

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



**Informe final de tesis para optar al título de:
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL**

Efectos psicológicos y calidad de vida de personas con patologías dermatológicas
atendidas en Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo,
2020.

Autores:

Br: Marcela de los Ángeles Hidalgo Madrigal

Br. Kerling Osmara Martínez Urroz

Tutores:

Tatiana de los Ángeles Chévez Ramírez. Lic.

Departamento de Psicología - UNAN León

Christian Eduardo Toval Ruíz. Ing. MSc.

Centro de investigación en Enfermedades infecciosas - CEI

León, 22 de Febrero del 2021

"A la Libertad, por la Universidad"



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



Informe final de tesis para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL

Efectos psicológicos y calidad de vida de personas con patologías dermatológicas atendidas en Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, 2020.

Autores:

Br: Marcela de los Ángeles Hidalgo Madrigal

Br. Kerling Osmara Martínez Urroz

Tutores:

Tatiana de los Ángeles Chévez Ramírez. Lic.

Departamento de Psicología - UNAN León

Christian Eduardo Toval Ruíz. Ing. MSc.

Centro de investigación en Enfermedades infecciosas - CEI

León, 22 de Febrero del 2021

"A la Libertad, por la Universidad"



DEDICATORIA

Principalmente a Dios, a todas las personas importantes en nuestras vidas, familiares, amigos, quienes estuvieron a nuestro lado hasta el final de tan largo camino, ayudándonos a culminar este sueño anhelado. Con todo nuestro aprecio y cariño ésta tesis se la dedicamos a cada uno de ustedes.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, por ser nuestra fuente de inspiración, nuestra fuerza cuando sentíamos que no podríamos lograrlo.

A nuestros padres por su apoyo incondicional, amor y esmero que día con día nos ofrecieron, ayudándonos así a culminar esta grandiosa meta en nuestras vidas.

A nuestros asesores de tesis, Lic. Tatiana Chévez Ramírez y Ms. Christian Toval Ruíz, por su dedicación y apoyo para poder finalizar con éxito nuestra profesión.



Resumen

Efectos psicológicos y calidad de vida de personas con patologías dermatológicas atendidas en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, en el período enero – febrero 2020.

Autores: Hidalgo Madrigal Marcela, Martínez Urroz Kerling

Tutores: Chévez T., Toval C.

Objetivo: determinar los efectos psicológicos y calidad de vida de los pacientes con patologías dermatológicas atendidos en el Centro Nacional de Dermatología, en el período enero-febrero 2020.

Métodos: estudio de corte transversal, donde se aplicó las escalas psicológicas de Rosenberg, escala Breve de Fobia Social, inventario de Depresión de Beck y escala de Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) a una muestra probabilística de 349 pacientes atendidos en el Centro Nacional de Dermatología. Se realizó un análisis univariado y se utilizó la regresión logística multinomial para identificar las posibles asociaciones entre las variables.

Resultados: los diagnósticos dermatológicos más frecuentes fueron: Acné (31%), Dermatitis (22.3%), Psoriasis (14.1%) y Vitíligo (9,5%). En relación con autoestima, las personas con Vitíligo, Dermatitis y Psoriasis presentaron los niveles más bajos. Al menos 5 de cada 10 pacientes presentaron problemas de fobia social sin importar la patología de base. La depresión está presente en al menos uno de cada diez pacientes atendidos en este centro dermatológico. La calidad de vida se encontró moderadamente afectada en al menos la mitad de la población, siendo más evidente el deterioro en aquellos pacientes con Vitíligo (RP = 2.44, IC 1.03 – 5.77, p=0.04).

Conclusión: La autoestima y fobia social son las mayores afectaciones psicoemocionales encontradas pacientes con patologías dermatológicas. Además, la mitad de los pacientes presentaron deterioro moderado en su calidad de vida, siendo el Vitíligo la patología que presentó la mayor asociación. La salud mental de estos pacientes debería ser incluida en su manejo integral dermatológico.

Palabras claves: efectos psicológicos, dermatología, calidad de vida.

León, 18 de enero del 2021.

MSc. Nubia Meza
Vicedecana
Facultad de Ciencias Médicas.

Estimada Maestra Meza:

Es para mi un placer presentar el trabajo titulado: *“Efectos Psicológicos y calidad de vida de personas con patológicas dermatológicas atendidas en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gonzáles Urcuyo, en el periodo enero-febrero 2020”*, presentado por las bachilleras **Marcela de los Angeles Hidalgo Madrigal** y **Kerling Osmara Martínez Urroz** estudiantes activas de sexto año de la carrera de Medicina.

Doy fe y constancia que durante los últimos dos años hemos trabajado junto a las estudiantes en la realización del protocolo y luego en todo un proceso de investigación, en el Centro Nacional de Dermatología, donde se exploró la salud mental de los pacientes con patologías dermatológicas. Esta investigación permite observar un perfil del comportamiento o desarrollo de posibles enfermedades mentales, producto de tener una enfermedad dermatológica.

Se ha seguido los estándares y directrices de reportes científicos de la investigación observacional propuestos en la declaración de STROBE. A su vez hemos cumplido con los estándares éticos propuestos en la declaración de Helsinki la cual esta detallada en el informe final de la tesis. Motivo por el cual expreso y otorgo mi **aprobación** para que su autoridad considere este trabajo para ser defendido en calidad de tesis para optar el grado académico de Doctor en Medicina y Cirugía.

Sin mas que agregar, me despido de usted deseándole éxito en sus labores cotidianas.

Atentamente.

Tatiana de los Ángeles Chévez Ramírez. Lic.
Psicóloga.
Departamento de Psicología.
Facultad de Ciencias Médicas.



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Microbiología y Parasitología
Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas - CEI

León, 18 de enero del 2021.

MSc. Nubia Meza
Vicedecana
Facultad de Ciencias Médicas

Estimada Maestra Meza:

Es para mí un placer presentar el trabajo titulado *“Efectos psicológicos y calidad de vida de personas con patologías dermatológicas atendidas en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo en el período enero - febrero 2020”*, presentado por los estudiantes Kerling Osmary Martínez Urroz y Marcela de los Ángeles Hidalgo Madrigal, estudiantes activos del sexto año de la carrera de Medicina.

Doy fe y constancia que durante dos años hemos trabajado junto a la Bra. Martínez Urroz y Bra. Hidalgo Madrigal en la realización de un protocolo y luego en todo un proceso de Investigación aplicada a pacientes con patologías dermatológicas que acuden a consulta médica en el Centro Nacional de Dermatología. Esta población es de gran interés por tener una diversidad de procedencias lo cual lo ubica como un estudio de perspectiva nacional en materia de dermatología y salud mental. Esta investigación aporta datos epidemiológicos, clínicos y de salud mental actualizados sobre la situación actual de estos pacientes, principalmente sobre los efectos psicológicos y la calidad de vida que se originan a causa de las afectaciones a su piel. Sin duda, esto constituye un pilar esencial en el futuro para la toma de decisiones sobre el manejo integral de estas patologías.

Hemos seguido los estándares y directrices de reportes científicos de la Investigación observacional propuestos en la declaración STROBE. A su vez hemos cumplido con los estándares éticos establecidos en la declaración de Helsinki, particularmente en poblaciones consideradas vulnerables como lo son los pacientes dermatológicos. Todo ello queda detallado en el informe final de la tesis. Por este motivo expreso mi alegría por la culminación de este trabajo y a su vez otorgo mi aprobación para que su autoridad considere este trabajo para ser defendido en calidad de tesis para optar al grado académico de Doctor en Medicina y Cirugía.

Sin más que agregar, me despido de usted deseándole éxito en sus labores cotidianos.

Atentamente.

Christian Eduardo Toval Ruiz, Ing. MSc
Epidemiólogo
Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas - CEI



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVO GENERAL	7
VI. MARCO TEÓRICO	8
5.1 Conceptos generales	8
5.2. Principales patologías dermatológicas	9
5.3. Efectos psicológicos	14
5.4. Relación entre las patologías dermatológicas y las afectaciones psicológicas ...	18
5.5. Escalas de evaluación psicológica	19
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	22
VIII. RESULTADOS	30
IX. DISCUSIÓN	39
X. CONCLUSIÓN	43
XI. RECOMENDACIONES	44
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
XIII. ANEXOS	49



I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las personas consideran que la salud es un elemento clave en su calidad de vida, especialmente cuando se padece una enfermedad con sintomatología severa. De igual manera, se aplica a las afecciones dermatológicas, aún cuando estos problemas no presenten manifestaciones severas, suelen producir efectos psicológicos y sociales importantes como ansiedad, estrés y depresión.¹

La prevalencia de los efectos psicológicos producidos por enfermedades dermatológicas continúa aumentando, desde un 12,7% en el año 2010 hasta un 15% en el año 2018; siendo la depresión uno de los más frecuentes, en personas con acné, psoriasis, alopecia, dermatitis atópica o vitíligo.²

Así mismo, el acné se asocia a ansiedad en el 70% de los casos, e incluso a ideas suicidas.³ El 80% de los pacientes con psoriasis muestran ansiedad y mayor vulnerabilidad al estrés, a ser rechazados o a ser objeto de evaluación negativa, lo cual repercute en un malestar subjetivo de su calidad de vida.⁴

Algunos de los estudios que han indagado sobre los efectos psicológicos en personas con enfermedades dermatológicas, muestran que las personas con psoriasis y acné están asociadas con elevadas puntuaciones en depresión, medida a través de la escala CDRS (Carroll Rating Scale of Depression).⁵ De igual manera, un estudio realizado en Bogotá en el año 2008, sugiere que los trastornos dermatológicos presentan una alta comorbilidad con trastornos ansiosos y afectivos. En principio esto estaría relacionado con la desfiguración facial o de otra parte del cuerpo que podría generar problemas psicológicos, tales como sentimientos de inferioridad, soledad y baja autoestima, así como aislamiento social.¹

En Perú, se realizó un estudio en el año 2018, este plantea una relación bidireccional existente entre los trastornos dermatológicos y los trastornos psicológicos; sus resultados mostraron que la depresión se observa con mayor frecuencia en pacientes con psoriasis; ansiedad y depresión, en pacientes con vitíligo, prurito, acné, alopecia



areata y urticaria; y ansiedad con mayor frecuencia en pacientes con rosácea y liquen simple crónico.⁶

Son numerosos e importantes los motivos por los que debemos prestar atención a los problemas de salud mental, el incremento de su frecuencia, los efectos para la salud de la población, menor calidad de vida y un importante costo, tanto humano como económico, incluyendo el sufrimiento experimentado por el paciente y su familia; llevan a un potencial perdido de las personas afectadas.⁷

En la práctica clínica dermatológica, una de cada cuatro personas que acuden a consulta presentan trastornos psicológicos, debido a que utilizan un estilo de afrontamiento centrado en la emoción y la evitación, y poco centrado en la aceptación.⁸ Es un problema común pero poco estudiado; a nivel nacional no se encuentran estudios relacionados a psico dermatología, lo que manifiesta que no existe interés sobre dicha problemática; en base a esto, se decide realizar este trabajo investigativo que tiene como objetivo determinar los efectos psicológicos y calidad de vida en las personas con enfermedades dermatológicas.

Además de su determinación, el objetivo es medir la calidad de vida de manera aproximada para evaluar las repercusiones de los efectos psicológicos de los pacientes en su vida diaria y así afirmar el impacto psicosocial que estas enfermedades representan, sin olvidar que al final la calidad de vida es una suma de sensaciones subjetivas y personales que solo persiguen el “sentirse bien”, así mismo, se pretende brindar a la población en estudio, diversas estrategias para mejorar el estilo de afrontamiento caracterizado por una mayor expresión de emociones, búsqueda de apoyo social, distracción y un menor grado de adaptación pasiva, para mejorar su calidad de vida.



II. ANTECEDENTES

Desde hace unos años el estudio de la Psico dermatología ha tomado mayor auge en el mundo; es así como se ha investigado acerca de las características de estrés, fobia social, depresión, baja autoestima en diversas patologías como psoriasis, alopecia y diversos tipos de dermatitis.³

Las características sociodemográficas en los diferentes estudios son similares y se mantienen a lo largo del tiempo. Entre el 60-70% eran mujeres, en edades de 15-29 años.^{5,6} Con respecto a la ocupación la mayoría son estudiantes de secundaria y amas de casa, y solo un pequeño porcentaje tenían un trabajo estable. El 60% de los participantes tienen pareja estable.^{3,4,9}

Las patologías dermatológicas más estudiadas con el tiempo, fueron aquellas que se vuelven visibles a simple vista; entre las que tenemos: Psoriasis, acné, alopecia, vitíligo, y dermatitis.^{8,9} Las estadísticas según los diferentes estudios varía, y según datos globales la psoriasis afecta a un 2,2% de la población global, al 0.1% a 0.2% en la alopecia, en el caso del acné se encuentra que este afecta al 9,4% de la población global, para el vitíligo tenemos una prevalencia del 2% y con respecto a la dermatitis los datos son variantes, pero se mantiene una prevalencia global de 15-20%.² Los diferentes estudios de las afectaciones dermatológicas, a pesar de ser todos de corte transversal, dan un enfoque distinto y en poblaciones distintas por lo cual sus datos estadísticos son variables.

