

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**COMPARACIÓN DE EFICIENCIAS EN ESCALAS**  
**PARA ANSIEDAD APLICADAS A PACIENTES**  
**PSORIÁSICOS DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**ARZOBISPO LOAYZA JULIO - OCTUBRE 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**JUAN DIEGO VERA SALAZAR**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA-PERÚ**

**2018**

## **ASESOR**

Dr. Williams Fajardo Alfaro (Médico Jefe del Pabellón San Antonio II Dpto de Medicina Especializada – Hospital Nacional 2 de Mayo, Docente Proyecto de Tesis Universidad Privada San Juan Bautista)

## **AGRADECIMIENTO**

Dios todo poderoso, las gracias a ti que permitiste que la presente pueda llevarse a cabo así también a la doctora Carmen Castro Rodríguez médico dermatólogo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; quien en todo momento me brindó su apoyo para la realización de la presente tesis.

## **DEDICATORIA**

La presente tesis es dedicada a mis padres, hermanos y seres queridos quienes en todo momento estuvieron apoyándome, desde el inicio de mi carrera hasta el día de hoy, en el cual culmino una etapa en mi formación como profesional.

## **RESUMEN**

El propósito de la presente fue demostrar la eficiencia de la Escala de Beck en comparación con la Escala de Hamilton para Ansiedad, mediante la aplicación de estas en los pacientes psoriáticos que acudieron al Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los meses de Julio a Octubre del año 2016, de tal manera que se establezca a este como un instrumento eficiente para su aplicación, contribuyendo al diagnóstico de ansiedad en dichos pacientes, de tal manera que se obtenga un manejo integral en combinación con el especialista encargado de evaluar dicha patología, mediante la interconsulta.

Los instrumentos empleados son la Escala de Beck y la Escala de Hamilton, ambos para medir el Nivel de Ansiedad. Dichos instrumentos son de tipo Likert, y de administración a todo grupo poblacional. La diferencia entre ambas principalmente radica en su estructura y el tiempo de administración, ya que la Escala de Beck presenta 21 ítems y un tiempo de administración de 5 minutos aproximadamente, mientras la Escala de Hamilton consta de 14 ítems con un tiempo de administración entre 15 a 30 minutos. Estos instrumentos fueron aplicados en una población muestral de 100 pacientes psoriáticos que acudieron al Servicio de Dermatología del nosocomio ya mencionado. Con los datos obtenidos en las encuestas realizadas, se pasó a analizarlos haciendo uso del SPSS versión 22.0

Se concluyó que la Escala de Beck resultó ser eficiente comparado con la Escala de Hamilton, basado principalmente en el tiempo que toma la aplicación de dichos instrumentos. Consecuentemente se obtuvo que el nivel de Ansiedad Leve es predominante en los pacientes psoriáticos en quienes se aplicó la Escala de Beck mientras en los pacientes que se les administró la Escala de Hamilton se obtuvo que el 88% presentó la sintomatología ansiosa moderada-severa. El género predominante en el total de pacientes encuestados fue el masculino con un 52%, finalmente; el tiempo promedio que se obtuvo en el total de encuestados con la Escala de Beck fue de 5 minutos

con 56% mientras que con la Escala de Hamilton fue de 10 a 15 minutos con 50% .

**PALABRAS CLAVES:** Eficiencia, Escalas de Ansiedad, Psoriasis.

## **ABSTRACT**

The purpose of this thesis was to demonstrate the efficiency of the Beck scale in comparison with the Hamilton scale for anxiety, by applying these in the psoriatic patients who attended the National Arzobispo Loayza Hospital during the months of July to October in the year 2016, in such a way to be set this as an efficient instrument to apply in these patients thus contributing to the diagnosis of anxiety, having a record of them also offering comprehensive treatment in combination with the specialist in charge of the management of this disease, through the consultation.

The used instruments are Beck's Scale and Hamilton's Scale, both to measure the Level of Anxiety. These instruments are Likert-type, and management to all population groups. The difference between both mainly lies in its structure and the time of administration, as the scales of Beck presents 21 items and a time of administration of 5 minutes approximately, while the scale of Hamilton consist of 14 items with a time of administration between 15 to 30 minutes. These instruments were applied on a sample population of 100 psoriatic patients who attended the dermatology service of the aforementioned hospital. With the data obtained in the surveys, moved to analyze them using the SPSS version 22.0

It was concluded that the Beck scale turned out to be more efficient compared with the Hamilton scale, based mainly on the time taken to implement these instruments. As a result it was obtained that the level of anxiety is mild you dominate the psoriatic patients who applied the scale of Beck while in patients who were given the Hamilton scale was obtained 88% presented moderate-severe anxiety symptoms. The predominant genre in all surveyed patients was male 52%, finally; the average time that was obtained in the total number of respondents with the Beck scale was 5 minutes with 56% while with the Hamilton scale it was 10 to 15 minutes with 50%.

**KEYWORDS:** Efficiency, Anxiety Scales, Psoriasis.

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, la ansiedad es una enfermedad que cada vez influye más en la vida de las personas, la Organización Mundial de la Salud refiere que dicha patología ha ido en constante aumento elevándose en un 50% entre los años de 1990 al 2013 (416 millones a 615 millones), con tendencia a seguir incrementando, en la actualidad el 10% de la población mundial se encuentra afectada a tal punto que 1 de cada 5 personas que acude al Servicio de Emergencias es por un cuadro ansioso.

Así también, muchas de las enfermedades dermatológicas presentan un componente psiquiátrico, entre ellas la Psoriasis, que afecta a 125 millones de habitantes en el mundo en promedio (4,6%), sin embargo existe suficiente relación para considerar que esta enfermedad dermatológica, al igual que la ansiedad presenta tendencia a incrementar, puesto que La Sociedad Peruana de Dermatología (SPD), informó en el año 2015 que en nuestro país 500 mil pacientes acuden a los servicios de dermatología, siendo la ansiedad/depresión la causa principal de la exacerbación de la enfermedad.

Lo anterior expuesto, motivó la realización del estudio con la finalidad de encontrar una manera eficiente de diagnosticar y clasificar la ansiedad, en el Servicio de dermatología para que consecuentemente, haciendo una atención integral en estos pacientes, se pueda atenuar dichas patologías.

Hee Sun Moon et all. Detallan lo anterior mencionado, mediante el gráfico de liberación de noradrenalina por estimulación del eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal, teniendo como base la relación entre Sistema Nervioso Central y Piel basado en su origen embriológico.

En cuanto al nivel de Ansiedad, otros autores como Navas Orozco (2012) y Ascencio Huertas (2007) refieren que en el sexo femenino, predomina la ansiedad con un 30.5% comparado con un 19.2%. Datos brindados por la Escuela Mundial de Salud Mental, refieren que los datos de ansiedad en el Perú no son del todo reales, puesto que existen pacientes no evaluados bajo

esta enfermedad, ya que en el país se le da predilección a los cuadros depresivos.

El objetivo de la presente tesis fue demostrar la eficiencia de las Escalas para Ansiedad en pacientes psoriáticos que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Julio-Octubre 2016 de tal manera que para su obtención, se empleó la fórmula de eficiencia (Mejía, 2007) la que se encuentra en función del tiempo y costo; La Escala de Beck y Hamilton para ansiedad, ambas escalas de tipo Likert que constan con 21 y 14 ítems respectivamente; finalmente la Ansiedad, la cual se obtendrá de la aplicación de las Escalas ya mencionadas de tal manera que pueda clasificarse en leve, moderada o severa.

En la presente tesis de método descriptivo comparativo con fuente de información prospectiva, la muestra con la que se contó, fue de 100 pacientes con diagnóstico de psoriasis que acudieron al Servicio de Dermatología del hospital a los cuales se les aplicó las Escalas para Ansiedad, las cuales se puntúan de 0 a 3 y de 0 a 4 en cada ítem (para la Escala de Beck y Hamilton respectivamente) siendo, posteriormente, procesados con el programa estadístico SPSS v 22.0.

Consecuentemente, se obtuvo que la Eficiencia de la Escala de Beck fue de 0.644, mientras para la Escala de Hamilton fue de 0.353, esto gracias a que la consistencia interna dada por el Alfa de Cronbach para ambos instrumentos fue de 0.728 y 0.456 respectivamente de tal forma que existe mayor correlación entre los ítems de la Escala de Beck que en la de Hamilton.

Finalmente, la principal conclusión para la presente tesis, radica en que La Escala de Beck para Ansiedad resulta ser más eficiente que la Escala de Hamilton para Ansiedad, con un valor de 0,644 comparado con un 0,353. Basados en los rangos establecidos, el que presente un valor más cercano a 1 es quien resultará ser más eficiente.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA.....</b>	<b>I</b>
<b>ASESOR.....</b>	<b>..II</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>..IV</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>..V</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>..VIII</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>XII</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>XIII</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>XIV</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>1</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS.....	4
1.7 PROPÓSITO.....	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6

2.2 BASE TEÓRICA.....	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	40
2.4 HIPÓTESIS.....	41
2.5 VARIABLES.....	41
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	41
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>43</b>
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	43
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DATOS.....	44
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DATOS.....	44
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	44
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
4.1 RESULTADOS.....	45
4.2 DISCUSIONES.....	63
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>67</b>
5.1 CONCLUSIONES.....	67
5.2 RECOMENDACIONES.....	67
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>

## **LISTA DE TABLAS**

<b>TABLA N°1:</b> COMPARATIVO ENTRE LA ESCALA DE BECK Y LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....	<b>46</b>
<b>TABLA N°2:</b> RANGOS PARA EL NIVEL DE EFICIENCIA.....	<b>48</b>
<b>TABLA N°3:</b> CONSISTENCIA INTERNA PARA LA ESCALA DE BECK Y ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....	<b>48</b>
<b>TABLA N°4:</b> VALIDEZ CONSTRUCTO DE LA ESCALA DE BECK Y LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....	<b>50</b>
<b>TABLA N°5:</b> VARIANZA TOTAL EXPLICADA DE LAS ESCALAS DE BECK.....	<b>52</b>
<b>TABLA N°6:</b> VARIANZA TOTAL EXPLICADA DE LAS ESCALAS DE HAMILTON.....	<b>53</b>
<b>TABLA N°7:</b> NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD.....	<b>54</b>
<b>TABLA N°8:</b> NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....	<b>56</b>
<b>TABLA N°9:</b> GÉNERO PREDOMINANTE DE PACIENTES ENCUESTADOS CON LA ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD.....	<b>58</b>
<b>TABLA N°10:</b> GENERO PREDOMINANTE PACIENTES ENCUESTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....	<b>59</b>
<b>TABLA N°11:</b> TIEMPO PROMEDIO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD .....	<b>60</b>
<b>TABLA N°12:</b> TIEMPO PROMEDIO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....	<b>62</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO N°1: ANÁLISIS DE FIABILIDAD PARA LA ESCALA DE BECK Y ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....</b>	<b>49</b>
<b>GRÁFICO N°2: NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD.....</b>	<b>55</b>
<b>GRÁFICO N°3: NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....</b>	<b>57</b>
<b>GRÁFICO N°4: GÉNERO PREDOMINANTE DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON LA ESCALA DE BECK.....</b>	<b>58</b>
<b>GRÁFICO N°5: GÉNERO PREDOMINANTE DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON.....</b>	<b>60</b>
<b>GRÁFICO N°6: TIEMPO PROMEDIO EMPLEANDO LA ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD.....</b>	<b>61</b>
<b>GRÁFICO N°7: TIEMPO PROMEDIO EMPLEANDO LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....</b>	<b>62</b>

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO N°2: INSTRUMENTOS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO N°3: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO N°5: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....</b>	<b>81</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dentro el amplio grupo de enfermedades psiquiátricas tenemos, como uno de sus máximos exponentes, al cuadro de Ansioso el cual según la Organización Mundial de la Salud se encuentra en tasas más altas que entre la población en general. En todo el mundo, los trastornos mentales han ido en constante aumento. Entre los años 1990 y 2013, los pacientes que presentaban este cuadro se elevaron en un 50% (de 416 millones a 615 millones), en la actualidad un 10% de la población en mundial se encuentra afectada, siendo el 30% de patologías no mortales. Así también refiere que 1 de cada 5 pacientes que acuden a los Servicios de Emergencia son por cuadro ansioso y 1 de cada 4 en Centros de Atención primaria.

Muchas de las enfermedades dermatológicas presentan un componente psiquiátrico, entre ellas, la Psoriasis. La Organización Mundial de la Salud la define como una patología dolorosa, desfigurante e incapacitante que afecta a 125 millones de habitantes en el mundo, correspondiendo al 2% que incluso puede considerarse hasta un 4,6%.

El Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología nos menciona datos similares a los dados por la OMS, agregando que en España se encuentra 1 millón de pacientes con el diagnóstico mencionado.

La Sociedad Peruana de Dermatología (SPD), informó en el año 2015 mediante el Vicepresidente de la misma, el Dr. Juan Lazarte, que en nuestro país 500 mil pacientes acuden a los servicios de dermatología, siendo la ansiedad/depresión la causa principal de la exacerbación de la enfermedad. Finalmente, las personas diagnosticadas de psoriasis presentan tasas de depresión y ansiedad muy altas a comparación de la población en general.

Con lo anterior expuesto, se requiere de una escala eficiente para conseguir el diagnóstico oportuno y precoz de estos cuadros psiquiátricos así mismo, categorizarlo y finalmente que resulte de fácil acceso al personal médico para llevarlo a cabo en la consulta diaria.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es la eficiencia de las escala para medir ansiedad en pacientes Psoriásicos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Julio-Octubre 2016?

### **1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes psoriáticos encuestados con la Escala de Beck y de Hamilton?
- ¿Cuál es el género predominante de los pacientes con cuadro de ansiedad?
- ¿Cuál es el tiempo promedio que conlleva la aplicación de las Escalas para medir el nivel de ansiedad en los pacientes psoriáticos?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

### **1.3.1 TEÓRICA**

La psoriasis es una enfermedad dermatológica caracterizada por placas con base eritematosa, con descamaciones plateadas en zonas de extensión que trae repercusiones serias en quienes la padecen, es por ello que la OMS busca fortalecer la sensibilización con respecto a esta y luchar contra la estigmatización por quienes la padecen. Para ello pide un informe global sobre la enfermedad haciendo hincapié en la necesidad de una mayor investigación, así mismo, buscar un tratamiento integral para la misma. Estudios documentados muestran que quienes la padecen presentan altas tasas de ansiedad que la población en general.

### 1.3.2 PRÁCTICA

Mediante el presente estudio, se busca determinar que el Inventario de Beck es eficiente a comparación de la Escala de Hamilton para determinar la Ansiedad en pacientes diagnosticados de Psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, además de ello señalar la relación existente entre estos pacientes y el cuadro ansioso, identificar los causales de ansiedad que exacerbaban el cuadro de Psoriasis y los factores socioeconómicos que influyen en la calidad de vida de los pacientes psoriásicos. Todo ello empleando el Inventario de Beck para Ansiedad.

### 1.3.3 SOCIAL

Con la realización de este estudio buscamos que:

- El Inventario de Beck para la ansiedad tenga la misma utilidad, demostrando su eficiencia, que otras escalas empleadas para dicha enfermedad tales como la Escala de Hamilton, en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Al ser una escala sencilla basada en síntomas relacionados a la Ansiedad, los pacientes con diagnóstico de Psoriasis puedan identificar los causantes de dichos síntomas y poder atenuarlos.

## 1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- **Espacio:** Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- **Tiempo:** Periodo Marzo a Agosto del 2016.
- **Social:** Pacientes que presenten sintomatología ansiosa con diagnóstico de Psoriasis que acuden al servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- **Conceptual:** Eficiencia de la Escala de Beck para la Ansiedad en contraste con la Escala de Hamilton.

## **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante el desarrollo de la presente investigación, no se presentó limitación alguna, motivo por el cual pudo efectivizarse el mismo.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Comparar la eficiencia de las Escalas para medir la ansiedad en los pacientes Psoriáticos atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Julio-Octubre 2016.

### **1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Clasificar el cuadro de ansiedad en los pacientes diagnosticados de Psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza empleando la Escala de Beck y de Hamilton
- Identificar el género predominante en los cuadros de ansiedad de los pacientes encuestados con ambas escalas que acuden al Hospital Arzobispo Loayza.
- Identificar y comparar el tiempo que conlleva el uso de la Escala de Beck y de Hamilton para clasificar la ansiedad en los pacientes psoriáticos que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

## **1.7 PROPÓSITO**

El propósito de la tesis fue demostrar la eficiencia de la Escala de Beck en comparación con la Escala de Hamilton para Ansiedad, mediante la aplicación de estas en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los meses de Julio a Octubre del año 2016 de tal manera que se establezca a este como un instrumento eficiente a aplicarse en dichos pacientes, contribuyendo al diagnóstico de ansiedad, teniendo un registro de los mismos así también brindando un manejo integral en

combinación con el especialista encargado del control de dicha patología, mediante la interconsulta.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### 2.1.1 INTERNACIONALES

- **Garcia-Lopez L, Moore HTA “Validation and Diagnostic Efficiency of the Mini-SPIN in Spanish-Speaking Adolescents”. PLoS ONE 10(8):e0135862. doi:10.1371/journal.pone.0135862; 2015:**

“La eficiencia diagnóstica es dada por el valor obtenido de la Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo positivo y negativo, donde el punto de corte es  $>0,5$ ... Se cuenta con una Sensibilidad de 0.81, Especificidad de 0,96, VPP de 0.93 y VPN de 0.88”<sup>(39)</sup>.

