



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN
PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA UTILIZANDO
HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE EN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO
NACIONAL SIGLO XXI"

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA

PRESENTA:
DRA. BLANCA OLIVIA SICAIROS ANGULO



TUTOR PRINCIPAL:
DRA. LILIANA GODINEZ ALDRETE
CO-TUTOR:
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

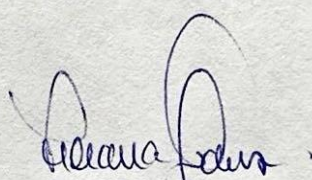
**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON
DERMATITIS ATÓPICA UTILIZANDO HOSPITAL ANXIETY AND
DEPRESSION SCALE EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI"**



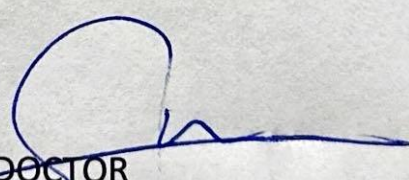
**DOCTORA VICTORIA MENDOZA ZUBIETA
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD UMAE HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI**



**DOCTORA
ALICIA LEMINI LÓPEZ
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA**



**DOCTORA
LILIANA GODINEZ ALDRETE
MÉDICO ADSCRITA AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA**



**DOCTOR
EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
MÉDICO ADSCRITO AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
FORMACIÓN DOCENTE SIGLO XXI**

DICTAMEN DE APROBACIÓN



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3601.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS 17 CI 09 015 034

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082

FECHA Miércoles, 04 de septiembre de 2024

Doctor (a) LILIANA GODINEZ ALDRETE

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Prevalencia de Depresión y Ansiedad en pacientes con dermatitis atópica utilizando Hospital Anxiety and Depression Scale en Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-3601-230

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Maestro (a) GUADALUPE VARGAS ORTEGA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Imprimir



AGRADECIMIENTOS

A MI PROFESORA, LILIANA GODINEZ, POR APOYARME DURANTE EL DESARROLLO DE MI TESIS.

A MIS PROFESORES, POR ENSEÑARME A AMAR CADA ARISTA DE LA DERMATOLOGÍA Y POR EL INVALUABLE CONOCIMIENTO QUE NOS BRINDAN DÍA A DÍA.

DEDICATORIAS

A MI MADRE, MI FORTALEZA Y LA MUJER QUE ME ENSEÑÓ A NUNCA DARME POR VENCIDA.

A MIS AMIGOS LEONELI, ALEJANDRA Y OMAR, QUE SE CONVIRTIERON EN MI PEQUEÑA GRAN FAMILIA.

A MI PROMETIDO, POR CAMINAR CADA DÍA A MI LADO.

ÍNDICE

	TEMA	PÁGINA
1	Resumen	1
2	Marco teórico	6
3	Justificación	11
4	Planteamiento del problema	13
5	Pregunta de investigación	13
6	Objetivos	14
7	Hipótesis	15
8	Material y métodos	16
9	Diseño del estudio	16
10	Criterios de selección	17
11	Operacionalización de las variables	18
12	Procedimiento y análisis estadístico	21
13	Aspectos éticos	25
14	Resultados	28
15	Discusión	33
16	Conclusión	38
18	Bibliografía	40
19	Anexos	45

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica severa, definida por un EASI de >22 puntos o un SCORAD de 51-103 puntos, se caracteriza por lesiones eccematosas coalescentes en un contexto de cronicidad y falta de respuesta al tratamiento tradicional (antiinflamatorios sistémicos y emolientes tópicos); se asocia significativamente con un impacto funcional negativo, dificultad para mantener el sueño, estrés y comorbilidades infecciosas en los sitios de rascado. Entre las comorbilidades presentes, destacan los trastornos de ansiedad y depresión cuya asociación causal y correlación con la progresión de la enfermedad no se han estudiado adecuadamente en la población mexicana.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal y observacional descriptivo en el que se incluirán pacientes mayores de edad con diagnóstico de dermatitis atópica severa y a los que se les aplicarán cuestionarios de ansiedad y depresión en contexto hospitalario (HADS-A y HADS-D), así como una valoración clínica de la enfermedad con puntajes EASI y SCORAD que permitan asociar la severidad de la patología dermatológica con las alteraciones psiquiátricas.

RESULTADOS

Se evaluaron 32 pacientes con dermatitis atópica (edad promedio 37.4 años, 56% mujeres), la ansiedad tuvo una prevalencia del 71.9% y la depresión 28.1%. No se encontró correlación significativa entre la severidad de la dermatitis, EASI (coeficientes <0.2 y $p>0.05$) y SCORAD (coeficientes <0.2 y $p>0.5$), y los niveles de ansiedad y depresión.

CONCLUSIONES

Se identificó una alta prevalencia de ansiedad y depresión, sin embargo, no existió correlación directa entre estos niveles y la severidad de la dermatitis atópica, lo que resalta la necesidad de considerar los factores biopsicosociales en el abordaje del paciente.

ABSTRACT

“Prevalence of Depression and Anxiety in patients with atopic dermatitis using the Hospital Anxiety and Depression Scale at the Specialty Hospital of the National Medical Center Siglo XXI”

INTRODUCTION

Severe atopic dermatitis, defined by an EASI of >22 points or a SCORAD of 51-103 points, is characterized by coalescent eczematous lesions in a context of chronicity and lack of response to traditional treatment (systemic anti-inflammatory drugs and topical emollients); it is significantly associated with a negative functional impact, difficulty maintaining sleep, stress, and infectious comorbidities at scratching sites. Among the comorbidities present, anxiety and depression disorders stand out, whose causal association and evaluation with disease progression have not been adequately studied in the Mexican population.

OBJECTIVE

To determine the prevalence of depression and anxiety in patients with severely atopic dermatitis evaluated at the third level of care.

MATERIALS AND METHODS

A cross-sectional, observational, descriptive study that included adult patients diagnosed with severe atopic dermatitis who were given anxiety and depression questionnaires in a hospital setting (HADS-A and HADS-D), as well as a clinical assessment of the disease with EASI and SCORAD scores that allow associating the severity of the dermatological pathology with psychiatric disorders.

RESULTS

32 patients with atopic dermatitis were evaluated (average age 37.4 years, 56% women); anxiety had a prevalence of 71.9% and depression 28.1%. No significant association was found between the severity of dermatitis, EASI (coefficients <0.2 and $p>0.05$) and SCORAD (coefficients <0.2 and $p>0.5$), and the levels of anxiety and depression.

CONCLUSIONS

A high prevalence of anxiety and depression was identified, however, there was no direct tension between these levels and the severity of atopic dermatitis, which highlights the need to consider biopsychosocial factors in the approach to the patient.

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA UTILIZANDO HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”

Marco teórico

Dermatitis atópica (DA)

Descrita por primera vez en la década de 1930 y etimológicamente derivada del griego “atopos” (sin lugar) (1), la dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel caracterizada por eccema localizado (pápulas, vesículas, edema, descamación y secuelas con hipo- o hiperpigmentación), prurítico y recurrente con patrones estacionales y que, usualmente, se desarrolla en la infancia y persiste hasta la adultez; estando a su vez asociada con otras manifestaciones de alergia como asma, rinoconjuntivitis, alergias alimentarias y otras manifestaciones de hipersensibilidad tipo I (2) en asociación a alteraciones de la filagrina (3) y cambios en la microbiota de la piel (1-2).

Una de las características clave de la dermatitis atópica es el prurito de intensidad proporcional a la severidad de la enfermedad y que puede agravarse por estrés, actividad física (contacto con el sudor) y condiciones ambientales (humedad, temperatura y exposición solar) (3). A esto se asocian otras manifestaciones como el signo de Hertoghe, hiperlinealidad palmar, xerosis (presente incluso tras la remisión del eccema), liquenificación y prurigo nodular (2); así como, una historia natural de cronicidad y manifestaciones con remisiones y recidivas de forma estacional (3).

El diagnóstico se realiza con los criterios de la Academia Americana de Dermatología e incluye características esenciales, importantes, asociadas y relacionadas que definen la enfermedad y permiten su posterior clasificación (4). Se ha reportado una prevalencia de dermatitis atópica con tendencia al alza, siendo de aproximadamente 10% en adultos a nivel global (2) y de 3% en México (5).

Para su clasificación, se emplean el índice de severidad y área del eccema (EASI, que considera el eritema, edema, excoriación y liquenificación de las lesiones, así como, el porcentaje de piel afectado en cuatro áreas) y la escala de Puntuación de dermatitis atópica (SCORAD, considera más características de las lesiones y otras áreas que el puntaje EASI, así como, características subjetivas reportadas por el paciente) (6).

Dermatitis atópica severa

Se define por un EASI de >22 puntos o un SCORAD de 51-103 puntos; clínicamente, se caracteriza por la coalescencia de los parches de eccema y/o la aparición de eritrodermia en un contexto de cronicidad y falta de respuesta al tratamiento tradicional (antiinflamatorios sistémicos y emolientes tópicos) que han motivado al desarrollo y uso de biológicos (v.g. inhibidores de la vía de señalización de la cinasa Janus) (2, 7). Además de que se ha determinado un impacto funcional significativo secundario al dolor, ausentismo escolar/laboral, dificultad para mantener el sueño, estrés y comorbilidades infecciosas que aparecen en los sitios de rascado (principalmente por *S. aureus* y herpes simplex (8-9); destacando la participación del *S. aureus* ribotipo 3 en la piel de los pacientes con presentaciones severas o muy severas (9).