Con respecto al perfil psicológico de estos pacientes no se encuentra bien definido, sin embargo, se ha comenzado a documentar que los principales efectos psicológicos son: depresión, ansiedad y baja autoestima. La depresión se encuentra como uno de los efectos más relacionados a las afectaciones dermatológicas, pero con una distribución heterogénea dependiendo la patología que fue estudiada. En un estudio sobre la depresión en pacientes dermatológicos se encontró que el 9.6% de los participantes tenían depresión mayor, del cual el 64.9% eran mujeres, con un 13.5% correspondiendo a pacientes con dermatosis y un 21.6% a personas con acné; un 20% presentó síntomas depresivos en todas las patologías.^{4,9,10}



Con respecto a la autoestima, igualmente se encontró una distribución heterogénea de acuerdo a la enfermedad; sin ningún estudio que abordara las afectaciones dermatológicas en conjunto; en un estudio sobre el acné en adolescentes demostró que el 61% de ellos tenía baja autoestima severa, un 33% una autoestima baja moderada y sólo en el 2% se encontró una buena autoestima.^{9,11,12} A pesar de las diferentes investigaciones realizadas sobre psico dermatología, no se encuentra con un material completo e inclusivo de las principales patologías en conjunto.

La calidad de vida de los pacientes dermatológicos se ve ampliamente afectada cuando estas se encuentran en partes del cuerpo visibles, y los distintos instrumentos usados muestran resultados bastante constantes.⁹ Entre el 50%-60% indicaron tener una valoración negativa de la calidad de vida, un 21,6% mostraron un impacto grave en su calidad de vida y un 14,2% un impacto muy grave. Los principales aspectos afectados fueron: malestar físico con un 47%, el aspecto cognitivo 26%, en el caso de la limitación física y el aspecto social tienen el mismo impacto con un 17%.^{9,13,14} Es importante destacar que en otras investigaciones donde se estudia una patología específica, la afectación en la calidad de vida es mayor, pero sin ser muy variable a los datos anteriores.^{10,11}

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que las afectaciones dermatológicas afectan la calidad de vida de las personas tanto las que las padecen como la de los familiares. Que los trastornos psicológicos que se desarrollan durante estas patologías presentes son uno de los principales agravantes que determinan una percepción negativa de la calidad de vida de ellos.^{3,14}

No se encontraron estudios en Nicaragua sobre este tema y a nivel internacional la mayor parte de los estudios están enfocados en las afectaciones que son visibles a simple vista, y un solo trastorno psicológico relacionado a ellas, por lo cual existe la necesidad de estudios con perfiles psicológicos completos. Por esta razón se considera importante estudiar cómo se comporta dicha relación en el país, lo que ayudará a darle más importancia a la salud mental de la población, no sólo a los pacientes sino también a sus familias.



III. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades dermatológicas constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, suponiendo una carga global de 1.79%,¹⁰ posicionándose como la cuarta causa de discapacidad mundial que se desarrolla a lo largo de la vida, disminuyendo los años potencialmente activos de las personas. Razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) está buscando a través de los diferentes modelos de salud implementados, reducir esta carga de salud.

En la escasa bibliografía que se encuentra de este tema se plantea que las enfermedades dermatológicas se ven afectadas por los efectos psicológicos como causantes de exacerbaciones y prolongaciones de dichas patologías, pero sin un abordaje a mayor profundidad. Por todo esto, todavía no se tienen características psicológicas más o menos constantes que se sigan en estos pacientes.

En Nicaragua, no se encuentran estadísticas completas de las enfermedades dermatológicas, ni estudios sobre la relación entre la Dermatología y la Psicología. Lo que demuestra que en el país no se toma consciencia de la importancia de dicha problemática que va creciendo cada día más en el entorno y que debería de ser un punto relevante en la agenda de salud, ya que causa un déficit en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Así mismo, esto disminuye el desarrollo potencial de cada persona, principalmente en los pacientes en edades entre los 13-24 años.

La OMS en los últimos años ha impulsado una campaña, para que las consultas dermatológicas sean incorporadas en la atención primaria, así mismo que se tome en cuenta el perfil psicológico de los pacientes en la consulta, con el fin de llevar a un mejor diagnóstico y brindar un tratamiento integral al paciente, tratando así de llegar al verdadero concepto de salud. Este trabajo tiene como propósito brindar información sobre la relación entre ambos padecimientos y dar a conocer la importancia que tiene el acompañamiento psicológico de los pacientes dermatológicos.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades dermatológicas representan un problema importante en salud, a nivel mundial existe una carga global de 1,79%.¹⁰ Dentro de las más frecuentes se encuentra la dermatitis, se calcula que 1 de cada 12 adultos sufren este trastorno, la psoriasis afecta al 2.2% de la población mundial y el acné afecta al 85% de la población juvenil.³ Sin embargo, se encuentran muy pocos estudios de prevalencia de enfermedades dermatológicas en el país.

El acné, la psoriasis, alopecia, dermatitis atópica o el vitíligo son algunas de las enfermedades dermatológicas que más afectan psicológicamente a la población. El acné se asocia a fobia social en el 70% de los casos, depresión e incluso ideas suicidas.³ El 80% de los pacientes con psoriasis muestran ansiedad y mayor vulnerabilidad al estrés, a ser rechazados o a ser objeto de evaluación negativa.⁴ De igual manera, los pacientes con dermatitis atópica presentan con mayor frecuencia sintomatología referente de ansiedad y depresión.⁸ El impacto de la enfermedad dermatológica puede ser tan grande que afecte aspectos centrales de la identidad de las personas, como la autoestima.⁵

Debido a la falta de conocimientos y estudios sobre el nivel de influencia de los efectos emocionales, en la calidad de vida del paciente con enfermedad dermatológica, y hasta que nivel incide esto, para la gravedad de dicha condición; se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos psicológicos y calidad de vida de los pacientes con patologías dermatológicas atendidos en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, en el período enero- febrero del año 2020?



V. OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos psicológicos y calidad de vida de los pacientes con patologías dermatológicas atendidas en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, en el período enero-febrero 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar las principales patologías dermatológicas presentes en la población en estudio.
3. Determinar efectos psicológicos en pacientes con enfermedades dermatológicas de la población en estudio, a través de test psicométricos.
4. Evaluar la calidad de vida de los pacientes en estudio.
5. Establecer la relación entre la calidad de vida y los efectos psicológicos en los pacientes con patologías dermatológicas.



VI. MARCO TEÓRICO

5.1 Conceptos generales

5.1.1. Dermatología: Es una especialidad de la medicina que se ocupa del estudio de la estructura y funciones de la piel y sus anexos, así como de las enfermedades que la afectan y su prevención, la dermatología permite diagnosticar y tratar las enfermedades de la piel y sus anexos.¹⁴

-Psicología: La palabra psicología proviene del griego psyche (mente, alma, espíritu) y logos (discurso y teoría); en sentido etimológico significa “teoría de la mente”. La psicología no es más que la ciencia que intenta construir teorías y modelos que permitan explicar, predecir, controlar la conducta y los procesos mentales aplicando el método científico.¹⁵

-Psicodermatología: Ciencia encargada del estudio de la relación entre la dermatología y la psiquiatría. Se conoce un sin número de patologías dermatológicas que vienen producidas o favorecidas por algún factor psicológico o psiquiátrico y por la influencia del entorno que los rodea.^{16,17} Aproximadamente el 30-40% de los pacientes con enfermedades dermatológicas que llegan a una consulta, tienen un trastorno psicológico subyacente que juega un papel fundamental en su patología.^{18, 19}

Tabla 1. Clasificación de psicodermatología¹⁸

Grupos	Fisiopatología	Ejemplos
Trastornos psicofisiológicos	La esfera psíquica ésta implicada en su patología, entre otras múltiples causas.	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia areata • Psoriasis • Neurodermitis • Dermatitis seborréica
Trastornos psiquiátricos primarios	La enfermedad primaria es la psiquiátrica que se manifiesta con signos y síntomas cutáneos.	<ul style="list-style-type: none"> • Delirio de infestación • Dematitis artefacta • Tricotilomanía • Trastorno de excoriación
Trastornos psíquicos secundarios	La enfermedad dermatológica es la desencadenante primaria de una repercusión psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Vitíligo • Alopecia areata • Psoriasis • Acné



5.2. Principales patologías dermatológicas

5.2.1. Psoriasis:

Enfermedad cutánea hereditaria eritematodescamativo, caracterizada por alteraciones complejas en la diferenciación y crecimiento epidérmico y múltiples anomalías bioquímicas, inmunitarias y vasculares.^{20,21} Afecta a 125 millones de personas, correspondientes al 2,2% de la población mundial. La incidencia varía con respecto a los diferentes países, es más común entre las edades de 15 y 25 años.^{21,22}

En esta enfermedad los factores de riesgo juegan un papel muy importante, entre ellos tenemos los antecedentes familiares, el estrés, trastornos emocionales, tabaquismo, obesidad, medicamentos como esteroides, IECA, antidepresivos; las infecciones bacterianas y virales, entre otros.²²

5.2.1.1. Manifestaciones clínicas.

Lesiones cutáneas:

Placa roja elevada, simétrica, bien delimitada, superficie de escamas blancas, tamaño variable desde pápulas puntiformes hasta placas que cubren grandes superficies del cuerpo. En el fondo de la escama se puede ver un eritema brillante, homogéneo, y aparecen puntos sangrantes cuando se retira esta película por daño a los capilares dilatados.^{20,21}

Se presentan en cuero cabelludo, superficies extensoras de los miembros, ombligo, tronco. La psoriasis tiene diferentes presentaciones clínicas estas son: psoriasis vulgar, crónica, en placa, psoriasis en gota, psoriasis a pequeñas placas, psoriasis invertida, psoriasis pustulosa (generalizada, exantemática, anular), sebopsoriasis, psoriasis de pañal, psoriasis líneal.²⁰

Entre otros hallazgos podemos encontrar, la psoriasis ungueal (lesiones en fosita, onicorrexis, leuconiquia, signo de la “gota de aceite”, etc.), lengua geográfica y artritis psoriásica.²¹



5.2.2. Acné vulgar

El acné es una enfermedad producida por una inflamación crónica de la unidad pilosebácea producida por retención de sebo, que se observa principalmente en adolescentes. La evolución de esta suele ser autolimitada pero que puede dejar secuelas para toda la vida formando cicatrices hipertróficas o con forma de hoyos.^{20, 21}

El acné es la octava enfermedad más prevalente en el mundo, en una revisión sistemática se demostró que el 85% aproximadamente de la población entre los 12 y 14 años sufrían de algún grado de acné. Es una de las principales enfermedades de consultas dermatológicas, que afecta a hombres y mujeres en igual proporción, principalmente entre edades de 15-20 años.²³

Hay 4 factores principales que causan acné: ²⁰

1. Producción excesiva de grasa
2. Obstrucción de los folículos pilosos con grasa y células cutáneas muertas
3. Bacterias
4. Exceso de actividad de un tipo de hormonas.

También debe tomarse en cuenta que hay factores que exacerban el acné como lo son el estrés, hormonas, ciertos medicamentos, dieta rica en grasas, el hábito de fumado, factores ambientales.^{21,23}

5.2.2.1. Clasificación

Tabla 2. Clasificación del acné.^{20,21}

Según edad de presentación	Según lesión predominante	Según grado de severidad	Formas especiales
Neonatal: 0-30 días	Comédónico	Leve: < 20	Fulminans
Del lactante: 1-24 meses	Papulopustuloso	Moderado: 20-50	Conglobata
Infantil: 2-7 años	Noduloquístico	Severo: >50	
Preadolescente: 8-11 años			
Adolescente: 12-25 años			
De adulto: > 25 años			



5.2.2.2. Manifestaciones clínicas:

Lesiones cutáneas

Las lesiones normalmente se presentan en la cara, y en menor medida en tronco, hombros. Se presenta más de un tipo de lesiones, las cuales pueden ser inflamatorias o no inflamatorias; las lesiones no inflamatorias son los comedones que pueden ser abiertos o cerrados. El comedón abierto se presenta como una lesión plana ligeramente sobreelevada, con un impacto folicular central de queratina, y lípidos de color oscuro. Los comedones cerrados se presentan como pápulas pequeñas pálidas, ligeramente elevadas, que no tienen un orificio clínicamente visible. Las lesiones inflamatorias varían desde pápulas pequeñas con un borde rojo a pústulas y nódulos grandes, tensos y fluctuantes.^{20,21,23} El acné puede dejar cicatrices las cuales pueden ser del tipo: puntiformes, onduladas, deprimidas, con bordes verticales e hipertróficos.²¹

5.2.3. Alopecia areata:

Padecimiento dermatológico caracterizado por la pérdida de cabello no cicatrizal del cuero cabelludo o del cuerpo con una evolución impredecible y variable en los pacientes, donde se encuentra afectada el ciclo folicular, al detener la fase de crecimiento anagénico III, por lo cual no se puede producir pelo normal.^{20,21} Esta enfermedad tiene una frecuencia del 1% de la consulta médica, y con una prevalencia de 1-2% de la población mundial, con una distribución igualitaria en ambos sexos, la incidencia de dicha enfermedad es mayor en la 3ra y 4ta década de la vida.²⁴