“Se concluye, que el mini SPIN es un instrumento eficiente y fiable para medir la Ansiedad Social en pacientes jóvenes hispano hablantes en función de los valores obtenidos mayores al punto de corte”<sup>(39)</sup>.

- **Sanz, Jesús; Paz García-Vera, María; Fortún María; “El Inventario de Ansiedad De Beck” (BAI): Propiedades Psicométricas De La Versión Española en pacientes con Trastornos Psicológicos”; Universidad Complutense de Madrid (España); Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 20, Nº 3, 2012, pp. 563-583:**

“Se presentan datos de fiabilidad y validez factorial, discriminante y de criterio del “Inventario de ansiedad de Beck” (BAI) en una muestra de 307 pacientes españoles con trastornos psicológicos. Los análisis factoriales indicaron que el BAI mide una dimensión general de ansiedad compuesta de dos factores relacionados (somático y afectivo-cognitivo), pero estos factores apenas explicaban varianza adicional más allá de la puntuación global. La consistencia interna del BAI fue elevada ( $\alpha = 0,90$ ). El BAI tuvo una correlación de 0,63 con el “Inventario de depresión de Beck-II”, pero un análisis factorial reveló que sus ítems formaban dos factores, sugiriendo que su correlación se debe más a la relación entre ansiedad y depresión que a un problema de validez

discriminante. Respecto a la validez de criterio, los pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad tenían puntuaciones más altas en el BAI que los pacientes de otros grupos diagnósticos, aunque no se encontraron diferencias con los pacientes con trastornos depresivos. Se concluye que el BAI es un instrumento válido y fiable para detectar y cuantificar síntomas de ansiedad en pacientes con trastornos psicológicos” (26).

- **Sanz, Jesús; “Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica”; Universidad Complutense de Madrid; Clínica y Salud 25 (2014) 39-48:**

“Se ha identificado al Inventario de Beck para Ansiedad (BAI) como el instrumento de evaluación de la ansiedad más utilizado en la investigación psicológica, avanzando desde la tercera posición que le situaba un estudio similar publicado diez años antes y por encima del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) que era el instrumento que entonces ocupaba la primera posición” (25).

“Así, según un estudio publicado en 2010 y realizado con una muestra de 3126 miembros de los colegios oficiales de psicólogos de España, el STAI era el séptimo test más utilizado por los psicólogos españoles en su práctica diaria y el primero entre los dedicados específicamente a la evaluación de la ansiedad, prácticamente las mismas posiciones que había obtenido el instrumento diez años atrás en un estudio similar. Dado que hasta 2011 no se publicó la primera adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck, cabría aventurar que en los próximos años, al igual que ha ocurrido en otros países, el BAI podría ir ganando posiciones en las preferencias de los psicólogos españoles hasta alcanzar al STAI” (25).

- **Achury Saldaña, Diana; Achury Beltrán, Luisa; Estrada Cardona, Paula; Gutiérrez Suarez, Adriana;” Cuidado de enfermería al**

**paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco”; Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Septiembre-Diciembre 2012; 20 (3): 112-116:**

“La Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), la cual muestra una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86 y permite distinguir adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, por lo que se ha utilizado en personas que reúnen criterios de ansiedad y para monitorizar la respuesta al tratamiento farmacológico; sin embargo, no se recomienda su uso como herramienta de diagnóstico, ya que determina el grado de ansiedad global del paciente después del tratamiento <sup>(28)</sup>.

“El inventario de ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Posee una elevada consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94; en cuanto a la validez, tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos y población en general)” <sup>(28)</sup>.

“... Mientras que el STAI-R fue desarrollado para evaluar un rasgo normal de personalidad, el BAI lo fue para evaluar conductas (cognitivas, emocionales, motoras o fisiológicas) anormales o patológicas de ansiedad (ansiedad clínica)” <sup>(28)</sup>.

“El STAI-R evalúa de forma razonable el TAG (más del 50% de síntomas del TAG cubiertos) y sería más adecuado para evaluar el TAG que el BAI, mientras que el BAI evalúa de forma razonable la crisis de angustia (más del 50% de síntomas de la crisis de angustia cubiertos) y sería más adecuado para evaluar la crisis de angustia que el STAI-R. Esta última característica del BAI es muy importante para el objetivo general de evaluar la ansiedad clínica, ya que las crisis de angustia, bien sean completas o con sintomatología limitada (o crisis parciales), pueden aparecer en el contexto de la mayoría de los trastornos de ansiedad” <sup>(25)</sup>.

“Los principales factores desencadenantes de la ansiedad en los pacientes son el desconocimiento acerca de la enfermedad y el procedimiento a realizar, así como la información poco estructurada y deficiente proporcionada por el profesional de enfermería” <sup>(28)</sup>.

- **Lic. Tomillo Busnadiago, Virginia; “Trastornos de Ansiedad, calidad de vida y plan de cuidados en pacientes con psoriasis”, Universidad de Valladolid-España 2014/2015:**

“Elevados niveles de ansiedad pueden inhibir la proliferación linfocitaria inducida por mitógenos en sangre periférica, alterar la actividad de las células NK, la producción de interferón y de interleucina-2” <sup>(29)</sup>.

- **Torres-Hernández, Marcela; López García, Sonia y col; “Alexitimia como factor psicosomático en la Psoriasis”, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53 (3):268-72:**

“La psoriasis tiene mayores asociaciones con enfermedades psiquiátricas como la ansiedad, depresión...Se ha encontrado que estas tienen una mayor prevalencia entre los pacientes con psoriasis que otras afecciones dermatológicas” <sup>(30)</sup>.

- **Sagrista, Gallardo, Tribo y Pujol; “El papel de la morbilidad psiquiátrica y calidad de vida en la valoración de la salud de los pacientes con Psoriasis en el Servicio de Dermatología del Hospital del Mar, Parc de Salut Mar Barcelona; 2012.**

“Los análisis indican que la gravedad de la psoriasis se relacionará de manera diferente con el malestar psicológico y con la calidad de vida dependiendo del género de los sujetos. La presencia de síntomas vinculados a la psoriasis, se asociaba con mayor impacto en la calidad de vida y con niveles más altos de ansiedad y depresión” <sup>(32)</sup>.

### **2.1.2 NACIONALES**

- **Otiniano Campos, Fiorella; “Validez de Constructo y Eficacia Diagnóstica de las Escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial De Millon III (MCMII-III)”;**

**Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP); Facultad de Letras y Ciencias Humanas Especialidad de Psicología; Lima-2012.**

“La presente investigación tuvo como objetivo determinar la validez de constructo y la eficiencia diagnóstica de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Para ello, se aplicó el MCMI-III, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck a 100 pacientes ambulatorios de un hospital de salud mental de Lima Metropolitana” (27).

“La muestra estuvo conformada por 68 mujeres y 32 hombres, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 56 años ( $M=30.53$ ;  $DE=10.11$ ). Al calcularse la validez de constructo, se encontró que las escalas del MCMI-III presentaban correlaciones convergentes con las otras medidas de depresión y ansiedad utilizadas; sin embargo, también mostraban una pobre habilidad para discriminar la sintomatología del trastorno que dicen medir y la de otra patología considerada en esta investigación” (27).

“Los criterios que sustentan la efectividad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y poder predictivo negativo) para cada escala, se obtuvo que la escala Trastorno de Ansiedad presenta una mayor eficacia diagnóstica que la escala Depresión Mayor. No obstante, la escala Trastorno de Ansiedad brinda un porcentaje alto de falsos positivos; mientras que la escala Depresión Mayor brinda falsos negativos” (27).

“Asimismo, la puntuación promedio del BAI indica la presencia de moderada sintomatología ansiosa en los participantes. La mayoría de los participantes (72%) presenta puntuaciones superiores a 8, lo cual significa que se evidencia sintomatología ansiosa; siendo moderada y severa para casi la mitad de los pacientes. Estos resultados reflejan que la muestra era principalmente ansiosa- depresiva” (27).

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **A) PIEL Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

La relación existente entre 2 órganos que al afectarse por algún vínculo en común es lo que produce cuadros nosológicos que en su mayoría pueden ser inexplicables si es que no se parte desde la relación embriológica de los sistemas afectados en cuestión. De esta problemática no se exenta el campo de la dermatología, debido a que múltiples alteraciones del Sistema Nervioso Central o psiquiátricos van de la mano con muchos cuadros que afectan la piel <sup>(1)</sup>.

La piel, órgano más extenso de nuestro organismo (aproximadamente 2m<sup>2</sup> de extensión), cumple diversas funciones para mantener el equilibrio entre el medio interno y externo entre las cuales tenemos: balance de líquidos y electrolitos, mantiene el volumen sanguíneo circulante y varía la temperatura corporal es así; que los vasos sanguíneos de la piel juegan un papel importante para la realización de estas funciones todo gracias a la presencia de un sistema de neuroreceptores.

Otra función importante es la de protección a los órganos y estructuras internas, esta no solo contra traumas físicos, a las variaciones de temperatura, radiación ultravioleta, penetración de sustancias orgánicas e inorgánicas sino que además de estas, incluye: barrera de protección frente a microorganismos patógenos capaces de producir cuadros sistémicos o cutáneos netamente, siendo esta barrera manifestada por la vigilancia inmunológica <sup>(2)</sup>.

La piel, según el desaparecido Dr. Amado Saúl Cano (médico dermatólogo, ícono de la dermatología Mexicana, Símbolo de la dermatología Latino Americana), es el “espejo del alma” <sup>(1)</sup>, esto quizá nos da pie a entender que es el reflejo de todo aquello que ocurra en nuestro interior, es decir nuestra psiquis. Bajo esa premisa se trata de establecer que la relación existente entre la piel y el sistema nervioso

central van de la mano pudiendo así aclarar los procesos psico-neuro-cutáneos.

Los procesos psico-neuro cutáneos, mejor llamado psicodermatosis son todos aquellos factores psicológicos que desempeñan un papel significativo en el desarrollo o aparición de una patología <sup>(3)</sup>, esta asociación de cuadros psicológicos-psiquiátricos con manifestación dermatológica son cada vez más conocidas siendo los cuadros de estrés y ansiedad los predisponentes, determinantes o potenciadores de estos cuadros nosológicos <sup>(3)</sup>.

No es desconocido que la manera de ser de cada persona es diferente a otra, lo cual nos vuelve únicos, y esto puede conllevar a exacerbar los cuadros cutáneos y estos a su vez potenciar una alteración psicológica ya existente mas no conocida por la persona, volviéndolo así un ciclo repetitivo sin un tratamiento adecuado.

Las lesiones cutáneas de origen psicosomático no son más que manifestaciones de descargas disfrazadas de cólera, ansiedad, miedo u otros <sup>(1)</sup>. Estos cuadros son los más frecuentes en consulta externa pero a su vez, son los más ignorados por los profesionales en salud ajenos al ámbito psicológico. Se debe insistir en orientar un diagnóstico adecuado para estos cuadros, debido a que hallando al factor desencadenante se puede dar un manejo correcto. Es por ello que existen diversas escalas para medir los cuadros psicológicos-psiquiátricos, teniendo estándares para compararlos y ser uniformes a nivel mundial, de tal manera que el manejo para un paciente dermatológico debe ser completo, ya que si la manifestación inmediata es física o concreta, la causa de esta es abstracta o psicológica <sup>(1,2)</sup>.

## **B) SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

### **CEREBRO**

El cerebro constituye la parte anterior y superior del encéfalo. De todos los órganos que conforman el sistema nervioso central, la masa cerebral es la que presenta mayor tamaño y el de gran importancia. Ocupa gran parte del cráneo, presentando una parte superior y otra inferior, en el primer caso su forma convexa se amolda al casquete óseo y en el segundo caso corresponde al piso anterior, piso medio y piso del cerebelo <sup>(4)</sup>. El peso aproximado para un varón es de 1160 gramos y de 1000 gramos para una dama.

El cerebro como tal, está constituido por 2 hemisferios separados entre sí por la cisura interhemisférica, pero unidos entre sí por el cuerpo calloso. Sin embargo el cuerpo calloso forma parte de las formaciones interhemisféricas que las componen, además de la ya mencionada, el quiasma óptico, espacio perforado anterior, túber cinéreo, tallo pituitario, hipófisis, tubérculos mamilares y espacio perforado posterior.

Con respecto a la vascularización cerebral, las arterias encargadas de su irrigación provienen del polígono de Willis, distinguiéndose en 4 grupos:

- Arterias de las circunvoluciones
- Arterias de los núcleos centrales
- Arterias ventriculares
- Arterias de la base

Cada una de estas da ramas para la distribución sanguínea en toda la estructura. Las arterias de las circunvoluciones son la Arteria Cerebral Anterior (nace de la Carótida interna), la Arteria Cerebral Media (nace de la Carótida interna, se introduce en la Cisura de Silvio y en todo su

trayecto forma 3 ramas); Arteria Cerebral Posterior (procedente de la bifurcación del tronco Basilar) <sup>(4)</sup>.

## **CEREBELO**

Localizado por debajo del cerebro, por detrás de la protuberancia y encima del bulbo (en la región postero inferior), está constituido por un istmo, también llamado lóbulo medio y 2 hemisferios cerebelosos. Tiene una medida de 10 por 5 por 5 centímetros con un peso de 140 gramos <sup>(4)</sup>. La irrigación proviene de ramas arteriales (2 correspondiente a cada lóbulo): la cerebelosa inferoposterior (rama de vertebral), cerebelosa inferoanterior (rama del tronco basilar) y la cerebelosa superior <sup>(4)</sup>.

## **PROTUBERANCIA**

Órgano contiguo al cerebro, también llamado Mesocéfalo o Puente de Varolio, de forma cuboidea con 2,7 x 3,8 x 2,5 cm <sup>(4)</sup>. De tal manera que presenta 6 caras, cada una de ellas relacionadas con diversas estructuras:

- Cara anterior: descansa sobre canal basilar.
- Cara posterior: corresponde al suelo del 4to ventrículo
- Cara superior: pedúnculos cerebrales.
- Cara inferior: bulbo raquídeo.
- Caras laterales: se confunden con los pedúnculos cerebelosos medios <sup>(4)</sup>.

## **BULBO RAQUÍDEO**

Órgano que se encarga de unir a la médula espinal con el cerebelo y el istmo del encéfalo. Tiene la forma cono invertido con base cilíndrica, aumentando su grosor a medida que va ascendiendo. Presenta un peso entre los 6 y 7 gramos. Su posición es vertical hasta antes de ingresar por el agujero magno hacia la cavidad craneana, una vez dentro se

inclina hacia adelante <sup>(4)</sup>. Su irrigación la constituyen las Arterias Paramedianas, Arterias Circunflejas cortas y largas. (4)

## **MÉDULA ESPINAL**

El nombre de este órgano se da por la similitud con la médula ósea, se encuentra ubicada en el conducto raquídeo. Tiene aspecto de cilindro alargado y aplanado, presenta 2 engrosamientos: cervical y lumbar, de los cuales se dan los orígenes de los nervios que se dirigen a las extremidades <sup>(4)</sup>. Delimitado en la parte superior por el bulbo, con el cual se fusiona, y en la parte inferior con el cono medular, del cual continúa el filum terminale. La médula espinal mide de 43 a 45 centímetros de largo con una circunferencia de 38 mm, 33mm y 27mm en la porción cervical, lumbar y medial respectivamente. La irrigación de la médula espinal corresponde a las Arterias Espinales Anteriores, Posteriores y Laterales las cuales posteriormente se anastomosan formando el círculo perimedular <sup>(4)</sup>.

## **EMBRIOLOGÍA**

La piel embrionaria está compuesta por una capa de ectodermo superficial que descansa sobre el mesodermo, entre la cuarta y quinta semana de formación <sup>(5)</sup>. Embriológicamente la piel presenta 2 orígenes, siendo la epidermis procedente de células del ectodermo superficial, las cuales proliferan y originaran el epitelio escamoso y una capa basal germinal <sup>(5)</sup>. Las células peridermales pasan por un proceso de queratinización y descamación para posteriormente ser reemplazadas por células que provienen de la capa basal. Con respecto a la capa basal se transformará en el estrato germinativo, cuya función será la producción de nuevas células para los futuros estratos epidérmicos <sup>(5)</sup>.