La importancia de clasificar la dermatitis atópica por severidad es conocida desde hace más de 30 años (10) y tiene aplicaciones que van más allá de guiar el tratamiento farmacológico como factor pronóstico y para determinar el impacto que tendrá la enfermedad en la calidad de vida (11). En México, se ha reportado que la dermatitis atópica severa representa el 5% de los casos en pacientes adultos y 2% de los casos pediátricos. (5)

Psiquiatría y la dermatitis atópica

El impacto de la dermatitis atópica en la salud mental ha sido descrito desde el siglo pasado y se ha relacionado con mayores niveles de ansiedad y dificultades para la socialización, fundamentando el estudio del componente psicobiológico (11-15) y dando cabida al desarrollo de la psicodermatología. (16) En la última década, por ejemplo, ha surgido evidencia que indica un papel de la personalidad y la respuesta al estrés sobre la patogénesis de la dermatitis atópica y en la historia natural de la enfermedad (relacionando mayores niveles de estrés psicosocial con un curso más severo y de peor respuesta al tratamiento) (14).

Una importante característica en la fisiopatogenia de la enfermedad es el papel de la inmunidad tipo Th2, la expresión de receptores de IgE en las células de Langerhans y de las alteraciones en la microbiota de la piel, lo que genera una retroalimentación positiva que impacta en la evolución de la enfermedad per se (8, 14, 17-19) y, además, es un mecanismo que se ha relacionado con el desarrollo de alteraciones psiquiátricas como los trastornos depresivos y de ansiedad por el efecto de los neuropéptidos inmunomoduladores, el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) y la respuesta del sistema nervioso autónomo (específicamente la rama simpática) al estrés (14).

Por otro lado, también se ha demostrado el mecanismo por el que la ansiedad acelera la respuesta tipo Th2 en pacientes con dermatitis atópica, elevando los niveles de IgE (19) y formando un bucle de retroalimentación en el que la patología dermatológica crea estrés y ansiedad que, a su vez, impactan en la respuesta inmunológica para exacerbar dicha patología.

Si bien sigue siendo discutida la relación causal entre enfermedad alérgica y salud mental, se ha reportado (al aplicar modelos de aleatorización mendeliana) que la evidencia de causalidad es mínima, más existe una asociación entre enfermedades alérgicas con depresión (OR 1.45), ansiedad (OR 1.25) y trastorno bipolar (OR 1.29); aunque este último pierde correlación cuando se estudia específicamente en relación con la dermatitis atópica (20). A pesar de ello, otros reportes refieren que la presencia de trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno depresivo son factores de riesgo para el desarrollo de dermatitis atópica (aunque se debe considerar que dicho reporte fue transversal y que el diagnóstico de patología psiquiátrica no fue establecido por un profesional) (16).

Profundizando en la relación que existe con la dermatitis atópica de forma específica, se han reportado mayores tasas de depresión (13.98% vs 5.99% en población sin dermatitis atópica, con un OR ajustado de 2.86 para síntomas depresivos, un HR de 6.56 para trastorno depresivo mayor y un HR de 1.14 para la incidencia de depresión [sin diagnóstico previo]) y un potencial riesgo de suicidio secundario al impacto negativo en la calidad de vida (21-23); así como una prevalencia mayor de ansiedad (20-43%, con un OR de 3.57 para trastornos de ansiedad y un HR de 1.17 para la incidencia de ansiedad [sin diagnóstico previo]) que en la población sin patología atópica (23-25).

Sin embargo, también se destacan reportes que indican la ausencia de un impacto causal entre dermatitis atópica con el riesgo de desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad (26); situación que podría ser secundaria a la falta de información sobre los factores asociados con enfermedad mental en pacientes con dermatitis atópica como se reporta en meta-análisis recientes (27-28) y a la presencia de comórbidos o situaciones sociales que tienen asociación con patología psiquiátrica (v.g. soledad y aislamiento social evaluados con la escala de soledad de De Jong Gierveld) (29).

Una de las herramientas usadas para la evaluación de depresión y ansiedad en pacientes con dermatitis atópica es la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) (30) que ha demostrado adecuada correlación con los puntajes SCORAD, POEM y SF-12 MCS para evaluación de dermatitis atópica (31-32) y que ha reportado mayores puntajes en pacientes con dermatitis atópica al compararlos con población sin la enfermedad (28.6% vs 15.5% para ansiedad y 13.5% vs 9.0% para depresión); específicamente demostrando un puntaje mayor en aquellos con dermatitis severa (17.3-22.2 puntos para el HADS, 9.9-12.5 puntos para el HADS-A y 7.4-9.7 puntos para HADS-D) (33-34); efecto más notorio para la depresión (HR 1.26 en dermatitis atópica severa) que para la ansiedad (HR 1.15) (25).

En México, está reportado que según el grado de severidad de la enfermedad, los pacientes con dermatitis atópica presentan depresión en el 26% de los casos leves, 64% de los casos moderados y 92% de los casos severos (5). Sin embargo, cabe destacar que el diagnóstico y evaluación de ansiedad y depresión no están estandarizados en dicha población y que las escalas aplicadas en el contexto de dermatitis atópica no se han validado (sin embargo, la escala HADS está validada en población mexicana con enfermedad inflamatoria intestinal (35), cardiomiopatía hipertensiva e isquémica (36) y alopecia areata (37).

Justificación

Magnitud

La dermatitis atópica afecta a más del 10% de la población mexicana, además de que la tasa de severidad es de un 5% en adultos que cursan con la enfermedad; su tratamiento está enfocado al control de los síntomas dermatológicos y sistémicos, sin embargo, poco se ha abordado la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas y su relación con la severidad de la enfermedad en la población mexicana.

Vulnerabilidad

La valoración con el cuestionario HADS y, en general, con cualquier cuestionario de este tipo para el estudio de comorbilidades psiquiátricas es subjetivo y depende del contexto social y cultural en el que se haya desarrollado el paciente; por lo que los resultados obtenidos podrían no ser generalizables o verse limitados si la población estudiada es pequeña.

Factibilidad

La prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con dermatitis atópica severa puede ser evaluada de forma sencilla y sin costos significativos con el cuestionario HADS en los pacientes que acuden a consulta para valoración de su patología dermatológica, siendo que el estudio de la prevalencia y asociación de estas comorbilidades psiquiátricas en la población con dermatitis atópica severa no representa dificultad.

Trascendencia

El abordaje integral y el control de los síntomas de depresión y ansiedad que pueden ser parte del contexto fisiopatológico de la dermatitis atópica severa permitirá un mejor manejo de los pacientes, considerando el impacto en su calidad de vida y partiendo de un cribado que no representa una inversión significativa (de tiempo, dinero y recursos) para el equipo de profesionales de la salud; pudiendo cambiar el desenlace y mejorando el pronóstico de los pacientes tratados.

Planteamiento del problema

La dermatitis atópica severa es una patología común en la población mexicana, sus manifestaciones sistémicas repercuten de forma significativa en la funcionalidad de los pacientes y la falta de un abordaje integral que considere la salud mental puede tener un impacto negativo en la misma progresión de la enfermedad (tanto por cuestiones de apego al tratamiento como por mecanismos de estrés que exacerban la patología). Poco se ha estudiado de la prevalencia y asociación que tienen las comorbilidades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad en este grupo poblacional en el contexto sociocultural de México; por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención?

Objetivos

General

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención.

Específicos

1. Describir las características demográficas de los pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención.
2. Describir las características de la enfermedad y determinar el puntaje de SCORAD y EASI en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención.
3. Determinar la prevalencia y severidad de trastorno depresivo en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención usando la escala hospitalaria HADS-D.
4. Determinar la prevalencia y severidad de trastorno de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención usando la escala hospitalaria HADS-A.
5. Correlacionar los puntajes de severidad de la dermatitis atópica con los puntajes de la escala para depresión y ansiedad (HADS) en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención.

Hipótesis

Alternativa (H_1)

La prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención será igual o mayor a la reportada en estudios internacionales.

Nula (H_0)

La prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con dermatitis atópica severa evaluados en el tercer nivel de atención no será igual o mayor a la reportada en estudios internacionales.

Material y métodos

Diseño del estudio

Transversal, observacional, descriptivo.

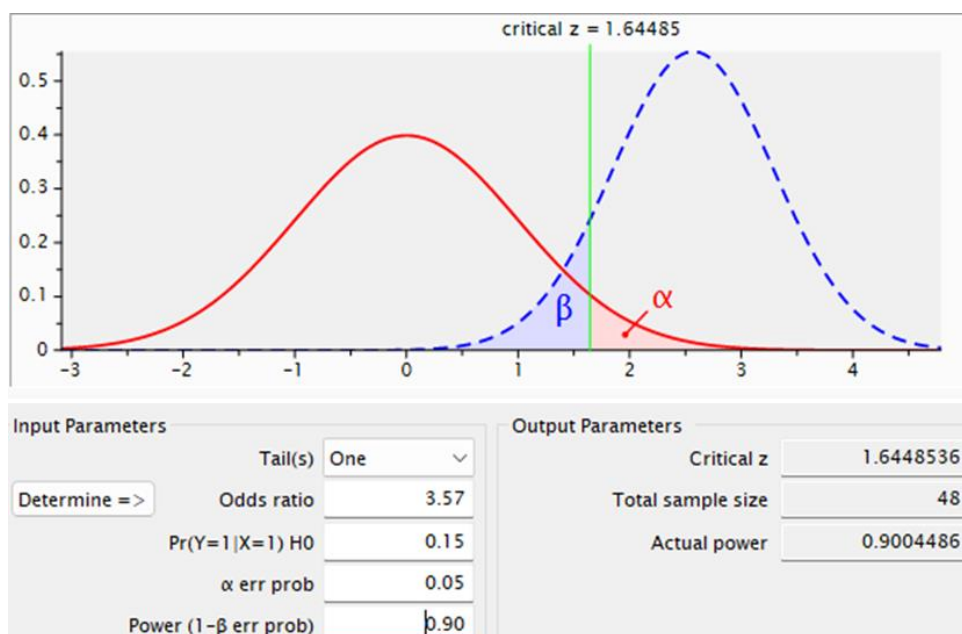
Sede y universo de estudio

Servicio de dermatología y micología médica del hospital de especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, población con dermatitis atópica.