Entre los factores de riesgo de la alopecia areata tenemos el estrés, evento emocional, crisis de ansiedad, dieta, enfermedades autoinmunes (vitíligo, dermatitis atópica, lupus eritematoso) y factores genéticos.²⁴

5.2.3.1. Manifestaciones clínicas

Pérdida de cabello en forma de círculos u ovals, en el cuero cabelludo, la ceja, la barba o cualquier lugar donde haya cabello. En casos muy avanzados se puede ver la pérdida casi total del cuero cabelludo, u otra parte del cuerpo.^{20,21}



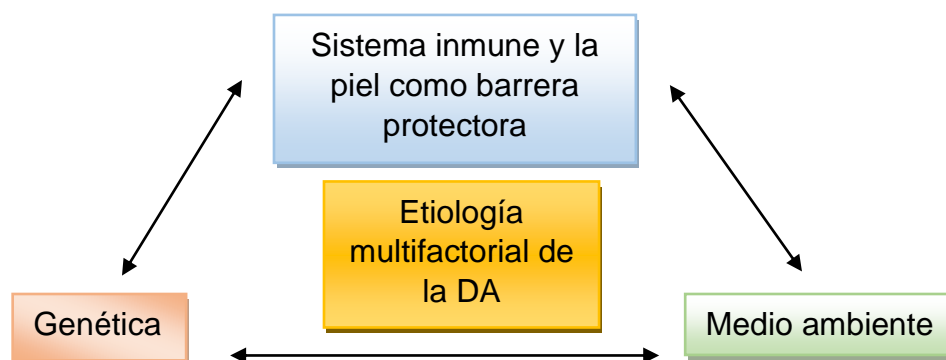
La alopecia se clasifica en: alopecia areata focal, alopecia areata multifocal, alopecia areata total, alopecia areata universal y alopecia areata oíásica.²¹

5.2.4. Dermatitis atópica

Es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de etiología multifactorial, que combina lesiones ecematosas con una distribución característica, piel seca e intenso prurito y que habitualmente, tiene lugar en personas con una historia personal o familiar de atopia.^{18,21} el 90% de los casos de DA debuta en la niñez, afecta del 5-20% de los niños en el mundo, de estos el 10% continua con DA después de los 18 años, al menos un 50% de los niños presentarán alguna manifestación de la enfermedad en la adolescencia y un 20% en la edad adulta.^{20,21,25}

La DA es una enfermedad multifactorial, entre los factores podemos destacar: antecedentes familiares de DA, exposición a aeroalérgenos (ácaros, caspa de animales, etc), estrés emocional, lugares calurosos o muy húmedos, alimentos altamente alérgicos (huevo, maní, pescado, chocolate), irritantes (limpiadores cutáneos, ropa de lana o fibras sintéticas, jabones, detergentes). Estos factores no solo son desencadenantes de esta enfermedad también causan exacerbaciones de esta.²⁵ Esta enfermedad no tiene una etiopatogenia establecida por su naturaleza multifactorial.^{25, 26}

Figura 1. Etiología de la Dermatitis atópica.^{25, 26}





5.2.4.1. Manifestaciones clínicas:

Los signos y síntomas de la DA dependen de la edad a la que se presenta, mostrando algunas variantes en sus manifestaciones clínicas. A grandes rasgos esta enfermedad se clasifica en DA típica y DA atípica.^{20,21}

DA Típica

Se divide en 3 etapas: ^{20,21}

Tabla 3. Etapas de la DA típica ^{20,21}

DA del lactante	DA infantil-escolar	DA del adolescente-adulto
<ul style="list-style-type: none"> -Debuta entre el 3er-5to mes hasta los 2 años. -Caracterizado por placas eritematosas, con o sin microvesiculación, exudación, costras serosas o hemáticas, y descamación final. -Se encuentran principalmente en cara, cuello, cuero cabelludo y en zonas de pliegues. -Respeto el triángulo nasolabial. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entre los 2 años y los 12 años. -Puede ser el seguimiento de la DA del lactante o presentarse de novo. -Las lesiones son menos exudativas, evolucionan a placas liquenificadas en áreas de flexuras, se observa eritema mal delimitado, pápulas escoriadas con vesículas o microcostras en su superficie. -Se presentan principalmente en la fosa antecubital y poplítea, y el aspecto volar de muñecas, tobillos, y cuello. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes mayores de los 12 años. -Las lesiones características son las placas liquenificadas, puede aparecer también eczema de manos, dishidrosis, y prurigo nodular. -Los lugares de predilección son: cara (frente, párpados, región perioral); cuello (nuca), parte alta del tórax, hombros, grandes pliegues flexurales, y dorso de las manos.

DA atípica:

En ésta encontramos signos que acompañan a la DA típica pero que no son propios de esta enfermedad y que su única presencia no da el diagnóstico de DA, entre estos tenemos: Xerosis o xerodermia, queratosis pilar, ptiriasis alba, línea de Dennie-Morgan, pliegues cutáneos del cuello y aumento de las líneas palmares, blanqueamiento retardado, dermatografismo blanco, eczema numular.²⁰



5.2.5. Vitíligo:

El vitíligo es una enfermedad caracterizada por la aparición progresiva de áreas de piel sin pigmento (acrómicas o hipopigmentadas) como consecuencia de la destrucción de las células que fabrican melanina, el pigmento de la piel que la protege de las radiaciones solares.^{20,21} Esta enfermedad afecta al 1% de la población mundial, sin una predilección en el sexo, suele iniciarse entre la infancia y la edad adulta temprana, con un pico entre los 10 y 30 años, con una predilección genética.²¹

Entre los factores de riesgo podemos mencionar los antecedentes familiares, traumatismos, quemadura solar, estrés y enfermedad sistémica.^{20,21}

5.2.5.1. Manifestaciones clínicas:

Generalmente estos pacientes presentan placas amelanocíticas de color blanco tiza o blanco leche, bien delimitadas, estas se agrandan en sentido centrífugo a un ritmo impredecible, pudiendo aparecer en cualquier parte del cuerpo, con predilección en etapas iniciales por los antebrazos, manos, pies y cara. Estas lesiones se acentúan al examen con la lámpara de Woods.²¹ También están las manifestaciones propias como lo son el prurito crónico, eczema de pezón, dermatitis de los párpados, fisuras intranasales y periauriculares, dermatitis de manos y pies, liquen simple crónico, quelitis.²⁰

El vitíligo tiene su propia clasificación, encontrando: vitíligo focal, vitíligo segmentario, vitíligo acrofacial, vitíligo generalizado, vitíligo universal y vitíligo mucoso.²⁰

5.3. Efectos psicológicos

5.3.1. Fobia social

La fobia social es el miedo y la ansiedad a quedar expuesto a situaciones sociales o funcionales, que se evitan o se enfrentan con una ansiedad sustancial. Esta es una manifestación de las personas porque se sienten desconcertadas o humilladas sino cumplen las expectativas que se esperan de ellas.²⁶ La fobia social afecta a alrededor del 9% de las mujeres y el 7% de los hombres durante cualquier período de 12 meses, pero la prevalencia a lo largo de la vida puede llegar a ser hasta del 13%.²⁷



La fobia social se clasifica, según las situaciones temidas que son 2: a) situaciones que implican la interacción con otras personas, b) situaciones que implican ser observado, pero sin interactuar con las personas.²⁷

Manifestaciones clínicas:

Estas manifestaciones se dividen en 3 sistemas diferentes que son el sistema somático y autónomo, el sistema cognitivo y el sistema conductual que van desde manifestaciones físicas hasta comportamientos de dichos individuos.²⁵

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad, constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones; en al menos una ocasión, a la vez que debe aparecer como mínimo uno de los siguientes síntomas de ansiedad: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar.²⁵

5.3.2. Baja autoestima.

Primero es importante conceptualizar que es autoestima para entender mejor que es baja autoestima. Autoestima no es más que las diferentes actitudes que tiene una persona hacia sí mismo. Esta juega un papel fundamental en la personalidad, la identidad de la persona y su capacidad de adaptarse a la sociedad.^{28, 29}

La autoestima puede clasificarse de diferentes maneras, en este trabajo se aborda una de las más sencillas y usadas en nuestro medio:^{29, 30}

- Autoestima baja
- Autoestima media
- Autoestima alta



La baja autoestima se define como una conceptualización negativa hacia uno mismo, lo cual afecta mucho la personalidad, caracterizándose por lo general como personas tímidas.²⁸ Esta se presenta más en mujeres que en hombres con una relación 2:1 y principalmente en adolescentes entre los 12-18 años, donde 4 de cada 10 adolescentes presentan baja autoestima, siendo el aspecto físico el más afectado. No hay estadísticas mundiales sobre cuantas personas sufren de baja autoestima.²⁹

Las principales características de las personas con baja autoestima son:^{28, 29,30}

- ✓ Piensan que no pueden, que no saben nada.
- ✓ No valoran sus talentos. Miran sus talentos pequeños, y los de los otros los ven grandes.
- ✓ Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- ✓ Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.
- ✓ Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa.
- ✓ Son aisladas y casi no tienen amigos.
- ✓ No les gusta compartir con otras personas.

Este tipo de autoestima trae consigo otros efectos psicológicos que afectan el crecimiento personal, educacional y profesional de las personas que la padecen.²³

5.3.3. Depresión:

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Esta suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento. Es importante recalcar que este trastorno no sólo afecta a la persona que lo padece sino también a su familia y personas allegadas a ellos.^{31,32} Se calcula que más de 350 millones de personas sufren de depresión en el mundo, con una prevalencia de 9,5%, cifras que aumentan cuando se asocia a otras patologías. Afecta más a mujeres que hombres, con una relación 2:1, y 1 de cada 10 adultos sufre depresión.³²

Según la psicología, existen aproximadamente 7 tipos de trastornos del estado de ánimo:³²



1. Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo
2. Trastorno depresivo mayor
 - ☞ Episodio único:
 - ✓ Leve
 - ✓ Moderado
 - ✓ Grave
 - ☞ Con características psicóticas
 - ✓ En remisión parcial
 - ✓ En remisión total
 - ✓ No especificado
3. Distimia
4. Trastorno disfórico premenstrual
5. Trastorno depresivo inducido por medicamentos
6. Trastorno depresivo debido a otra afectación médica
 - ✓ Con características depresivas
 - ✓ Con episodio de tipo de depresión mayor
 - ✓ Con características mixtas
7. Otros trastornos depresivos
8. Otros trastornos no especificados

Esta presenta diferentes signos y síntomas que pueden exacerbarse con ciertos factores, podemos mencionar: ^{31,33}

- Tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío persistentes
- Pérdida de interés en actividades que antes producían placer, incluyendo la actividad sexual
- Fatiga o pérdida de energía
- Pérdida de apetito (pérdida de peso) o aumento del apetito (aumento del peso)
- Problemas para dormir, insomnio, problemas para mantener el sueño o dormir demasiado
- Pérdida de la expresión emocional (emociones aplanadas)
- Sentimiento de desesperanza, pesimismo, culpa o inutilidad
- Pensamientos o ideación suicida, intentos de suicidio o auto-lesiones.



La depresión incluye también procesos biológicos y los síntomas físicos son frecuentes.²⁸ Los síntomas físicos asociados a la depresión están constituidos por: sensación de tensión interna, reducción del apetito, pérdida de peso, y de interés sexual, cefaleas, mareos, dolor de espalda, problemas para respirar, del corazón y gastrointestinales.^{33,34}

5.4. Relación entre las patologías dermatológicas y las afectaciones psicológicas

La piel y el sistema nervioso están ampliamente ligados por lo cual muchos de los trastornos psicológicos tienen una presentación dermatológica y viceversa, por lo cual a veces los síntomas que presenta el paciente tienen una enfermedad de base diferente. La piel constituye la frontera y punto de contacto entre el mundo interior/exterior y funciona a la vez como receptor y emisor; es por ello, por lo que frecuentemente sirve como indicador visible del estado anímico y de los problemas emocionales. Son conocidos como trastornos psicocutáneos y se clasifican en:

- Trastorno psicósomático
- Trastornos primarios
- Trastornos secundarios

En este trabajo se abordan las afectaciones psicológicas de las patologías dermatológicas, el cual es un trastorno secundario. Las personas con patologías dermatológicas tienen un 20% más alteraciones psíquicas y psiquiátricas, en relación con el resto de la población. Sufren más ansiedad, fobia, aislamiento social, depresión, algunos sufren de episodios ansiosos-depresivos y valoran de manera negativa su calidad de vida.^{20,29}

El acné, la psoriasis, el vitiligo, y la alopecia areata son las afectaciones de la piel que más distorsionan la imagen corporal, y que, por tanto, causan más efectos psicológicos y afectan la calidad de vida de las personas. No obstante, estas patologías son susceptibles a aparecer o exacerbarse como consecuencia de efectos psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión. De tal manera que es una relación recíproca negativa.²¹



Así mismo, hay que tomar en cuenta que dependiendo la vulnerabilidad emocional y psíquica de la persona así va ser el factor que desencadene la patología dermatológica o que la exacerbe; cuando la vulnerabilidad es alta, pequeñas situaciones estresantes o psicológicas son suficientes para desencadenar un trastorno psicocutáneo, por otro lado, cuando la vulnerabilidad es muy baja se necesita un desencadenante mucho mayor, de mayor intensidad, para poder ver la expresión del trastorno psicocutáneo.³²