Las células peridermales seguirán siendo sustituidas hasta la semana 21, es allí que el peridermo desaparece y da paso al estrato córneo. Las crestas epidérmicas, como consecuencia de la proliferación de células

germinativas, se dirigen hacia la dermis desde la semana 10 hasta la 17 de forma definitiva <sup>(5)</sup>. Las células que provienen de la cresta neural se dirigirán al mesénquima de la dermis y se convertirán en melanoblastos para posteriormente establecerse en la unión dermo-epidérmica para encontrarlos como melanocitos <sup>(8)</sup>.

Así también la parte más profunda, que corresponde a la dermis, que se origina a raíz de la diferenciación mesenquimal proveniente de los dermatomas del mesodermo. Este mesénquima proviene del mesodermo lateral, en su capa somática mientras otros derivan de las somitas. Es a la semana 11 que las células que componen esta capa producen fibras elásticas y colágenas. Los vasos sanguíneos dérmicos se encuentran revestidos de endotelio diferenciado del mesénquima <sup>(5)</sup>.

## **FISIOLOGÍA**

La piel cumple diversas funciones para mantener el equilibrio entre el medio interno y externo para favor del organismo tales como:

- Regular el balance hidroelectrolítico
- Sostener el volumen sanguíneo
- Control de la temperatura, siendo importante la función de los vasos sanguíneos.
- Relación con el medio ambiente por la presencia de neuroreceptores.
- Barrera de protección para órganos y estructuras internas no solo por agentes físicos sino también contra microorganismos mediante la vigilancia inmunológica.

La epidermis está en constante renovación celular, la cual se origina en la capa más profunda. En esta capa, sus células hacen mitosis para dar origen a las células de la siguiente capa, espinosa, las cuales posteriormente irán a la región superficial habiéndose estratificado previamente <sup>(2)</sup>. Estas siguen el proceso y adoptan una forma aplanada con formación de granulaciones, tornándose en la capa granulosa para

finalmente perder sus núcleos y todo componente celular (exceptuando la queratina y filigrina) para convertirse en la capa córnea <sup>(2)</sup>.

El proceso de multiplicación celular cuenta con 4 etapas las cuales en su conjunto duran 100 horas. Estas etapas son: fase M (mitosis), fase G1 (interfase), fase S (síntesis de ADN) y finalmente una fase G2 (crecimiento premiótico) <sup>(2)</sup>.

El tiempo en el cual una célula migra desde la capa germinativa hacia la capa córnea es de aproximadamente 31,5 días. Cada estrato epidérmico cumple determinada función en la piel y tenemos así que:

- Capa basal: presenta células con actividad mitótica constante, cuando una de estas células migra hacia el estrato córneo le toma aproximadamente 14 días y es en este estrato donde se queda otros 14 días antes que inicie el proceso de descamación. La proliferación de las células basales es muy heterogénea debido a que 10% de ellas son células madre cuya fase de síntesis de ADN es corta <sup>(2)</sup>.
- Capa espinosa: se encuentran bandas de queratina las cuales se colocan en disposición central de núcleos celulares y unidos a los desmosomas (estructuras con aspecto espinoso unidas entre sí). Presenta tonofilamentos que en su conjunto formarán tonofibrillas. Los desmosomas cumplen la función de unir las células espinosas de esta manera el espacio existente entre cada unión celular forman una vía de comunicación fisiológica <sup>(2)</sup>.
- Capa granulosa: se dan procesos de proteólisis y fosforilación para la transformación de la queratina K1 a K2 y de la queratina K10 a K11, los cuales son regulados por los gránulos citoplasmáticos de las células de esta capa. Así también se producen otro tipo de proteínas las cuales solo son identificadas cuando llegan al estrato córneo. En esta capa, los gránulos lamelares en la fase G1 junto las células cornificadas liberan su contenido al espacio existente entre célula y célula para que posteriormente se formen láminas donde harán

acción enzimática así también, se forma una lámina lipídica en la unión entre capa granulosa y córnea para de esta manera disminuir las pérdidas líquidas cutáneas <sup>(2)</sup>.

- Capa córnea: La presencia de enzimas en esta capa son los responsables de la remodelación de los lípidos unidos por enlace covalente a la pared celular así como del proceso de descamación <sup>(2)</sup>. Estas células tienen un aspecto similar a una canastilla lo cual le confiere la función de absorción de líquidos <sup>(2)</sup>.

Hay en la epidermis un proceso de regulación de proliferación y diferenciación epidérmica, la cual se da entre la epidermis y la dermis para mantener así un equilibrio entre las funciones cutáneas. La presencia de hemidesmosomas tiene la función de actuar como doble vía para la manifestación de genes, pH y flujo de calcio <sup>(2)</sup>. El calcio es el actor principal en la regulación de la proliferación y diferenciación de la epidermis, cuando los valores de calcio son bajos se altera el proceso de diferenciación de queratinocitos <sup>(2)</sup>.

Factores de crecimiento, citoquinas y neuropéptidos realizan un trabajo sincronizado para sostener la interacción intercelular y los queratinocitos realizan un papel crucial con relación a la respuesta inmune <sup>(2)</sup>. Los factores de crecimiento intervienen en la proliferación celular, es el factor de crecimiento transformante alfa (TGF-alfa), el factor de crecimiento epidérmico (EGF) y el factor de crecimiento de queratinocitos (KGF) quienes provocaran la migración de las células basales epidérmicas, en su contraparte, el factor transformante beta suprime la fase S y mitosis de queratinocitos. Otros como el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos son fundamentales para los procesos inflamatorios y de reparación en la piel <sup>(2)</sup>.

En esta capa se encuentran las células de Langerhans las cuales cumplen la función de identificar, captar, procesar y presentar los antígenos solubles a los linfocitos tipo T, los cuales captados por la

interleucina 1 procesado por los queratinocitos. Su origen es en la médula ósea y por circulación llega hasta la dermis y posteriormente a la epidermis. En este trayecto retorna a la dermis para concluir en un ganglio regional.

En la dermis los fibroblastos, derivados del mesénquima, son los responsables de la síntesis y degradación de diversas sustancias que se pueden encontrar en esta capa de la piel. Presentan una respuesta ante las interleucinas 1 alfa y 1 beta las cuales incrementan el factor de crecimiento queratinocítico <sup>(2)</sup>.

Finalmente la hipodermis, en esta capa se da la producción de energía ya que mediante el ácido palmítico, esteárico y oleico se unirán junto a la coenzima A haciendo uso del ATP para la conversión a triglicéridos. Y cuando se requiera de más energía los triglicéridos pasan por un proceso de oxidación para su posterior transformación en glucógeno y finalmente en glucosa <sup>(2)</sup>.

### **C) LESIONES PRIMARIAS**

Son las lesiones cuyo origen inicial se da a nivel cutáneo, que en consecuencia darán origen a las lesiones secundarias <sup>(2)</sup>. A continuación describiremos quienes conforman estas:

- **Mácula:** lesión no palpable menor de 1 cm, que se manifiesta por un cambio de color en la piel. Se traduce como un desequilibrio en la pigmentación o la vascularización <sup>(2)</sup>.
- **Pápula:** lesión palpable, elevada menor de 1 cm de etiología variable: proliferación de epitelio (epidérmico) o infiltrado celular (dérmico) <sup>(2)</sup>.
- **Placa:** es una lesión sobreelevada mayor de 1cm que se da como consecuencia de la unión de pápulas <sup>(2)</sup>.
- **Nódulo:** lesión mayor de 1 cm y sobre elevada, que a comparación de la placa, esta se produce en la dermis o hipodermis, también se la conoce como tubérculo <sup>(2)</sup>.

- Tumor: se origina en la hipodermis, dermis o epidermis, a diferencia del nódulo es de mayor tamaño y distorsiona estructuras adyacentes <sup>(2)</sup>.
- Roncha: lesión sobre elevada, de base eritematosa y palidez central a consecuencia de la extravasación de líquidos en dermis creando así edema <sup>(2)</sup>.
- Vesícula: lesión elevada con contenido líquidos en su interior, menor de 1 centímetro y que su localización variable <sup>(2)</sup>.
- Pústula: lesión sobre elevada con contenido purulento debido a que el fluido es color amarillento, y que a la microscopia se pueden evidenciar células inflamatorias <sup>(2)</sup>.
- Ampolla: lesión elevada de contenido líquido cuyo diámetro oscila entre 1 a 5 centímetros <sup>(2)</sup>.
- Flictena: lesión similar a la ampolla, que a diferencia de esta, su diámetro es mayor de 5 centímetros <sup>(2)</sup>.
- Escamas: es una consecuencia de la maduración de células basales en la etapa de queratinización, que al llegar al estrato córneo se desprende que al visualizarse reciben este nombre <sup>(2)</sup>.

## **D) EJE NEURO CUTANEO**

### **COMPONENTES**

Los componentes del denominado eje neuro-cutáneo son netamente los órganos involucrados en los procesos hormonales como el hipotálamo, la hipófisis y su acción a nivel de la glándula suprarrenal que finalmente se verá manifestada en la piel por acción de todo el eje anteriormente mencionado <sup>(19)</sup>.

## MECANISMO

El estrés manifestado como una respuesta rápida de protección o huida, como la ansiedad no patológica, es netamente fisiológico sin embargo, la duración prolongada de esta respuesta la torna patológica. Los causantes de que ocurra este fenómeno se establecen por un mecanismo fisiopatológico que pueden hallarse como los causantes o exacerbantes de la patología inflamatoria a nivel cutáneo <sup>(19)</sup>.

## EJE NEURO CUTÁNEO

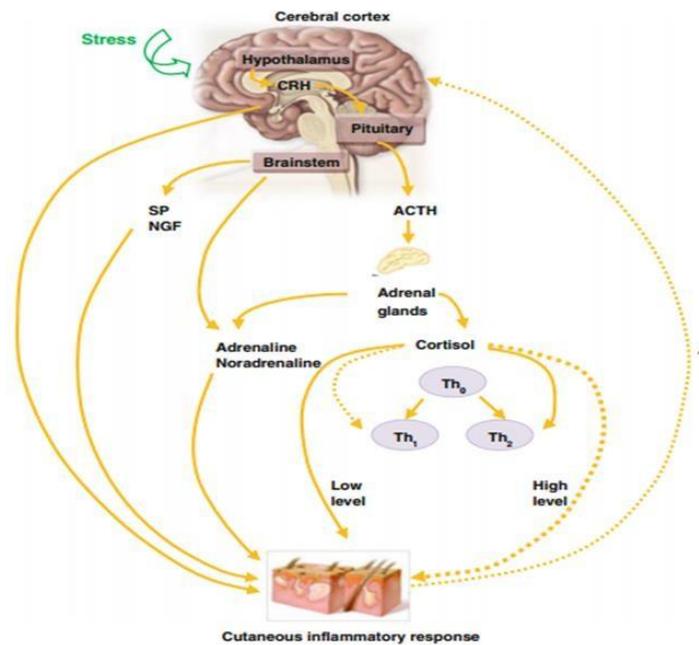


Fig. 1 The brain-skin axis. *ACTH* adrenocorticotrophic hormone, *NGF* nerve growth factor, *SP* substance P, *Th 0-2* T helper 0-2 cells, ? up-regulation of CRH by the cutaneous inflammatory response

Fuente: Hee-Sun Moon, Alexandra Mizara, Sandy R.; Psoriasis and Psycho- Dermatology  
McBride Dermatol Ther (Heidelb) (2013) 3:117–130

El estrés conlleva a la activación de neuro hormonas a predilección del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. A nivel hipotalámico hay una elevación de la hormona reguladora de corticotropina, a nivel hipofisario se eleva la hormona adrenocorticotrópica y a nivel adrenal los glucocorticoides así también acompañan a estas sustancias los mediadores neuropéptidos que se manifiestan en respuesta al fenómeno que desencadena la acción de este eje <sup>(19)</sup>.

Los glucocorticoides producidos en la región fascicular de la glándula suprarrenal tienen acción inhibitoria hacia la interleucina-12, interferón gamma y el factor de necrosis tumoral debido a que interactúan las células presentadoras de antígeno y la célula T colaboradora 1 (Th-1). Por otra parte las interleucinas 4, 10 y 13 se ven estimuladas por interacción de las células T colaboradoras 2 (Th-2). Debido a esto el cortisol producido debido a su acción inicial, disminuye los niveles de Th-1 ya que los convierte en Th-2 por acción inmunitaria. Sin embargo no actúa sola, sino que la Hormona Reguladora de Corticotropina por acción directa altera la respuesta inflamatoria local <sup>(19)</sup>.

A todo esto, la piel tiene una función de importancia a nivel periférico del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal el cual procesa y coordina a este nivel el estrés para una futura respuesta central, de tal manera que existe un proceso de regulación entre eje periférico cutáneo y el eje central <sup>(19)</sup>.

La comunicación entre células inmunes y neuronales se establece por acción de la Sustancia P y el factor de crecimiento nerviosos de tal manera que dan pie a la movilización de macrófagos y monocitos; esto basado en que la piel ejerce una función de modulación para el sistema nervioso da como consecuencia que su sistema inmune local puede regular al sistema nervioso central <sup>(19)</sup>. Como se dijo también la Hormona Reguladora de Corticotropina tiene acción directa sobre la respuesta inflamatoria debido a que los mastocitos aumentan los ARN mensajeros de dicha hormona a nivel hipotalámico que acompañado de las

interleucinas pro inflamatorias (IL-1 e IL-6) las cuales se elevan en procesos inflamatorios (como en la psoriasis) provocaran la elevación de CRH con las consecuencias ya mencionadas <sup>(19)</sup>.

Debido a que la CRH se encuentra elevada, los niveles de cortisol por feedback positivo descienden emulando un cuadro hormonal similar al de los pacientes psoriáticos, los cuales presentan hipocortisolemia, de tal forma que presenta una pobre respuesta moduladora local en donde que el cuadro de estrés predomina dando así una explicación a la hiperactividad inmunológica que se encuentra presente en los cuadros psoriáticos <sup>(19)</sup>.

## **E) ANSIEDAD**

La ansiedad, definida por la Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y Depresión es un proceso oriundo y propio de la persona que se activa de manera fisiológica antes diversas sensaciones percibidas por la misma. Es conocida como una actitud de evasión o protección al sentirse vulnerable. Por ende esta respuesta no tiene una finalidad autodestructiva, salvo que se torne aberrante o que en una situación cotidiana libre de peligro la persona se sienta vulnerable <sup>(11)</sup>.

Así también existe un tipo de ansiedad, el cual como mencionamos, va orientado hacia la sintomatología patológica, al cual se denomina fobia. Esta a diferencia de la ansiedad tradicional, se caracteriza porque se presenta ante situaciones específicas e individuales en cada persona <sup>(12)</sup>.

En el caso de la Ansiedad no patológica, se da la participación de algunas áreas del Sistema Nervioso Central, las cuales responden a esta situación. Estas son:

- Corteza Orbito frontal, la cual se encarga de la recepción y descifrado de los estímulos externos, de tal manera que produce una respuesta a esta permitiendo un equilibrio emocional.

- **Cuerpo Calloso:** Estructura central entre los hemisferios cerebrales, su función radica en lo que a sentimientos, pensamiento y acciones propias del individuo.
- **Ganglios basales:** Encargado de la coordinación entre impulsos y conducta así como también a la expresión emocional.
- **Amígdala:** Interpreta cambios del entorno mediado por estímulos, de tal manera que discierne entre estos asignándoles un valor de “bueno o malo”.
- **Hipocampo:** Es la estructura de la protección en los individuos ya que ante diversos estímulos que puedan presentarse en el entorno, capaces de producir daño, permite la evasión de esta mediante la huida. Así como otras estructuras involucradas en la misma <sup>(34)</sup>.

## **PREVALENCIA**

La ansiedad a nivel mundial en la población en general presenta un 2-8% de casos a nivel mundial y un 10% aproximadamente a nivel de atención primaria. Con el paso de los años, los cuadros de ansiedad han ido en aumento de la mano con las comorbilidades con las que pueden ser asociadas <sup>(13)</sup>. En países como en México la prevalencia de Ansiedad está cerca al 3.4%, siendo los pacientes en mayor proporción de las zonas urbanas tales como México D.F. Así también diversos autores citan que el sexo femenino tiene mayor tendencia al cuadro ansioso en un 30.5% a lo largo de su vida comparado con el sexo masculino que se encuentra en un 19,2%, siendo casi el doble de la prevalencia entre ambos sexos <sup>(13, 14)</sup>. Otros datos brindados por la Encuesta Mundial de Salud Mental refieren que en el Perú no hay suficientes datos sobre el cuadro de ansiedad debido a que no la política de salud del país no la considera <sup>(15)</sup>.

## **NEUROTRANSMISORES**

Las neuronas, como órganos indispensables, cumplen una serie de funciones importantes entre ellas la sinapsis. Para ese proceso se lleve a cabo, produce la liberación de sustancias químicas hacia un órgano específico y son estas sustancias a las que denominamos neurotransmisores siendo esta liberación mediada por un potencial de acción que al propagarse en la membrana pre sináptica desencadena este proceso <sup>(35)</sup>.

