

Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima.

Depression and depressive symptoms in outpatients of a Dermatology's service in a general hospital of Lima.

Joshi Acosta¹, Hever Krüger-Malpartida², Leandro Huayanay-Falconí³, Francisco Bravo-Puccio⁴, Martín Arévalo-Flores⁵

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre pacientes nuevos que acuden al consultorio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), así como la posible asociación entre las variables demográficas o las características de la patología dermatológica y la presencia de depresión y síntomas depresivos. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal entre 287 pacientes nuevos que acudieron al consultorio de dermatología del HNCH. Se registraron los datos demográficos, los de la enfermedad dermatológica, y los antecedentes personales y familiares. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck (IDB) y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM-IV (SCID), apartado de depresión mayor, entre enero y agosto del año 2003. **Resultados:** La prevalencia de depresión fue de 20,6% y la de síntomas depresivos, de 44,9% (puntuación en el IDB de 11 ó más). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ocupación del paciente y depresión ($p=0,042$); así como entre género ($p=0,039$), grado de instrucción ($p=0,002$) y estado civil ($p=0,026$), y la presencia de síntomas depresivos. Los diagnósticos dermatológicos más frecuentes entre los pacientes con depresión fueron dermatitis (11,86%), acné (8,47%), melasma (8,47%) y vitíligo (6,77%). **Conclusiones:** La prevalencia de depresión y síntomas depresivos fue similar a la reportada en estudios similares, siendo mayor a la reportada en la población general, confirmando la importancia del tratamiento conjunto, tanto dermatológico como psiquiátrico, para brindar mejor calidad de vida a los pacientes. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:126-135*).

PALABRAS CLAVE: Depresión mayor, síntomas depresivos, Dermatología, Inventario de Depresión de Beck, SCID.

¹Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

²Profesor Auxiliar del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³Unidad de Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁴Profesor Asociado de Patología y Medicina. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁵Servicio de Neuro-Psiquiatría, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of depression and depressive symptoms among new patients attending to the outpatients Dermatology service in the Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), and to determine the possible association between demographic variables or the features of the dermatological disease and the presence of depression or depressive symptoms. **Methods:** A cross sectional study of 287 new patients attending to the dermatology outpatients consultation in the HNCH. We recorded demographic data, skin disease data, and personal and family history. We applied the Beck Depression Inventory (BDI) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Major Depression Module, between January and August 2003. **Results:** The prevalence of depression was 20.6% and that of depressive symptoms 44.9% (BDI score 11 or more). There was a statistically significant association between occupation of the patient and depression ($p=0.042$), and between gender ($p=0.039$), education level ($p=0.002$) and marital status ($p=0.026$), and depressive symptoms. The most common dermatologic diagnoses among patients with depression were dermatitis (11.86%), acne (8.47%), melasma (8.47%) and vitiligo (6.77%). **Conclusions:** The prevalence of major depression and depressive symptoms is similar to that reported in similar studies, being greater than that founded in general population. This confirms the importance of treatment collaboration between dermatologists and psychiatrists, to provide better quality of life to patients. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:126-135*).

KEYWORDS: Major depression, depressive symptoms, Dermatology, Beck Depression Inventory, SCID.

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano más visible del cuerpo, determina en gran medida nuestra apariencia y tiene un rol muy importante en la comunicación social y sexual. La apariencia es importante en nuestra sociedad e influye en la forma en que somos percibidos por otros (1).

Las enfermedades dermatológicas influyen en la esfera emocional del paciente. En un estudio realizado para evaluar la prevalencia de preocupaciones sobre la apariencia física, se encontró que las preocupaciones más frecuentes eran sobre la nariz, el peso y trastornos dermatológicos (2).

La consideración de las condiciones psíquicas es esencial para el manejo efectivo de los problemas dérmicos ya que la comorbilidad con problemas psíquicos es uno de los factores más importantes de discapacidad asociada a lesiones en la piel (3).

