

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i5.6901>

Frecuencia de manifestaciones dermatológicas autoinformadas y síntomas depresivos, ansiosos y de estrés durante la pandemia por COVID-19 en México

Frequency of self-reported skin complaints and depressive, anxious and stress symptoms during the COVID-19 pandemic in Mexico.

Laura Gabriela Soto-Salazar,¹ Estefania Boland-Rodríguez,¹ César Daniel Villarreal-Villarreal,¹ Jorge Ocampo-Candiani,² Ángel Daniel Trujillo-Leija³

Resumen

ANTECEDENTES: Se ha demostrado la relación entre la enfermedad dermatológica y la psiquiátrica.

OBJETIVO: Identificar la existencia de asociaciones entre quejas dermatológicas autoinformadas y síntomas asociados con depresión, ansiedad y estrés autoinformados durante la pandemia de COVID-19 por medio de una encuesta en línea.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional efectuado con un cuestionario en línea compuesto por datos demográficos, escala DASS-21 y cuestionario de Dalgat.

RESULTADOS: Se analizaron 1042 encuestas, se obtuvo la frecuencia de manifestaciones dermatológicas autoinformadas en la población, así como la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en sus diferentes grados. Se encontraron asociaciones entre síntomas depresivos, ansiosos y de estrés con prurito (OR = 1.740, IC95%: 1.749-4.098), erupción seca o dolorosa (OR = 2.962 IC95%: 1.659-5.288), piel escamosa (OR = 2.562, IC95%: 1.490-4.406), prurito y erupción en las manos (OR = 1.963, IC95%: 1.164-3.313), "granos" (OR = 4.186, IC95%: 2.865-6.116), otras erupciones en la cara (OR = 3.349, IC95%: 1.738-6.806), sudoración problemática-excesiva (OR = 3.316, IC95%: 2.946-5.374), pérdida de cabello (OR = 2.835, IC95%: 2.021-3.977) y otros problemas de la piel (OR = 3.406, IC95%: 1.351-8.588).

CONCLUSIONES: Los síntomas relacionados con la depresión, la ansiedad y el estrés se asocian con la existencia de quejas dermatológicas.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis; depresión; ansiedad; estrés; COVID-19.

Abstract

BACKGROUND: The relationship between dermatological and psychiatric disease has been demonstrated.

OBJECTIVES: To identify the presence of associations between self-reported dermatological complaints and self-reported symptoms associated to depression, anxiety and stress during COVID-19 pandemic by an online survey.

MATERIALS AND METHODS: Observational study with an online questionnaire was made. The questionnaire included demographic data, DASS-21 scale and Dalgat questionnaire.

¹ CEDAVI Derma experts, Monterrey, Nuevo León, México.

² Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, Monterrey, Nuevo León, México.

³ Hospital de Especialidades Médicas Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, Ciudad de México.

Recibido: septiembre 2020

Aceptado: junio 2021

Correspondencia

Laura Gabriela Soto Salazar
gabrielasotosalazar@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Soto-Salazar LG, Boland-Rodríguez E, Villarreal-Villarreal CD, Ocampo-Candiani J, Trujillo-Leija AD. Frecuencia de manifestaciones dermatológicas autoinformadas y síntomas depresivos, ansiosos y de estrés durante la pandemia por COVID-19 en México. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (5): 700-710.

RESULTS: 1042 surveys were analyzed: the frequency of self-reported dermatological complains in the population was obtained as well as the frequency of depressive, anxious and stress-related symptoms in their different degrees. Associations were found between depressive, anxious and stress-related symptoms with itchy skin (OR = 1.740, 95%CI: 1.749-4.098), dry/sore rash (OR = 2.962 95%CI: 1.659-5.288), scaly skin (OR = 2.562, 95%CI: 1.490-4.406), itchy rash on the hands (OR = 1.963, 95%CI: 1.164-3.313), "pimples" (OR = 4.186, 95%CI: 2.865-6.116), other rashes on the face (OR = 3.349, 95%CI: 1.738-6.806), troublesome sweating (OR = 3.316, 95%CI: 2.946-5.374), loss of hair (OR = 2.835, 95%CI: 2.021-3.977) and other skin problems (OR = 3.406, 95%CI: 1.351-8.588).

CONCLUSIONS: Symptoms related to depression, anxiety and stress are associated with the presence of dermatological complaints.

KEYWORDS: Skin disease; Depression; Anxiety; Stress; COVID-19.

ANTECEDENTES

En México la consulta médica relacionada con los padecimientos de la piel representa el 33% de la misma, a su vez, se ha descrito una prevalencia de cerca del 30% de comorbilidad psiquiátrica en pacientes dermatológicos ambulatorios.^{1,2} El estudio de la enfermedad psicológica y psiquiátrica en sobreposición con la dermatológica se conoce como psicodermatología.