En el caso de la situación ansiosa, entra a tallar el eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenal, mediante la liberación de catecolaminas (noradrenalina- adrenalina) mediada por la estimulación de Hormona Reguladora de Corticotropina (CRH) y la Hormona Adrenocorticotropa (ACTH). Producida toda esta cascada y al pasar por la circulación sanguínea, es dirigido al corazón, músculos y pulmones con la finalidad de adaptar al organismo ante la situación en cuestión <sup>(34)</sup>. Los síntomas que se producen por la liberación de la noradrenalina / adrenalina son taquicardia, hiperglicemia, midriasis, sudoración excesiva, taquipnea, hiperventilación, redistribución de la circulación sanguínea tornando el tránsito intestinal lento para llevar esto a los músculos. Debido a la hiperventilación, se produce mayor presencia de oxígeno en sangre de tal manera que es aprovechado para un mayor consumo de hidratos de carbono <sup>(34)</sup>.

## **CUADRO CLINICO**

Los síntomas que presentan los cuadros de ansiedad son los mismos que puede sentir una persona ante diversas situaciones que provocaran en ella la sensación de riesgo-huida o mecanismo de defensa, con la salvedad que en estos cuadros nosológico, estos síntomas son de mayor duración y gravedad <sup>(13)</sup>. Se presenta con angustia (miedo de aparición temporal brusco y su pico se da entre 10 minutos aproximadamente, que

se acompaña de otros síntomas somáticos, entre 4 a 13 los cuales se presentan en la tabla en la parte inferior). Así también agorafobia (caracterizado por situaciones donde la huida resulta vergonzosa o la persona no cuenta con alguien que pueda apoyarlo), suele evitar toda situación que crea lo puede poner en peligro tal como las relaciones interpersonales <sup>(13)</sup>.

### ANSIEDAD FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA

<i>Ansiedad Fisiológica</i>	<i>Ansiedad Patológica</i>
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

**Fuente:** Navas Orozco, Vargas Baldares; Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria; REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (604) 497-507, 2012 <sup>(13)</sup>

## SIGNOS Y SINTOMAS DE ANSIEDAD

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

**Fuente:** Navas Orozco, Vargas Baldares; Transtornos de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria; REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (604) 497-507, 2012 <sup>(13)</sup>

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa netamente en la historia clínica con la cual el médico tratante puede identificar el cuadro ansioso. Así también se debe poner sobre el tablero todas las posibles causas de este cuadro sea de origen orgánico o subjetiva para posteriormente, haciendo uso del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) o el DSM-IV poder catalogar el cuadro ansioso sobre todo en pacientes que tienen la patología de larga data pero si un diagnóstico base <sup>(13)</sup>.

## TRASTORNOS SALUD MENTAL CIE-10

Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	
F40	Trastornos fobicos de ansiedad
F41	Otros trastornos de ansiedad
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación
F44	Trastornos disociativos [de conversión]
F45	Trastornos somatomorfos
F48	Otros trastornos neuróticos

FUENTE: CIE-10

## DESCRIPCIÓN TRASTORNOS SALUD MENTAL

	Crisis de angustia (panic attack)
	Agorafobia
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)
F40.2	Fobia específica (300.29)
F40.1	Fobia social (300.23)
F42.8	Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)
F43.1	Trastorno por estrés postraumático (309.81)
F43.0	Trastorno por estrés agudo (308.3)
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.84)
F1x.8	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado (300.00)

Fuente: Psicomed; PSICOMED; 2016 <sup>(16)</sup>

## TRASTORNO DE ANSIEDAD CIE-10/DSM- IV

CIE-10	DSM-IV-TR	Características
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico
	<i>Fobia simple</i>	Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria. Tipo animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional, otros
	<i>Fobia social</i>	Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor. En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses
<i>Trastorno de angustia</i>	<i>Trastorno de angustia con agorafobia</i>	Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. Las crisis son recidivantes e inesperadas que causan un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación (agorafobia)
	<i>Trastorno de angustia sin agorafobia</i>	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación
<i>Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo)</i>	<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	Obsesiones (provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas), y/o compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación)
<i>Trastorno mixto ansioso-depresivo</i>		Paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión
<i>Reacción de estrés agudo</i>	<i>Trastorno por estrés agudo</i>	Síntomas parecidos al trastorno por estrés post-traumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días pero menos de 1 mes
<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma
<i>Trastorno de adaptación</i>		Alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.
<i>Trastornos disociativos</i>		
	<i>TA debido a una enfermedad médica</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente
	<i>TA inducido por sustancias</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico
<i>Trastornos somatomorfos</i>		
<i>Otros trastornos neuróticos</i>	<i>TA no especificado</i>	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada

**Fuente:** Navas Orozco, Vargas Baldares; Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria; REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTRO AMERICA LXIX (604) 497-507; 2012 <sup>(13)</sup>

### TRATAMIENTO

El enfoque terapéutico que se le puede dar a los pacientes con cuadro ansioso puede ser no necesariamente farmacológico en etapas iniciales, de tal manera decimos que existe un tratamiento no farmacológico y otro que si hace uso de drogas para el control del cuadro de fondo.

## **NO FARMACOLÓGICO**

Existen diversos métodos para el control del cuadro ansioso en quienes lo padecen, los más convencionales es dejar a un lado todo aquello que pueda provocar en la persona la sensación de inquietud, así también otras formas son el afrontar aquellos miedos para vencerlos. Todas las personas son propensas a sufrir un cuadro ansioso, los adultos mayores por ejemplo pueden también llevar un manejo no farmacológico, pero este llevado de la mano con el empleo de medicación favorece enormemente el control del cuadro de ansiedad <sup>(13)</sup>.

## **FARMACOLÓGICO**

**Benzodiacepinas (BZD):** Fármacos de mayor uso para los cuadros ansiosos, su función está asociada al ácido gamma amino butírico de tal manera que inhiben este neurotransmisor debido al aumento de la polarización a consecuencia de la interacción entre benzodiacepinas y el neurotransmisor. El uso fundamental se da en cuadros ansiosos agudos, siendo su efectividad mayor en estos casos que en los crónicos ya que puede producir algunos efectos no deseados como una dependencia al fármaco. Como todo fármaco puede tener algunos efectos adversos siendo quizá la producción de un cuadro depresivo el de mayor atención en una serie de síntomas importantes <sup>(13)</sup>.

**Buspirona:** Fármaco que actúa de forma similar a los receptores dependientes de serotonina tipo 5-HT-1, siendo el único con eficacia demostrada para cuadro ansiosos. Es igual de eficaz que las benzodiacepinas sin embargo estos pueden emplearse en los cuadros crónicos ya que no provocan dependencia en los pacientes que lo usan. Es de emplearse en los cuadros ansiosos pero no se considera primera línea de tratamiento debido a que aún se realizan estudios pero poder potenciar y catalogarlo como el fármaco ideal de primera instancia en estos cuadros <sup>(13)</sup>.

**Antidepresivos:** En la actualidad, se recomienda el uso de algunos fármacos antidepresivos ya que resultan ser útiles en los cuadros ansiosos, inicialmente se potencia la ansiedad pero esta irá disminuyendo progresivamente. Así también se debe informar todo aquello que pueda ocurrir al dejar la medicación de un momento a otro o simplemente la suspensión brusca del mismo. Entre este grupo de fármacos tenemos a los antidepresivos tricíclicos que actúan a nivel de serotonina y noradrenalina, así también cumplen una función distinta a lo que puede ocurrir a nivel de receptores dependiente de serotonina, alfa, beta, histaminérgicos y muscarínicos <sup>(13)</sup>.

El más reconocido de este grupo de antidepresivos es la Imipramina, que tiene una eficacia similar a las benzodiazepinas para el manejo del cuadro ansioso <sup>(13)</sup>. Tenemos otros como los inhibidores de la receptación de serotonina que han demostrado su eficacia a las 8 semanas de tratamiento y los duales tipo Venlafaxina que son eficaces para controlar la sintomatología ansiosa <sup>(13)</sup>.

## **PRONÓSTICO**

Como sabemos que el cuadro ansioso puede ser tanto crónico, como en la mayoría de los casos, o agudo que se manifiesta como una crisis de ansiedad. Con relación a lo que se puede esperar en estos pacientes, si estos reciben un tratamiento eficaz estos cuadros pueden ser atenuados evitando así las remisiones o exacerbaciones. Los casos de ansiedad refractaria se presentan en un 30 a 50% y otro 30% presenta gran mejoría con un tratamiento eficaz.

De no tratarse oportunamente estos cuadros, hay tendencia al abuso de sustancias, principalmente en población joven. El adecuado manejo de la ansiedad reducirá de manera importante el aumento del cuadro que puede verse potenciado por la presencia de otras comorbilidades sean estas psiquiátricas o no <sup>(13)</sup>.

Existen factores de riesgo que desarrollarían el trastorno de ansiedad o pueden exacerbarlo si hay un diagnóstico previo tales como deterioro cognitivo, estrés, nivel socioeconómico bajo, discapacidades o antecedente familiar de cuadros psiquiátricos. <sup>(14)</sup>.

Estos pacientes tienen tendencia a asociar el cuadro actual con algunas comorbilidades lo cual nos da un mal pronóstico para quienes lo padecen, reflejado esto en el poco éxito del tratamiento <sup>(14)</sup>. A esto se le añade que en estos cuadros ansiosos se consigue afectar la respuesta inmune lo que conlleva al paciente a ser más susceptible a los cuadros inflamatorios y afectivos <sup>(14)</sup>.

## **F) PSORIASIS**

### **PREVALENCIA**

La prevalencia de la psoriasis distribuida en todo el mundo corresponde al 2%, sin embargo en países desarrollados refieren que la prevalencia mundial se acerca al 4,6% <sup>(9)</sup>.

El 60% de pacientes aproximadamente presentan cuadros en estadio leve con una superficie corporal afectada de un 3% <sup>(9)</sup>. Es una enfermedad que no da predilección a alguno de los dos sexos sin embargo, si a los grupo etarios como los de 20 a 30 años y el grupo de 50 a 60 años <sup>(17)</sup>.

En el Perú, la Sociedad Peruana de dermatología refiere que existe medio millón de peruanos afectados con este cuadro dermatológico en territorio nacional <sup>(18)</sup>.

### **CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO**

Las características clínicas propias de esta patología consisten en la presencia de lesiones sobre elevadas menores de 1 centímetro (pápula) o máculo-papular con una base eritematosa acompañadas de escamas blanquecinas o plateadas en la región central de la lesión <sup>(2)</sup>.

El simple hecho de retirar las escamas por remoción da origen a pequeños sangrados puntiformes en la piel denominado signo de Auspitz <sup>(2)</sup>.

El hecho de que se formen escamas en esta patología es consecuencia de la hiperplasia epidérmica, es decir, se acelera el proceso de migración de las células basales al estrato córneo de tal manera que el proceso que duraría 28 días se da en 3 días <sup>(8)</sup>.

Existen zonas de predilección para este cuadro dermatológico que es en zonas de extensión tales como codos, rodillas, cuero cabelludo, área lumbosacra, genitales y uñas de las manos y pies de forma simétrica, respetando el rostro <sup>(2, 8)</sup>.

Cuando las lesiones remiten, las zonas de afección se pueden tornar hipopigmentadas o hiperpigmentadas. En la lesión activa, rodeando al borde eritematoso se observa un anillo hipopigmentado el cual es denominado anillo de Woronoff como consecuencia de la ausencia de producir prostaglandinas E2 <sup>(2)</sup>.

Cuando el cuadro es más severo se manifiesta en las uñas como surcos transversales, la placa ungueal se torna color amarillo (denominada manchas de aceite), quebradiza y con hiperqueratosis, a diferencia de otras patologías ungueales, en esta se afectan todas las uñas <sup>(2)</sup>.

Finalmente afecta también palmas y plantas donde las lesiones son muy variables siendo clavos psoriásicos uno de ellos, estos son pápulas hiperqueratósicas con halo eritematoso. Otro tipo es la presencia de descamaciones limitadas y en diversos tamaños así también; lesiones pustulosas. Las formas severas son la eritrodermia psoriásica o la psoriasis pustulosa de Von Zumbush, que si bien son letales pues resultan raras en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis <sup>(2)</sup>.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento es multifactorial, con mayor énfasis en prevenir y reducir una alteración en la duplicación celular, de tal manera de no dejar o descuidar los otros agentes causales de dicha enfermedad. El manejo debe ser establecido por el médico dermatólogo en todos los casos existentes, siendo el uso de agente tópicos en casos iniciales y abordar con un tratamiento agresivo a los casos severos. Los pacientes que acuden en busca de un tratamiento para esta enfermedad, por lo general van acompañados de una alta carga emocional el cual influencia al momento de brindar la solución atenuante al cuadro. Así también existen algunos factores que influyen en que el manejo se vea alterado, tales como la obesidad y el consumo de alcohol de forma crónica <sup>(2)</sup>.

En la actualidad existe gran avance para el manejo de la enfermedad, mediante los anticuerpos monoclonales dirigidos a combatir citoquinas que han sido identificadas en la fisiopatología de la Psoriasis.

## **TÓPICO**

- Emolientes: como tal presentan una gran mejoría en el cuadro psoriásico, se pueden emplear los siguientes emolientes: ácido salicílico (en casos de hiperqueratosis, en una concentración de 1 a 20% dependiendo de la extensión y grado de afectación); tazaroteno (inhibidor de la proliferación celular); antralina (alquitrán de hulla puede emplearse individualmente o con la radiación UV en una concentración de 2-5% la finalidad es reducir el recambio celular mediante la inhibición de metabolismo enzimático); el uso de estos depende de una gran información por parte del médico tratante y paciencia de quien recibe el tratamiento <sup>(2)</sup>.
- Análogos de vitamina D-3: Cumplen la función natural de la vitamina D-3 regularizando la producción de queratinocitos, el calcipotriol

cumple esta función si el efecto de la hipercalcemia a diferencia de la vitamina propiamente dicha <sup>(2)</sup>.

- Corticoides tópicos: De uso controversial, se recomienda su aplicación en lesiones localizadas solo con la finalidad de reducir el proceso de mitosis celular y la inflamación. Se recomienda su combinación con queratolíticos o emolientes. Emplearse solo hasta controlar las placas, tras ello se da un tratamiento intermitente de soporte <sup>(2)</sup>.
- Fototerapia UVB: Se emplea en casos diseminados de psoriasis haciendo uso de un equipo especializado. Es la opción a seguir tras la falla del tratamiento tópico. Relación costo/efectividad que presenta la hace un tratamiento eficaz <sup>(2)</sup>.

## **SISTÉMICO**

- Fotoquimioterapia PUVA: Se administra radiación UVA de 320 a 400 nm a nivel cutáneo tras previo uso de psoralenos, si bien su uso viene de los años 70, se mantiene debido a su efectividad. Al igual que todo tratamiento no está exento de efecto secundarios sin embargo con el pasó de los años este se manifiesta en menor proporción debido al conocimiento de los especialistas.
- Metrotexato: Fármaco de elección para el tratamiento de psoriasis moderada. Su acción no es conocida del todo, sin embargo es muy útil para estos cuadros. Debe seguir un control continuo. El hecho de no hacer uso único de este fármaco favorece la no aparición de complicaciones crónicas y no reversibles tales como fibrosis hepática, de tal manera que la dosis recomendada es de 7,5 mg 2 veces por día durante 3 días de la semana <sup>(2)</sup>.
- Inmunosupresores: Con su función base de suprimir la cascada inflamatoria, tenemos al tacrolimus y las ciclosporinas <sup>(2)</sup>.
- Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa: Estos actuaran como anticuerpos monoclonales, debido a su efectividad en psoriasis

severa también debe analizar sus efectos adversos para evitar el uso indiscriminado del mismo. Su uso es netamente por profesionales en apoyo de médicos internistas y reumatólogos. Sin embargo son de alto costo <sup>(2)</sup>. Otros fármacos como el usketinumab están en evaluación para determinar su uso, estudios revelaron que puede causar efectos adversos en los pacientes que la emplearon por un lapso de 4 años en esos estudios. De tal manera que corrobora el empleo de terapia biológica de forma sensata en combinación con otros especialistas <sup>(9)</sup>.

## **PRONÓSTICO**

La psoriasis es una enfermedad que acompaña al paciente a todo lugar, es como su sombra. Hacemos esta referencia ya que no existe una cura para eliminar la enfermedad sin embargo si para atenuar los síntomas. En los casos donde no hay un control eficaz de dicho cuadro clínico, se evidenciarán complicaciones tales como cuadros reumatológicos o incluso la afección de toda la extensión de la superficie corporal <sup>(2)</sup>.

Debido a la explicación previamente dada sobre la relación entre el sistema nervioso central y la piel en su interacción (tanto de SNC a piel y viceversa) se ha demostrado que el cuadro dermatológico puede modificar la conducta de los pacientes psoriásicos provocando en ellos ansiedad o depresión de tal manera que les produce apetito conllevando a la obesidad, induciendo al consumo de alcohol y tabaco <sup>(9)</sup>.