Muestra

$n = 48$ pacientes

Considerando un OR de 3.57 para trastornos de ansiedad en pacientes con dermatitis atópica comparando con población sin la enfermedad (prevalencia de ansiedad del 15% en dicho grupo) y ajustando a un poder estadístico del 90% con un error alfa de 5% a una cola, se determina una muestra de 48 pacientes como suficiente para mantener la significancia estadística usando la herramienta estadística G*Power v.3.1.9.7 (38):



Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Pacientes mayores de edad.
2. Pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, con enfermedad activa (independientemente del tratamiento).
3. Pacientes que entiendan y acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos y que lleven recibiendo tratamiento farmacológico al menos 1 mes.
2. Pacientes con consumo de sustancias psicoactivas ilegales o consumo de alcohol de forma patológica (>1 bebida diaria para mujeres y >2 bebidas diarias para hombres).
3. Pacientes con comórbidos crónico-degenerativos sin tratamiento estable por los últimos 3 meses.
4. Pacientes con discapacidad cognitiva o limitaciones para decidir participar libremente.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que no respondan la escala HADS al momento de la valoración clínica.
2. Pacientes cuyos datos sean insuficientes para realizar las evaluaciones EASI y SCORAD al momento de la evaluación clínica.
3. Pacientes que decidan retirar su participación en cualquier momento del estudio.

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidades de medición
Edad	Edad cumplida en años	Independiente / Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Sexo biológico del paciente	Independiente / Cualitativa nominal	Hombre / mujer
Puntaje EASI (<i>Eczema Area and Severity Index</i>)	Sistema de puntuación para dermatitis atópica que evalúa la extensión y severidad de la enfermedad	Independiente / Cuantitativa discreta	Puntaje (0-72)
Puntaje SCORAD (<i>SCORing Atopic Dermatitis</i>)	Sistema de puntuación para dermatitis atópica que evalúa la gravedad clínica de la enfermedad.	Independiente / Cuantitativa discreta	Puntaje (0-103)
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	Sistema de puntuación para pacientes ambulatorios que permite la detección y clasificación de severidad de ansiedad y depresión	Dependiente / Cuantitativa discreta	Puntaje (0-42)
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria para Ansiedad (HADS-A)	Subsistema de puntuación para pacientes ambulatorios que permite la detección y clasificación de severidad de ansiedad	Dependiente/Cuantitativa discreta	Puntaje (0-21)
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria para Depresión (HADS-D)	Subsistema de puntuación para pacientes ambulatorios que permite la detección y clasificación de severidad de depresión	Dependiente / Cuantitativa discreta	Puntaje (0-21)

Procedimientos

Los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica severa fueron invitados a participar voluntariamente en el estudio, proporcionando información completa al respecto y permitiendo la solución de dudas que surjan durante la misma. Posteriormente, aquellos que desearon participar, firmaron el consentimiento informado (previa aclaración de que su negativa a participar no conlleva ningún impacto en su atención clínica o en su tratamiento) y se procedió a la valoración clínica.

Se verificó que se cumplieran los criterios de elegibilidad y se realizó una exploración física dirigida a valorar las escalas EASI y SCORED de dermatitis atópica; posteriormente se aplicó el cuestionario HADS y se realizó la captura de datos en la base de datos electrónica en el programa Excel.

Los datos fueron evaluados por medio del programa RStudio según lo descrito en la sección de análisis estadístico; los resultados fueron facilitados a los pacientes que así lo desearon.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se comenzó por realizar la valoración gráfica y descriptiva de las variables obtenidas. Se aplicó la prueba de normalidad correspondiente al tamaño de muestra (Lilliefors para más de 30 observaciones) para las variables cuantitativas; aquellas con distribución normal fueron reportadas como media $\pm$ desviación estándar, mientras que las no normales como mediana (rango intercuartil).

Las variables cualitativas fueron presentadas como frecuencia (porcentaje).

Posteriormente se determinó el ratio de prevalencias (POR) para estudios transversales con la fórmula $POR = ad / bc$ para trastornos depresivos y de ansiedad en los pacientes con dermatitis atópica severa.

Para todas las pruebas de hipótesis, se consideró un valor ajustado de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. El análisis se realizó con lenguaje R (v4.2.3) en el programa RStudio usando los paquetes necesarios a criterio de la investigadora principal.

Cronograma de actividades

	Noviembre-2023	Agosto-2024	Septiembre- 2024	Octubre-2024	Noviembre- 2024	Diciembre- 2024
Revisión de literatura y elaboración de protocolo escrito (Blanca Olivia Sicairos Angulo)	X					
Sometimiento y correcciones al protocolo (Liliana Godinez Aldrete)	X	X				
Captura de pacientes y datos (Blanca Olivia Sicairos Angulo)		X	X	X		
Análisis y evaluación de datos (Liliana Godinez Aldrete)			X	X		
Redacción de tesis con resultados, conclusiones y discusión (Blanca Olivia Sicairos Angulo)					X	X

Aspectos éticos

El valor científico y social de este proyecto radica en el abordaje holístico de los pacientes del servicio de dermatología, ampliando sus cuidados para involucrar los aspectos de salud mental y un enfoque biopsicosocial del modelo de atención. Así mismo, está descrito el impacto de las alteraciones mentales sobre las exacerbaciones y severidad de la dermatitis atópica y sobre el apego al tratamiento (farmacológico y no farmacológico), porque lo que esta aproximación potencialmente tendrá un impacto positivo en la patología dermatológica de base.

Este estudio fue sometido para su aprobación por los comités de investigación y ética en investigación correspondientes. El proyecto se realizó según lo especificado en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud según la última actualización del 2014, siendo una **investigación sin riesgo** por ser un estudio que emplean métodos de investigación documental (realización de cuestionarios) y en que no se realiza ninguna intervención adicional en los individuos que participan en el estudio. A partir de ello se determinó un balance riesgo-beneficio favorable por no presentar un riesgo de daño para los participantes y proveer un beneficio para su atención clínica de forma integral.

El proyecto se llevó a cabo bajo los estándares de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA-3-2012 para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, las Guías de Buenas Prácticas Clínicas actualizadas en la última versión de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH) E6(R3) para la realización de protocolos de investigación en humanos; así como según las normas establecidas en la declaración de Helsinki, revisadas en la 64ª Asamblea General realizada en Fortaleza, Brasil, en 2013 y considerando los criterios de confidencialidad y privacidad referidos en las normas y reglamentos ya referidos.

Para mantener la confidencialidad se asignó un código que permitió identificar al sujeto sin exponer sus datos personales (nombre, número de seguridad social, dirección, teléfono, correo, etc.) y que mantuvo la confidencialidad de la información relacionada según se mencionan en los artículos 21 y 120 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación; además de restringir el acceso a los datos sólo para los investigadores participantes en el estudio.

No se consideró el uso de población vulnerable (embarazadas, menores de edad, presos, residentes de casas de ancianos, etc.) y se limitó con los criterios de elegibilidad considerados en el protocolo y evaluados al momento de realizar la historia clínica; así mismo, los investigadores involucrados se aseguraron de la participación voluntaria y del completo entendimiento del proyecto al momento de obtener el consentimiento informado de los participantes.

El presente estudio no tiene conflicto de interés de ninguna índole.

Resultados

Se evaluaron 32 pacientes cuyos datos demográficos y clínicos de interés se presentan en la Tabla 1.

Parámetro	Valor
Edad (años)	37.4 ± 13.7
Sexo - Femenino - Masculino	18 (56%) 14 (44%)
Tabaquismo	7 (21.9%)
Consumo importante de alcohol	5 (15.6%)
Uso de otras drogas	1 (3.1%)
Comorbilidades: - Prediabetes - Diabetes Mellitus - Hipertensión Sistémica - Dislipidemia - Cáncer - Otras (LES, VIH, CUCI, entre otras)	3 (9.4%) 3 (9.4%) 5 (15.6%) 9 (28.1%) 2 (6.2%) 10 (31.2%)
EASI	7.75 ± 6.99 6.25 (2.70-10.63)
SCORAD	34.53 ± 18.47 32.03 (20.50-45.81)
HADS: - Ansiedad - Leve - Moderada - Severa - Depresión - Leve - Moderada - Severa	8.59 ± 3.42 - 12 (37.5%) - 10 (31.2%) - 1 (3.1%) 5.72 ± 3.16 - 8 (25.0%) - 1 (3.1%) - 0 (0%)

La prevalencia de depresión en los 32 pacientes evaluados fue de 28.1%, correspondiente a 8 pacientes con depresión leve y 1 con depresión moderada, según la subescala correspondiente HADS-D; mientras que la prevalencia de ansiedad fue de 71.9%, correspondiente a 12 pacientes con ansiedad leve, 10 con ansiedad moderada y 1 con ansiedad severa, según la subescala correspondiente HADS-A.

De forma interesante, al comparar los resultados obtenidos con los puntajes EASI y SCORAD, encontramos que la correlación entre ellos no es tan alta a pesar de ser estadísticamente significativa (coeficiente de 0.69, $p < 0.001$), tal como se observa en la Figura 1.

