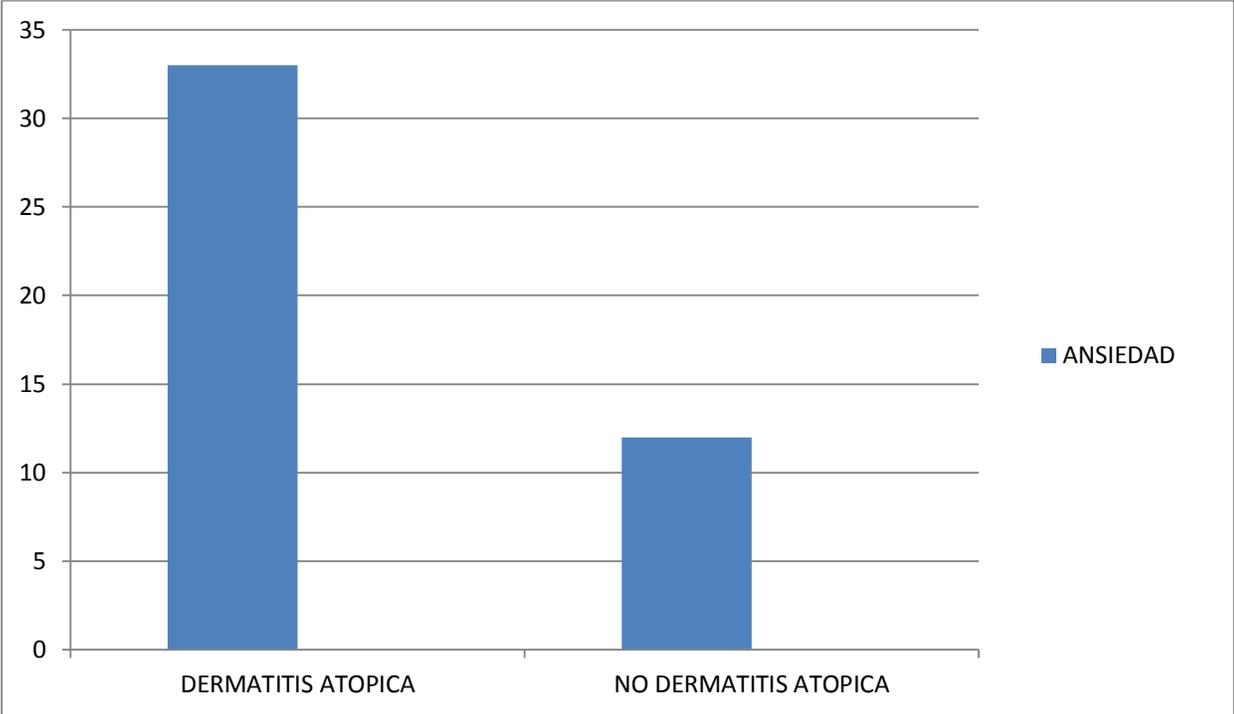


Tabla N° 5: Ansiedad como factor asociado a dermatitis atópica en pacientes atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:

Ansiedad	Dermatitis atópica		Total
	Si	No	
Si	7 (33%)	8 (12%)	15
No	14 (67%)	59 (88%)	73
Total	21 (100%)	67 (100%)	88