La asociación entre padecimientos mentales y cutáneos se ha observado desde la Antigüedad, en sus escritos Hipócrates citó casos de personas que se arrancaban el cabello en respuesta al estrés y en su libro *Epidermics* sugería que los médicos debían examinar lo anterior como parte de la exploración general.^{3,4} En el siglo XVIII el dermatólogo y cirujano Erasmus Wilson en su libro "Enfermedades de la piel" en el capítulo de "Neurosis cutáneas" hablaba sobre alopecia areata, lesiones hipopigmentadas, prurito y delirios de parasitosis, este texto podría considerarse el punto de partida de la Psicodermatología como disciplina.^{5,6} En 1889 Hallopeau asignó el término tricotilomanía a la que describía como una enfermedad crónica y sin tratamiento.⁴ En 1925

Klauder señaló la importancia de la psicoterapia en la evolución de los trastornos de la piel, sentando un precedente.^{6,7} Recientemente algunos padecimientos, como la tricotilomanía, los trastornos facticios, el trastorno dismórfico corporal se incluyeron como nosología psiquiátrica en el manual DSM.^{1,4,8}

Las psicodermatosis se clasifican según su origen en: primariamente psiquiátricas (manifestaciones físicas de un problema psiquiátrico verdadero con síntomas dermatológicos, por ejemplo, tricotilomanía), secundariamente psiquiátricas (problemas emocionales secundarios a enfermedad cutánea, por ejemplo, acné), psicofisiológicas (alteraciones dermatológicas precipitadas o exacerbadas por el estrés psicológico, por ejemplo, dermatitis atópica) y no clasificables (síndrome de púrpura psicógena y síndrome cutáneo sensorial).^{1,9-13}

Se han realizado estudios en búsqueda de asociaciones entre enfermedades dermatológicas específicas o generales y enfermedad psiquiátrica, como depresión, ansiedad, estrés y comportamiento suicida. Se ha comprobado mayor probabilidad de comportamiento suicida en

pacientes con psoriasis, desde ideación suicida hasta suicidios consumados, con mayor riesgo de suicidio en pacientes jóvenes y en pacientes con psoriasis más grave, a su vez, está descrito el aumento en la prevalencia de depresión en este grupo de pacientes.^{14,15,16} Se ha encontrado también aumento en la prevalencia de depresión en pacientes adultos con eccema en general, con razón de probabilidades mayor en eccema atópico (EA), misma asociación que se muestra en niños con esta enfermedad.^{16,17} Además, existe asociación entre la ideación suicida y el eccema atópico en adultos y adolescentes.^{16,17} Diversos estudios muestran asociación de acné con ansiedad, depresión y comportamiento suicida con mayor afectación de mujeres.^{14,16,18} Recientemente se describió aumento en la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con hiperhidrosis, con correlación positiva entre la gravedad de los síntomas y la prevalencia de enfermedad psiquiátrica.¹⁹ Una revisión sistemática y metanálisis encontró asociación positiva entre hidradenitis supurativa y depresión y ansiedad.²⁰ En el caso del vitíligo se encontró alta asociación con depresión, que es el trastorno psiquiátrico más común en pacientes con esta enfermedad, la misma mostró regresión lineal con la duración de la enfermedad, así como con la gravedad y la visibilidad de las lesiones.^{21,22} Algunas otras enfermedades asociadas con morbilidad psiquiátrica son el síndrome de prurito, el melanoma, el albinismo mucocutáneo y la urticaria crónica.

Debe tenerse en consideración que ciertos eventos estresantes importantes y traumáticos pueden llevar a la exacerbación de condiciones dermatológicas aumentando el riesgo de comportamiento suicida, de la misma forma, las afecciones crónicas asociadas, como cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, actúan como factores aditivos que predisponen al suicidio.¹⁴

Durante el brote de COVID-19 en 2020, algunos estudios han demostrado aumento en

la prevalencia de afecciones psicológicas y psiquiátricas.^{23,24} Los efectos psicosociales de la pandemia, el aumento de algunas afecciones cutáneas asociadas con estrés y de la dermatitis por contacto por el uso de desinfectantes y equipo de protección personal, sumado a la limitación en la atención de las enfermedades de la piel nuevas y preexistentes han mermado la calidad de vida de la población secundario a afecciones cutáneas.²⁵⁻²⁹ Se ha informado el empeoramiento de dermatosis preexistentes, como acné, dermatitis seborreica y rosácea en relación con el uso de mascarillas de protección durante la pandemia por COVID-19 y, aunque no está muy estudiado, se espera un aumento en brotes de dermatitis por contacto en la población en general, debido al uso de las medidas de protección como máscaras protectoras o productos químicos desinfectantes lo que ha resultado en declaraciones de posición y recomendaciones por parte de asociaciones internacionales.^{25,29}

El objetivo primario de este artículo fue: identificar la existencia de asociaciones entre quejas dermatológicas autoinformadas y síntomas asociados con depresión, ansiedad y estrés autoinformados durante la pandemia de COVID-19 por medio de una encuesta en línea. Los objetivos secundarios fueron: determinar la frecuencia de las quejas dermatológicas autoinformadas, determinar la frecuencia de los síntomas depresivos, ansiosos y relacionados con estrés, definir asociaciones entre características demográficas y quejas dermatológicas, así como definir asociaciones entre características demográficas y síntomas depresivos, ansiosos y relacionados con el estrés.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional, de cuestionario en línea, en el que se consideraron los siguientes criterios de inclusión: población mexicana de cualquier sexo con residencia indistinta,

con acceso a la encuesta en línea durante el periodo de reclutamiento, que se encontrara de acuerdo en participar en el estudio, ser mayores de 18 años. Los criterios de exclusión fueron: toda la población extranjera, participantes cuyos cuestionarios estuvieran incompletos.