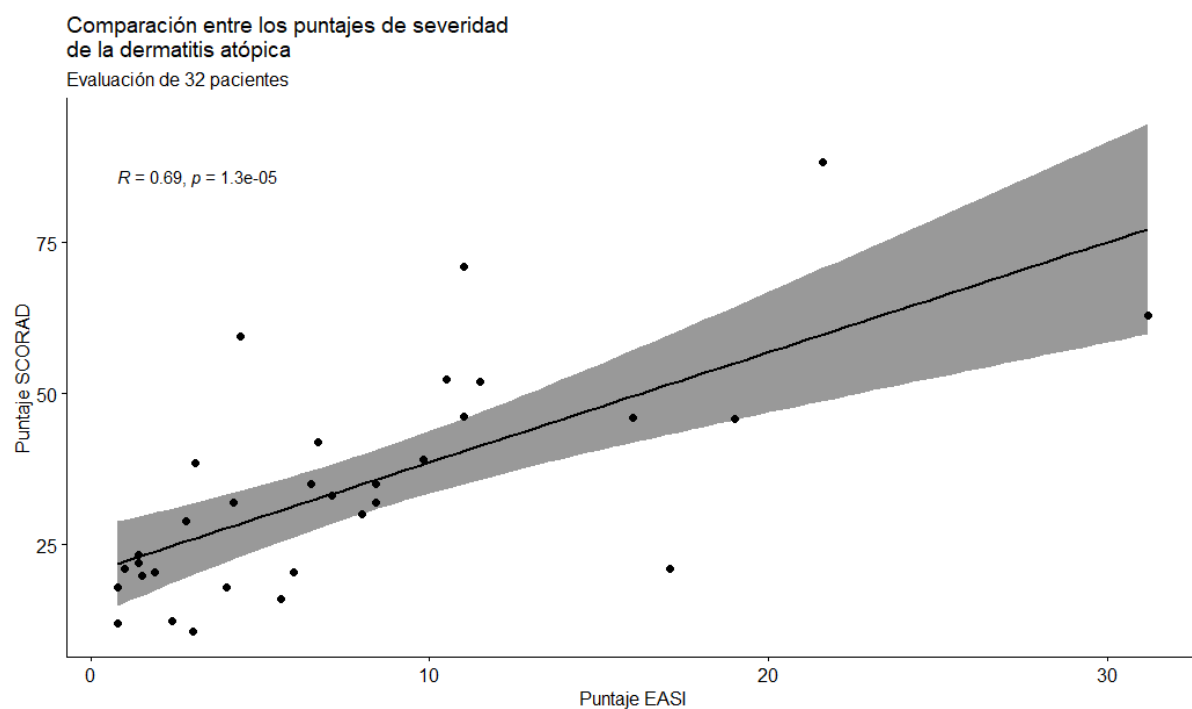


Figura 1.- Comparación entre los puntajes de severidad de la dermatitis atópica.

Por otro lado, no se encuentra correlación entre el puntaje EASI con los valores obtenidos en las subescalas de ansiedad o depresión (coeficientes < 0.2 y $p > 0.05$) ni entre el puntaje SCORAD con dichas subescalas (coeficientes < 0.2 y $p > 0.5$), tal como se muestra en las Figuras 2-5.

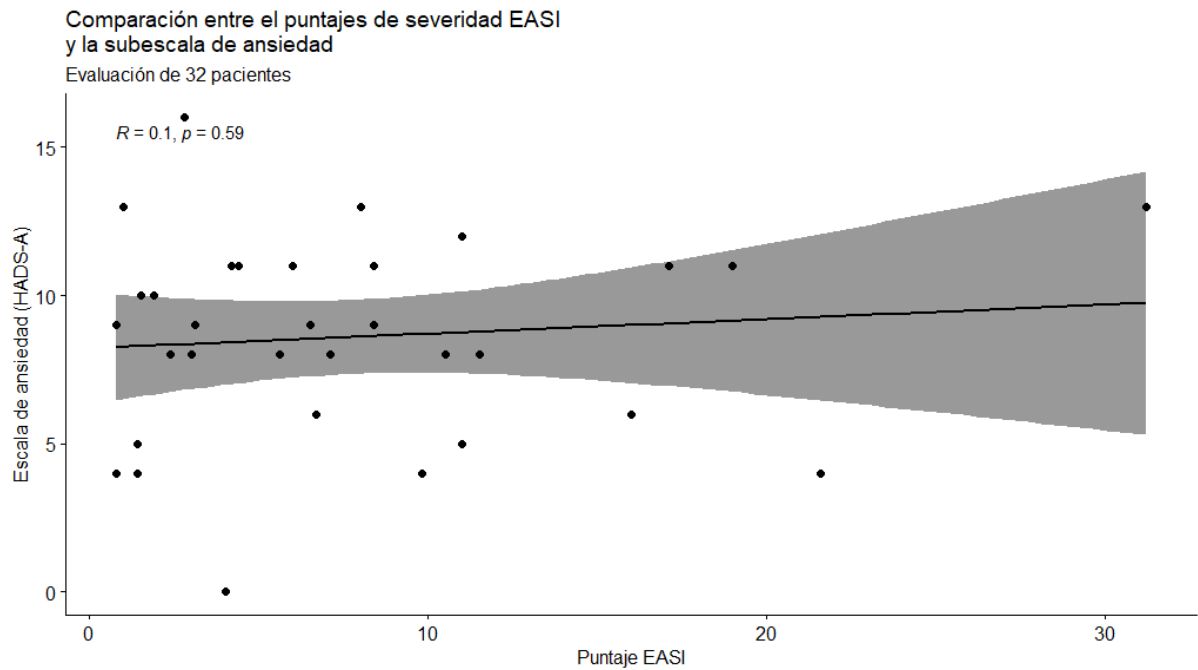


Figura 2.- Comparación entre los puntajes de severidad EASI y la subescala de ansiedad.

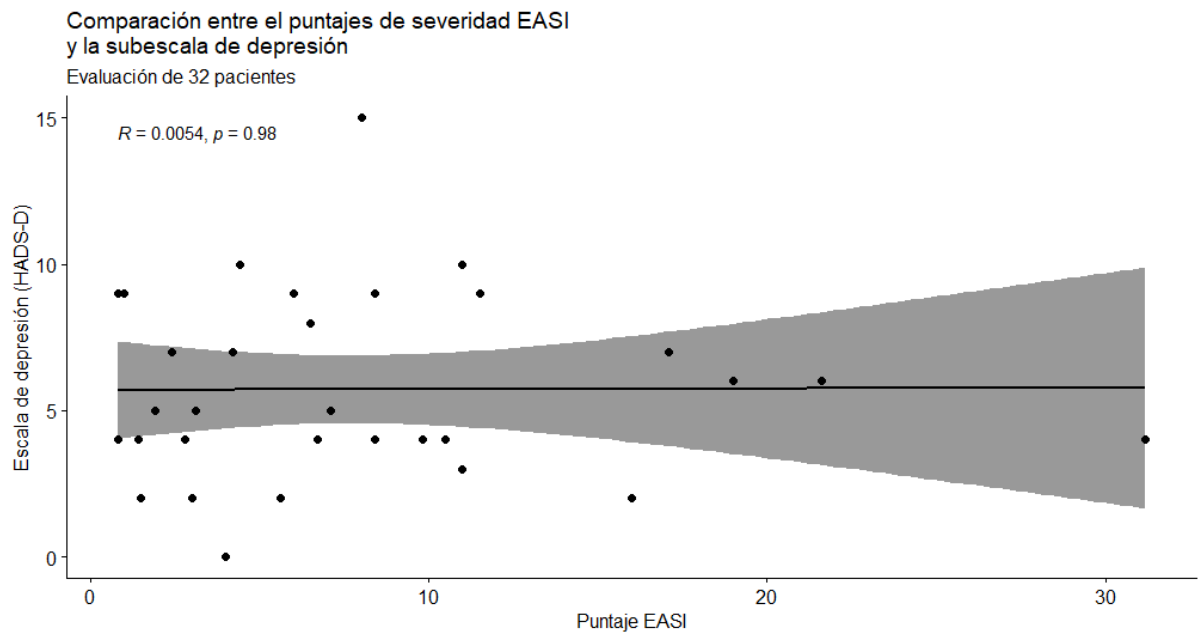


Figura 3.- Comparación entre los puntajes de severidad EASI y la subescala de depresión.

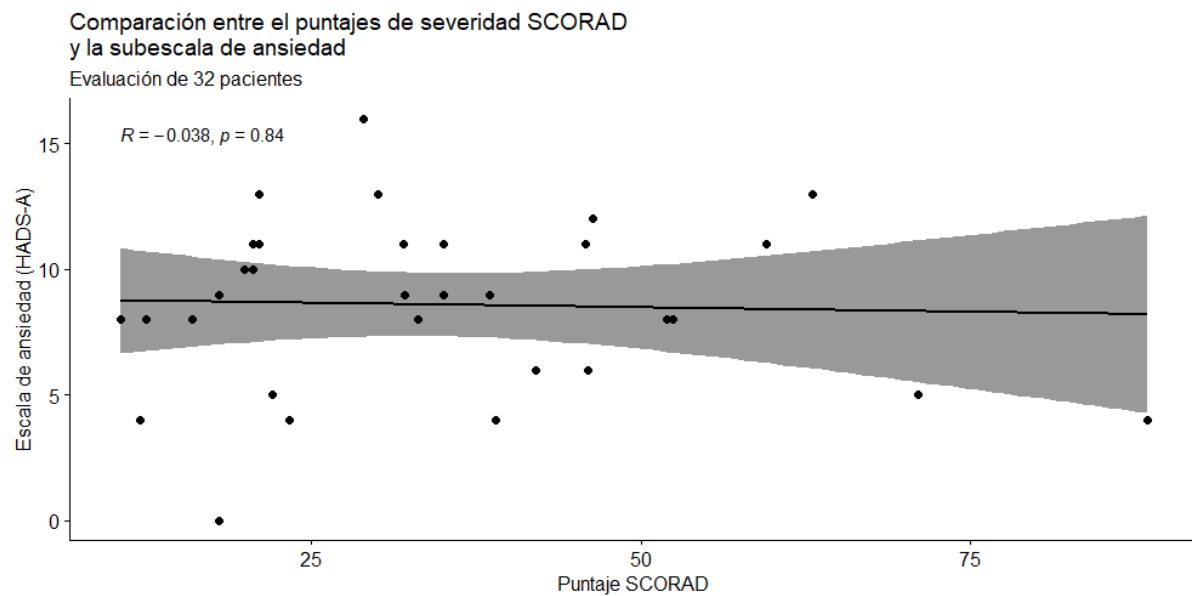


Figura 4.- Comparación entre los puntajes de severidad SCORAD y la subescala de ansiedad.