5.5. Escalas de evaluación psicológica:

5.5.1. Escala Breve de Fobia Social (BSPS):

Esta escala tiene como objetivo la evaluación del miedo y la evitación ante distintas situaciones y la intensidad de los síntomas fisiológicos de la fobia social definida según criterios del DSM IV. La Escala Breve de Fobia Social consta de 11 ítems, con 4 alternativas de respuesta, que van desde 0 (nada) a 4 (extremo), con puntuaciones que van desde 0 hasta 72 pts. Se divide en dos partes:

En la primera, se valoran la gravedad del miedo en relación con las distintas situaciones, como hablar en público, ser criticado por otros y relacionarse con extraños. En la segunda parte se evalúa la sintomatología fisiológica producida por las situaciones temidas.³⁵ A través de la Escala Breve de Fobia Social se obtienen cuatro puntuaciones: Miedo, evitación, síntomas fisiológicos y puntuación total.³⁶

En relación con las propiedades psicométricas de este instrumento, la consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala en conjunto fue de 0,81; 0,60 para la subescala fisiológica, 0,70 para la subescala de temor y 0,78 para la subescala de evitación.^{35, 36}

5.5.2. Escala de autoestima de Rosenberg:

La escala de autoestima de Rosenberg, es una prueba breve y con buenas propiedades psicométricas, es el instrumento más usado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica.³⁷ Esto se debe a que se administra con gran rapidez, al constar sólo de 10 ítems, y a que su fiabilidad y su validez son elevadas.³⁸



Cada uno de los ítems es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas.^{37,38} Se puntúa del 0 al 3 en función del grado en que la persona que contesta.³⁸

Los ítems positivos se puntúan de 0 a 3, mientras que los ítems negativos se valoran en sentido inverso. Una puntuación inferior a 25 indica una autoestima baja, situándose la autoestima normal entre los 26 y los 29 puntos y 30 es la mayor puntuación posible.³⁷

La fiabilidad test es de entre 0,82 y 0,88, y el coeficiente alfa de Cronbach, se sitúa entre 0,76 y 0,88. La validez de criterio es de 0,55. Además la escala correlaciona de forma inversa con la ansiedad y depresión (-0,64 y -0,54, respectivamente).³⁷

5.5.3. Inventario de depresión de Beck.

El inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto-informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.^{39, 40}

Se compone de ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10.³⁹ Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías.³⁹

Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.⁴¹

5.5.4. Escala de Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI)

El test 'Escala DLQI' (Índice de Calidad de Vida en Dermatología, por sus siglas en inglés) es una sencilla herramienta que ayuda a medir el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida. Mediante 10 indicadores, que deben de controlar



diariamente, y una sencilla suma, se determina la gravedad con la que la afectación de la piel impacta en la calidad de vida.^{42, 43}

Se basa en 10 indicadores los cuales van desde sentimientos con respecto a la enfermedad hasta signos y síntomas clínicos presentes en el día a día, y como estos afectan el desempeño personal.⁴² El funcionamiento de esta herramienta es muy sencillo. Cada ítem tiene cuatro posibilidades de respuesta según la escala de Likert a saber: 0: no en absoluto/no relevante; 1: un poco; 2: mucho; 3: muchísimo. El DLQI se calcula sumando los puntajes de cada pregunta, resultando en un mínimo de 0 y un máximo de 30. También puede expresarse como porcentaje del máximo puntaje posible de 30. Los puntajes altos se corresponden con empeoramiento de la calidad de vida.

Interpretación de los puntajes del DLQI: 0-1: no afecta en nada la vida del paciente; 2-5: pequeño efecto en la vida del paciente; 6-10: moderado efecto en la vida del paciente; 11-20: gran efecto en la vida del paciente; 21-30: extremadamente gran efecto en la vida del paciente.^{42,43}



VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Estudio de corte transversal

Área de estudio

Consulta externa del Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, punto de referencia nacional, que brinda una atención médica dermatológica a las personas de todos los departamentos del país; situado en la ciudad de Managua. (ver anexo 1)

Período de estudio

La investigación se realizó en el período comprendido entre enero-febrero del año 2020.

Población

Estuvo conformado por los 2,500 pacientes, de los cuales 125 llegan a cita diario a dicho centro, dando un total de 625 pacientes a la semana.

Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epi info versión 7.2, con una proporción esperada (p) de 50%, sin encontrarse estudio previo, con un error máximo permisible del 5% y un intervalo de confianza del 95%, para una muestra o población accesible (n) de 333 pacientes, al cual se le ajustó el 5%, obteniendo un total de 349 personas.

Muestreo

La selección de los pacientes sujeto al estudio se realizó por muestreo sistemático sin reemplazo. Se inició del lado izquierdo de consulta externa, tomándose como punto de partida el primer paciente citado que se encuentre en la primera fila, siguiendo una secuencia de 1 persona encuestada y 4 no encuestadas, se encuestaron a las personas de 18 a 45 años, hasta completar la muestra.



Criterios de inclusión

Personas de 18 a 45 años.

Personas citadas a consulta externa.

Criterios de exclusión

Personas con algún tipo de discapacidad mental total y parcial.

Fuente y obtención de la información

La fuente de información que se utilizó en la realización de este estudio es primaria, ya que la información fue obtenida a través de una encuesta y realización de prueba a la población en estudio, lo que permitió el contacto directo con los participantes.

Instrumentos y materiales de recolección de datos:

Para la recolección de datos de esta investigación se utilizaron 5 instrumentos, los cuales fueron: Una encuesta donde se tomó en cuenta los factores sociodemográficos y el tiempo de duración de su patología; y 4 instrumentos los cuales son:

- 1) Escala de autoestima de Rosenberg: Esta escala consta de 10 ítems, cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras 5 hacen referencia a opiniones negativas. Esta prueba tiene una validez de 0.75. Brinda 3 categorías de acuerdo con la puntuación: De 30 a 40 puntos aquellas personas que registraron una autoestima alta, de 26 a 29 puntos una autoestima media y los puntajes por debajo de 25 puntos personas con autoestima baja.¹⁴
- 2) Escala breve de fobia social de Davidson: Este instrumento evalúa el miedo y la evitación ante situaciones; consta de 11 ítems, con 4 alternativas de respuestas, dividida en 2 partes: la primera valora la gravedad del miedo en distintas situaciones, y la segunda evalúa la sintomatología fisiológica producida por las situaciones temidas.¹⁵ Con una validez de 0.70.¹⁶



- 3) Inventario de depresión de Beck: Utilizado para identificar y medir la gravedad de los síntomas típicos de depresión en adolescentes mayores de 13 años y adultos. Consta de 21 ítems, 14 corresponden a naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales.¹⁷ Esta prueba mostró una validez media de 0.6. Brinda 4 categorías de puntuación:

No depresión: 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: mayor a 30 puntos¹⁸

- 4) Test sobre calidad de vida en pacientes dermatológicos (DLQI): tiene como objetivo determinar el efecto que ha tenido su problema de la piel en la vida de la persona en la última semana. Está compuesto de 10 preguntas, las cuales abarcan aspectos tales como síntomas y sentimientos, actividades diarias, actividades lúdicas, trabajo y vida escolar y efectos secundarios del tratamiento.¹⁹ La validez mostrada fue de 0.83.²⁰

Brinda 5 categorías:

Calidad de vida no afectada = 0-1

Calidad de vida poco afectada=2-5

Calidad de vida moderadamente afectada=6-10

Calidad de vida muy afectada=11-20

Calidad de vida gravemente afectada= 21-30

Estos instrumentos (ver anexo 2) tienen como objetivo evaluar y cuantificar el nivel de depresión, fobia social, autoestima y calidad de vida de las personas con patologías dermatológicas del Centro Nacional de Dermatología.

Proceso de recolección de datos

Previo a la recolección de datos, se envió el documento al departamento de docencia del SILAIS-Managua, para poder realizar la investigación y posteriormente a través de una carta se solicitó permiso a la directora del Centro Nacional Dermatológico.

Se realizó un pilotaje a 50 personas escogidas al azar que acuden a consulta externa dermatológica en el Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) para valorar el



manejo y llenado correcto del instrumento. Al momento de aplicar el instrumento, primero a cada participante se le explicó en qué consistía el estudio, luego se solicitó la lectura y firma del consentimiento informado (ver anexo 3). Para la recolección adecuada de datos, cada encuestadora aplicó un instrumento por persona, para poder abordar adecuadamente a cada uno de ellos de tal manera que se les pudo aclarar dudas y garantizar que cada instrumento se completara adecuadamente, evitando a la medida de lo posible la pérdida de información. Tomando en cuenta lo demorado para completarse, se le permitió tomar tanto tiempo como fuese necesario para completar satisfactoriamente el instrumento.

Plan de Análisis

La información obtenida fue recopilada, ordenada, clasificada, depurada y analizada de acuerdo con los objetivos propuestos en el presente estudio a través del programa SSPS 20, desarrollado por IBM para realizar capturas y análisis de datos para crear tablas, gráficos completos, además de que tiene la capacidad de gestionar grandes volúmenes de datos y es capaz de llevar a cabo análisis de textos y otros formatos.

Primeramente, se determinó las características sociodemográficas, las patologías dermatológicas más prevalentes en este estudio y la duración de esta, a través de análisis univariado. Después se evaluaron cada uno de los efectos psicológicos a estudio utilizando sus diferentes instrumentos de evaluación:

Para determinar el nivel de autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg, los resultados obtenidos se estratificaron en 3 categorías.

En el caso de fobia social, se utilizó la escala breve de fobia social (BSPS); todos los participantes que registraron una puntuación por encima de los 20 puntos tomaron un valor adecuado para fobia social.

Para establecer la presencia de depresión en la población en estudio, se utilizó el Inventario de depresión de Beck, el rango de la puntuación va de 0-63 puntos; obteniéndose 4 categorías.



Con respecto a la calidad de vida, esta fue medida a través del test DLQI. Se sumaron las puntuaciones para obtener una puntuación total, pudiéndose obtener puntajes que van desde 0 hasta 30 como puntaje máximo, y brinda 5 categorías.

En el caso del test de Beck y el DLQI, se realizó una recodificación agrupando ciertas categorías; en el test de Beck se agrupó No depresión y depresión leve en una misma categoría; con respecto a calidad de vida con el DLQI se agrupó calidad de vida no afectada y poco afectada.

Posteriormente; se utilizó la regresión logística multinomial para identificar las posibles asociaciones entre las variables de sexo, edad, escolaridad, patología dermatológica y calidad de vida con los trastornos psicológicos a estudio; utilizando $P < 0.05$ como nivel de corte, siendo aquellas variables que estuvieron por debajo de éste las que presentaron asociación.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Variable	Definición	Valor
Características Sociodemográficas	Sexo	Es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Hombre Mujer
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos
	Escolaridad	Última capacitación recibida según la estructura del sistema educativo formal, que finalizó.	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad Técnico
	Ocupación	Tarea o función que desempeña y que puede estar relacionada o no con su nivel de educación, y por la cual recibe un ingreso en dinero o especie.	Trabajo formal Trabajo informal Negocio propio Desempleado
	Estado Civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	Casado(a) Unión de hecho estable Soltero(a)
	Procedencia	Se emplea para designarse el origen, el comienzo, que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede.	Urbana Rural Departamento
	Patología dermatológica	Es un grupo de signos y síntomas que se presentan en la piel, por diversas causas.	Diagnóstico médico
	Autoestima	Es la valoración, percepción o juicio positivo o negativo de uno mismo.	Alta Media Baja



Efectos psicológicos	Fobia social	Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.	No Si
	Depresión	Se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad), también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física.	No Leve Moderada Grave
	Calidad de vida	Es un concepto que se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	No afectada Poco afectada Moderadamente afectada Muy afectada Gravemente afectada



- **Aspectos Éticos**

De acuerdo con la delicadeza del tema en estudio se les comunicó de forma verbal y escrita a los participantes el propósito de éste, lo que se valoró al momento de aplicar el instrumento, que estuvo conformada por la encuesta y los test de los trastornos psicológicos. Asegurándose de cumplir con lo establecido en la Ley General de salud No. 423, Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades No. 648 y la Declaración de Helsinki, considerando las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en habitantes nicaragüenses; para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

En el estudio se cumplió con respetar la integridad, dignidad, creencias, intimidad y pudor de cada uno de los participantes ya que se les hizo constar que su participación es voluntaria y libre además se le brindó un consentimiento informado para que pueda decidir si participa o no en el estudio además el participante pudo abandonar el estudio, si así lo desea.

Los datos recolectados mediante los instrumentos antes mencionados se utilizaron únicamente con fines académicos por lo que la información que se proporcione fue reservada para proteger y respetar los derechos de cada uno de los participantes. Por lo tanto, es de importancia resaltar que la participación en la investigación fue anónima, para evitar prevenciones frente a la participación en la aplicación de los instrumentos evaluadores.