Con respecto a la calidad de vida de estos pacientes, la psoriasis los afecta en diversos grados dependiendo netamente de la gravedad y localización de las pápulas eritematosas causándoles incluso incapacidad física <sup>(14)</sup> Otros síntomas como el prurito afectan el sueño de estos pacientes conllevando, a su vez, el desarrollo de un cuadro de ansiedad por la comezón produciendo otro tipo de lesiones <sup>(14)</sup>.

Estos pacientes se tornan introvertidos o se aíslan de los demás debido a la baja autoestima por el aspecto físico que presentan como consecuencia de la enfermedad. Se ha notificado que existe mayor tasa de ansiedad en los pacientes psoriásicos a comparación de la población en general <sup>(14)</sup>.

#### **G) ESCALA DE HAMILTON**

Es una escala de aplicación heterogénea que cuenta con 14 pautas o ítems cuya función principal es evaluar el grado de ansiedad de los pacientes en quienes son aplicados según sus criterios físico, psíquico y conductuales <sup>(20, 21)</sup>. Esta se realiza mediante entrevista donde se le avisa previamente al entrevistado que su respuesta debe ser cuantificada desde el valor 0, que se interpreta como ausencia de sintomatología, hasta un máximo de 4 que se interpreta como síntomas incapacitantes en cada uno de los 14 ítems a encuestar donde los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 son de carácter psíquico y los restantes (7 al 13) corresponden a ansiedad somática. El puntaje total que brinda dicha escala, se obtiene de la suma de los valores obtenidos en cada ítem siendo los puntos de cohorte para este valor 0 y 56 (el primer valor denota ausencia de ansiedad y el segundo valor denota ansiedad en su nivel más severo) <sup>(20)</sup>.

Cuenta con 14 ítems en relación al cuadro de ansiedad que puede presentar el encuestado, donde sus valores están en función de un cuadro psíquico o somático para pacientes con diagnóstico previo de Ansiedad.

Nos permite discriminar si el paciente ha remitido el cuadro ansioso o persiste con el mismo.

#### **H) ESCALA DE BECK**

Este instrumento de medición fue elaborada por 4 autores (Beck, Brown, Epstein y Steer) donde inicialmente constaba de 86 ítems para los

cuadros de ansiedad, para que posteriormente se identifiquen 21 ítems que serían la base para crear el Inventario de Beck para Ansiedad.

Esta escala clínica puede ser empleada por el mismo paciente para evaluarse midiendo el nivel de ansiedad que este pueda presentar. La finalidad de crear el Inventario fue determinar los síntomas propios de un cuadro ansioso que lo distinga del cuadro depresivo ya que a inicios de la creación de la Escala de Beck como tal, contaba con ítems tanto para ansiedad y depresión <sup>(22)</sup>.

Estos ítems son síntomas propios de ansiedad y que como ya se mencionó el paciente puede auto evaluarse bajo sistema de 4 puntos, que desde el 0 (nada en lo absoluto) al 3 (difícil de soportar), el resultado final va desde los 0 a 63 puntos. El punto básico que se requiere para poder emplear la escala en cuestión es contar con un nivel de lectura. Las ventajas que esta escala permite es que lo podemos aplicar en pacientes con algún tipo de discapacidad y en solo 5 a 10 minutos en aproximado <sup>(22)</sup>.

Los valores referenciales que sugieren para la interpretación de los valores obtenidos en la encuesta son: <sup>(25)</sup>

- 00–07 Ausencia de ansiedad
- 08–15 Ansiedad leve
- 16 -25 Ansiedad moderada
- 26-63 Ansiedad grave

En países como Portugal, se llevó a cabo el análisis de la Escala de Beck para Ansiedad (Inventario de Beck) con la finalidad de evaluar la calidad de la misma frente a otras escalas de uso local. Se consideraron puntos como las categorías de respuesta (lo que llamamos grados), precisión entre otros <sup>(22)</sup>.

El Inventario de Ansiedad de Beck se emplea para catalogar a los grupos poblacionales como ansiosos o no ansiosos. Muestra cierta correlación con la Escala de Hamilton en lo que a ítems respecta <sup>(22)</sup>. Esta puede autorrealizarse y en caso de efectuarlo en consulta médica no toma más de 5 minutos, siendo este último punto una gran ventaja en la consulta médica para la identificación de síntomas que originan y exacerbaban el cuadro de tal manera que se obtiene una mejor orientación del tratamiento según el nivel de ansiedad <sup>(22)</sup>.

En países como España, la escala de Ansiedad más utilizada es el Cuestionario de Ansiedad Estado-Riesgo (STAI) sin embargo el Inventario de Beck para Ansiedad va cobrando fuerza pues lleva mayor tiempo en vigencia demostrando su gran eficacia. Esto llevó a que se realice un estudio comparativo donde se demostró que el Inventario de Beck presenta buen índice de fiabilidad así como de validez de tal manera que puede incorporarse como apoyo al diagnóstico de Ansiedad <sup>(23)</sup>.

Teóricamente los cuadros ansiosos son distintos de los depresivos, sin embargo en la consulta diaria estos cuadros son confundidos por la similitud de algunos síntomas <sup>(24)</sup>. De tal manera el Inventario de Beck para la Ansiedad se desglosa de la Escala creada inicialmente <sup>(22)</sup> y el punto de corte que se emplea para considerar ansiedad o no es a partir de 16 puntos <sup>(24)</sup>.

## **I) EFICIENCIA**

La eficiencia se define como el logro u obtención de un objetivo planteado, haciendo uso de la menor cantidad de recursos posibles <sup>(36)</sup> un concepto nada complejo citado por Puchol en “El Libro de las Habilidades Directivas”.

Otro concepto que afianza esta definición es la que nos menciona Lusthaus y colaboradores en “Evaluación Organizacional: un marco para

mejorar el desempeño”, en la cual el concepto que se usa no difiere mucho de lo que menciona Puchol, además añade que la eficiencia es la relación existente entre los resultados obtenidos y el costo empleado para la consecución de los objetivos trazados <sup>(37)</sup>.

Los resultados obtenidos o a obtenerse se basan en el uso racional de los recursos con los que se cuentan, de tal manera que esto se puede ver de 2 formas: 1) La consecución de resultados empleando costos bajos o 2) Mayor producción de lo esperado empleando el presupuesto destinado para la cantidad predestinada <sup>(40)</sup>

Se distinguen principalmente 2 tipos de eficiencias, una de ellas es la Eficiencia Operacional, donde los resultados alcanzados se obtuvieron empleando un bajo costo cumpliendo adecuados niveles de calidad; mientras la Eficiencia Asignativa está basada en la administración preferencial de recursos con los que se cuenta <sup>(41)</sup>.

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **EFICIENCIA**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Obtención de resultados planteados y relación con el costo empleado, haciendo uso del mínimo posible de recursos.

### **ANSIEDAD**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Actitud de evasión o protección al sentirse vulnerable, en diferente intensidad.

### **ESCALA DE BECK**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Escala autoaplicable usada como apoyo al diagnóstico de ansiedad que cuenta con 21 ítem propios de la enfermedad.

## **ESCALA DE HAMILTON**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Escala aplicada por profesional de salud mental como apoyo al diagnóstico de ansiedad, que cuenta con 14 ítems para su evaluación.

### **2.4 HIPÓTESIS**

#### **2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL**

La Escala de Beck resultaría ser eficiente a comparación de la Escala de Hamilton para medir la ansiedad en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo Julio a Octubre 2016.

#### **2.4.2 HIPÓTESIS NULA**

La Escala de Beck no resultaría ser eficiente a comparación de la Escala de Hamilton para medir la ansiedad en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo Julio a Octubre 2016.

### **2.5 VARIABLES**

Las variables en cuestión son de tipo cualitativas subtipo: ordinales.

- **INDEPENDIENTE:** Escala de Beck y Hamilton para Ansiedad; Nivel de Ansiedad
- **DEPENDIENTE:** Eficiencia de Escalas para Ansiedad

### **2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

#### **EFICIENCIA**

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Grado de eficiencia obtenida haciendo uso de la fórmula empleado en el presente estudio.

**0** = Ineficiente (<1); **1** = Eficiente (1); **2** = Muy Eficiente (>1)

## **ANSIEDAD**

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Puntaje para catalogar el nivel de Ansiedad en pacientes con Psoriasis acorde a la Escala empleada.

**0:** No Ansiedad; **1:** Ansiedad Leve; **2:** Ansiedad Moderada; **3:** Ansiedad Grave

## **ESCALA DE BECK**

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Puntaje de síntomas para catalogar el nivel de Ansiedad, basado en una escala de tipo Likert. **0:** Nada en absoluto; **1:** Leve, no me molestó mucho; **2:** Moderado, desagradable pero podía soportarlo; **3:** Grave, no podía soportarlo.

## **ESCALA DE HAMILTON**

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Puntaje para catalogar el nivel de Ansiedad en pacientes con Psoriasis, basados en la Escala de tipo Likert. **0:** Ausente; **1:** Leve; **2:** Moderada; **3:** Grave; **4:** Incapacitante

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Investigación de tipo analítico, de método descriptivo comparativo. Corte longitudinal y fuente de información prospectiva.

#### **3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Nivel de investigación tipo IV: carácter explicativo

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Pacientes con diagnóstico de Psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo Julio a Octubre del 2016.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- No tengan diagnóstico de ansiedad u otra patología de salud mental previamente.
- No reciban tratamiento ansiolítico o interconsultas con el Servicio de Salud Mental.
- Todo paciente psoriático que se muestre colaborador con la aplicación de la encuesta.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con diagnóstico previo de Ansiedad u otra patología de salud mental.
- Pacientes en tratamiento con ansiolíticos por un Servicio de Salud Mental.
- Pacientes no colaboradores durante la aplicación de la encuesta.

## MUESTRA

Debido a que la presente tesis es de corte longitudinal, cuya realización se llevó a cabo durante los meses de Julio a Octubre, la población es Infinita, es decir se desconoce cuántos pacientes acudirán al Servicio de Dermatología durante ese periodo, por ello se aplica la fórmula para muestra infinita.

$$n = \frac{Z^2 * P * q}{\alpha d^2}$$

### 3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectaron los datos mediante la realización de encuestas (Escala de Beck y Escala de Hamilton) a los pacientes psoriásicos que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo Julio a Octubre del 2016

### 3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo mediante el uso de encuestas, tanto de la Escala de Beck como de la Escala de Hamilton cuya característica es de tipo Likert, es decir variables cualitativas con una puntuación de 0 a 3 y 0 a 4 respectivamente de tal manera que la interpretación de la numeración obtenida es en función de características de los pacientes. Esta se aplicó a los pacientes con diagnóstico de Psoriasis, que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante los meses de Julio a Octubre.

### 3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics 22.0 (Agosto 2014) para el procesamiento de los datos obtenidos mediante las encuestas aplicadas a los pacientes que forman parte de nuestra muestra.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **4.1 RESULTADOS**

El objetivo general del presente estudio, consistía en demostrar la eficiencia de la Escala de Beck comparado con la Escala de Hamilton, ambos para medir el nivel de Ansiedad, para ello se definió a la eficiencia como el logro u obtención de un objetivo planteado, haciendo uso de la menor cantidad de recursos posibles, de tal manera que se pudo trabajar la variable eficiencia con los datos de costo y tiempo:

***RA***

***CA \* TA***

***RE***

***CE \* TE***

Donde:

RA = Resultado Alcanzado

CA= Costo Alcanzado;

TA= Tiempo Alcanzado

RE= Resultado Esperado

CE= Costo Esperado

TE= Tiempo Esperado

**TABLA N°1: COMPARATIVO ENTRE LA ESCALA DE BECK Y LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD:**

			<i>BAI</i>	<i>EHA</i>
	<b>Nº de ítems</b>		21	15
<i>TE</i>	<b>Tiempo de aplicación esperado</b>	Tiempo en minutos	5	22,5
<i>TA</i>	<b>Tiempo de aplicación resultado</b>	Tiempo en minutos	5	12,5
<i>RA</i>	<b>Análisis de fiabilidad</b>	Alfa de Cronbach	0,728	0,456
	<b>Validez de constructo</b>	Medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de muestreo	0,560	0,471
		Prueba de esfericidad de Barlett	361,305	167,258
		GI	210	91
		Sig	0,000	0,000
		Varianza total explicada	6	5
<i>RE</i>	<b>Validez de constructo</b>	Alfa de Cronbach	1,00	1,00
	<b>Validez de constructo</b>	Medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de muestreo	1,00	1,00

FUENTE: Elaboración propia del autor

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 1 tenemos los indicadores que se usaron para el cálculo de eficiencia en relación a los instrumentos empleados como son: la Escala de Beck donde el Resultado Alcanzado (RA) es de 1.288, este valor obtenido de la suma de la fiabilidad y validez constructo dado por el método de Alpha de Cronbach y Kaiser Meyer Olkin respectivamente; también tenemos el Costo Alcanzado (CA) que es de 10; este valor está en función del costo, escatimado en soles, que conlleva la obtención del instrumento en este caso la impresión de la Escala de Beck ; el Tiempo Alcanzado es de 5 minutos en promedio, debido a que la gran mayoría de pacientes le tomaba entre 4 a 7 minutos el desarrollo de la encuesta. Por otro lado, se presenta el Resultado Esperado cuyo valor es 2 (obtenido de la misma manera que el Resultado Alcanzado); Costo Esperado cuyo valor es de 10 (obtenido de la misma manera que el Costo Alcanzado) y finalmente el Tiempo Esperado que es 5 minutos, en este indicador se trabaja con lo que menciona la teoría respecto al tiempo de administración sugerido. Reemplazando los datos ya mencionados se obtuvo que el valor de eficiencia para el Inventario de Beck para Ansiedad es de 0.644.

Para la Escala de Hamilton tenemos que  $RA = 0.927$ ,  $CA = 10$  y  $TA = 12,5$ ; por otro lado  $RE = 2$ ,  $CE = 10$  y  $TE = 22,5$ . Reemplazando los datos, se obtuvo que el valor de eficiencia para la Escala de Hamilton es de 0.353.

Finalmente teniendo ya los valores de eficiencia para las Escalas de Ansiedad en estudio, se analizó de acuerdo a los puntos de corte ya establecidos para la variable eficiencia.

**TABLA N°2: RANGOS PARA EL NIVEL DE EFICIENCIA:**

Rangos	Puntos
Muy Eficiente	> 1
Eficiente	= 1
Ineficiente	< 1

FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°2 tenemos los rangos de eficiencia donde los valores son de la siguiente manera: menor a 1 tiene un valor de ineficiente, igual a 1 es eficiente y mayor a 1 es muy eficiente. En el día a día, los valores reales llegan a 1 como máximo. Para el caso de comparar 2 instrumentos, el que presente el valor más cercano a 1 se le considera “más eficiente”.

**TABLA N°3: CONSISTENCIA INTERNA PARA LA ESCALA DE BECK Y ESCALA DE HAMILTON PARA MEDIR ANSIEDAD:**

Escalas para Ansiedad	Alfa de Cronbach	N de elementos
Escala de Beck	,728	21
Escala de Hamilton	,456	14

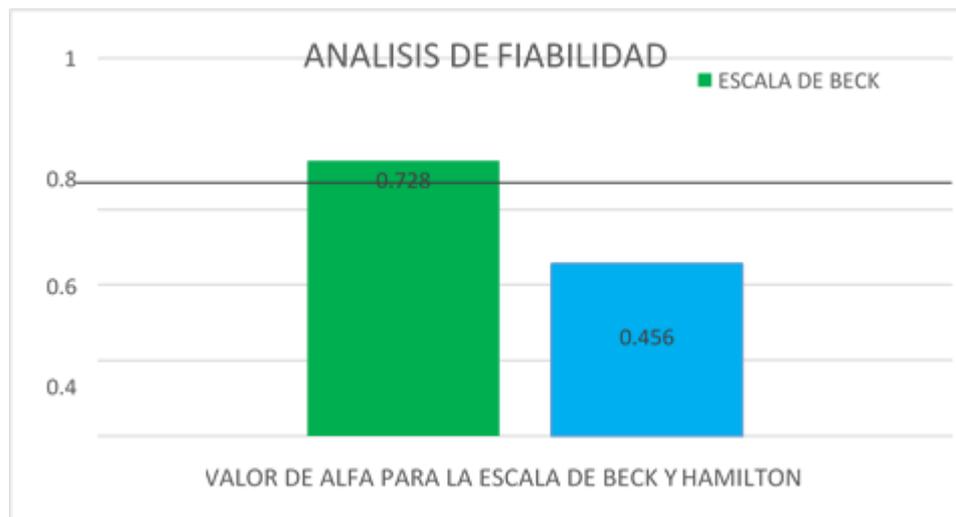
FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:**

La tabla N°3 muestra el análisis de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach, para estimar la fiabilidad de los instrumentos empleados, en la presente tenemos que el valor de Alfa para la Escala de Beck es de 0,728 mientras para la Escala de Hamilton es de 0,456. De tal forma que el valor más cercano a uno presenta mayor consistencia interna, por

lo tanto los ítems de la Escala de Beck están altamente correlacionados entre sí, mientras que para la Escala de Hamilton donde esta correlación es baja, de tal forma que la Escala de Beck resulta ser más fiable.