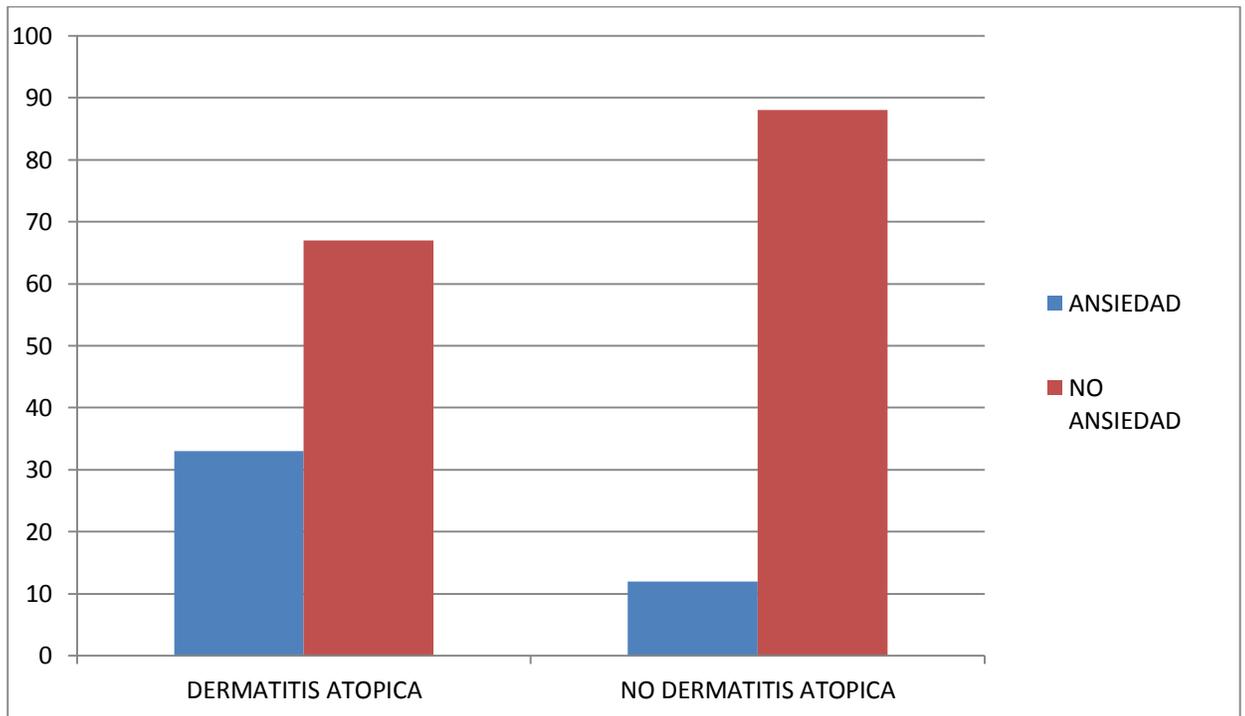
FUENTE: HOSPITAL LA NORIA –Ficha de recolección de datos: 2015-2016.

- Chi Cuadrado: 4.6
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 3.68
- Intervalo de confianza al 95%: (1.38; 6.94)

En el análisis se observa que la ansiedad se asocia con dermatitis atópica a nivel muestra lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el

valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor asociado a dermatitis atópica en el contexto de este análisis.

Gráfico N° 4: Ansiedad como factor asociado a dermatitis atópica en pacientes atendidos por Consultorio Externo del Servicio de Dermatología en el Hospital La Noria periodo Enero 2015 –Febrero 2016:



La frecuencia de ansiedad en el grupo fue de 33% con dermatitis atópica mientras que en el grupo sin dermatitis atópica fue 12%.

IV. DISCUSION

La dermatitis atópica puede afectar a todas las razas y es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 1,5/1. Además de sus características presenta remisiones y exacerbaciones, es pruriginosa y se relaciona con rinitis alérgica, asma o ambas. La dermatitis atópica es una enfermedad crónica multicausal, la cual ha mostrado una asociación directa con el estrés, la ansiedad y la depresión como elementos que precipitan y mantienen el trastorno^{29,30}. Se considera que problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión son más un resultado que una causa de los trastornos cutáneos, en este sentido se reconoce que la dermatitis atópica constituye un factor estresante crónico con implicancias en la vida personal, social y su actividad cotidiana^{27,28}.