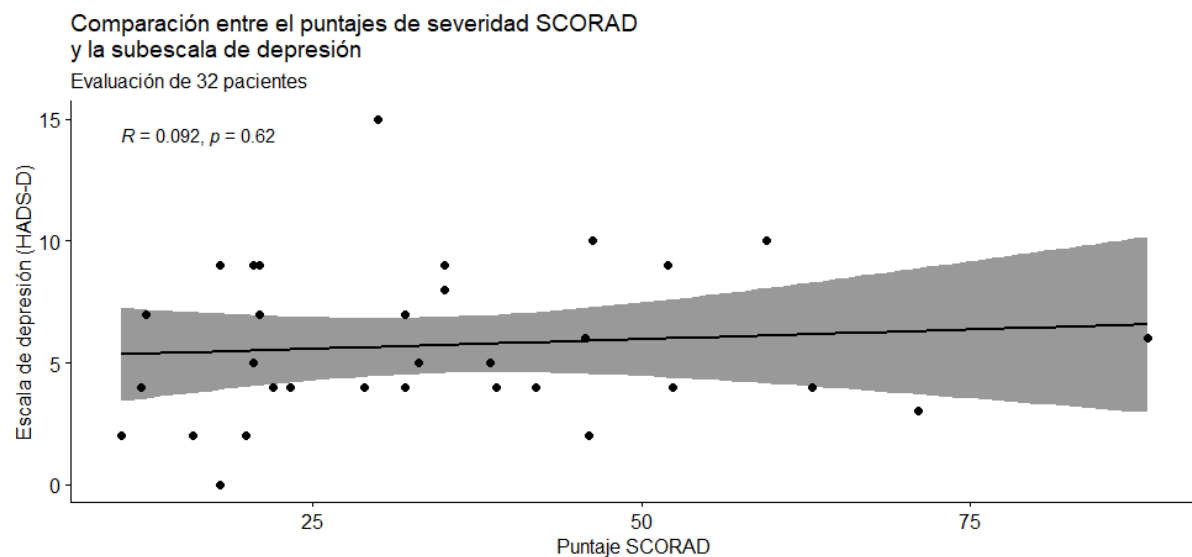


Figura 5.- Comparación entre los puntajes de severidad SCORAD y la subescala de depresión.

Al agrupar según la severidad de la ansiedad, tampoco se encuentran diferencias para el puntaje EASI (Figura 6) o el SCORAD (Figura 7).

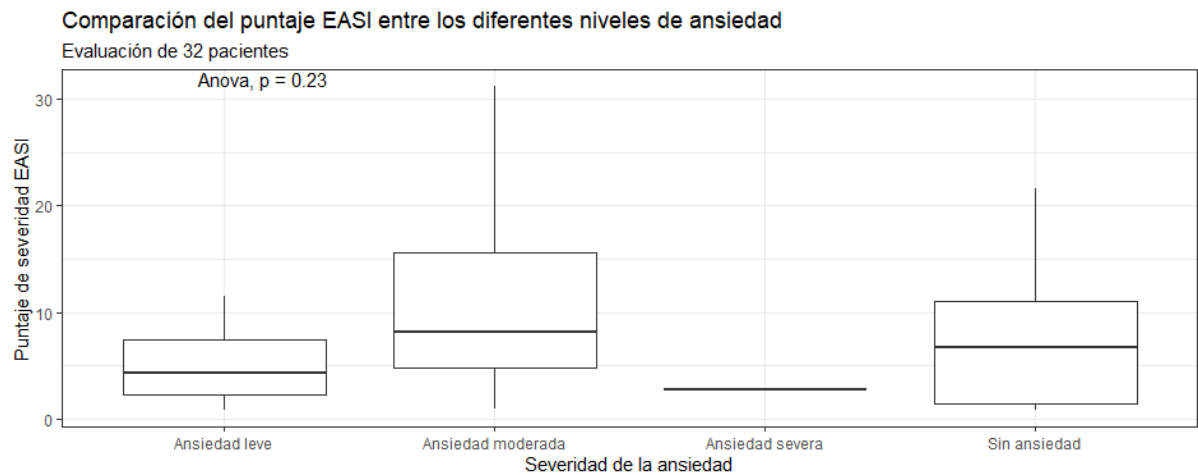


Figura 7.- Comparación del puntaje EASI entre los diferentes niveles de ansiedad.

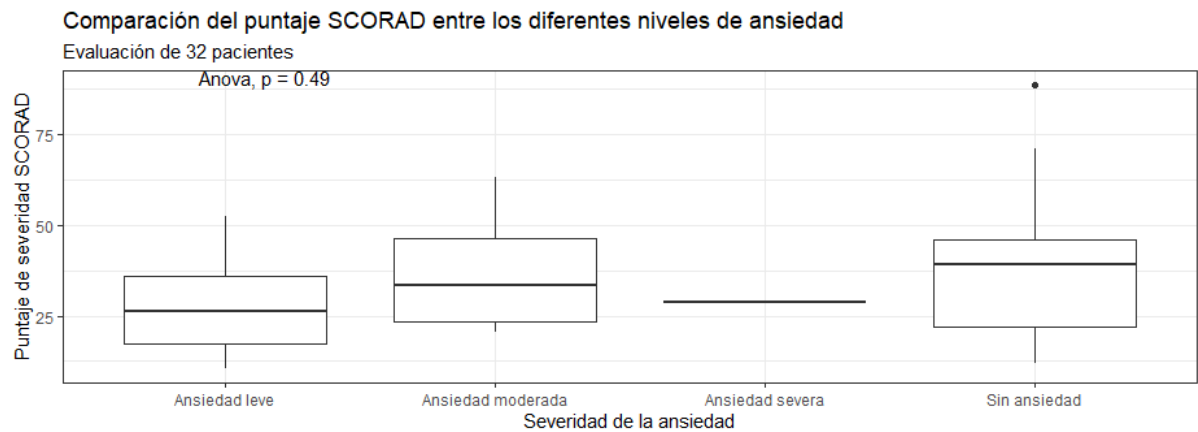


Figura 8.- Comparación del puntaje SCORAD entre los diferentes niveles de ansiedad.

De igual forma, los grupos por severidad de la depresión tampoco arrojan diferencias para ninguno de los puntajes (Figuras 8 y 9).

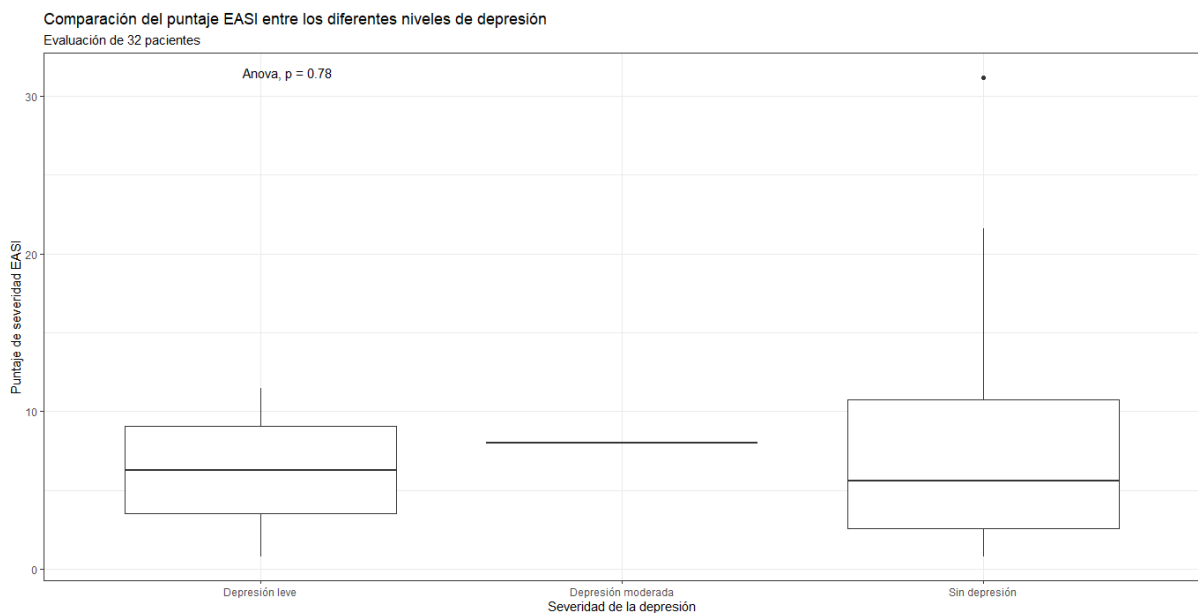


Figura 9.- Comparación del puntaje EASI entre los diferentes niveles de depresión.