**GRÁFICO N°1: ANÁLISIS DE FIABILIDAD PARA LAS ESCALAS DE BECK Y HAMILTON:**



**FUENTE:** Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** El presente gráfico nos muestra que la Consistencia Interna de la Escala de Beck para Ansiedad es mayor que la Escala de Hamilton para Ansiedad, de tal manera que el primer instrumento mencionado presenta alta fiabilidad, mientras el segundo instrumento empleado presenta baja fiabilidad, de tal forma que sus ítems no se encuentran altamente correlacionados entre sí.

**TABLA N°4: VALIDEZ DE CONSTRUCTO PARA LAS ESCALAS DE BECK Y HAMILTON:**

<b>Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Beck</b>		
<b>Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo</b>		<b>,560</b>
<b>Prueba de esfericidad de Bartlett</b>	<b>Aprox. Chi-cuadrado</b>	<b>361,305</b>
	<b>GI</b>	<b>210</b>
	<b>Sig.</b>	<b>,000</b>

**FUENTE:** Elaboración propia del autor

<b>Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Hamilton</b>		
<b>Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo</b>		<b>,471</b>
<b>Prueba de esfericidad de Bartlett</b>	<b>Aprox. Chi-cuadrado</b>	<b>167,258</b>
	<b>GI</b>	<b>91</b>
	<b>Sig.</b>	<b>,000</b>

**FUENTE:** Elaboración propia del autor

### **INTERPRETACIÓN:**

El método de Kaiser Meyer Olkin, así como la Prueba de Esfericidad de Bartlett se emplearon para la Validez Constructo de los instrumentos empleados, en la presente tabla tenemos que el KMO para la Escala de Beck fue de 0,56, existiendo suficiente correlación entre sus factores, mientras la Prueba de Esfericidad de Bartlett presenta una significancia de 0.000 ( $p < 0.05$ ) de tal forma que no se acepta la hipótesis alternativa con respecto a este Instrumento. De tal manera que presenta una buena Validez de Constructo. Respecto a la Escala de Hamilton se obtuvo que el método de KMO es de 0,471 ( $KMO > 0.5$ ) de tal manera que la correlación entre sus variables no es alta, mientras la Prueba de Esfericidad de Bartlett es de 0,00 ( $p < 0.05$ ) motivo por el cual no se acepta la hipótesis nula para este instrumento empleado.

**TABLA N°5: VARIANZA TOTAL EXPLICADA DE LAS ESCALAS DE BECK:**

Facto	Autovalores iniciales			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% de acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	4,184	19,92	19,9	2,826	13,45	13,45
2	2,666	12,69	32,6	1,834	8,734	22,18
3	2,230	10,61	43,2	1,784	8,496	30,68
4	1,632	7,771	51,0	1,592	7,580	38,26
5	1,449	6,900	57,9	1,453	6,918	45,18
6	1,237	5,890	63,7	1,178	5,609	50,79
7	,994	4,732	68,5			
8	,960	4,572	73,0			
9	,858	4,085	77,1			
10	,821	3,908	81,0			
11	,681	3,241	84,3			
12	,609	2,899	87,2			
13	,516	2,455	89,6			
14	,454	2,163	91,8			
15	,384	1,830	93,6			
16	,327	1,558	95,2			
17	,298	1,419	96,6			
18	,208	,993	97,6			
19	,196	,931	98,5			
20	,179	,851	99,4			
21	,119	,568	100,000			

**FUENTE:** Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:**

De los 21 factores con lo que cuenta la Escala de Beck para Ansiedad, se han señalado a 6 con autovalores iniciales mayor a 1 (4.184; 2.666; 2.230; 1.632; 1.449 y 1.237) basado en el criterio de Kaiser. Este

resultado nos indica que con 6 factores se explica el 63.795 por ciento de varianza total, con 7 factores se mejora un 4.732 por ciento (68.527%) pero para ello se adicionaría un factor que constituye una sola variable por lo que decimos que los valores por debajo de 1 o más cercanos a 0 son factores que carecen de sentido en el análisis.

**TABLA N°6: VARIANZA TOTAL EXPLICADA DE LAS ESCALAS DE HAMILTON:**

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	%de varianza	% acumulado	Total	%de varianza	% acumulado
1	2,803	20,019	20,019	1,657	11,835	11,835
2	2,086	14,900	34,919	1,641	11,721	23,556
3	1,629	11,634	46,553	1,335	9,537	33,093
4	1,397	9,981	56,534	1,318	9,414	42,508
5	1,116	7,972	64,506	1,311	9,361	51,868
6	,955	6,818	71,324			
7	,878	6,272	77,596			
8	,737	5,262	82,858			
9	,613	4,376	87,234			
10	,583	4,163	91,397			
11	,445	3,176	94,573			
12	,350	2,499	97,072			
13	,209	1,496	98,568			
14	,201	1,432	100,000			

FUENTE: Elaboración propia del autor

### **INTERPRETACIÓN:**

De los 14 factores con lo que cuenta la Escala de Hamilton para Ansiedad, se han señalado a 5 con autovalores iniciales mayor a 1 (2.803; 2.086; 1.629; 1.397 y 1.116) basado en el criterio de Kaiser. Este resultado nos indica que con 5 factores se explica el 64.506 por ciento de varianza total, con 6 factores se mejora un 6.818 por ciento (71.324%) pero para ello se adicionaría un factor que constituye una sola variable por lo que decimos que los valores por debajo de 1 o más cercanos a 0 son factores que carecen de sentido en el análisis.

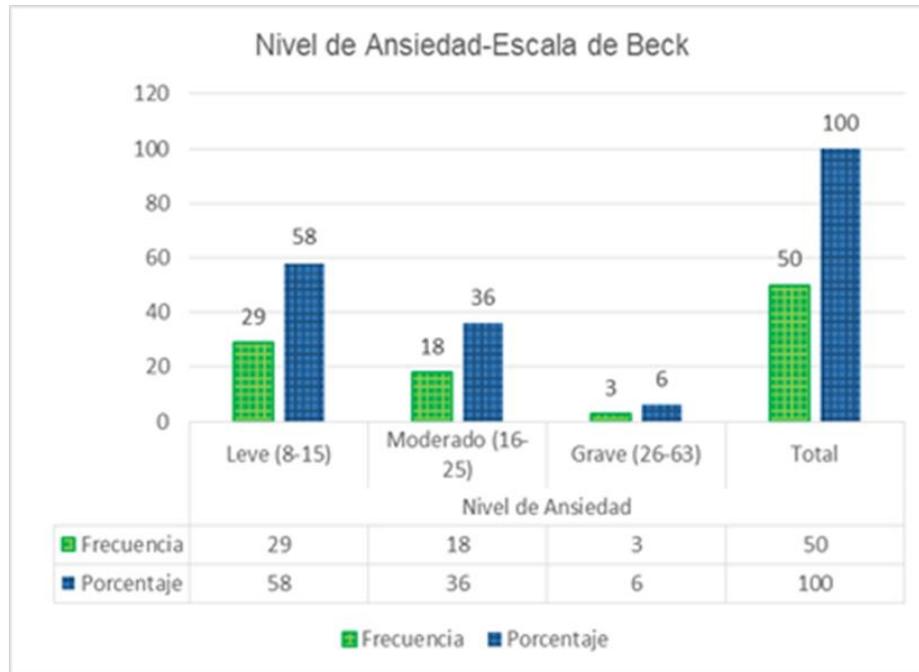
**TABLA N°7: NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE BECK:**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve (8-15)	29	58%
	Moderado (16-25)	18	36%
	Grave (26-63)	3	6%
	Total	50	100%

**FUENTE:** Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** La Escala de Beck cuenta de 3 niveles de Ansiedad los cuales se muestran en la presente tabla. El grupo poblacional mayor se encuentra con un nivel de ansiedad Leve cuyo puntaje va de 8 a 15 puntos, correspondiendo así al 58%, mientras el 36% de los encuestados representan a los pacientes con Ansiedad Moderada.

**GRÁFICO N°2: NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD**



**FUENTE:** Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** El nivel de ansiedad predominante correspondiente al total de encuestados, se presenta en el siguiente cuadro donde 29 de ellos presentan un nivel de ansiedad leve cuyo puntaje se encuentra entre los 8 a 15 puntos. 18 de los encuestados se encuentra en un nivel moderado y 3 de ellos en un nivel grave. Aunque el número de pacientes con ansiedad grave es de 6%, al juntarse con los moderados hacen un 42% del total, haciendo hincapié en que la sintomatología en estos pacientes debe atenuarse ya que este cuadro contribuye de gran manera a la exacerbación del cuadro Psoriático.

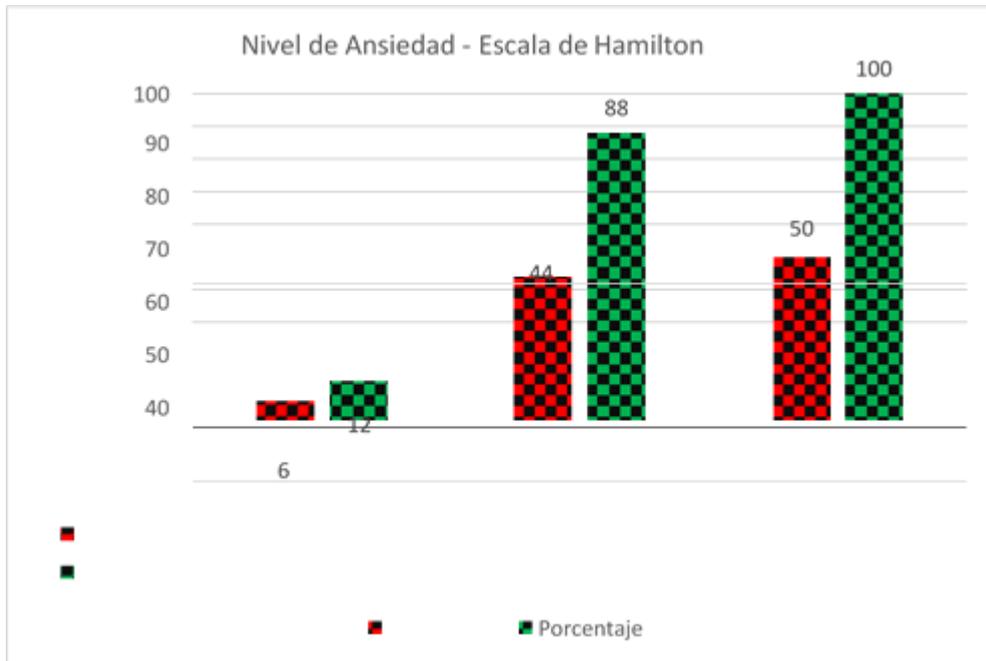
**TABLA N°8: NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE HAMILTON:**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Ansiedad Leve (6-14 puntos)	6	12%
Ansiedad Moderada/grave (> = a 15 puntos)	44	88%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Se empleó la Escala de Hamilton para poder discriminar si los pacientes presentan un nivel de ansiedad patológico o no patológico. Considerando a este último como ausencia de Ansiedad Clínica se contó con 6 pacientes que representan al 12% de los encuestados haciendo uso de dicha escala. Mientras el 88% de ellos obtuvo puntajes entre 14 y 56 con lo que son considerados ansiosos patológicos.

### GRÁFICO N°3 NIVEL DE ANSIEDAD EMPLEANDO LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD



FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de encuestados mediante la Escala de Hamilton para Ansiedad, 88% de ellos (equivalente a 44 pacientes del total) presenta sintomatología ansiosa clínicamente moderada-severa manifiesta. Caso contrario 6 pacientes del total presentan sintomatología ansiosa leve debido a que el punto de corte para discriminar a esta variable se establece con un puntaje mayor a 14.

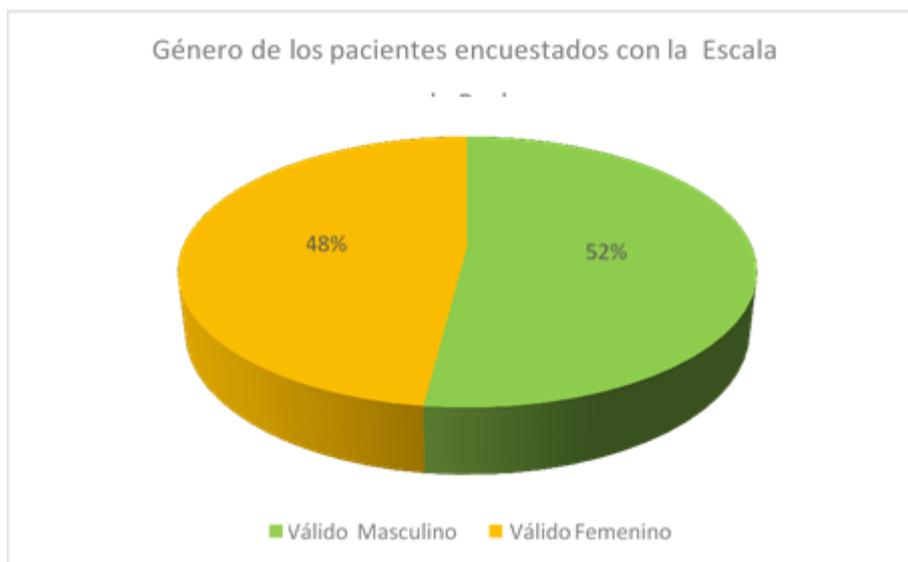
**TABLA N°9: GÉNERO PREDOMINANTE DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS POR LA ESCALA DE BECK**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	26	52%
	Femenino	24	48%
	Total	50	100%

FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes encuestados con la Escala de Beck para Ansiedad, 26 de ellos son del género masculino, representando al 52% de los encuestados con dicho instrumento, siendo estos a su vez los de mayor nivel de ansiedad y psoriasis.

**GRÁFICO N°4: GÉNERO PREDOMINANTE DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON LA ESCALA DE BECK:**



FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes encuestados con el Inventario de Beck para Ansiedad, el 52% de ellos corresponde al género masculino, siendo ligeramente predominante a comparación del género femenino con un 48% que representan a 24 pacientes. Esta relación muy probablemente sea debido a las diversas actividades que realizan, sin embargo no existe tanta diferencia entre ambos grupos.

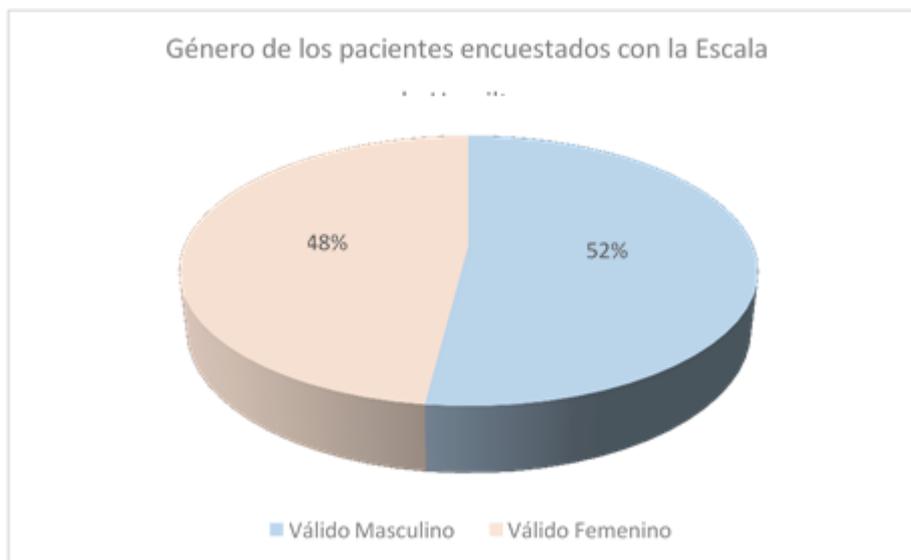
**TABLA N°10: GÉNERO PREDOMINANTE DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON:**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Masculino	26	52%
Femenino	24	48%
Total	50	100%

FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes encuestados mediante la Escala de Hamilton para Ansiedad, 26 de ellos eran del género masculino mientras que 24 eran del género femenino. Representando el primer grupo al 52% y el segundo al 48% demostrando que hay un ligero predominio del género masculino con respecto a los pacientes que presentan ansiedad y psoriasis.

**GRÁFICO N°5: GENERO PREDOMINANTE DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON:**



**FUENTE:** Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes encuestados con la Escala de Hamilton para Ansiedad, 26 de ellos corresponde al 52% del total, siendo ligeramente predominante a comparación del género femenino que cuenta con 24 pacientes que representan al 48% restante. Al igual que en los pacientes encuestados con el Inventario de Beck, el género masculino es predominante, siendo posible afirmar que la Psoriasis es ligeramente predominante en varones.