En la Tabla N° 1 podemos observar algunos datos representativos respecto a ciertas variables intervinientes como la edad, género y procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a ellas en ambos grupos de estudio; todo lo cual caracteriza uniformidad lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos; estos hallazgos son similares a lo descrito por **Pinto L. et al** en Brasil en el 2014; **Kim S, et al** en Corea en el 2015 y **Noriega N. et al** en Argentina en el 2015; quienes tampoco reconocen diferencias de importancia entre la edad y género respecto a sus grupos de estudio.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las frecuencias de depresión en cada uno de los grupos de estudio; para lo cual se aplicó el instrumento de valoración por medio de la escala correspondiente, encontrando depresión en el 23% y 6% en cada uno de los grupos; esto denota una tendencia muestral que será valorada posteriormente.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar el estudio de **Schut C, et al** en Alemania en el 2014 quienes precisaron la asociación entre depresión y dermatitis atópica en un estudio seccional transversal en 57 pacientes se observó mayor frecuencias de depresión en el grupo con la patología dermatológica ($p < 0.05$)³⁰.

En la Tabla N° 3 precisamos el riesgo muestral que conlleva la presencia de depresión en relación a dermatitis atópica; el cual se expresa como un odds ratio de 4.92; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p < 0.05$); lo cual nos permite concluir que existe asociación entre depresión y el trastorno dermatológico correspondiente.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó **Pinto L. et al** en Brasil en el 2014 quienes precisaron asociación entre ansiedad y depresión y dermatitis atópica, en un diseño seccional transversal prospectivo en 31 pacientes; registrando asociación significativas entre depresión y dermatitis atópica ($p < 0.05$)³¹.

Por otro lado tenemos el estudio de **Kim S, et al** en Corea en el 2015 quienes precisaron la influencia de depresión en dermatitis atópica, en un diseño seccional transversal en 23 442 pacientes observando que la frecuencia de depresión fue significativamente mayor en el grupo con dermatitis atópica; (OR: 1.46; IC 95% 1.09–1.95, $p < 0.05$)³².

En la Tabla N° 4 exponemos los porcentajes de ansiedad en los pacientes con dermatitis atópica y sin ella; tras la aplicación e interpretación de la escala correspondiente, observamos que este rasgo patológico mental fue registrado en el 33% y 17% en cada uno de los grupos de estudio; lo cual pone en evidencia una tendencia muestral que será valorada posteriormente.

Cabe mencionar las tendencias descritas por **Linnert J. et al** en Norteamérica en el 2011 quienes precisaron la asociación entre ansiedad y depresión con dermatitis atópica en un estudio seccional transversal en 62 pacientes; encontrando que los puntajes de las escalas de depresión y ansiedad; fueron más altos en el grupo con dermatitis ($p < 0.05$)²⁹.

Finalmente es de resaltar lo encontrado por **Noriega N. et al** en Argentina en el 2015 quienes precisaron la asociación entre ansiedad y depresión con dermatitis atópica en un diseño prospectivo seccional transversal en 148 pacientes; observando que en el grupo de pacientes con dermatitis atópica la frecuencia de ansiedad fue de 96% y depresión fue de 66%³³.

En la tabla N° 5 se valoran la ansiedad y su relación con dermatitis atópica, observando que la intensidad del odds ratio fue de 3.68; valor suficiente como para extrapolar esta tendencia muestral a toda la población y por ende reconocer significancia estadística ($p < 0.05$) para atribuirle la categoría de factor asociado respecto a la alteración mental estudiada.

V. CONCLUSIONES

- 1.-No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación a las variables edad, género y procedencia.
- 2.-La frecuencia de depresión en pacientes con dermatitis atópica y sin ella fue de 23% y 6% respectivamente.
- 3.-La depresión es factor asociado a dermatitis atópica con un odds ratio de 4.92 el cual fue significativo.
- 4.-La frecuencia de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica y sin ella fue de 33% y 17% respectivamente.
- 5.-La ansiedad es factor asociado a dermatitis atópica con un odds ratio de 3.68 el cual fue significativo.