Se estima que la comorbilidad psiquiátrica y psicológica en pacientes con problemas dermatológicos es de al menos 30% (3,4). Mostaghimi reportó, en un estudio piloto con 16 pacientes, que 56,25% de pacientes ambulatorios con enfermedades dérmicas crónicas presentaban depresión o ansiedad (según el

Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck) (5).

Entre el 10 y 30% de los pacientes que consultan en clínicas u hospitales presentan depresión mayor, además el 80% de las personas que sufren de depresión no consultan con su médico (6,7). El impacto adverso que produce la presencia de síntomas depresivos sobre los individuos, tanto en la esfera personal y social como en la laboral, no sólo es importante en aquellos que presentan diagnóstico de depresión mayor, sino también en aquellos que presentan los síntomas pero no llegan a tener todos los criterios para el diagnóstico de este trastorno (8). Este grupo de pacientes es más numeroso que el de aquellos con el diagnóstico por lo cual constituye un problema de salud pública (9,10).

Existen trastornos dermatológicos que tienen una base fisiopatológica dérmica primaria, pero que están influenciados por factores psicosociales y trastornos psiquiátricos (como la depresión mayor), por ejemplo: psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria y angioedema (3). Se postula que algunas hormonas hipofisarias y algunos neuropéptidos influyen en la fisiopatología de los trastornos dermatológicos mencionados (11,12).

Se ha encontrado que la depresión mayor influye en

el comienzo, la evolución y la resolución o mejoría de los síntomas de las patologías dermatológicas (13-15). La persistencia de los síntomas dermatológicos, al producir alteraciones psíquicas, empeoraría el episodio depresivo; produciéndose un círculo vicioso. Además los problemas afectivos añadidos a enfermedades crónicas de la piel afectan la adherencia al tratamiento dermatológico (5). Grimalt (16) sostiene que un dato característico de la depresión en pacientes que acuden a dermatología es la falta de sintonía con los demás y que la tristeza ocupa un lugar de menor importancia.

Es necesario conocer la relación entre la depresión mayor y las patologías dermatológicas en la población peruana. Son pocos los estudios realizados en esta área, uno de ellos es el que realizó Bayona (17), quien encontró una prevalencia de 26,4% de depresión moderada a severa en reclutas con diagnóstico de acné.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre los pacientes que acudieron al consultorio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), y además determinar si las características del paciente y las manifestaciones dermatológicas están asociadas a la presencia de síntomas depresivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se tomaron en cuenta los datos estadísticos del consultorio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), que determinó que aproximadamente acuden 6000 pacientes nuevos al año. El HNCH es un hospital de nivel III ubicado en el distrito de San Martín de Porres en la ciudad de Lima, se encuentra en funcionamiento desde el año 1968 y tiene un área de influencia de aproximadamente 3 millones de personas.

Dada su ubicación, este centro hospitalario recibe en su gran mayoría a pacientes provenientes del Cono Norte de Lima Metropolitana. La mayor parte de esta población (70%) pertenece a un nivel socio-económico bajo (C y D).

Para determinar la muestra se utilizó la prevalencia de un estudio similar realizado en el Perú (17) la cual fue de 26,4%, y se calculó utilizando el programa Epi Info 6.0 para un intervalo de confianza al 95%. Se redondeó la prevalencia a 25% resultando una muestra de 275 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes que acudían por primera vez al consultorio de dermatología del HNCH; 2) Tener 18 años ó más; y 3) Aceptación para ingresar al estudio por medio de un consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron la negativa a participar en el estudio y tener menos de 18 años.

Los pacientes, luego de firmar el consentimiento informado, llenaron una ficha con datos socio-demográficos, antecedentes personales y familiares, y datos sobre la enfermedad dermatológica que los llevaba al consultorio, posteriormente respondieron el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y se les aplicó el Módulo para Depresión Mayor del SCID.