VIII. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la tesis sobre "Efectos psicológicos y calidad de vida de personas con patologías dermatológicas atendidas en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo en el período enero-febrero 2020", en el cual participaron 349 personas en edades de 18 a 45 años.

Características sociodemográficas:

Tabla N°1. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología, en el período de enero-febrero 2020 en edades de 18-45 años. (N= 349)

Variables	Frecuencia (%)
Sexo	
Hombre	163 (46.7%)
Mujer	186 (53.3%)
Edad	
18-20	96 (27.5%)
21-40	204 (58.5%)
41-45	49 (14.0%)
Estado civil	
Soltero	211 (60.5%)
Unión estable	105 (30.1%)
Casado	31 (8.9%)
Viudo	2 (6.0%)
Escolaridad	
No estudio	22 (6.3%)
Primaria	84 (24.1%)
Secundaria	104 (29.8%)
Técnico	45 (12.9%)
Universidad	94 (26.9%)
Ocupación	
No trabaja	168 (48.1%)
Desempleado	28 (8.0%)
Negocio propio	18 (5.2%)
Trabajo informal	80 (22.9%)
Trabajo formal	55 (15.8%)

En las características sociodemográficas, la tabla n°1 muestra que del total de personas encuestadas el 53.3% son mujeres; la mayor cantidad de encuestados se encuentran en edades de 21-40 años con un 58.5%; con respecto al estado civil el 60.5% de la



población están solteros; el grado académico más alto aprobado es la secundaria con un 29.8%; de acuerdo a la ocupación el 48.1% de la población encuestada no trabaja.

Patologías dermatológicas

Tabla N°2. Distribución porcentual de las patologías dermatológicas más prevalentes, según las características sociodemográficas en las personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología en el período de enero-febrero 2020, en edades de 18-45años. (N=349)

Variables	Patologías dermatológicas				
	Acné	Dermatitis	Psoriasis	Vitiligo	Otros*
Sexo					
Hombre	51 (47.2%)	35 (49.9%)	18 (36.7%)	16 (48.5%)	43(53.1%)
Mujer	57 (52.8%)	43 (55.1%)	31 (63.3%)	17 (51.5%)	38(46.9%)
Edad					
< 21años	34 (31.5%)	27 (34.6%)	9 (18.4%)	3 (9.1%)	23 (28.4%)
>21 años	74(68.5%)	51 (65.4%)	40 (81.6%)	30 (90.9%)	58 (71.6%)
Escolaridad					
No estudio	8 (7.4%)	2 (2.6%)	3 (6.1%)	5 (15.2%)	4 (4.9%)
Primaria	21 (19.4%)	14 (17.9%)	14 (28.6%)	14 (42.4%)	21 (25.9%)
Secundaria	26 (24.1%)	27 (34.6%)	17 (34.7%)	10 (30.3%)	24 (29.6%)
Técnico	13 (12.0%)	13 (16.7%)	7 (14.3%)	1 (3.0%)	11 (13.6%)
Universidad	40 (37.0%)	22 (28.2%)	8 (16.3%)	3 (9.1%)	21 (25.9%)
Estado Civil					
Soltero	73 (67.6%)	43 (55.1%)	26 (53.1%)	23 (69.7%)	46 (56.8%)
Unión estable	24 (22.2%)	27 (34.6%)	15 (30.6%)	9 (27.3%)	30 (37.0%)
Casado	9 (8.3%)	8 (10.3%)	8 (16.3%)	1 (3.0%)	5 (6.2%)
Viudo	2 (1.9%)	-	-	-	-
Ocupación					
No trabaja	65 (60.2%)	29 (37.2%)	24 (49.0%)	20 (60.6%)	30 (37.0%)
Desempleado	6 (5.6%)	7 (9.0%)	3 (6.1%)	5 (15.2%)	7 (8.6%)
Negocio propio	7 (6.5%)	2 (2.6%)	2 (4.1%)	-	7 (8.6%)
Trabajo informal	12 (11.1%)	26 (33.3%)	11 (22.4%)	7 (21.2%)	24 (29.6%)
Trabajo formal	18 (16.7%)	14 (17.9%)	9 (18.4%)	1 (3.0%)	13 (16.0%)
Procedencia					
Urbana	78 (72.2%)	75 (96.2%)	47 (95.9%)	14 (42.4%)	76 (93.8%)
Rural	30 (27.8%)	3 (3.8%)	2 (4.1%)	19 (57.6%)	5 (6.2%)
Regiones					
R. Pacífico	90 (83.3%)	78 (100%)	49 (100%)	15 (45.5%)	81 (100%)
R. Central	14 (70.0%)	-	-	6 (18.2%)	-
R. Caribe	4 (25.0%)	-	-	12 (36.4%)	-

*En la casilla Otros, se encuentran las enfermedades de Escabiasis, alopecia, enfermedades fúngicas, rosácea, urticaria, verrugas, etc., las cuales obtuvieron menos de 15 puntos en el recuento.



En la tabla n°2, podemos observar las patologías dermatológicas más prevalentes de acuerdo con las características sociodemográficas en la población en estudio. Los pacientes con acné la mayoría son mujeres con un 52.8%, mayores de 21 años (68.5%); un 37.0% tiene una escolaridad universitaria, un 67.6% están solteros, el 60.2% no trabaja, son de procedencia urbana (72.2%), la mayoría de los pacientes son de la región pacífico (83.3%).

En el caso de los pacientes con dermatitis, la mayor parte son mujeres (55.1%), en edades mayores de 21 años (65.4%), con un nivel de escolaridad secundaria (34.6%), con respecto al estado civil un 55.1% son solteros, un 96.2% son de procedencia urbana y todos los pacientes son de la región pacífico (100%).

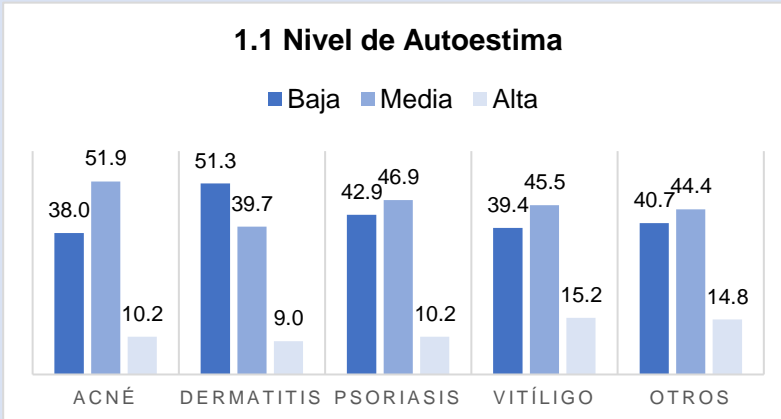
En los pacientes con diagnóstico de psoriasis, el 63.3% son mujeres, mayores de 21 años (81.6%), el 34.7% tienen un nivel de escolaridad secundaria, el 53.1% están solteros, un 95.9% son de procedencia urbana y el 100% de los pacientes son de la región pacífico.

Con respecto a los pacientes con vitíligo, la mayoría son mujeres con un 51.5%, el 90.9% son mayores de 21 años, con un nivel de escolaridad primaria (42.4%), el 69.7% están solteros, en el caso de la ocupación el 60.6% no trabaja, un 57.6% son de procedencia urbana y el 45.5% son del pacífico.

Los pacientes agrupados en la categoría de otras patologías dermatológicas muestran que del total de esta población el 53.2% son hombres, el 71.6% son mayores de 21 años, el grado académico más alto aprobado es la secundaria con un 29.6%, el 56.8% están solteros, con respecto a la ocupación el 37.0% no trabaja, un 93.8% procede de una zona urbana y el 100% de los pacientes son de la región pacífico.

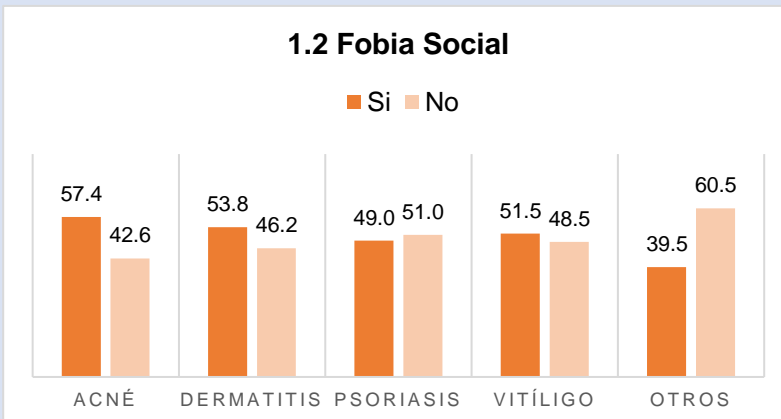


Gráfico n°1. Distribución porcentual del nivel de Autoestima, Fobia Social y el nivel de depresión, según las patologías dermatológicas en las personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología en el período de enero-febrero 2020, en las edades de 18-45 años. (N=349)

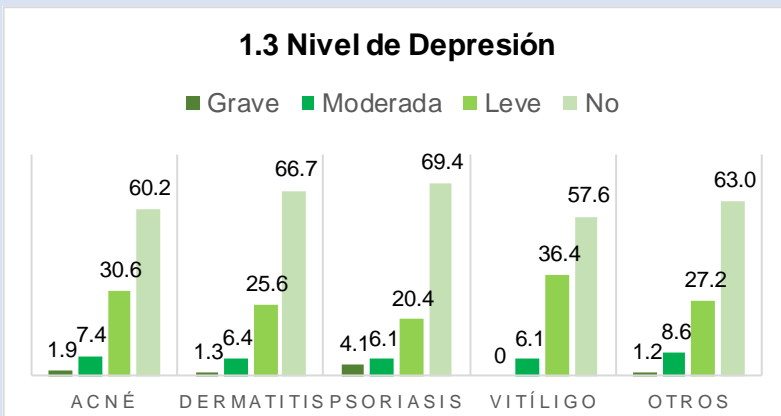


En el gráfico 1 se observan tres gráficas, correspondientes a nivel de autoestima, fobia social y nivel de depresión, según las patologías dermatológicas de las personas en estudio.

En el gráfico 1.1, se puede apreciar que las personas con dermatitis, un 51.3% presentan un nivel de autoestima baja, seguida por vitiligo y otras enfermedades con un 42.9% y 40.7%, respectivamente. Además, un 15.2% de las personas con vitiligo presentan un nivel de autoestima alta, así como otras enfermedades con un 14.8%.



Con respecto al gráfico 1.2, las personas con acné presentan fobia social con un 57.4%, seguido por dermatitis (53.8%) y vitiligo (51.5%). Sin embargo, un 60.5% de las personas con otras enfermedades no presentan fobia social, así mismo, psoriasis (51.0%) y vitiligo (48.5%).

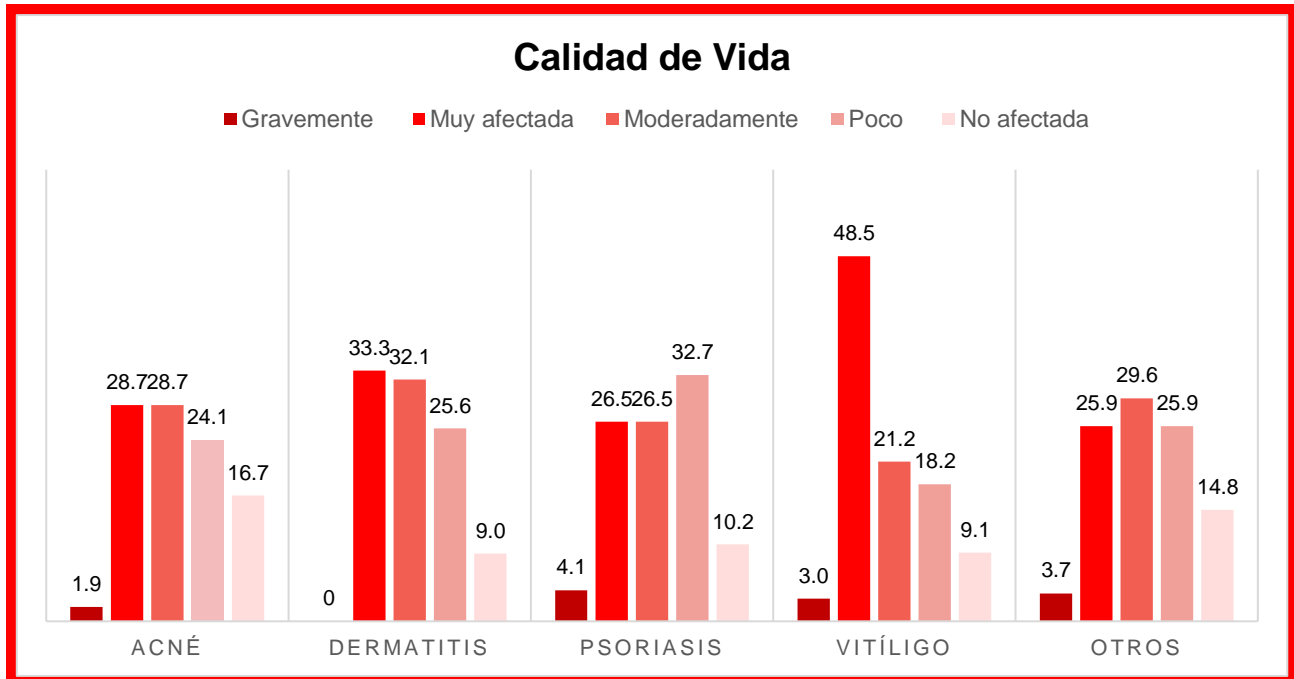


En el gráfico 1.3, se aprecia que las personas con psoriasis presentan un nivel de depresión grave (4.1%), y acné con un 1.9%. En el caso de otras enfermedades, un 8.6% de las personas presentan un nivel de depresión moderado, de igual manera, dermatitis (6.4%) y un 6.1% de las personas con psoriasis y vitiligo.