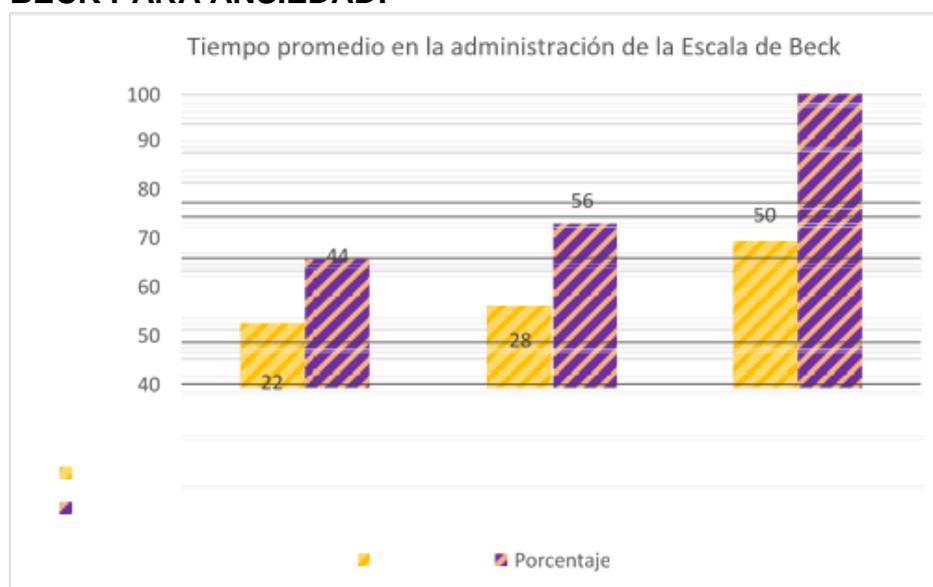
**TABLA N° 11: TIEMPO PROMEDIO EN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BECK**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido < 5 minutos	22	44%
5 minutos	28	56%
Total	50	100%

**FUENTE:** Elaboración propia del auor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes, el 56% de ellos (28 pacientes) les tomó 5 minutos en promedio desarrollar la encuesta de la Escala de Beck, mientras el 44% de ellos lo hizo en menos de 5 minutos, representado a 22 de los pacientes encuestados con dicha Escala.

**GRÁFICO N°6: TIEMPO PROMEDIO EMPLEANDO LA ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD:**



**FUENTE:** Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** De 50 pacientes encuestados con el Inventario de Beck para Ansiedad, 28 de ellos (equivalente al 56%) el tiempo que tomó realizarles la encuesta fue de 5 minutos, mientras que en 22 de ellos, el tiempo empleado fue menor del estimado. No hubieron encuestados que pasaran los 5 minutos para realizarles la encuesta. Esto podría deberse a una buena comprensión de los encuestados así como la sencillez de términos empleados.

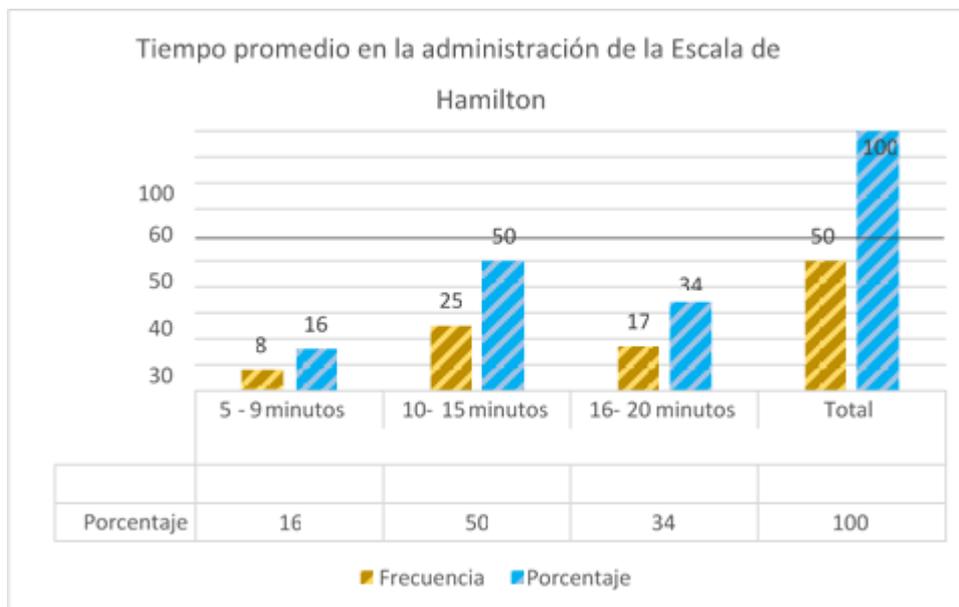
**TABLA N°12: TIEMPO PROMEDIO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON:**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	5 - 9 minutos	8	16%
	10- 15 minutos	25	50%
	16- 20 minutos	17	34%
	Total	50	100%

FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes encuestados con la Escala de Hamilton, el 50% de ellos, le tomó desarrollar la escala en un lapso de 10 a 15 minutos, mientras el 50% restante se distribuyó entre el 34% en un lapso de 15 a 20 minutos y un 16% entre los 5 y 10 minutos.

**GRÁFICO N°7: TIEMPO PROMEDIO EMPLEANDO LA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD:**



FUENTE: Elaboración propia del autor

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes encuestados con la Escala de Hamilton para Ansiedad, el tiempo establecido para la realización de la misma fue de 10 a 15 en 25 de ellos correspondiendo al 50% de ellos, el otro 50% estuvo entre los 5 a 10 minutos y los 15 a 20 minutos, teniendo a considerar de esta manera que hubieron ciertas dificultades por los encuestados durante el desarrollo de las preguntas ya sea en la interpretación o en dar alguna respuesta.

## **4.2 DISCUSIONES**

Uno de los tópicos más relevantes de la presente tesis, fue la eficiencia obtenida en el presente estudio con un valor de 0,644 para la Escala de Beck y de 0,353 para la Escala de Hamilton, mientras más cercano a 1 sea el resultado, es considerado más eficiente donde el punto de corte es  $>0,5$ . La forma como se obtuvo fue al empleo de la fórmula matemática la cual tomó como parámetros al resultado alcanzado, esperado; tiempo alcanzado- esperado y costo alcanzado-esperado, la cual fue elaborada por Mejía en el año 2007. De tal manera que la Escala de Beck resulta ser más eficiente.

Todo ello difiere del estudio realizado por Luis Joaquín García-López y Harry T.A Moore en su estudio titulado "Validation and Diagnostic Efficiency of the Mini-SPIN in Spanish-Speaking Adolescents" donde se hace alusión a la eficiencia de un instrumento, mediante su eficiencia diagnóstica y para ello se basan en: el Valor Sensibilidad (0.90), Especificidad (0.95), Valor Predictivo Positivo (0.93) y Valor Predictivo Negativo (0.87), donde el punto de corte es para valores mayores a 0,5. Concluyendo que existe una eficiencia diagnóstica por parte del Instrumento empleado.

Sin embargo esto es cuestionable ya que basados en la definición de eficiencia dada por Luis Pujol en El Libro de la Habilidades Directivas y Charles Lusthaus, los indicadores mencionados por García-López y Harry T.A. Moore se acerca más a la definición de eficacia.

Por otro lado, del total de pacientes que se consideraron como muestra en el presente estudio (100 pacientes), el 100 % de ellos mostró un cuadro ansioso, sin embargo este, fue en diferente intensidad, de tal manera que en los pacientes con diagnóstico de psoriasis encuestados con la Escala de Beck, se obtuvo que el 58% de ellos presentaban un nivel leve de ansiedad. Mientras los encuestados con la Escala de Hamilton presentaron un 88% de niveles Moderados-graves.

Lo anterior expuesto guarda relación con lo mencionado por Torres Hernández, López García y colaboradores titulado “Alexitimia como factor psicosomático en Psoriasis” realizada en México durante el año 2015, donde refiere que la ansiedad presenta una gran asociación con la Psoriasis que con otras enfermedades dermatológicas (60%).

Así también lo expresado por Hee- Sun Moon et all. En su estudio “Psoriasis and Psycho-dermatology” avalan este resultado, basado en la liberación de noradrenalina explicando así el proceso inflamatorio en la piel que se traduce en psoriasis. De tal forma que el estrés (sea presentado como ansiedad o depresión) afecta al 37-88% de los pacientes sea como su agente causal o exacerbante.

Finalmente, en cuanto al nivel de ansiedad obtenido en el presente estudio con la Escala de Beck para ansiedad, difiere con lo obtenido por la licenciada Fiorella Otiniano Campos, en su tesis “Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las Escalas de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millón III” realizada en Perú en el año 2012, en la cual menciona que un 72% de los pacientes en los cuales aplicó la Escala de Beck para Ansiedad presentan sintomatología ansiosa (es decir un puntaje mayor de 8) y de estos el 50% presenta un nivel de Ansiedad de moderado a severo.

Siendo el punto de corte el valor de 8 en adelante, para categorizar el nivel de ansiedad haciendo uso de la Escala de Beck, se debe mencionar que la muestra empleada en ambos estudio fueron similares, con la gran

diferencia que los pacientes que participaron en nuestro estudio, aún no habían tenido consultas en el Servicio de Psiquiatría en comparación de la muestra de Fiorella Otiniano los cuales, en su mayoría, se encontraban recibiendo ya un tratamiento por el departamento de Salud Mental.

Otro de los resultados que se obtuvieron, fue la predominancia del género de los pacientes encuestados con las Escalas de Beck y Hamilton, ambas para medir el nivel de ansiedad, donde se encontró, que el género masculino era predominante (52%), sin embargo no hubo marcada diferencia con el género femenino que presentó un 48%.

Lo cual difiere de los resultados obtenido por Huang et all. en el estudio "Psicodermatosis en el Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera 2001-2005 en Carabobo, Venezuela en el año 2006 donde se hace referencia a la Ansiedad como factor predisponente o potenciador de la sintomatología cutánea siendo el género más afectado el femenino con un 65,8% mientras que el masculino representa al 34,2%.

Podemos decir entonces, que la ansiedad la encontramos presente en ambos géneros siendo ligeramente afín al sexo masculino, sin embargo la afección de esta patología, no es tan marcada como lo hallado por Huang et all. que refleja su afinidad marcada con el género femenino.

Uno de los aportes relevantes en la presente tesis, está en función del tiempo promedio para la aplicación de la Escala de Beck que tomó 5 minutos en un 56% de los encuestados, mientras el 44% restante pudo realizarla en menos del tiempo aproximado (5 minutos). En cuanto a la Escala de Hamilton, el tiempo alcanzado fue entre 15 a 20 minutos con un 50% (25 pacientes) a quienes se les aplicó dicha encuesta. Dichos resultados son un aporte para medir la eficiencia de la Escala de Beck,

no habiéndose encontrado referencia bibliográfica del tiempo de aplicación de dichos instrumentos.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

- La Escala de Beck para Ansiedad resulta ser más eficiente que la Escala de Hamilton para Ansiedad, con un valor de 0,644 comparado con un 0,353.
- De los 50 pacientes encuestados con la Escala de Beck, el 58% tuvo un nivel de ansiedad leve y el 42% restante presentó ansiedad moderada a severa. Mientras del total de pacientes encuestados con la Escala de Hamilton, un 88% de ellos presentó un nivel de ansiedad moderada a severa y el 12% presentó un nivel de ansiedad leve.
- El 52% de los pacientes encuestados, que presentaron diagnóstico de ansiedad fueron de género masculino, mientras el 48% restante correspondió al género femenino, evidenciándose que dicha patología presenta cierta predilección por el sexo masculino.
- La Escala de Beck toma 5 minutos en el 56% de los encuestados, mientras que la Escala de Hamilton toma un tiempo entre los 10 a 15 minutos, el cual se reflejó en el 50% de pacientes que realizaron dicha encuesta. Considerando la definición de eficiencia podemos concluir que la Escala de Beck en función del tiempo, resulta ser más eficiente.

### **5.2 RECOMENDACIONES**

- Dado los resultados anteriormente descritos en la presente tesis, se recomienda protocolizar el uso de la Escala de Beck principalmente en pacientes psoriáticos que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza sobre la Escala de Hamilton, dado que la primera de ellas resulto más eficiencia para dicha población. De tal manera que se pueda detectar y categorizar el nivel de ansiedad, realizando de esta manera un manejo integral (diagnóstico y tratamiento) tanto del dermatólogo como del médico psiquiatra.
- Debido a que todos los pacientes encuestados presentan un cuadro ansioso, en diferente intensidad, se recomienda la elaboración de

charlas informativas basadas en el reconocimiento de agentes causales o exacerbantes de la patología ansiosa y su implicancia en las enfermedades del sistema tegumentario en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- Hacer un seguimiento de los pacientes con cuadro psoriático y ansioso que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, para lograr la identificación de las causas que exacerbaban dichas enfermedades, de tal manera que se pueda dar mejor orientación al paciente de cómo lograr atenuar el causante de estos cuadros.
- Finalmente se recomienda que pueda aplicarse la Escala de Beck para ansiedad en todo aquel paciente que llegue al Servicio de Dermatología, puesto que solo requiere 5 minutos para su llenado, siendo de utilidad para una identificación oportuna y eficaz del cuadro ansioso en otras patologías dermatológicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro A. "Piel y Psique: Un problema soslayado"; Revista Mexicana de Dermatología; Marzo 2016; 60 (2)
2. Falabella R. Dermatología: Fundamentos de Medicina In.; Bogotá: Fondo Editorial CIB; 2009. P. 234-242.
3. Huang J; "Psicodermatosis en el Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr Enrique Tejera". Poster; Valencia: Universidad de Carabobo; Servicio de Dermatología; 2010.
4. Testut L; Latarjet A; Compendio de Anatomía Topográfica; In. Barcelona: Salvat S.A; 1984.p. 340-425.
5. Moore KL; Embriología Clínica. In Sistema Nervioso Central; Barcelona: Elsevier Saunders; 2011.p. 380-386.
6. Langman S; Embriología Médica con Orientación Clínica; Décima Edición.; DA S; editor Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
7. Eriksen Persson M; De Lara Galindo S; Alvarez Arellanos A; Galarza Guzmán A; Generalidades de Anatomía Humana; Segunda Edición; México D.F; Universidad Autónoma de México; 2002.
8. Estrella Guerrero MA; "Análisis de los conceptos de Fenómeno Psicossomático, Histeria de Conversión e Hipocondrías en casos de Psoriasis; Tesis; Ecuador: Universidad de Las Américas; Facultad de Ciencias Sociales-Escuela de Psicología; 2012.
9. Parisi R; Symmons D; Ashcroft D; The identification and Managment of Psoriasis and Associated Comorbidity; In 67° Asamblea Mundial de Salud; 2013.p. 377-385
10. Academia Americana de Dermatología; Revisión sobre la Psoriasis; 71° Reunión de la Academia Americana de Dermatología Junio 2013.
11. Depresión ACpeTdAy. [Online]; [cited 2016 Junio 20] Available from: [http://www.actad.org/actad\\_cas/que\\_es\\_ansiedad.php](http://www.actad.org/actad_cas/que_es_ansiedad.php)
12. Amaro Parrado F; Ansiedad y Transtorno de Ansiedad en Niños y Adolescentes; Master en Paidoscopia; Barcelona: Universidad Autónoma

- de Barcelona; Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña; 2008; Report No.: BIENI 07-08.
13. Navas Orozco W; Vargas Baldares MJ; “Transtornos de Ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria; Revista Médica de Costa Rica y Centro América; 2012; LXIX (604) 497-507.
  14. Ascencio Huertas L; “Transtornos de Ansiedad y enfermedades médicas concomitantes: Experiencia Clínica”; Revista Hospital Juárez México; 2007; 74(2).
  15. Piazza M; Fiestas F; “Prevalencia Anual de Trastornos y uso de Servicios de Salud Mental en el Perú: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental 2005; Revista Peruana Med Exp; Salud Pública; 2014; 31(1).
  16. Psicomed; PSICOMED; [Online]; 2016 [cited 2016 Junio13; Available from: <http://www.psicomednet//dsmiv/dsmiv7.html>
  17. Gonzales Santos A; Amaya Guerra M; “La Psoriasis como factor de riesgo independiente para el desarrollo de eventos cardiovasculares en pacientes tratados en la UMAE25, del IMSS, en Monterrey, Nuevo León; Revista de Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica; Abril-Junio 2015; 13(2).
  18. Lazarte Laos J; “Sociedad Peruana de Dermatología” [Online]: 2015 [cited 2016 Mayo 20 Available from: [http://www.dermatología.pe/articulos/notas-de-prensa/rpp-la-psoriasis-causas-sntomas-y-tratamientos\\_151022](http://www.dermatología.pe/articulos/notas-de-prensa/rpp-la-psoriasis-causas-sntomas-y-tratamientos_151022).
  19. Moon HS; Mizara A; Mc Bride S; “Psoriasis and Psycho-Dermatology”; Rewiev; London; Department of Dermatology; Royal Free NHS; 2013.
  20. Loba A; Chamorro L; Luque A; “Validación de las versiones en Español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad”; Revista Med Clin; 2002; 118(3): p 493-499.
  21. Moreno Nuñez E; Arenas Jiménez D; Porta Bellmar E; Escalante Calpena L; Cantó García J; Castell García G; “Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes con hemodiálisis; Revista Sociedad Española Enfermedades Nefrológicas; 2004; 7(4).