El IDB consiste en un cuestionario con 21 preguntas sobre cómo se ha sentido en las dos últimas semanas (18). El puntaje máximo es de 63 puntos y el mínimo de cero puntos. El IDB se interpreta de la siguiente manera: puntaje de 1 a 10: variaciones del ánimo consideradas como normales, 11 a 16: alteraciones del ánimo leve, 17 a 20: depresión clínica "límitrofe", 21 a 30: depresión moderada, 31 a 40: depresión severa, y mayor de 40: depresión extrema (18). Este inventario ha sido traducido a varios idiomas y validado en muchos países, incluyendo el Perú (19). Para propósitos de este estudio se utilizó puntajes mayores o iguales a 11 como indicador de síntomas depresivos.

El SCID es una entrevista estructurada que proporciona diagnósticos de acuerdo al DSM-IV (20). El instrumento está diseñado para ser administrado por personal médico o profesionales de la salud mental entrenados, sin embargo para propósitos de investigación puede ser administrado por personal entrenado (21). La entrevista para el SCID fue llevada a cabo por alumnas del último año de Medicina, las cuales habían tenido entrenamiento previo teórico-práctico, como parte de su formación, en las materias de investigación (depresión mayor y enfermedades dermatológicas). La versión del SCID del DSM-IV fue utilizada por Coronado en 1999 en una población de pacientes hospitalizados (22) y por Borja en 2002 en estudiantes de Medicina (23). En este trabajo se utilizó el Módulo para Depresión Mayor del SCID.

El estudio se llevó a cabo entre enero y agosto del 2003. Los registros obtenidos se ingresaron a una base de datos en el Programa de Excel Office 2000, y luego fueron procesados y analizados con el programa estadístico SPSS (versión 12.0) para Windows. El resumen de los datos para variables cuantitativas se

efectúo con las medidas de tendencia central y de dispersión (media aritmética y desviación estándar). Para motivos del análisis estadístico se agrupó los diagnósticos dermatológicos en 6 categorías de acuerdo a las patologías que usualmente se asocian con depresión o alteraciones del ánimo (24,25). En el grupo A se incluyeron las siguientes patologías: acné, rosácea y dermatitis perioral; el grupo B estuvo conformado por psoriasis, dermatitis seborreica y vitíligo; en el grupo C estaban: dermatitis, incluyendo fotodermatitis, dishidrosis, xerosis y eccema; el grupo D correspondió a: tiñas y onicomicosis; en el grupo E se incluyeron otras patologías; y finalmente el grupo F estuvo conformado por pacientes que tenían más de un diagnóstico perteneciente a más de un grupo. En el caso de la ubicación de las lesiones se dividió la muestra en 3 grupos: lugares expuestos (Grupo 1) que incluía

cara, cuero cabelludo y extremidades; en otro grupo las lesiones no expuestas (Grupo 2): espalda, pecho, abdomen y genitales; y en un tercer grupo los pacientes que referían tener las lesiones en las dos zonas, por lo menos en una región de cada grupo (Grupo 3).

Para determinar la significación estadística entre los grupos de estudio respecto a una variable cualitativa se aplicó la prueba de chi-cuadrado y Fisher. En todas las pruebas se utilizó el nivel de significación estadística de alfa = 0,05.

RESULTADOS

Se realizaron 304 encuestas de las cuales se excluyeron 17 por no contar con todos los datos completos para el análisis estadístico, con lo cual

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Variable	Media (DE)	
Edad	37,01 (16,1)	
	n	%
< 20 años	23	8,01
20 – 40 años	168	58,5
> 40 años	96	33,4
Genero		
Femenino	161	56,1
Masculino	126	43,9
Grado de instrucción		
Primaria	32	11,1
Secundaria	111	38,7
Superior	140	48,8
Ninguna	4	1,4
Estado civil		
Soltero	154	53,7
Casado	99	34,5
Conviviente	27	9,4
Divorciado	4	1,4
Viudo	3	1
Ocupación		
Independiente	65	22,6
Dependiente	75	26,1
Jubilado	11	3,8
Desempleado	75	26,1
Estudiante	61	21,3
Lugar de Procedencia		
Ciudad capital	214	74,6
Poblado urbano	40	13,9
Poblado rural	33	11,5

quedaron 287 encuestas.