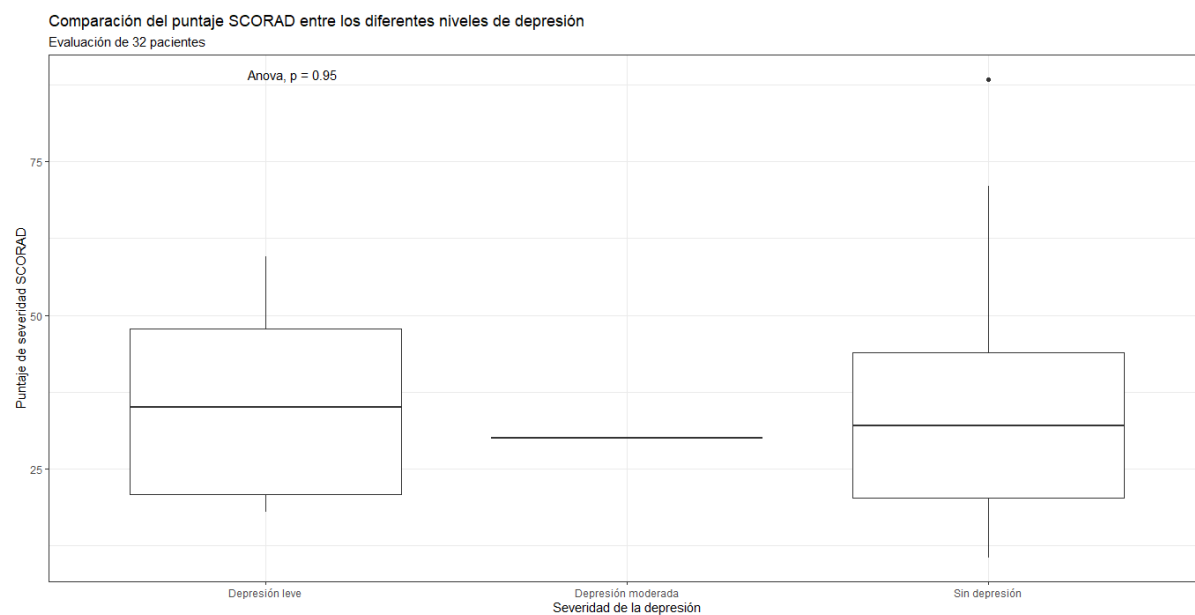


Figura 10.- Comparación del puntaje SCORAD entre los diferentes niveles de depresión.

De forma exploratoria, se encuentra una correlación moderada entre las subescalas del cuestionario HADS (coeficiente de 0.54 y $p=0.001$), como se observa en la Figura 10.

Discusión

En este estudio se evaluaron a 32 pacientes con dermatitis atópica severa, encontrándose una alta prevalencia de ansiedad (71.9%) y una menor prevalencia de depresión (28.1%). Estos hallazgos son consistentes con múltiples estudios previos, que destacan la relación entre las enfermedades inflamatorias crónicas de la piel y los trastornos que involucran a la salud mental. Por ejemplo, Silverberg et al. en su estudio transversal en población estadounidense de 2019, en donde se encontraron que los adultos con DA tuvieron una prevalencia de 28.6% para ansiedad y 13.5% para depresión. (45) Por otra parte, Slattery et al. en 2011 reportaron en su estudio transversal que, específicamente, los adolescentes con DA tenían una prevalencia de ansiedad del 31% y de depresión del 17%. (47) La prevalencia de ansiedad en nuestra población fue superior a lo reportado en estos estudios estadounidenses, lo que podría explicarse por múltiples razones, tales como factores socioculturales, barreras de acceso a la salud mental y una mayor carga emocional asociada a estigmas locales.

En contraste, estudios realizados en Europa y Asia han reportado tasas de depresión y ansiedad comparables a las encontradas en nuestra investigación. Por ejemplo, Cheng et al. en su estudio transversal en 2019 informaron una prevalencia de ansiedad del 43% y de depresión del 30% en adultos con dermatitis atópica severa en cohortes asiáticas, mientras que en poblaciones europeas estos valores tendieron a ser ligeramente inferiores. (22) La disparidad entre poblaciones podría estar influida por diferencias en la percepción cultural del bienestar mental, así como por la disponibilidad y acceso a servicios de salud mental.

Es relevante mencionar que, en nuestra población mexicana, los niveles de ansiedad son considerablemente más altos de lo esperado en comparación con datos globales.

Esto podría estar relacionado con las barreras estructurales en el sistema de salud, como la limitada disponibilidad de especialistas en psicodermatología y el estigma asociado a la salud mental, que podrían exacerbar la carga psicológica de la enfermedad, tal como lo mencionado por Herrera-Sánchez et al. en su estudio epidemiológico sobre la dermatitis atópica en México en 2019. (5) Por otro lado, De Aguinaga-Inurriaga et al. en 2023 reportaron que las personas con dermatitis y enfermedades inflamatorias de la piel se encontraban con un 69.2% de prevalencia de ansiedad, lo cual resulta consistente con lo encontrado en nuestro estudio, que fortalece el enunciado de que la población mexicana presenta niveles más altos de ansiedad al compararla con estudios realizados en contextos internacionales. (48)

En cuanto a la distribución por sexo, en nuestra muestra predominó el sexo femenino (56%). La literatura internacional respalda esta tendencia, reportando que las mujeres con dermatitis atópica tienden a experimentar un impacto psicológico mayor, debido posiblemente a factores hormonales, mayor sensibilidad a la apariencia física y una predisposición biológica al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión, tal como lo declarado por Rønnstad et al. en 2018. (44)

Estudios mencionados previamente, como el de Silverberg et al. también documentaron tasas más altas de ansiedad y depresión en mujeres con DA severa en comparación con los hombres. (45)

Respecto a las comorbilidades, nuestro estudio destacó una alta prevalencia de dislipidemia (28.1%), seguida de prediabetes, hipertensión y diabetes mellitus. Estos resultados contrastan con los hallazgos de Egeberg et al. en su análisis del 2017 de una cohorte danesa en donde se encontró una mayor asociación entre la dermatitis atópica y el síndrome metabólico en general, destacando la obesidad (más que la dislipidemia), la hipertensión y la resistencia a la insulina como componentes predominantes. (49)

Por otra parte, Paller et al. en 2018 en Estados Unidos encontraron que la obesidad era significativamente más frecuente en pacientes con dermatitis atópica severa, especialmente en niños y adolescentes, lo que difiere de la presentación observada en nuestra población adulta. (42) Por último, Andersen et al. en Dinamarca en 2016 encontraron un riesgo elevado de eventos cardiovasculares, incluyendo enfermedad arterial coronaria e insuficiencia cardíaca, en pacientes con dermatitis atópica severa. (50) En nuestro estudio, aunque se registraron casos de hipertensión (15.6%), no hubo un énfasis en eventos cardiovasculares mayores como infartos o accidentes cerebrovasculares. Este contraste podría estar relacionado con diferencias en la edad promedio de los participantes (37.4 años en nuestro estudio frente a poblaciones de mayor edad reportadas por Andersen). Las variaciones previamente mencionadas entre nuestro estudio y la distinta literatura internacional pueden atribuirse a múltiples factores, tales como las diferencias en susceptibilidad genética poblacional a enfermedades metabólicas y cardiovasculares, la edad de la población estudiada, diferencias en la metodología y en el acceso y características propiamente del sistema de salud, que podría influir en el diagnóstico y manejo de comorbilidades.

Cabe destacar que una observación clave en este estudio fue la falta de correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la dermatitis, medida por las escalas EASI y SCORAD, y los puntajes de ansiedad y depresión obtenidos mediante la escala HADS. Esto contrasta con numerosos estudios que han identificado asociaciones positivas entre la severidad de la dermatitis atópica y los niveles de ansiedad y depresión. Por ejemplo, Silverberg et al. en 2019 reportaron un riesgo ajustado significativamente mayor de depresión (HR: 1.14) y ansiedad (HR: 1.17) en pacientes con dermatitis severa. (45)

Sin embargo, también hay evidencia que sugiere que estas correlaciones pueden estar moduladas por factores externos como el soporte social, las barreras económicas y el impacto subjetivo de la enfermedad en la vida diaria, tal como lo demostrado por Rønnstad et al. en su meta-análisis del 2018. (44) Una posible explicación para la ausencia de correlación significativa en este estudio radica en el tamaño reducido de la muestra, que podría limitar el poder estadístico para detectar asociaciones más sutiles. Además, es posible que los factores psicosociales como el estrés, las experiencias de estigma o la percepción del impacto social de la enfermedad desempeñen un papel más relevante que la severidad clínica per se. Esto subraya la importancia de considerar un enfoque biopsicosocial en la atención de pacientes con enfermedades dermatológicas crónicas.

Es importante señalar que los resultados de este estudio subrayan la necesidad de implementar un tamizaje sistemático de salud mental en pacientes con dermatitis atópica severa. Herramientas validadas como la escala HADS permiten una evaluación rápida y eficiente en entornos clínicos. La identificación temprana de ansiedad y depresión podría facilitar la referencia oportuna a servicios médicos especializados, mejorando el manejo integral del paciente, su pronóstico y su calidad de vida.

Subsecuentemente, a través de los resultados obtenidos se puede observar la importancia de que en el ámbito educativo se fortalezca la formación de dermatólogos en aspectos relacionados con la psicodermatología, integrando en su práctica clínica una visión multidisciplinaria e integral ante el paciente, dado que esto no solo mejoraría la atención de los pacientes, sino que también podría contribuir a reducir el estigma en torno a la salud mental.

Por otra parte, entre las limitaciones de nuestro estudio, se encuentra el tamaño de muestra con la participación de 32 pacientes, lo cual limita la capacidad de extrapolación de los resultados a una población más amplia. Así mismo, el diseño transversal usado proporciona un enfoque que no permite establecer propiamente causalidad entre la dermatitis atópica y las comorbilidades psiquiátricas, sin embargo, da pauta para generar hipótesis a partir de lo encontrado. Por último, dentro de este tópico es necesario tomar en cuenta el contexto hospitalario, en donde los pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel suelen presentar casos más severos, lo que podría generar un sesgo de selección.

Finalmente, los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de realizar investigaciones longitudinales que examinen las interacciones bidireccionales entre la dermatitis atópica y las condiciones de salud mental. Adicionalmente, sería valioso explorar intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales que complementen el tratamiento dermatológico. Lo anterior podría incluir terapias cognitivo-conductuales, programas de manejo del estrés y estrategias de apoyo grupal para pacientes.