Calidad de vida

Gráfico n°2. Distribución porcentual de la calidad de vida según la Escala de Calidad de Vida en pacientes dermatológicos (DLQI) según patología dermatológica en personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología en el período de enero- febrero 2020, en edades de 18-45 años. (N=349)



En el gráfico sobre la afectación de la calidad de vida de acuerdo con las enfermedades dermatológicas se puede apreciar que, en la psoriasis la calidad de vida se encuentra gravemente afectada (4.1%), seguida por otras enfermedades y vitíligo con 3.7% y 3.0%, respectivamente. En acné, la calidad de vida se encuentra tanto muy afectada como moderadamente afectada con un 28.7% para ambas; así mismo psoriasis (26.5%).

En los pacientes con dermatitis un 33.3% de la población tiene una calidad de vida muy afectada, así mismo un 32.1% presenta una calidad de vida moderadamente afectada y un 9% de los pacientes no presentó afectación en su calidad de vida. En las personas con vitíligo un 48.5% presentan una calidad de vida muy afectada, y solo un 9.1% no presentan afectación en su calidad de vida. En el caso de otras enfermedades, las personas presentan una calidad de vida muy afectada con un 25.9%, y un 14.8% no muestran afectación en su calidad de vida.



Tabla N°3. Distribución porcentual de la calidad de vida evaluada con la Escala de Calidad de Vida de los pacientes dermatológicos (DLQI) según características sociodemográficas y tiempo de evolución en las personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología en el período de enero-febrero 2020, en las edades de 18-45 años. (N=349)

Variables	Calidad de Vida				
	Gravemente afectada (%)	Muy afectada (%)	Moderadamente afectada (%)	Poco afectada (%)	No afectada (%)
Sexo					
Hombre	5 (62.5%)	54 (50.5%)	49 (49.0%)	36 (40.4%)	19 (42.2%)
Mujer	3 (37.5%)	53 (49.5%)	51 (51.0%)	53 (59.6%)	26 (57.8%)
Edad					
< 21 años	2 (25.0%)	28 (26.2%)	25 (25.0%)	23 (25.8%)	18 (40.0%)
>21 años	6 (75.0%)	79 (74.8%)	75 (75.0%)	66 (74.2%)	27 (60.0%)
Regiones					
R. Pacífico	7 (87.5%)	91 (85.0%)	90 (90.0%)	85 (95.5%)	40 (88.9%)
R. Central	-	8 (7.5%)	6 (6.0%)	2 (2.2%)	4 (8.9%)
R. Caribe	1 (12.5%)	8 (7.5%)	4 (4.0%)	2 (2.2%)	1 (2.2%)
Tiempo					
< 6 meses	1 (12.5%)	12 (11.2%)	22 (22.0%)	21 (23.6%)	4 (8.9%)
6m-1año	3 (37.5%)	28 (26.2%)	26 (26.0%)	18 (20.2%)	13 (28.9%)
>1 año	4 (50.0%)	67 (62.6%)	52 (52.0%)	50 (56.2%)	28 (62.2%)

En la tabla n°3 se observa la calidad de vida según ciertas características sociodemográficas. En la calidad de vida gravemente afectada, el 62.5% son hombres, mayor de 21 años (75.0%), el 87.5% son de la región pacífico, con respecto al tiempo el 50.0% tienen más de un año con la patología dermatológica.

En la calidad de vida muy afectada, la mayoría de los pacientes son hombres con un 50.5%, de acuerdo a la edad el 74.8% son >21 años, el 85.0% son de la región pacífico y el 62.6% tienen más de 1 año con la patología.

Sobre la calidad de vida moderadamente afectada, el 51.0% son mujeres, en edades mayores de 21 años con un 75.0%, el 90% son de la región pacífico y el 52.0% han presentado la patología por más de 1 año.



Con respecto a la calidad de vida poco afectada, la mayoría de los pacientes son mujeres con un 59.6%, de acuerdo a la edad el 74.2% son mayor de 21 años, el 95.5% viven en la región pacífico, y el 56.2% de los pacientes tienen más de 1 año presentando una patología dermatológica.

De acuerdo a la calidad de vida no afectada, el 57.8% son mujeres, el 60.0% son >21 años, la mayoría de los pacientes viven en la región pacífico con un 88.9%, con respecto al tiempo el 62.2% de estos pacientes han tenido la patología por más de 1 año.

Tabla N°4. Relación entre patologías dermatológicas y el nivel de autoestima en pacientes que acuden al Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, en el período de enero-febrero 2020. (N=349).

	Autoestima baja*			Autoestima media		
	P	RP	IC-95%	P	RP	IC-95%
Acné	0.980	1.010	0.462-2.208	0.383	1.406	0.654-3.025
Dermatitis	0.221	1.746	0.715-4.263	0.800	1.124	0.455-2.778
Psoriasis	0.784	1.157	0.407-3.290	0.771	1.167	0.414-3.287
Vitíligo	0.481	0.674	0.225-2.018	0.549	0.719	0.245-2.112
Otras	0.313	0.670	0.307-1.459	0.312	0.672	0.311-1.453

*La categoría de referencia es: Autoestima alta

En las tablas n°4 se observa la asociación entre las patologías dermatológicas en estudio y el nivel de autoestima, no se encontró asociación alguna entre las diferentes patologías con el nivel de autoestima baja y media.

En la tabla n°4 se encuentra que las personas con Dermatitis tienen 1.746 veces más prevalencia de autoestima baja. Con respecto a la autoestima media, las personas con acné tienen 1.4 veces más prevalencia de autoestima media que las personas que no tienen acné.



Tabla n°5. Asociación entre las enfermedades dermatológicas y los diferentes niveles de depresión en los pacientes que acuden a consulta al Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, en el período comprendido entre enero-febrero 2020. (N=349). Tabla no ajustada

	Depresión grave*			Depresión moderada		
	P	RP	IC-95%	P	RP	IC-95%
Acné	0.895	1.122	0.202-6.231	0.902	1.056	0.441-2.530
Dermatitis	0.730	0.683	0.079-5.943	0.761	0.854	0.310-2.356
Psoriasis	0.197.	3.114	0.554-17.510	0.797	0.849	0.244-2.957
Vitíligo	^a			0.776	0.805	0.181-3.578
Otras	0.718	0.671	0.077-5.837	0.567	1.305	0.525-3.247

*La categoría de referencia es: Depresión leve/No depresión

^aNo se encontraron datos para esta variable

En la tabla n°5, se puede observar que las personas con psoriasis tienen 3.114 más prevalencia de Depresión grave, los pacientes con otras enfermedades presentan un 1.305 más prevalencia de Depresión moderada.

Con respecto a la asociación entre las patologías dermatológicas y los niveles de depresión ninguna es estadísticamente significativa.

Tabla n°6. Relación entre Patologías dermatológicas y Fobia social en pacientes que acuden a consulta en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo en el período comprendido de enero-febrero 2020. (N=349). Tabla no ajustada.

	SI*		
	P	RP	IC-95%
Acné	0.095	1.47	0.935-2.334
Dermatitis	0.531	1.175	0.709-1.947
Psoriasis	0.793	0.922	0.504-1.688
Vitíligo	0.923	1.036	0.506-2.123
Otras	0.022	0.554	0.334-0.919

* La categoría de referencia es No

En la tabla n°6, se muestra que otras enfermedades tienen una asociación estadísticamente significativa con fobia social, teniendo 0.522 veces más prevalencia de dicho trastorno las personas con estas patologías con un nivel de confianza del 95%.

Los pacientes con acné tienen 1.47 veces más prevalencia de fobia social que los pacientes que no presentan dicha patología.



Tabla n°7. Relación entre Patologías dermatológicas y la Calidad de vida en los pacientes que acuden al Centro Nacional de Dermatología Francisco Gómez Urcuyo en el período de enero-febrero 2020. (N=349). Tabla no ajustada

	Gravemente afectada*			Muy afectada			Moderadamente afectada		
	P	RP	IC-95%	P	RP	IC-95%	P	RP	IC-95%
Acné	0.647	0.682	0.132-3.516	0.520	0.834	0.481-1.449	0.766	0.919	0.527-1.603
Dermatitis ^a				0.440	1.272	0.690-2.334	0.378	1.321	0.711-2.453
Psoriasis	0.492	1.794	0.339-9.497	0.436	0.744	0.354-1.566	0.567	0.804	0.381-1.695
Vitíligo	0.542	1.984	0.219-17.939	0.042	2.442	1.033-5.772	0.932	1.045	0.376-2.909
Otras	0.422	1.836	0.416-8.102	0.356	0.474	0.403-1.387	0.912	0.967	0.528-1.768

*La categoría de referencia es: Poco afectada/No afectada

En la tabla n°7, se observa que los pacientes con vitíligo tienen 1.984 veces más prevalencia de una calidad de vida gravemente afectada que las personas que no tienen vitíligo.

Con respecto a la asociación, el vitíligo presenta asociación significativa con una calidad de vida muy afectada, teniendo 2.442 veces más prevalencia de este factor que las personas que no tienen esta patología.

Las personas con dermatitis presentan 1.321 veces más prevalencia de una calidad de vida moderadamente afectada que las personas que no presentan esta enfermedad.



IX. DISCUSIÓN

El presente estudio determina los efectos psicológicos y calidad de vida de los pacientes con patologías dermatológicas más frecuentes, que acuden al Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo, en el período enero-febrero del año 2020. Los pacientes con dermatitis presentan una autoestima baja de 51.3%; en el caso de fobia social, las personas con acné tienen la mayor prevalencia de fobia social con 57.4%; el vitíligo es la patología dermatológica con el nivel de depresión más grave, 4.1%. Con respecto a la calidad de vida, los pacientes con psoriasis muestran una calidad de vida gravemente afectada, 4.1%, siendo la más alta entre las patologías.

A continuación, se estarán discutiendo en detalle aquellos aspectos convergentes y divergentes reportados en la revisión de la literatura con los datos obtenidos; también se discutirán posibles explicaciones relativas de los hallazgos de esta investigación.

Los resultados obtenidos muestran que la mayor parte de los participantes son del sexo femenino, en edades de 21 a 40 años, solteros, con un nivel de escolaridad secundaria; encontrándose datos similares en el estudio realizado por Acosta P., et al.⁹, sobre las afecciones psicológicas en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima, Perú en el año 2015.

Del análisis de los resultados del estudio se puede afirmar que la patología dermatológica con mayor prevalencia es el acné (30,9%), seguido por otras patologías (23.2%), la patología con menor prevalencia es el vitíligo (9.5%). Los datos antes mencionados no concuerdan con la investigación realizada por Antuña Bernardo, et al.³, sobre el perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas en el año 2000, España; en la cual se presenta que la dermatitis fue la patología más prevalente con un 26.2%, seguida de Alopecia con un 9.9%.

Pueden existir múltiples factores que pueden influir en la discrepancia con la literatura, principalmente factores no modificables, como son los factores genéticos, zonas geográficas y climas calurosos. Otra explicación probable es que el acné en este entorno es una de las enfermedades con mayores repercusiones psicológicas en los pacientes, porque su manifestación clínica es en zonas visibles del cuerpo, por lo cual



los pacientes buscan asistencia médica más seguido que las personas con otras patologías.

Por otro lado, en este estudio se evidencia que la dermatitis es la patología dermatológica con el nivel de autoestima más bajo con 51.3%, los pacientes con acné tienen más fobia social (57.4%) con respecto a las demás patologías. No fue posible comparar estos resultados con otros estudios realizados en Nicaragua, ya que no se han realizado investigaciones de esta índole en el país, además, que no se encontró estudios internacionales donde se abordaran estos efectos psicológicos con todas las patologías dermatológicas, sino que solo con enfoque a una patología específica y un efecto psicológico.

De acuerdo al nivel de depresión, los personas con psoriasis tienen un nivel de depresión grave con 4.1%, los pacientes con otras patologías muestran el nivel de depresión moderada más alto con 8.6% y el acné presenta el nivel de depresión leve más elevado, 30.6%. Al compararlo con el trabajo de Antuña Bernardo S., et al.³, sobre el perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas en el año 2000, España, muestra resultados similares, donde los pacientes con psoriasis presentan el más alto nivel de depresión grave (25.0%), con respecto al nivel de depresión moderada los resultados no concuerdan ya que las enfermedades con más prevalencia fueron la psoriasis, el acné y la rosácea con un 50.0% para cada una, tampoco hay concordancia con el nivel de depresión leve donde en esta investigación se muestra que otras patologías tuvieron la mayor prevalencia con 63.6%.