VI. SUGERENCIAS

1. Dada la importancia de precisar estas tendencias; se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo identificado con mayor precisión.
2. Las asociaciones predictivas identificadas debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias de despistaje de trastornos de la salud mental y comprometer al personal de salud especializado pertinente para el abordaje de los mismos con la finalidad de contribuir al control óptimo de los pacientes con dermatitis atópica.
3. Nuevas investigaciones orientadas a precisar del impacto de estrategias de intervención sobre la ansiedad y depresión y la mejoría del perfil clínico de los pacientes con dermatitis atópica; además de valorar a la depresión y ansiedad como comorbilidades de otras alteraciones dermatológicas debieran ser llevados a cabo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taieb A, et al. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 24(3):317-28.
- 2.-Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I *J Europ Acad Dermatol Venereol* 2012;26:1045-60.
- 3.-Bener A, Ehlayel Ms, Alsowaidi S, Sabbah A, Role of breast feeding in primary prevention of asthma and allergic diseases in a traditional society. *Eur Ann Allergy Clinimmunol.* 2011; 39(10):337-43.
- 4.-Fonseca M, Moreira A, Duration of breastfeeding and the risk of childhood asthma in children living in urban areas. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011; 20(4): 352-363.
- 5.-Acevedo C, Latorre M, Cifuentes L. Influencia de la lactancia materna y la alimentación en el desarrollo de alergias en los niños. *Aten Primaria.* 2011; 41(12):675–680.
- 6.-DaVeiga S. Epidemiology of atopic dermatitis: a review. *Allergy Asthma Proc* 2012;33: 227-34.
- 7.-Cork M, Danby S, Vasilopoulos Y, Hadgraft J, Lane M, et al. Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis. *J Investigat Dermatol* 2011;129:1892-1908.
- 8.-Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall S, Pershagen G. Breast feeding and allergic diseases in infants- a prospective birth cohort study *Arch Dis Child* 2011; 87: 478- 481.
- 9.-Kramer M. Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial." *BMJ.*2011; 335(7624): 815.
- 10.-Bager P, Wohlfahrt J, Westergaard T. Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses. *Clin Exp Allergy.* 2011;38 (4):634-42.
- 11.-Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:74-80.

- 12.-Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):39-47.
- 13.-Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.
- 14.-Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34(2):469–87.
- 15.-Katon W, Lin E, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, et al. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses — *NEJM*. 2010 dic;363(N Engl J Med):2611–20.
- 16.-Tanaka H, Sasazawa Y, Suzuki S, Nakazawa M, Koyama H. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-year follow-up of the KomoIse cohort study. *BMC psychiatry*. 2011;11(1):20.
- 17.-Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry*. 2010 Jun;46(1):38-58.
- 18.-Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34 (2):469–87.
- 19 .-Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2011; 8, 38.
- 20.-Rodríguez M, Rincón H, Velasco M, Hernández C, Ramos M, González J. Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida la y discapacidad percibida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 141-151
- 21.-Serrano A, Palao D, Luciano J, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;45(2):201-10.
- 22.-Roy P, Craske M, Sullivan G, et al. Delivery of Evidence- Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2011;303(19):1921-8.