22. Dos Reis Quintao S, "Validación de la Versión Portuguesa de la Escala de Ansiedad de Beck-BAI"; Tesis para Doctorado en Psicología, Salamanca; Universidad de Salamanca; Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología; 2010.
23. Sanz J; "Recomendaciones para la utilización de la Adaptación Española del Inventario de Beck; Clínica y Salud; 2014".
24. Antunez Z; Vinet E; "Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos; Revista de Terapia Psicológica; 2012; 303(3): p.49-55.
25. Paladines Largo EC; "Violencia intrafamiliar y su relación con el Estado Emocional de las pacientes de edades comprendidas entre 18 a 55 años que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora durante el periodo Octubre 2013-Febrero 2014; Tesis de Titulación; Loja- Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana-Psicología Clínica; 2015.
26. Sanz J; García-Vera M; Fortún M; "El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Propiedades Psicométricas de la versión Española en pacientes con Transtornos Psicológicos"; Behavioral Psychology/ Psicología Conductual; 2012; 20(3): p. 563-583.
27. Otiniano Campos, Fiorella; "Validez de Constructo y Eficacia Diagnóstica de las Escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial De Millon III (MCMI-III)"; Facultad de Letras y Ciencias Humanas Especialidad de Psicología; Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) Lima-2012.
28. Achury Saldaña, Diana; Achury Beltrán, Luisa; Estrada Cardona, Paula; Gutiérrez Suarez, Adriana;" Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco"; Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Septiembre-Diciembre 2012; 20 (3): 112-116
29. Lic. Tomillo Busnadiago, Virginia;"Transtornos de Ansiedad, calidad de vida y plan de cuidados en un paciente con psoriasis", Universidad de Valladolid- España 2014/2015.

30. Torres-Hernández, Marcela; López García, Sonia y col; "Alexitimia como factor psicosomático en la Psoriasis", Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53 (3):268-72.
31. Lastra Andrade, Paola; "Validación de la Escala de Ansiedad de Beck en su correlación con los criterios diagnósticos de CIE-10, en pacientes con Enfermedad de Parkinson que acudieron al Hospital Carlos Andrade Marin desde Noviembre 2004 hasta Enero 2005", Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2005.
32. Sagrista, Gallardo, Tribo y Pujol; "El papel de la morbilidad psiquiátrica y calidad de vida en la valoración de la salud de los pacientes con Psoriasis en el Servicio de Dermatología del Hospital del Mar, Parc de Salut Mar Barcelona.
33. Garrido JM. psicopedia.org. [Online].; 2013-2016 [cited 2016 Mayo. Available from: <http://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>.
34. Juarez N. "Estudio bibliográfico sobre la Ansiedad ante los Exámenes y las Herramientas para su abordaje". [Online]. Mar del Plata; 2015 [cited 2016 Mayo. Available from: [http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/461/0185.pdf?sequence= 3%20\(8-16\)](http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/461/0185.pdf?sequence=3%20(8-16)).
35. Kolb B, Wishaw IQ. Neuropsicología Humana. Quinta ed. Cwi S, Klajn D, Latrónico A, Patrone U, Oxemberg J, Rondinone S, et al., editors. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
36. Puchol L, Martín J, Nuñez A, Puchol I. "El libro de las Habilidades Directivas". Tercera ed. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos SA; 2010.
37. Lusthaus C, Adriu MH, Anderson G, Cardeu F. "Evaluación Organizacional:Un marco para mejorar el desempeño" IDRC , editor. Nueva York: Banco Interamericano de Desarrollo y Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo.; 2002.

38. Huang JG; Salazar, F; Sandoval, L; Fachín, R. "Psicodermatosis en el Servicio Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr Enrique Tejera" 2001-2005". Dermatología Venezolana. 2006; 44(4).
39. Garcia-Lopez L, Moore HTA "Validation and Diagnostic Efficiency of the Mini- SPIN in Spanish-Speaking Adolescents". PLoS ONE 10(8):e0135862. doi:10.1371/journal.pone.0135862; 2015
40. Fernandez Ríos, M; Sánchez J. "Eficacia Organizacional: Concepto, Desarrollo y Evaluación; Madrid-España; Editorial Díaz Santos SA; 1997.
41. Ochoa H; Lúcio R; Vallejos F; Díaz S; "Economía de la Salud: Manual Práctico para la Gestión Local de la Salud"; México DF; Editorial PaxMéico; 1999.

# ANEXOS

## ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
<b>INDEPENDIENTE</b> Escala de Beck para Ansiedad	Escala autoaplicable usada como apoyo diagnóstico de ansiedad, que cuenta con 21 ítems propios de la patología	Puntaje de síntomas para catalogar el nivel de Ansiedad, basado en una escala tipo Likert.	Cualitativa	Nominal	0: nada en absoluto 1: Leve 2: Moderado 3: Grave	Encuesta
Escala de Hamilton para Ansiedad	Escala aplicada como apoyo al diagnóstico de ansiedad, cuenta con 14	Puntaje para catalogar el nivel de Ansiedad, basado en una	Cualitativa	Nominal	0: Ausencia 1: Leve 2: Moderada 3: Grave 4: Incapacitante	Encuesta

	ítems propios de la patología	escala tipo Likert.				
Nivel de Ansiedad	Actitud de evasión o protección en diferente intensidad al sentirse vulnerable	Puntajes para obtener el nivel de Ansiedad acorde a la Escala empleada.	Cualitativa	Ordinal	0: Ausencia 1: Leve 2: Moderada 3: Grave	Encuesta
<b>DEPENDIENTE</b> Eficiencia de Escalas para medir Ansiedad	Obtención de resultados planteados y relación con el costo empleado, haciendo uso mínimo de recursos	Grado de eficiencia obtenida haciendo uso de la fórmula empleada en el presente estudio	Cualitativa	Ordinal	<1 Ineficiente =1 Eficiente >1Muy eficiente	Fórmula para hallar eficiencia

## ANEXO N°2: INSTRUMENTOS



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### INSTRUMENTO N°1: ESCALA DE BECK PARA ANSIEDAD

SÍNTOMAS	0: Nada	1: Leve	2: Moderado	3: Severo
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sensación de calor/escalofríos				
3. Debilidad de piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Vértigo o mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Temor				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Inquietud				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Molestias Gastrointestinales				
19. Debilidad-Cansancio				
20. Rubor en el rostro				
21. Sudoración (no debida al calor)				
<b>Puntuación Total</b>				

**FUENTE:** Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

## INSTRUMENTO N°2: ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

<b>Escala de Hamilton para Ansiedad</b>		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1 Ansiedad	Preocupación, Pesimismo, Miedo al futuro, Inestabilidad.	<input type="checkbox"/>				
2 Tensión	Sensaciones de tensión, cansancio, sobresaltos, propenso al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse.	<input type="checkbox"/>				
3 Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones.	<input type="checkbox"/>				
4 Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas. Temores nocturnos.	<input type="checkbox"/>				
5 Intelecto	Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="checkbox"/>				
6 Humor Depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alteración diurna.	<input type="checkbox"/>				
7 Síntomas Somáticos (musculares)	Dolores musculares, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular	<input type="checkbox"/>				
8 Síntomas Somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad, sensaciones perforación	<input type="checkbox"/>				
9 Síntomas Somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pericardialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento.	<input type="checkbox"/>				
10 Síntomas Respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea	<input type="checkbox"/>				
11 Síntomas gastrointestinales	Dificultades de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación hartura, náuseas, vómito, borborismos, meteorismo, pérdida de peso, estpsis.	<input type="checkbox"/>				
12 Síntomas genitourinarios	Micciones frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, impotencia, pérdida de la libido.	<input type="checkbox"/>				
13 Síntomas del SN autónomo	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea, piloerección.	<input type="checkbox"/>				
14 Comportamiento del paciente durante el examen.	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.	<input type="checkbox"/>				
<b>PUNTUACION TOTAL</b>						

FUENTE: Centro de Asistencia, Docencia e Investigación Psiconeurocognitiva

<b>SÍNTOMAS PSÍQUICOS</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6 Y 14
<b>SÍNTOMAS SOMÁTICOS</b>	7, 8, 9, 10, 11, 12 Y 13
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	

### ANEXO N°3: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

#### CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS: ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

	Humor ansioso	Tensión	Miedos	Insomnio	Funciones Intelectuales	Humor deprimido	Síntoma somático general muscular	Síntoma somático general sensorial	Síntoma cardiovascular	Síntoma respiratorio	Síntoma gastrointestinal	Síntoma genitourinario	Síntoma nervioso autónomo	Comportamiento durante la entrevista
Slg. (unilateral) Humor ansioso		,280	,440	,070	,251	,002	,145	,484	,384	,492	,426	,209	,291	,478
Tensión	,280		,341	,033	,015	,134	,049	,376	,143	,254	,290	,010	,042	,002
Miedos	,440	,341		,056	,176	,451	,027	,000	,122	,365	,497	,166	,446	,193
Insomnio	,070	,033	,056		,001	,084	,001	,001	,109	,059	,094	,192	,497	,182
Funciones Intelectuales	,251	,015	,176	,001		,484	,250	,016	,484	,236	,315	,003	,057	,097
Humor deprimido	,002	,134	,451	,084	,484		,065	,168	,041	,477	,134	,200	,049	,223
Síntoma somático general muscular	,145	,049	,027	,001	,250	,065		,051	,128	,221	,074	,226	,170	,152
Síntoma somático general sensorial	,484	,376	,000	,001	,016	,168	,051		,062	,409	,374	,180	,395	,437
Síntoma cardiovascular	,384	,143	,122	,109	,484	,041	,128	,062		,005	,107	,102	,239	,061
Síntoma respiratorio	,492	,254	,365	,059	,236	,477	,221	,409	,005		,255	,368	,005	,480
Síntoma gastrointestinal	,426	,290	,497	,094	,315	,134	,074	,374	,107	,255		,211	,162	,065
Síntoma genitourinario	,209	,010	,166	,192	,003	,200	,226	,180	,102	,368	,211		,000	,243
Síntoma nervioso autónomo	,291	,042	,446	,497	,057	,049	,170	,395	,239	,005	,162	,000		,075
Comportamiento durante la entrevista	,478	,002	,193	,182	,097	,223	,152	,437	,061	,480	,065	,243	,075	

a. Determinante = .021

## CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS: ESCALA DE BECK PARA ANIEDAD

	Entumeci- miento- Hormigueo	Oleadas de calor- escalofríos	Debilidad de piernas	Incapacida d para relajarse	Miedo a que pase lo peor	Sensación de mareos o vértigo	Opresión en el pecho	Insegurida d	Terror	Nerviosis mo	Sensación de ahogo	Manos temblosas	Cuerpo temblosos o/inquietu d	Miedo a perder el control	Dificultad para respirar	Miedo a morir	Asustado	Indigestió n o malestar estomacal	Debilidad- e- cansancio	Ruborizars e- Sonrojarse	Sudoració n no debida al calor
Sig. (unilateral)																					
Entumecimiento		.032	.238	.217	.034	.218	.028	.249	.294	.197	.250	.100	.267	.317	.006	.047	.176	.417	.009	.453	.093
Oleadas de calor-escalofríos	.032		.000	.041	.170	.012	.001	.006	.002	.261	.026	.437	.333	.290	.005	.386	.154	.111	.028	.459	.075
Debilidad de piernas	.238	.000		.019	.048	.424	.028	.027	.008	.112	.123	.494	.260	.288	.187	.129	.088	.392	.084	.123	.145
Incapacidad de relajarse	.217	.041	.019		.000	.139	.005	.050	.000	.061	.144	.032	.219	.325	.145	.352	.421	.085	.021	.331	.316
Miedo a que pase lo peor	.034	.170	.048	.000		.136	.042	.002	.000	.007	.158	.009	.240	.134	.049	.220	.111	.245	.016	.407	.280
Sensación de mareos	.218	.012	.424	.139	.136		.012	.026	.469	.231	.204	.370	.056	.038	.007	.110	.335	.136	.466	.011	.169
Opresión en el pecho	.028	.001	.028	.005	.042	.012		.011	.085	.306	.109	.158	.355	.447	.000	.068	.500	.450	.009	.474	.128
Inseguridad	.249	.006	.027	.050	.002	.026	.011		.000	.001	.299	.480	.327	.431	.146	.155	.166	.255	.091	.125	.202
Terror	.294	.002	.008	.000	.000	.469	.085	.000		.007	.237	.124	.268	.469	.146	.282	.193	.118	.036	.391	.254
Nerviosismo	.197	.261	.112	.061	.007	.231	.306	.001	.007		.141	.073	.287	.013	.089	.026	.010	.106	.065	.331	.221
Sensación de ahogo	.250	.026	.123	.144	.158	.204	.109	.299	.237	.141		.000	.017	.324	.049	.014	.045	.002	.035	.157	.436
Manos temblorosas	.100	.437	.494	.032	.009	.370	.158	.480	.124	.073	.000		.036	.028	.006	.096	.176	.001	.441	.369	.254
Inquietud/cuerpo tembloroso	.267	.333	.260	.219	.240	.056	.355	.327	.268	.287	.017	.036		.168	.309	.025	.323	.240	.036	.354	.222
Miedo a perder el control	.317	.290	.288	.325	.134	.038	.447	.431	.469	.013	.324	.028	.168		.485	.005	.002	.019	.304	.220	.439
Dificultad para respirar	.006	.005	.187	.145	.049	.007	.000	.146	.146	.089	.049	.006	.309	.485		.064	.338	.285	.068	.432	.009
Miedo a morir	.047	.386	.129	.352	.220	.110	.068	.155	.282	.026	.014	.096	.025	.005	.064		.000	.350	.236	.030	.192
Asustado	.176	.154	.088	.421	.111	.335	.500	.166	.193	.010	.045	.176	.323	.002	.338	.000		.111	.500	.431	.090
Indigestión o malestar estomacal	.417	.111	.392	.085	.245	.136	.450	.255	.118	.106	.002	.001	.240	.019	.285	.350	.111		.315	.060	.238
Debilidad-cansancio	.009	.028	.084	.021	.016	.466	.009	.091	.036	.065	.035	.441	.036	.304	.068	.236	.500	.315		.276	.042
Ruborizarse-Sonrojarse	.453	.459	.123	.331	.407	.011	.474	.125	.391	.331	.157	.369	.354	.220	.432	.030	.431	.060	.276		.082
Sudoración no debido al calor	.093	.075	.145	.316	.280	.169	.128	.202	.254	.221	.436	.254	.222	.439	.009	.192	.090	.238	.042	.082	

a. Determinante = .000

## ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	INDICADORES
<b>GENERAL</b>	<b>GENERAL</b>	<b>GENERAL</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>FUENTE</b>
¿Cuál es la eficiencia de las escalas para medir el nivel de ansiedad en pacientes psoriáticos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Julio- Octubre 2016?	Comparar la eficiencia de las Escalas para medir la ansiedad en los pacientes Psoriáticos atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Julio-Octubre 2016.	La Escala de Beck resultaría ser eficiente a comparación de la Escala de Hamilton para medir la ansiedad en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional	Eficiencia	Investigación no experimental: Analítico descriptivo-comparativo que emplea fuente de información prospectiva	Fórmula para hallar Eficiencia

		Arzobispo Loayza en el periodo Julio a Octubre 2016.			
<b>ESPECÍFICOS</b>	<b>ESPECÍFICOS</b>	<b>NULA</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>FUENTE</b>
¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes psoriáticos encuestados con la Escala de Beck y de Hamilton?	Clasificar el cuadro de ansiedad en los pacientes diagnosticados de Psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza empleando la Escala de Beck y de Hamilton	La Escala de Beck no resultaría ser eficiente a comparación de la Escala de Hamilton para medir la ansiedad en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del	Escala de Beck para ansiedad	Pacientes con diagnóstico de psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Julio – Octubre 2016	Encuesta

¿Cuál es el género predominante de los pacientes con cuadro de ansiedad?	Identificar el género predominante en los cuadros de ansiedad de los pacientes encuestados con ambas escalas que acuden al Hospital Arzobispo Loayza.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo Julio a Octubre 2016.			
¿Cuál es el tiempo promedio que conlleva la aplicación de las Escalas para medir el nivel de ansiedad en los pacientes psoriáticos?	Identificar y comparar el tiempo que conlleva el uso de la Escala de Beck y de Hamilton para clasificar la ansiedad en los pacientes psoriáticos que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.		Escala de Hamilton para ansiedad		Encuesta