De los datos obtenidos, se puede concluir que la patología con una calidad de vida gravemente afectada fue psoriasis (4.1%), seguida por otras enfermedades y vitiligo (3.7% y 3% respectivamente) y en el caso de los pacientes con dermatitis no presentaron una calidad de vida gravemente afectada; en el caso de una calidad de vida muy afectada y moderadamente afectada la patología dermatológica más afectada fue el acné (28.7%), además las personas con vitiligo que presentaron una calidad de vida muy afectada (48.5%). Al momento de la revisión bibliográfica, no se encontró una buena fuente de comparación; en la tesis doctoral realizada por Martínez-García E., et al., sobre El impacto de las enfermedades dermatológicas sobre la calidad de vida de



los pacientes y sus cohabitantes, ellos se enfocaron en 2 patologías: psoriasis encontrándose que el 97.1% de los pacientes con psoriasis tuvieron afectación de la calidad de vida y acné con un 87.1% de pacientes con un deterioro de la calidad de vida.

Es importante recalcar que los diferentes estudios no muestran el grado de impacto en la calidad de vida de los pacientes dermatológicos, solo sí esta se encuentra afectada o no, por lo cual no hay una concordancia entre los datos de este estudio y la literatura revisada.

Para la medición de los efectos psicológicos y de la calidad de vida en pacientes dermatológicos hay una gran cantidad de instrumentos que se pueden usar, por la cual las comparaciones entre la revisión bibliográfica y los datos de esta investigación varían en gran medida, lo cual no crea sesgo alguno, ya que cada autor utiliza el instrumento de medición que mejor se acople a sus objetivos de investigación y a su población de estudio. Es importante señalar que los instrumentos usados en este trabajo ya han sido usados anteriormente en el país para estudiar efectos psicológicos de otras enfermedades, lo cual ayuda a reconocerlos como test adecuados para ser aplicados en nuestra población, a pesar de no estar válidados en el país.

De acuerdo con los resultados encontrados en la investigación, se puede deducir que existe una asociación estadísticamente significativa entre otras patologías dermatológicas y fobia social, también entre vitíligo y una calidad de vida muy afectada, sin embargo, no se encontró correlación entre las otras patologías y los demás efectos psicológicos en estudio. Al compararlo con un estudio realizado por Paucar P., et al.⁶, sobre la relación bidireccional de las enfermedades dermatológicas y los desórdenes mentales en el año 2018, los resultados difieren ya que este determinó una asociación significativa entre la depresión mayor y las enfermedades dermatológicas principalmente, Psoriasis, así como también entre fobia social y acné, lo cual produce un deterioro del estado ánimo de los pacientes, con un aumento del estado ansioso-depresivo.



No se encontró en la literatura investigaciones sobre asociación entre calidad de vida y patologías dermatológicas por lo cual no se pudo realizar una comparación.

Con la realización de este estudio se esperaba encontrar una fuerte asociación entre las enfermedades dermatológicas, principalmente acné y psoriasis; y los efectos psicológicos, así como con la calidad de vida ya que está ampliamente documentado en la literatura que existe asociación entre estos, la cual se vuelve más fuerte cuando la patología dermatológica se encuentra en una zona muy visible, los síntomas son muy intensos y cuando aparecen entre la adolescencia y juventud.

Dentro de las limitaciones en la realización de esta investigación fue la búsqueda de información ya que no se encontró investigaciones similares realizadas en el país que pudieran servir como guía para la realización de este trabajo. No hubo limitaciones en la recolección de datos.



X. CONCLUSIÓN

Después de la realización de esta investigación se concluye que la patología dermatológica más prevalente en la población de estudio es el acné, con respecto a los efectos psicológicos los pacientes con dermatitis muestran el nivel de autoestima más bajo, las personas con acné tienen la mayor prevalencia de fobia social; los pacientes con psoriasis presentan el nivel de depresión grave más elevado.

De acuerdo a la calidad de vida, la cual es una percepción de "sentirse bien" que de acuerdo al instrumento usado depende de la sintomatología de la enfermedad, el estado psicológico, y factores sociales de cada paciente, los personas con psoriasis presentan una calidad de vida gravemente afectada, en el vitíligo tienen una calidad de vida muy afectada, los pacientes con psoriasis muestran una calidad de vida moderadamente afectada, así mismo presentan la prevalencia más alta de una calidad de vida poco afectada y las personas con diagnóstico de acné son las que tienen una calidad de vida no afectada más elevada que las demás patologías.



XI. RECOMENDACIONES

General:

- Realización de estudios más amplios sobre estos temas, pero con una mayor población, donde se abarquen más edades y tanto las personas nuevas como los pacientes subsecuentes.

A las autoridades del CND:

- Realización de campañas promoviendo la importancia de la salud mental en la vida diaria y como las enfermedades dermatológicas pueden afectarla.
- Promover la consulta integral entre médicos con los pacientes, para identificar aquellos pacientes que deben ser remitidos al área de psicología como parte de un protocolo rutinario.
- Que se le brinde atención psicológica de calidad a todas aquellas personas que se observa en la consulta que tienen afectación de su salud mental, debido a su enfermedad y que se les brinde el seguimiento necesario, así como también atención psicológica en conjunto con su familia para una mejor atención.
- Que se promuevan diferentes grupos de apoyo de personas con el mismo padecimiento para ayudar a las personas a sobrellevar de mejor manera su patología, dándoles diferentes herramientas para mejorar su calidad de vida.



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piqueras J, Martínez A, Ramos V, Rivero R. Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, Bogotá 2008;15(1): 43-74.
2. Estadísticas Mundial de las Enfermedades dermatológicas. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018.
3. Antuña S, García E, González A, Secades R, Errasti J. Perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*. 2000;12(5):1-5.
4. Pera G. Telmo. Estudio de la patología psiquiátrica de pacientes que acuden a la consulta dermatológica. Universidad de Vigo, 2012.
5. Fernaud E, Hernández B, Ruiz C. Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel mediador del afrontamiento. *Universitas Psychologica* 2015, 14(2), 523-534.
6. Paucar P. Bidirectional relationship of the skin pathologies with mental disorders. *Rev Cient Cienc Med* 2018; 21(1):84-89.
7. Panzarelli A. Calidad de vida y enfermedades cutáneas. *Dermatología venezolana* 2008; 46(4): 23-29.
8. Mingote J, López C. Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud: una responsabilidad compartida. *Rev Med Segur* 2011; 57(1): 1-262.
9. Acosta J, Hever K, Huayana L, Álvarez F. Depresión y Síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de dermatología de un Hospital General de Lima. *Rev. Neuropsiquiatría, Lima (Perú)*; 2013.
10. Martínez T. Impacto psicológico de las cicatrices del acné en adolescentes del Hospital San Juan Dermcenter de la ciudad de Riobamba, año Enero- Noviembre 2016. UNIANDES, Ecuador, 2017.
11. Merchán V. El acné y su relación en la autoestima de los/las estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa Fernández Suárez Palacio del barrio Carigán de la ciudad de Loja, período Febrero-Julio del 2016. UNL Ecuador, 2017



12. Antuña S, García E, González A. Aspectos psicológicos de los enfermos con dermatitis atópica: una revisión.
13. Clínica y salud. 2002;13(3):285-306.
14. Vila N, Castellano E. Estudio comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud, en la población albina, con vitíligo y sin patología cutánea. THERAPEÍA. 2017; 9: 47-61.
15. <https://www.saludymedicinas.com.mx/vida-sana/cuidado-de-la-piel/que-es-la-dermatologia>
16. Blazquéz A. Introducción a la psicología: Psicología básica. Universidad de Alicante. Madrid, España. 2008.
17. Serón D, Tomás, Calderón H. Perla. Actualización de psicodermatología. Departamento de Dermatología HCUCH. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, Chile; 2015.
18. Torales B, Moreno M, Ortiz M. Generalidades de la Clasificación de Dermatología, Trastorno de la excoiación: de la emoción a la lesión. Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas (EFACIM), 1ra edición, 1er cap. January 2014.
19. Torales J, González L, Malatesta E, González I. Introducción a la psicodermatología, libro Psicodermatología: una actualización diagnóstica y terapéutica de las entidades clínicas más frecuentes. Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas (EFACIM), 1ra edición, 1er cap. April 2019.
20. Romaní J, Chesa D. Psicodermatología en atención primaria. Servicio de Dermatología. Hospital de Badalona, Barcelona, España. Revista ELSEVIER, 20(6). 2005.
21. Wolff Klaus, et al. Fitzpatrick, Dermatología en Medicina General. 7ma edición, Tomo 1. Editorial Panamericana S.A. Buenos Aires, Argentina. 2009.
22. Arenas Guzmán Roberto. Dermatología: Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. 6ta edición, McGraw-Hill Editorial, D.F, México. 2015.
23. Smith, Yolanda. "Epidemiología del psoriasis". *News-Medical*. 28 June 2019. <<https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Epidemiology.aspx>>.



24. Maza-Ramos G., Liquidano-Pérez Eduardo, S. Marimar, Orozco-Covarrubias L. Ácne juvenil, tratamiento por el pediatra. ¿Cuándo mandar al especialista? Criterio Pediátrico. Acta Pediátrico, México. Septiembre-Octubre 2018.
25. Martínez-Suárez Hugo V. Alopecia areata. Dermatología, Revista Mexicana, volumen 59, Número 6. Septiembre-Octubre 2015. México.
26. Pérez L, Zegpi S, Sáenz M. Dermatitis atópica. Departamento de dermatología, Clínica de Condes. Revista Médica Clínica Los Condes, Vol 22, Número 2. Marzo 2011.
27. Nasarre Querol. Dermatitis Atópica. Revista de pediatría Atención primaria, Vol 11. Madrid, España. 2012.
28. Bados Arturo. Fobia Social. Facultad de Psicología, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Universidad de Barcelona, España. 2010.
29. file:///C:/Users/ASUS%20X453MA/Desktop/Downloads/7ma_La_Autoestima.pdf
30. <http://www.dcne.ugto.mx/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>
31. Branden N. Desarrollo de la autoestima: Los 6 pilares de la autoestima. Barcelona: Paidós. Barcelona, España 2013.
32. Guía de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Depresión: Información para pacientes, familiares y allegados. Editado por Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Cancillería de Sanidades. España. 2014.
33. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM-5. American Psychiatric Publishing. Washington, DC., EE UU.
34. <https://ifightdepression.com/es/for-all/signs-and-symptoms>
35. <https://ifightdepression.com/es/for-all/causes>
36. J. Bobes. Escala Breve de Fobia Social de Davidson. Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo. Oviedo, España. 2005.



-
37. Osorio F, Souza J, Loureiro S. Cross-cultural validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Portuguese and the development of a structured interview guide. Rev. Bras. Psiquiatr. 2006;28(3)
 38. Rosenberg Self-Esteem Scale. callhelpline.org.uk, The Betsi Cadwaladr University Health Board. Recuperado el 11 de marzo de 2017.
 39. Barahona C, Zegers B, Forster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de adultos. Rev Méd Chile 2009; 137: 791-800.
 40. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf
 41. Beck T. Aaron, Steer A. Robert, Brown K. Gregory. Inventario de Depresión de Beck, BD-II. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología. Editorial Pearson Educación, S.A. España, 2011.
 42. Beltrán M, Freyre M, Guzmán L. The Beck Depression Inventory. Its validity in adolescent population. Ter Psicol 2012; 30(1):5-13
 43. Restrepo C, et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. Editorial Iatreia, Colombia 2013; 26(4).
 44. Cuestionario sobre la calidad de vida-dermatología. DLQI- US Spanish. 2010.



XIII. ANEXOS

Anexo 1: Ubicación del Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco González Urcuyo





Anexo 2

ENCUESTA

n° ____

Cuestionario dirigido a las personas citadas en consulta externa del Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco González Urcuyo, con un diagnóstico dermatológico ya establecido.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____

Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Técnico

Ocupación: Trabajo formal Trabajo informal
 Negocio propio Desempleado

Estado Civil: Soltero Unión de hecho estable Casado

Procedencia: Urbana Rural

Departamento: _____

Patología Dermatológica: _____ Tiempo: _____

II. Efectos psicológicos

Autoestima: Baja Media Alta

Fobia Social: No Si

Depresión: No Leve Moderada Grave

Calidad de Vida: No afectada Poco afectada Moderadamente afectada
 Muy afectada Gravemente afectada



III. Escala de autoestima de Rosenberg

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno para nada.				



IV. Escala breve de Fobia Social.

Parte I. Miedo/ Evitación

¿Cuánto temor experimenta y cuánto evita las siguientes situaciones?

	Miedo	Evitación
1. Hablar en público o delante de otros		
2. Hablar con gente con autoridad		
3. Hablar con extraños		
4. Estar en una situación embarazosa o humillante		
5. Ser criticado		
6. Reuniones sociales		
7. Hacer algo mientras es observado (esto no incluye hablar)		

Opciones de respuesta	
Miedo	Evitación
Nada	Nunca
Leve	Rara vez
Moderado	A veces
Grave	Frecuentemente
Extremo	Siempre

Parte II. Fisiología

Cuando se encuentra en una situación que implica estar en contacto con otras personas, o cuando está pensando en dicha situación, ¿experimenta los siguientes síntomas?