En conclusión, aunque no se observó una correlación directa entre la severidad de la dermatitis y los niveles de ansiedad y depresión, los resultados subrayan la importancia de abordar las necesidades psicológicas y sociales de los pacientes con dermatitis atópica severa. La integración de un enfoque biopsicosocial podría transformar significativamente el manejo de esta población vulnerable.

Conclusiones

En este estudio se identificó una alta prevalencia de ansiedad (71.9%) y depresión (28.1%) en pacientes con dermatitis atópica severa en un hospital de tercer nivel de atención. Sin embargo, no se encontró una correlación directa y estadísticamente significativa entre la severidad de la dermatitis, medida mediante las escalas EASI y SCORAD, y los niveles de ansiedad y depresión evaluados con la escala HADS. Estos hallazgos sugieren que factores psicológicos, sociales y emocionales, más allá de las manifestaciones físicas de la enfermedad, tienen un impacto importante en la salud mental de los pacientes.

El objetivo principal del estudio, que era determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en esta población, se cumplió, confirmando la hipótesis alterna, ya que las tasas de ansiedad y depresión fueron iguales o superiores a las reportadas en estudios internacionales. Este resultado resalta la importancia de abordar la dermatitis atópica severa desde una perspectiva biopsicosocial para un manejo más integral.

A pesar de las limitaciones, como el tamaño reducido de la muestra y el diseño transversal, los resultados de este estudio subrayan la necesidad de realizar tamizajes de salud mental desde el primer contacto médico. Lo anterior permitiría identificar tempranamente las comorbilidades psiquiátricas, facilitando su tratamiento y mejorando la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes.

Futuras investigaciones deberían enfocarse en estudios longitudinales prospectivos que exploren las interacciones entre la dermatitis atópica y las condiciones de salud mental.

Además, sería importante investigar la efectividad de intervenciones multidisciplinarias que incluyan estrategias de manejo del estrés, soporte social y terapia psicológica para complementar el tratamiento dermatológico. Estas iniciativas podrían transformar significativamente el manejo clínico y reducir el impacto general de esta enfermedad crónica en los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Rudikoff D, Cohen SR, Scheinfeld N. Atopic Dermatitis and Eczematous Disorders. CRC Press; 2014.
2. Ständer S. Atopic Dermatitis. *New England Journal of Medicine*. 2021 Mar 25;384(12):1136–43.
3. Frazier W MD, Bhardwaj N MD. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2020 May 15;101(10):590–8.
4. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014 Feb;70(2):338–51.
5. Herrera-Sánchez DA, Segura Méndez NH, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales IJ. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. *Revista Alergia México*. 2019 Jun 14;66(2):192–204.
6. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modifiedEASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objectiveSCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2017 Oct;177(5):1316–21.
7. Wallace DV. Treatment options for moderate to severe atopic dermatitis. *Allergy and Asthma Proceedings*. 2022 Nov 1;43(6):474–93.
8. Huang E, Ong PY. Severe Atopic Dermatitis in Children. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2018 May 10;18(6).
9. Brandwein M, Fuks G, Israel A, Nejman D, Straussman R, Hodak E, et al. Identification of a unique *Staphylococcus aureus* ribosomal signature in severe atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2018 Sep 23;179(5):1222–4.
10. Rajka G. Diagnosis and Grading (Severity). In: *Essential Aspects of Atopic Dermatitis* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1989 [cited 2023 Nov 15]. p. 216–22. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-74766-3_10
11. Linnet, Jemec. An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 1999 Feb;140(2):268–72.
12. Faulstich ME, Williamson DA, Duchmann EG, Conerly SL, Brantley PJ. Psychophysiological analysis of atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research*. 1985 Jan;29(4):415–7.

13. White A, Horne DJDL, Varigos GA. PSYCHOLOGICAL PROFILE OF THE ATOPIC ECZEMA PATIENT. *Australasian Journal of Dermatology*. 1990 Apr;31(1):13–6.
14. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological Aspects of Atopic Dermatitis: An Overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001;70(1):6–16.
15. Wei HT, Lan WH, Hsu JW, Huang KL, Su TP, Li CT, et al. Risk of developing major depression and bipolar disorder among adolescents with atopic diseases: A nationwide longitudinal study in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Oct;203:221–6.
16. Iannone M, Janowska A, Panduri S, Morganti R, Davini G, Romanelli M, et al. Impact of psychiatric comorbidities in psoriasis, hidradenitis suppurativa and atopic dermatitis: The importance of a psychodermatological approach. *Experimental Dermatology*. 2022 Mar 31;31(6):956–61.
17. Schuler CF IV, Billi AC, Maverakis E, Tsoi LC, Gudjonsson JE. Novel insights into atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2023 May;151(5):1145–54.
18. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular Mechanisms of Atopic Dermatitis Pathogenesis. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021 Apr 16;22(8):4130.
19. Hashizume H, Horibe T, Ohshima A, Ito T, Yagi H, Takigawa M. Anxiety accelerates T-helper 2-tilted immune responses in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2005 Jun;152(6):1161–4.
20. Budu-Aggrey A, Joyce S, Davies NM, Paternoster L, Munafò MR, Brown SJ, et al. Investigating the causal relationship between allergic disease and mental health. *Clinical & Experimental Allergy*. 2021 Oct 5;51(11):1449–58.
21. Qi H jiao, Li LF. Association of Atopic Dermatitis with Depression and Suicide: A Two-Sample Mendelian Randomization Study. *BioMed Research International*. 2022 Feb 3;2022:1–7.
22. Cheng BT, Silverberg JI. Depression and psychological distress in US adults with atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2019 Aug;123(2):179–85.
23. Cheng CM, Hsu JW, Huang KL, Bai YM, Su TP, Li CT, et al. Risk of developing major depressive disorder and anxiety disorders among adolescents and adults with atopic dermatitis: A nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Jun;178:60–5.

24. Becker-Haimes EM, Diaz KI, Haimes BA, Ehrenreich-May J. Anxiety and Atopic Disease: Comorbidity in a Youth Mental Health Setting. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016 Aug 26;48(4):528–36.
25. Schonmann Y, Mansfield KE, Hayes JF, Abuabara K, Roberts A, Smeeth L, et al. Atopic Eczema in Adulthood and Risk of Depression and Anxiety: A Population-Based Cohort Study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2020 Jan;8(1):248-257.e16.
26. Baurecht H, Welker C, Baumeister S -e., Weidnger S, Meisinger C, Leitzmann MF, et al. Relationship between atopic dermatitis, depression and anxiety: a two-sample Mendelian randomization study. *British Journal of Dermatology*. 2021 May 31;185(4):781–6.
27. Factors associated with mental illness in adults with atopic eczema or psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 2023 Mar 30;188(4):e27–e27.
28. Adesanya EI, Matthewman J, Schonmann Y, Hayes JF, Henderson A, Mathur R, et al. Factors associated with depression, anxiety and severe mental illness among adults with atopic eczema or psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. 2022 Dec 19;188(4):460–70.
29. Zhang J, Loman L, Oldhoff JM, Schuttelaar MLA. Beyond Anxiety and Depression: Loneliness and Psychiatric Disorders in Adults with Atopic Dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*. 2023 Aug 22;103:adv9378.
30. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002 Feb;52(2):69–77.
31. Silverberg JI, Gelfand J, Margolis D, Boguniewicz M, Fonacier LS, Grayson MH, et al. Measurement properties of Hospital Anxiety and Depression Scale used in atopic dermatitis in adults. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2019 Feb;143(2):AB130.
32. Eyerich K, Gooderham MJ, Silvestre JF, Shumack SP, Mendes-Bastos P, Aoki V, et al. Real-world clinical, psychosocial and economic burden of atopic dermatitis: Results from a multicountry study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2023 Sep 25;
33. Nicholas MN, Drucker AM. Depression and anxiety in atopic dermatitis: increasing recognition and opportunities to intervene. *British Journal of Dermatology*. 2019 Jul 25;181(3):442–3.
34. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, et al. Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic dermatitis in U.S. adults. *British Journal of Dermatology*. 2019 Mar 5;181(3):554–65.

35. Yamamoto-Furusho JK, Sarmiento-Aguilar A, García-Alanis M, Gómez-García LE, Toledo-Mauriño J, Olivares-Guzmán L, et al. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*. 2018 Oct;41(8):477–82.
36. Suárez-Mendoza A, Petersen-Aranguren F, Almeida-Velasco A, Robles-García R, Camacho Á, Fresán-Orellana A. Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican adults with ischemic and hypertensive cardiomyopathy. *Archivos de cardiología de México (English ed Internet)*. 2020 Jan 24;89(3).
37. Vélez-Muñiz R del C, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sánchez MA. Psychological Profile and Quality of Life of Patients with Alopecia Areata. *Skin Appendage Disorders*. 2019;5(5):293–8.
38. Faul F., Erdfelder E., Buchner A., & Lang A.-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 2009;41, 1149-1160
39. González-Mendoza, T., Bedolla-Barajas, M., Bedolla-Pulido, T. R., Morales-Romero, J., Pulido-Guillén, N. A., Lerma-Partida, S., & Meza-López, C. (2019). La prevalencia de rinitis alérgica y dermatitis atópica en adolescentes tardíos difiere de acuerdo con el sexo. *Revista Alergia México*, 66(2), 147-153.
40. Becerril-Ángeles, M., Vargas, M. H., Medina-Reyes, I. S., & Rascón-Pacheco, R. A. (2023). Trends (2007–2019) of major atopic diseases throughout the life span in a large Mexican population. *World Allergy Organization Journal*, 16(1), 100732.
41. Silverberg, J. I. (2019). Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 123(2), 144-151.
42. Paller, A., Jaworski, J. C., Simpson, E. L., Boguniewicz, M., Russell, J. J., Block, J. K., ... & Eichenfield, L. F. (2018). Major comorbidities of atopic dermatitis: beyond allergic disorders. *American journal of clinical dermatology*, 19, 821-838.
43. Thyssen, J. P., Halling, A. S., Schmid-Grendelmeier, P., Guttman-Yassky, E., & Silverberg, J. I. (2023). Comorbidities of atopic dermatitis—what does the evidence say?. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 151(5), 1155-1162.
44. Rønnstad, A. T. M., Halling-Overgaard, A. S., Hamann, C. R., Skov, L., Egeberg, A., & Thyssen, J. P. (2018). Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(3), 448-456.
45. Silverberg, J. I., Gelfand, J. M., Margolis, D. J., Boguniewicz, M., Fonacier, L., Grayson, M. H., ... & Simpson, E. L. (2019). Measurement properties of the hospital anxiety and depression scale used in atopic dermatitis in adults. *Journal of Investigative Dermatology*, 139(6), 1388-1391.