- 23.-Galbraith T, Heimberg R, Wang S, Schneier F, Blanco C. Comorbidity of Social Anxiety Disorder and Antisocial Personality Disorder in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Anxiety Disord.* 2014; 28(1): 57–66. 16.
- 24.-Saiz P, Jimenez L, Diaz E, Garcia M, Marina P, Al-Halabi S, *et al.* Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones.* 2014; 26(3):254-274.
- 25.-Angermeyer MC, Bernert S, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;4 (420):21-7.
- 26.-Lobo A, Camorro L, Luque A *et al.* Validación de las versiones en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2011. 118(13): 493-9.
- 27.-Ponarovsky B, Amital D, Lazarov A, Kotler M, Amital H. Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *Int J Dermatol.* 2011; 50: 1217-1222.
- 28.-Urrutia I, Aguirre U, Pascual S, Esteban C, Ballaz A, Arrizubieta I, *et al.* Impact of anxiety and depression on disease control and quality of life in asthma patients. *J Asthma.* 2012; 49: 201-208.
- 29.-Linnet J. Anxiety, Aggression, and Body Ideal in Adult Atopic Dermatitis Patients. *Psychosom* 2011;2:124–129
- 30.-Schut C, Bosbach S, Gielr U. Personality Traits, Depression and Itch in Patients with Atopic Dermatitis in an Experimental Setting: A Regression Analysis. *Acta Derm Venereol* 2014; 94: 20–25.
31. .-Pinto L. Evaluating an anxiety scale and Personality traits in Atopic Dermatitis and its relation with severity markers. Tesis. 2014. Brazil.Universidad de Sao Paulo.
- 32.-Kim S, Lee Y, Young J. The Association between Atopic Dermatitis and Depressive Symptoms in Korean Adults: The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2012. *Korean J Fam Med* 2015;36:261-265.
- 33.- Noriega N. Association between Anxiety and Depression in Allergic Diseases. *Ann Depress Anxiety.* 2015;2(2): 1047.

34.- Kleinbaum D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2012.p78.

35.-Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso J, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2011; 198,11-6.

36.-Rief W, Nestoriuc Y, Weiss S, Welzel E, Barsky A, Hofmann S. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. J Affect Disord 2011; 118,1-3:1-8.

37.-Smith J, Randall C. Anxiety and Alcohol Use Disorders: Comorbidity and Treatment Considerations. Alcohol Research: Current Reviews. 2012; 34(4): 414-31.

38.-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.Alonso J,

39.- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Geneva: International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects: 2002 – 2008 [updated 2009 Jan 26; cited 2009 May 11]. [about 2 screens]. Available from: http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm.

40.-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 2011.

41.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Peru :20 de julio de 2011.

ANEXOS

ANEXOS:

ANEXO 1: Escala de Depresión de Hamilton:

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijos ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

	No depresión	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

ANEXO 3:
CRITERIOS CLINICOS DE DERMATITIS ATOPICA

El diagnóstico requiere al menos de tres criterios mayores más tres menores

Criterios mayores:

1.	Prurito con o sin excoriación
2.	Liquenificación y linealidad flexural en adultos (Figura 1). Dermatitis de cara y superficie extensora en los niños
3.	Dermatitis crónica o recurrente (Figuras 2 y 3).
4.	Historia familiar o personal de atopia (asma, rinoconjuntivitis, urticaria contacto, dermatitis atópica) respiratoria o cutánea.

Criterios menores:

- * Xerosis
- * Ictiosis/palmas hiperlineales/queratosis pilar
- * Edad de comienzo temprano. Susceptibilidad a infecciones cutáneas bacterianas y virales.
- * Dermatitis de manos y pies (Figura 4)
- * Eccema de pezón
- * Queilitis (Figura 5)
- * Conjuntivitis recurrente
- * Pliegue infraorbitario
- * Oscurecimiento periorbital
- * Palidez facial/eritema facial
- * Eritrodermia
- * Pitiriasis alba
- * Pliegue anterior del cuello
- * Acentuación perifolicular
- * Dermografismo blanco/blanqueamiento retardado
- * Daño a la inmunidad celular
- * Queratocono
- * Catarata subcapsular anterior

ANEXO N° 04

Depresión y ansiedad como factores asociados a dermatitis atópica. Hospital La Noria.

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 ()

II. PATOLOGIA DERMATOLOGICA:

Dermatitis atópica: Si () No ()

Otro diagnóstico:_____

III: PUNTUACION DE LAS ESCALAS:

Escala de Depresión de Hamilton.....

Escala de Ansiedad de Hamilton.....