En la Tabla 1 se muestran las características principales de la población estudiada. La edad promedio fue de 37,01 años (DE=16,1), el 56,1% (n=161) fueron mujeres, 53,7% (n=154) eran solteros y el grado de instrucción más frecuente fue el superior con 48,8% (n=140).

Entre los 287 pacientes que ingresaron al estudio se encontraron 350 diagnósticos. Los diagnósticos más frecuentes fueron onicomycosis (n=30, 10,45%), tiñas (n=30, 10,45%), dermatitis (n=58, 20,2%), acné (n=29, 10,1%), verruga (n=19, 6,6%), psoriasis (n=14, 4,9%), vitíligo (n=16, 5,6%), urticaria (n=16, 5,6%), melasma (n=14, 4,9%) y rosácea (n=9, 3,1%). Cabe resaltar que entre los pacientes encuestados hubo varios con más de un diagnóstico dermatológico. Tal como se puede observar en la Tabla 2, en el grupo E se concentró el mayor porcentaje de pacientes (n=130, 45,3%), mientras que en los demás grupos el porcentaje fue bastante similar.

Se encontró que los pacientes que cumplieron los criterios del SCID para depresión mayor fueron 20,6% (n=59) y los que presentaron síntomas depresivos de acuerdo al IDB, 44,9% (n=129); de estos, 45% (n=58) presentaban alteración leve del ánimo, 14,7% (n=19) depresión clínica "límitrofe", 23,3% (n=30) depresión moderada, 10,9% (n=14) depresión severa y 6,2% (n=8) depresión extrema.

El tiempo de enfermedad fue en promedio 1060,09 días (DE=1592,56). Se analizó la frecuencia de depresión y síntomas depresivos según cada grupo socio-demográfico tal como se puede observar en la Tabla 3. En el caso de la depresión no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos, mientras que al evaluar el porcentaje de síntomas depresivos de acuerdo al IDB en hombres (15,1%) y en mujeres (24,8%) se encontró una diferencia significativa (p=0,039). Se encontró una relación inversa entre el grado de instrucción y los síntomas depresivos, la misma que fue estadísticamente significativa (p=0,002). A mayor grado de instrucción el porcentaje de pacientes con síntomas depresivos era menor. Igualmente se encontró una diferencia estadísticamente significativa (p=0,026) de acuerdo al estado civil con los mayores porcentajes en viudos (n=2, 66,7%) y convivientes (n=20, 74,1%).

En el caso de la ocupación, no se encontró diferencias, sin embargo al clasificar la ocupación de los individuos en pacientes con trabajo (independiente y dependiente), sin trabajo (jubilados y sin ocupación) y estudiantes, se halló una diferencia significativa (p=0,042) en la frecuencia de depresión, encontrándose en el grupo de pacientes sin trabajo 29,1% (n=25) de individuos con depresión mayor. En el grupo de pacientes con trabajo, 18,6% (n=26) presentaban depresión mayor.

En la Tabla 4 se puede observar la frecuencia de

Tabla 2. Clasificación y frecuencia de lesiones dérmicas

Grupo	Patologías	n	%
A	Acné, rosácea y dermatitis perioral	33	11,5
B	Psoriasis, dermatitis seborreica y vitíligo	30	10,5
C	Dermatitis, incluyendo fotodermatitis, dishidrosis, xerosis y eccema	32	11,1
D	Micosis: tiñas y onicomycosis	30	10,5
E	Otras patologías	130	45,3
F	Más de 1 diagnóstico	32	11,1

Tabla 3. Depresión y síntomas depresivos de acuerdo a características demográficas