46. Almutawa, Y. M., AlGhareeb, M., Bhattarai, E., & Aljalahma, J. (2024). Investigation of the Impact of Atopic Dermatitis (AD) on Stress, Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 16(6), e63376.
47. Slattery, M. J., Essex, M. J., Paletz, E. M., Vanness, E. R., Infante, M., Rogers, G. M., & Gern, J. E. (2011). Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 128(3), 668-671.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2011.05.003>.
48. De Aguinaga-Inurriaga AE, Turcios-Santizo SD, Astorga-Camey JM. Niveles de ansiedad en pacientes del occidente de México con enfermedades dermatológicas. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (6): 779-786.
49. Egeberg A, Andersen YMF, Gislason GH, Skov L, Thyssen JP. Prevalence of comorbidity and associated risk factors in adults with atopic dermatitis. *Allergy* [Internet]. 2017;72(5):783–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/all.13085>.
50. Andersen YMF, Egeberg A, Gislason GH, Hansen PR, Skov L, Thyssen JP. Risk of myocardial infarction, ischemic stroke, and cardiovascular death in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2016;138(1):310-312.e3. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091674916001998>.

Anexos

1. Carta de no inconveniente

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**UMAE Hospital de Especialidades
Bernardo Sepúlveda Gutiérrez
Centro Médico Nacional Siglo XXI**

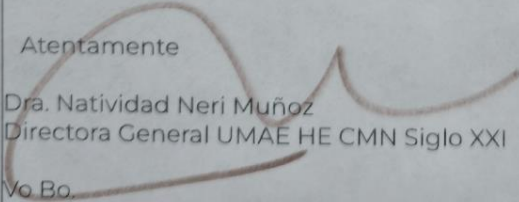
Fecha: 16 de noviembre del 2023

Comité Local de Investigación en Salud
Comité de Ética en Investigación
Presente

En mi carácter de Directora General de la UMAE Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título **Incidencia de Depresión y Ansiedad en Pacientes con Dermatitis Atópica utilizando Hospital Anxiety and Depresión Scale en Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI**, que será realizado por **Liliana Godínez Aldrete** como Investigador (a) Responsable, siendo un estudio transversal, en el servicio de **Dermatología** en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación. El estudio **no requiere** recursos financieros.

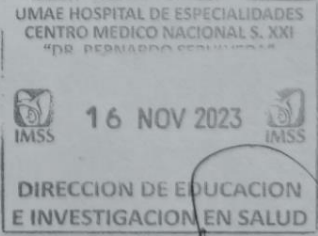
Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

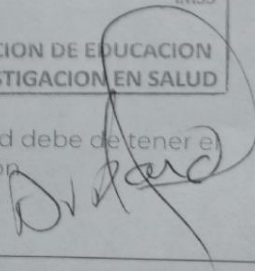
Atentamente


Dra. Natividad Neri Muñoz
Directora General UMAE HE CMN Siglo XXI

Vo Bo.

Nota.
En caso de ser un estudio que requiere recursos dentro de la unidad debe de tener el visto bueno del jefe de servicio o titular de la unidad de investigación.


UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
16 NOV 2023
DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD



2. Herramienta de captura de datos

ID del paciente: _____ Fecha: ____/____/2024

Características demográficas:

Sexo: () Masculino Edad: _____ años
() Femenino

Consumo _____ de _____ sustancias:

() Tabaco. Duración: ____años. () Activo () Cesado (hace ____años).

Cantidad de cigarrillos por día: _____

() Alcohol. Duración: _____. Cantidad: _____

() Otras drogas: _____

Comorbilidades presentes:

() Diabetes mellitus. Duración: ____años, tratamiento: _____

() Hipertensión. Duración: ____años, tratamiento: _____

() Dislipidemia. Duración: ____años, tratamiento: _____

() Cáncer. Tipo: _____. Duración: _____
Tratamiento: _____

() Otras. Especificar: _____

Otros medicamentos de uso constante: _____

Características de la patología psiquiátrica:

HADS-A: _____puntos

HADS-D: _____puntos

Características de la patología dermatológica (usando la calculadora web <https://pro.campus.sanofi/es/dermatitis-atopica/herramientas/calculadora-easi-scorad>):

EASI: _____puntos

SCORAD: _____ puntos

Duración de la enfermedad: _____meses

Tratamiento no farmacológico (nombre y duración del mismo):

Nombre del tratamiento	Duración del tratamiento (en semanas)

Tratamiento farmacológico:

Nombre del tratamiento	Posología	Duración del tratamiento (en semanas)

Fecha de aplicación: ____/____/2024

ID del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada enunciado y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en esta última semana (incluyendo hoy).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)		
	A	Me siento tenso(a) o nervioso(a)
	0 1 2 3	Nunca De vez en cuando Gran parte del día Todo el día
D		Sigo disfrutando de las cosas como siempre
0 1 2 3		Igual que antes No tanto como antes Solamente un poco Ya no disfruto nada como antes
	A	Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder
	0 1 2 3	No siento nada de eso Sí, pero no me preocupa Sí, pero no muy intenso Sí y muy intenso
D		Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas
0 1 2 3		Igual que siempre Actualmente, algo menos que siempre Casi nunca Nunca
	A	Tengo la cabeza llena de preocupaciones
	0 1 2 3	Sólo en ocasiones De vez en cuando, pero no muy a menudo Con bastante frecuencia La mayor parte del tiempo
D		Me siento alegre
0 1 2 3		Casi siempre A veces No muy a menudo Nunca

	A	Soy capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a) y relajado(a)
	0 1 2 3	Siempre Por lo general Raras veces Nunca
D		He perdido el interés por mi aspecto personal
0 1 2 3		Me preocupo al igual que siempre Podría tener un poco más cuidado No me preocupo como debería Completamente
	A	Tengo una desagradable sensación de “nervios” en el estómago
	0 1 2 3	Nunca En ciertas ocasiones Con bastante frecuencia Siempre
D		Espero las cosas con ilusión
0 1 2 3		Siempre A menudo Rara vez Nunca
	A	Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme
	0 1 2 3	Nunca Rara vez A menudo Siempre
D		Me siento optimista respecto al futuro
0 1 2 3		Igual que siempre Un poco menos de lo acostumbrado Mucho menos de lo acostumbrado Nada
	A	Experimento, de repente, sensaciones de gran angustia o temor
	0 1 2 3	Nunca Rara vez A menudo Siempre
D		Me divierte un buen libro/serie/podcast...
0 1 2 3		A menudo A veces No muy a menudo Rara vez
		← TOTALES

3. Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nombre del estudio:	“Prevalencia de Depresión y Ansiedad en pacientes con dermatitis atópica utilizando Hospital Anxiety and Depression Scale en Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Colonia doctores, entre eje 2 poniente Av. Cuauhtémoc (número 330), Eje 3 Sur Dr. Morones Prieto, Dr. Jiménez y Dr. Márquez, en la Alcaldía Cuauhtémoc. A enero 2024.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	Estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en responder una escala de depresión y ansiedad dirigida a pacientes con dermatitis atópica. Se realiza con la finalidad de emprender líneas de acción para dar solución a problemáticas asociadas con su padecimiento
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará un instrumento de recopilación de datos que incluye encuestas validadas para valorar la depresión y ansiedad de forma hospitalaria.
Posibles riesgos y molestias:	Estudio de riesgo mínimo. Se considera como posible riesgo la exposición de sus datos personales y de la enfermedad de la piel en estudio, más estos no serán accesibles para personal fuera de los especialistas en su atención médica y el estudio. Por otro lado, la aplicación de un cuestionario enfocado a su salud mental puede conllevar a un diagnóstico en este ámbito y a la necesidad de una valoración y manejo subsecuentes por especialistas en el área.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer cómo influye la dermatitis atópica en el desarrollo de trastornos psiquiátricos e integrarlo a un protocolo de atención especializada si así lo requiriese. A partir de ello se determina que el riesgo-beneficio es favorable por no presentar un riesgo de daño para usted y permitir brindarle una atención médica de forma integral que incluya no sólo su enfermedad de la piel, sino también su salud mental y el impacto que esta pueda tener en su funcionalidad y participación social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, se informará en caso de datos relevantes a partir de la entrega de un tríptico informativo sobre el tema.
Participación o retiro:	Usted es libre de decidir si participa en este estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención médica que recibe del instituto
Privacidad y confidencialidad:	Se le asignará un código para mantener los datos personales (nombre, número de seguridad social, dirección, etc.) ocultos y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por algunos de investigadores de este estudio y se mantenga anónimo al momento del análisis de los resultados. El acceso a los datos estará restringido sólo a los profesionales involucrados en este estudio y usted puede decidir retirar su consentimiento (junto con el uso de sus datos) en cualquier momento del estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoselo explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio

☐

Si acepto participar para este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Blanca Olivia Sicairos Angulo. Residente de Dermatología Matricula: 97272897, adscripción HE CMN SIGLO XXI “Dr. Bernardo Sepúlveda” IMSS Celular: 6671388331 Email: blancasicairosa@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Blanca Olivia Sicairos Angulo

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-014