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Extremo
Enrojecimiento					
Palpitaciones					
Temblores o sacudidas					
Sudoración					



V. Test de depresión de Beck

Señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.	<input type="radio"/> No me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.	<input type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.	<input type="radio"/> No me siento fracasado. <input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
4.	<input type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.	<input type="radio"/> No me siento especialmente culpable. <input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable constantemente.
6.	<input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado <input type="radio"/> Espero ser castigado. <input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado.
7.	<input type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input type="radio"/> Me detesto.
8.	<input type="radio"/> No me considero peor que cualquier otro. <input type="radio"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. <input type="radio"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.	<input type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input type="radio"/> Desearía suicidarme. <input type="radio"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.	<input type="radio"/> No lloro más de lo que solía. <input type="radio"/> Ahora lloro más que antes. <input type="radio"/> Lloro continuamente. <input type="radio"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11.	<input type="radio"/> No estoy más irritado de lo normal en mí. <input type="radio"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes. <input type="radio"/> Me siento irritado continuamente. <input type="radio"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.



12.	<p><input type="radio"/> No he perdido el interés por los demás.</p> <p><input type="radio"/> Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p><input type="radio"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.</p> <p><input type="radio"/> He perdido todo el interés por los demás.</p>
13.	<p><input type="radio"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.</p> <p><input type="radio"/> Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p><input type="radio"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p><input type="radio"/> Ya me es imposible tomar decisiones.</p>
14.	<p><input type="radio"/> No creo tener peor aspecto que antes.</p> <p><input type="radio"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.</p> <p><input type="radio"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p><input type="radio"/> Creo que tengo un aspecto horrible.</p>
15.	<p><input type="radio"/> Trabajo igual que antes.</p> <p><input type="radio"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.</p> <p><input type="radio"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo.</p> <p><input type="radio"/> No puedo hacer nada en absoluto.</p>
16.	<p><input type="radio"/> Duermo tan bien como siempre.</p> <p><input type="radio"/> No duermo tan bien como antes.</p> <p><input type="radio"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.</p> <p><input type="radio"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p>
17.	<p><input type="radio"/> No me siento más cansado de lo normal.</p> <p><input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes.</p> <p><input type="radio"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa.</p> <p><input type="radio"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>
18.	<p><input type="radio"/> Mi apetito no ha disminuido.</p> <p><input type="radio"/> No tengo tan buen apetito como antes.</p> <p><input type="radio"/> Ahora tengo mucho menos apetito.</p> <p><input type="radio"/> He perdido completamente el apetito.</p>
19.	<p><input type="radio"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.</p> <p><input type="radio"/> He perdido más de 2 kilos y medio.</p> <p><input type="radio"/> He perdido más de 4 kilos.</p> <p><input type="radio"/> He perdido más de 7 kilos.</p> <p>Estoy a dieta para adelgazar: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p>
20.	<p><input type="radio"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.</p> <p><input type="radio"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.</p> <p><input type="radio"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.</p> <p><input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p>
21.	<p><input type="radio"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p><input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes</p> <p><input type="radio"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo</p> <p><input type="radio"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo</p>



VI. Test de calidad de vida

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

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

1. Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida?

Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada

2. Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?

Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada

3. Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?

Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada
Sin relación

4. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?

Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada
Sin relación

5. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?

Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada
Sin relación



6. Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- Nada
- Sin relación

7. Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?

- SI
- NO

- Sin relación

Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- Nada

8. Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- Nada
- Sin relación

9. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- Nada
- Sin relación



10. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- Nada
- Sin relación

Por favor verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias.



Anexo 3:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN

Facultad de Ciencias Médicas

“Efectos psicológicos y calidad de vida de las personas con patologías dermatológicas atendidas en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco Gómez Urcuyo.”

Consentimiento informado

Nosotros somos estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-León. A continuación, participarás de una investigación para determinar los efectos psicológicos y calidad de vida en las personas con enfermedades dermatológicas.

Si aceptas participar de este estudio, se te solicitará completar una serie de preguntas, que permiten obtener la información necesaria para llevar a cabo dicha investigación. Los instrumentos son anónimos y nadie más que el personal que realiza y participa en el estudio tendrá acceso a esa información.

Con tu participación en este estudio no recibirás ningún pago o un beneficio directo, sin embargo, al brindar una información real en el cuestionario, ayudarás a la comunidad; permitiendo que nuestro estudio represente en el futuro un dato de referencia para conocer los principales efectos psicológicos que presentan las personas con enfermedades dermatológicas. Se espera que no tengas ningún riesgo, puede significar alguna molestia o incomodidad, en el sentido que implica referirte a ti mismo y a tu vida privada.

Aclaraciones

- Su participación es voluntaria
- Puede rechazar participar del estudio y retirarse del mismo cuando lo desee, informando o no las razones de su decisión.
- Puede realizar cualquier pregunta a los investigadores.
- La información será utilizada únicamente con fines académicos, con el fin de cumplir esto, no se pedirá tu nombre.



CONSENTIMIENTO: He leído o se me ha leído toda la información descrita en este documento antes de firmarla, mi participación en este estudio es voluntaria. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y me han sido contestadas de una manera clara, por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en la investigación.

Acepto Si No

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha: _____

En caso de cualquier información contactar:

Lic. Tatiana Chévez Ramírez

Directora de Tesis.

Cel: 8663-7803

Br. Marcela Hidalgo Madrigal

Correo: marcelahidalgo1896-@hotmail.com

Cel: 58862534



Tabla n°8. Distribución porcentual del nivel de autoestima evaluada con la Escala de autoestima de Rosenberg, según características sociodemográficas y tiempo de evolución en las personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología en el período de enero-febrero 2020, en las edades de 18-45 años. (N=349)

Variables		Nivel de autoestima		
		Baja	Media	Alta
Sexo	Hombre	66 (44.6%)	77 (47.8%)	20 (50.0%)
	Mujer	82 (55.4%)	84 (52.2%)	20 (50.0%)
Edad	<21 años	48 (32.4%)	39 (24.2%)	9 (22.5%)
	>21 años	100 (67.6%)	122 (75.8%)	31 (77.5%)
Regiones	R. Pacífico	135 (91.2%)	143 (88.8%)	35 (87.5%)
	R. Central	7 (4.7%)	9 (5.6%)	4 (10.0%)
	R. Caribe	6 (4.1%)	9 (5.6%)	1 (2.5%)
Tiempo de evolución	<6meses	29 (19.6%)	24 (14.9%)	7 (17.5%)
	6meses-1año	35 (23.6%)	40 (24.8%)	13 (32.5%)
	>1año	84 (56.8%)	97 (60.2%)	20 (50.0%)



Tabla n°9. Distribución porcentual del nivel de fobia social evaluada con la Escala Breve de Fobia Social de Davidson (BSPS), según características sociodemográficas y tiempo de evolución en las personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología en el período de enero-febrero 2020, en las edades de 18-45 años. (N=349)

Variables		Fobia Social	
		SI	NO
Sexo	Hombre	73 (41.2%)	90 (52.3%)
	Mujer	104 (58.8%)	82 (47.7%)
Edad	<21 años	52 (29.4%)	44 (25.6%)
	>21 años	125 (70.6%)	128 (74.4%)
Regiones	R. Pacífico	160 (90.4%)	153 (89.0%)
	R. Central	12 (6.8%)	8 (4.7%)
	R. Caribe	5 (2.8%)	11 (6.4%)
Tiempo de evolución	<6 meses	25 (14.1%)	35 (20.3%)
	6 meses–1 año	42 (23.7%)	46 (26.7%)
	>1 año	110 (62.1%)	91 (52.9%)



Tabla n°10. Distribución porcentual del nivel de depresión evaluada con el Inventario de depresión de Beck, según características sociodemográficas y tiempo de evolución en las personas que asisten al Centro Nacional de Dermatología en el período de enero-febrero 2020, en las edades de 18-45 años. (N=349)

Variables		Nivel de Depresión			
		No	Leve	Moderada	Grave
Sexo	Hombre	105 (47.5%)	51 (52.6%)	6 (24.0%)	1 (16.7%)
	Mujer	116 (52.5%)	46 (47.4%)	19 (76.0%)	5 (83.3%)
Edad	<21 años	60 (27.1%)	27 (27.8%)	9 (36.0%)	-
	>21 años	161 (72.9%)	70 (72.2%)	16 (64.0%)	6 (100.0%)
Regiones	R. Pacífico	201 (91.0%)	83 (85.6%)	23 (92.0%)	6 (100.0%)
	R. Central	10 (4.5%)	8 (8.2%)	2 (8.0%)	-
	R. Caribe	10 (4.5%)	6 (6.2%)	-	-
Tiempo de evolución	<6 meses	44 (19.9%)	10 (10.3%)	5 (20.0%)	1 (16.7%)
	6 meses-1 año	59 (26.7%)	22 (22.7%)	6 (24.0%)	1 (16.7%)
	>1 año	118 (53.4%)	65 (67.0%)	14 (56.0%)	4 (66.7%)



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-León
Departamento de Psicología



León, 27 de enero, 2020.

MSc. NUBIA DEL SOCORRO MEZA HERRERA

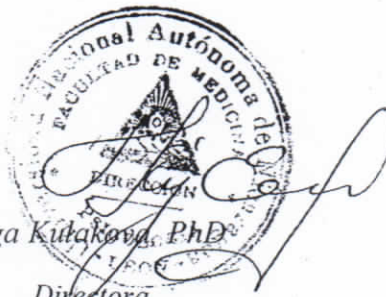
Vice-Decana
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-León
Su despacho

Estimada MSc. Meza;

Por este medio hago de su conocimiento que el Protocolo de Tesis para optar al título de Médico y Cirujano, presentado por las Bachilleras MARCELA HIDALGO MARDIGAL y KERLING MARTÍNEZ URROZ, titulado **“Efectos psicológicos y calidad de vida de las personas con patologías dermatológicas más frecuentes en Centro nacional de Dermatología Dr. Francisco González Urcuyo”** ha sido aprobado por la tutora Lic. Tatiana Chévez Ramírez y avalado por la Dirección del Departamento de Psicología.

Sin más que agregar, me despido de Usted, deseándole éxitos en sus funciones.

Atentamente.



Olga Kutakova, PhD

Directora

Carrera de Psicología
Facultad de Ciencias Médicas

C/C

Archivo

Bchra. Kerling Martínez Urróz

Managua, Enero 2020

Dra. Gilma Áreas
Directora docencia
SILAIS Managua

Estimada Dra:

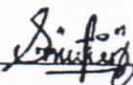
Esperamos se encuentre muy bien en el desempeño de sus funciones.

Somos *Kerling Osmara Martínez Urroz*, identificada con carnet número 15-12527-0 y *Marcela de los Ángeles Hidalgo Madrigal*, identificada con carnet número 15-01159-0, actualmente estudiantes activas del sexto año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León. Actualmente estamos trabajando en nuestro Protocolo de tesis para optar al título de Doctor en Medicina General y Cirugía, que abordará los **“Efectos psicológicos y calidad de vida de los pacientes con patologías dermatológicas más frecuentes, que acuden al Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco González Urcuyo, en el período Enero-Febrero del año 2020”**.

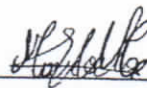
Por ello solicitamos su autorización para poder conducir el presente estudio en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco González Urcuyo. Pensamos que el aporte que brindará esta Investigación puede fortalecer el cumplimiento de las políticas nacionales e internacionales vinculadas a la salud mental. Así mismo nos comprometemos a cumplir los principios éticos y buenas prácticas clínicas y al final del estudio entregaremos un reporte de los principales resultados encontrados al SILAIS Managua y el Centro Nacional de Dermatología. Se adjunta copia del protocolo de Investigación y estamos abiertos para comentarios y sugerencias de parte de ustedes para fortalecer la presente investigación.

Sin más que agregar, nos despedimos deseándole éxitos en sus labores diarias y a la espera de su respuesta.

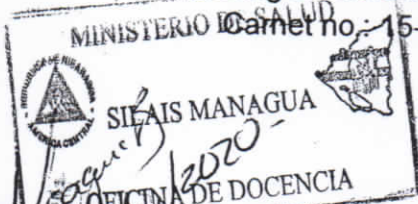
Cordialmente:



Kerling Osmara Martínez Urroz
Carnet no.: 15-12527-0



Marcela de los Ángeles Hidalgo Madrigal
Carnet no.: 15-01159-0





THE
GLOBAL
HEALTH
NETWORK

Enabling research by sharing knowledge

Hereby Certifies that

MARCELA DE LOS ANGELES
HIDALGO MADRIGAL
has completed the e-learning course
RESEARCH ETHICS

with a score of

100%

on

08/06/2019

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by
the following organisations and institutions



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number bvd22d46e-14e1-2s1b-22fi-hsq1121e3f1 Version number O



THE GLOBAL HEALTH NETWORK

Enabling research by sharing knowledge

Hereby Certifies that

Kerling Osmara

Martínez Urroz

has completed the e-learning course

RESEARCH ETHICS

with a score of

100%

on **09/06/2019**

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number bvd22d46e-14e1-2s1b-22fi-hsq1121e3f9 Version number O