	Depresión de acuerdo al SCID			Síntomas depresivos (IDB)		
	n	%	p	n	%	P
Edad						
< 20 años	4	17,4		11	47,8	
20 – 40 años	35	20,8	0,926	71	42,3	0,551
> 40 años	20	20,8		47	49	
Género						
Femenino	40	24,8		81	50,3	
Masculino	19	15,1	0,055	48	38,1	0,039
Grado de instrucción						
Primaria	8	35		21	65,6	
Secundaria	29	26,1		58	52,3	
Superior	21	15	0,158	48	34,3	0,002
Ninguna	1	25		2	50	
Estado civil						
Soltero	26	16,9		64	41,6	
Casado	23	23,2		41	41,4	
Conviviente	9	33,3	0,219	9	33,3	0,026
Divorciado	0	0		2	50	
Viudo	1	33,3		2	66,7	
Ocupación						
Independiente	11	16,9		29	44,6	
Dependiente	15	20		28	37,3	
Jubilado	3	27,3	0,168	6	54,5	0,088
Desempleado	22	29,3		43	57,3	
Estudiante	8	13,1		23	37,7	

Tabla 4. Depresión y síntomas depresivos de acuerdo a características clínicas dermatológicas

	Depresión de acuerdo al SCID			Síntomas depresivos (IDB)		
	n	%	P	n	%	P
Tiempo de enfermedad						
< 6 meses	21	19,8		52	49,1	
6 meses – 1 año	5	15,2	0,637	13	39,4	0,52
> 1 año	33	22,3		64	42,3	
Exposición de las lesiones						
Lugar expuesto	41	21		90	46,2	
Lugar no expuesto	4	23,5	0,868	9	52,9	0,523
Ambas ubicaciones	14	18,7		30	40	
Prurito crónico						
Sí	27	20,1		68	50,7	0,075
No	32	20,9	0,873	61	39,9	
Patología dérmica						
Grupo A	4	12,1		11	33,3	
Grupo B	5	16,7		14	46,7	
Grupo C	9	28,1		16	50	
Grupo D	2	6,7	0,172	8	26,7	0,179
Grupo E	32	24,6		65	50	
Grupo F	7	21,9		15	46,9	

depresión y síntomas depresivos de acuerdo a las características clínicas dermatológicas de los pacientes. No se encontraron diferencias significativas para depresión y síntomas depresivos al evaluar tiempo de enfermedad, exposición de las lesiones, presencia de prurito crónico y el grupo al que pertenecía el diagnóstico dermatológico.

En cuanto a los antecedentes familiares, 10,8% (n=31) refirió presentar un familiar con enfermedad psiquiátrica, de ellos 7 refirieron presentar un familiar con depresión, 5 con esquizofrenia y en 15 casos no se especificó la enfermedad.

DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en este estudio fue de 20,6%. Esta cifra es similar a la prevalencia de depresión (22%) entre pacientes de un centro de atención primaria (26), al 21,4% encontrado en pacientes ambulatorios de un hospital general (27) y mayor que la prevalencia de depresión mayor (6,7%) en la población general en Lima (28).

Por otro lado, Bayona (17) reporta que 26,4% de pacientes con diagnóstico de acné que acudieron a un consultorio de dermatología en Lima presentaban

puntajes en la Escala de Zung compatibles con depresión moderada – severa, lo cual es ligeramente superior a lo reportado en este estudio.

Gupta (24) realizó un estudio donde se aplicó la Escala de Depresión de Carroll a pacientes con diversas patologías dermatológicas y encontró que los pacientes con diagnóstico de acné y los pacientes con psoriasis (ambulatorios y hospitalizados) presentaban los puntajes más altos en la escala de depresión. En el presente estudio, debido a la diversidad de patologías, y a que cada una de ellas representaba pocos casos, se decidió clasificarlas en 5 grupos. A diferencia del estudio de Gupta, no encontramos diferencias entre los 5 grupos estudiados.

En cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos sin diagnóstico de trastorno específico, no se han realizado estudios que especifiquen la prevalencia de estos síntomas en los pacientes con patologías dermatológicas, sin embargo se realizó una encuesta de atención primaria donde se indica que oscila entre el 5,7% y 11,2% (29). En este estudio 44,9% de los pacientes presentaron síntomas depresivos de acuerdo al IDB.

Si bien las personas que realizaron las entrevistas para el SCID contaban con conocimientos en los temas de estudio, existen estudios de confiabilidad (30) que sugieren que el SCID administrado por no psiquiatras tiende a subdiagnosticar la depresión mayor, por lo cual la prevalencia de depresión clínica puede ser más alta que la encontrada en este trabajo.

Es importante resaltar que pese a que los diagnósticos que los dermatólogos generalmente asocian a las enfermedades psiquiátricas son excoriaciones, dermatitis artefacta, tricotilomanía, delusiones de parasitosis, etc., la prevalencia de estos trastornos en este estudio es mínima comparada a la de depresión y síntomas depresivos.

Este estudio encontró que la prevalencia de depresión mayor tendió a ser más elevada en los pacientes de sexo femenino (24,8%) que en los de sexo masculino (15,1%) ($p=0,055$). En cuanto a los síntomas depresivos, estos también fueron más frecuentes en los pacientes de sexo femenino (50,3%) que en los de sexo masculino (38,1%), encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($p=0,039$). Si bien la prevalencia de depresión en mujeres suele ser mayor que en hombres, en el estudio de Gupta, los puntajes

de la Escala de Depresión de Carroll en pacientes con trastornos dermatológicos no fueron significativamente diferentes entre hombres y mujeres (24).

A pesar de que no se encontró una diferencia significativa, se observa una mayor prevalencia de depresión mayor entre los pacientes sin educación (25%), y entre los pacientes que sólo tenían educación primaria (36%). En lo que respecta a los síntomas depresivos, se encontró el menor porcentaje en el grupo de pacientes con educación superior (34,3%), en contraste con los otros grupos que presentaban porcentajes entre 50% y 65,6%. Habría una tendencia entre los pacientes con mayor educación a presentar menor prevalencia de depresión, esto estaría de acuerdo con algunos estudios que refieren que las personas con bajo nivel de educación presentan más síntomas depresivos (31).

Las patologías con mayores porcentajes de pacientes con depresión fueron: melasma con 35,7%, vitiligo con 25%, urticaria crónica con 25% y acné con 17,2%. Aunque el estudio no fue realizado para evaluar si había alguna relación entre cada patología dermatológica y la presencia de depresión mayor, nuestro estudio sugiere que sí podría existir por lo cual se deberían realizar estudios más exhaustivos para evaluar qué tipo de asociación es y por qué se da. Las patologías dermatológicas, al ser visibles y al estar relacionado el sistema nervioso y la piel tanto a nivel embriológico como por medio de neuropéptidos, estarían asociadas a trastornos psicológicos y dermatológicos.

De acuerdo al lugar donde se presentaban las lesiones se dividió en tres grupos a los pacientes, según a si tenían lesiones expuestas o no, o si tenían lesiones de los dos tipos. No se encontró diferencia significativa en lo que respecta a la presencia de depresión mayor ni a la presencia de síntomas depresivos. No se han realizado estudios que evalúen esta variable como factor de riesgo de depresión, sin embargo llama la atención que los pacientes con lesiones expuestas presenten menor prevalencia de depresión y de síntomas depresivos que los pacientes con lesiones no expuestas.

Finalmente, se encontró que el 20,1% de los pacientes que manifestaron tener prurito crónico presentaban depresión mayor, pero no se encontró asociación estadísticamente significativa. En lo que respecta a la presencia de síntomas depresivos, estos fueron más frecuentes entre los pacientes con prurito (50,7%) respecto a los pacientes sin prurito (39,9%),

sin embargo a pesar de que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, se evidenció una tendencia a serlo ($p=0,075$). A pesar de que casi no existen estudios sobre el tema, dicha tendencia estaría de acuerdo con el estudio de Fried, quien encontró que en pacientes con psoriasis existía una asociación fuerte entre los niveles subjetivos de depresión y ansiedad y el grado de prurito experimentado por los pacientes (32).

Correspondencia

Joshi Acosta Barriga
Calle Bronce 39 2ºB Madrid-España
Correo electrónico: joshi_pe@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ongenaes K, Beelaert L, Van Geel N, Naeyaert J. Psychosocial effects of vitiligo. *JEADV* 2006; 20: 1-8.
- Harris DL, Carr AT. Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *Br J Plast Surg* 2001; 54:223-226.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(12):833-42.
- Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatients clinic. *Dermatology* 1998; 197(3):230-234.
- Mostaghimi L. Prevalence of mood and sleep problems in chronic skin diseases: a pilot study. *Cutis* 2008; 81(5):398-402.
- Galli E. La depresión: Una enfermedad médica. *Rev Med Hered* 1994; 5(2): 105-109.
- Bernardo M. Epidemiología psiquiátrica. En: Vallejo Ruiloba. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2000. p. 61-68.
- Brazelton TB. The development emotions in early infancy. En: Plutchk R, Kellerman H, editores. *Emotion. Theory, research and experience*. Orlando: Academic Press; 1983.
- Sagástegui A, Mazzotti G, Guimas B. Depresión: Aspectos clínicos fundamentales. *Diagnóstico* 1998; 37(5): 294-310.
- Jhonson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depression symptoms in the community. *JAMA* 1992; 267: 1478-1483.
- Tribó Boixareu J. Conexiones entre psoriasis y psiquiatría: actualización. *Act. Dermtol* 1997; 11: 765-768.
- Koblenzer CS. *Psychocutaneous disease*. Orlando: Ed. Grune and Stratton; 1987.
- Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, John JK. Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med J India* 1996; 9(5): 208-210.
- Folks DG, Warnock JK. Psychocutaneous Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001; 3:219-225.
- Armijo M, Herrera E. Dermatoses nerviosas y psicósomáticas. En: Armijo M, Camacho F. (editores). *Tratado de Dermatología*. Barcelona; 1998. p.1031-1051.
- Grimalt F. Trastornos depresivos y depresión enmascarada. En: Grimalt F, Cotterill J., (editores). *Dermatología y Psiquiatría*. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 2002. p. 69-79.
- Bayona A, Di Paola A. Acné y depresión. *Rev Soc Peru Med Interna* 1992. URL disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v05n4/trabajos%20originales2.htm>. (Fecha de acceso 1 de noviembre del 2010).
- Burns D. *Feeling good: The new mood therapy*. New York: The American Library Inc.; 1980.
- Vega J, Coronado O, Mazzotti G. Validación del Inventario de Depresión de Beck en una población hospitalaria del Perú. Libro de resúmenes. Lima: XVI Congreso Nacional de Psiquiatría; 2000.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Guía del usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV (versión clínica)*. Barcelona: Elsevier; 1999.
- Biometrics Research Department. *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)*. Overview. New York: Biometrics Research Department. URL disponible en: <http://www.scid4.org/training/overview.html>. (Fecha de acceso 4 de Enero del 2011).
- Coronado O. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Centro Médico Naval. Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1999.
- Borja D. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina. Lima, Peru. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002.
- Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139(5): 846-850.
- Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 51-54.
- Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety* 2007; 24:455-460.
- Martins A, Freire R, Egidio N. Trastornos de ansiedad e depressão em pacientes de ambulatório de clínica

- médica. *Rev Bras Med* 2008; 65(9):12-17.
28. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18(1- 2).
29. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse ChK. Depression, disability days and lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264: 2524–2528.
30. Jhonson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depression symptoms in the community. *JAMA* 1992; 267: 1478– 1483.
31. Söderlin MK, Hakala M, Nieminen. Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol* 2000; 29:177-183.
32. Fried RG. Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *Int J Dermatol* 1995; 34(2): 101-105.