Se difundió e invitó por medio de redes sociales (*Facebook, Twitter e Instagram*) a través de publicaciones; se alentó a la población general a realizar el llenado en línea del formulario anónimo.

Mediciones

El cuestionario fue dividido en tres partes.

Las variables sociodemográficas incluyeron: sexo, edad, ocupación, estado civil, hábito tabáquico, peso, talla, lugar de residencia.

Quejas dermatológicas autoinformadas

Se utilizó el cuestionario de quejas dermatológicas autoinformadas de Dalgard, validado en población noruega en 2003.^{21,28} Este cuestionario fue traducido al español; sin embargo, aún no se encuentra validado para la población mexicana. Se basa en 10 preguntas acerca de quejas dermatológicas, simplificadas y sin términos médicos, para cada una de las cuales se tiene una enfermedad dermatológica como punto de partida, de las 10 preguntas una de ellas es subjetiva y las demás están acompañadas de signos visuales objetivos. En él se hace hincapié en la experiencia de manifestar síntomas más que en su localización.

El cuestionario es una adaptación de las categorías diagnósticas de Rea y su grupo, para cada categoría se tiene un signo como punto de partida y para cada signo una queja dermatológica autoinformada, por ejemplo: foliculitis-pústulas-autoinforme como "granos".³⁰ Las primeras

cinco manifestaciones (prurito, piel seca, piel escamosa, erupción de manos y erupción en la cara) representan el grupo de enfermedades eccematosas y papuloescamosas principalmente dermatitis atópica, dermatitis seborreica, dermatitis por contacto, liquen simple crónico y psoriasis. La existencia de granos representa principalmente al acné; sin embargo, abarca enfermedades como pustulosis, hidradenitis, foliculitis y rosácea. El término verrugas es usado por la población general para referirse a tumores de la piel, por lo que el término representa tumores cutáneos benignos, premalignos y malignos. La sudoración problemática o excesiva hace referencia a la hiperhidrosis. La pérdida de cabello representa diferentes enfermedades, como las alopecias no cicatriciales difusas, principalmente efluvio telógeno y la alopecia areata y algunas otras como la tricotilomanía.

Las preguntas se calificaron con una escala tipo Likert con respecto a la presencia del síntoma: 1, no; 2, sí un poco; 3, sí, bastante y 4, sí, mucho. Para el análisis estadístico se tomó como existencia de síntomas los valores 3 y 4. Se agregó, además, un apartado que permitió conocer la localización principal, la afección de cada una de las preguntas si ésta no estaba explícita en ella y se incluyeron las siguientes como posibles localizaciones: abdomen, área genital, axilas, brazos y antebrazos, cara y orejas, cuello y tórax, piel cabelluda, espalda, ingles, manos, nalgas, piernas, pies, múltiples áreas.

Depresión, ansiedad y estrés

En este apartado se utilizó el instrumento de autoinforme DASS-21, que está dividido en subescalas que miden la existencia de síntomas asociados con depresión, ansiedad y estrés. Es una versión acortada de 21 ítems de la original que consta de 42. La escala de depresión evalúa disforia, desesperanza, devaluación de la vida, autodesprecio, falta de interés, anhe-

donia e inercia. La escala de ansiedad evalúa la excitación autónoma, los efectos del músculo esquelético, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva del afecto ansioso. La escala de estrés evalúa la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa y la molestia-agitación, irritación-sobrerreactividad e impaciencia. Se basa en 21 afirmaciones que se calificaron con una escala de severidad que va del 0 (no me pasó) al 4 (me pasó mucho o la mayor parte del tiempo) basado en su manifestación durante la última semana. Con base en los resultados del cuestionario DASS-21 se clasificó a los individuos con síntomas en 7 categorías: 1. Depresión aislada, 2. Ansiedad aislada, 3. Estrés aislado, 4. Depresión y ansiedad, 5. Depresión y estrés, 6. Ansiedad y estrés y 7. Depresión, ansiedad y estrés en conjunto. A su vez, de acuerdo con la puntuación obtenida, se dividieron en grados de severidad como leve, moderado, severo y extremadamente severo.

Procedimientos

Se realizaron 1180 cuestionarios de los que 1062 cumplieron un llenado completo, se excluyeron 20 participantes por no cumplir con los criterios de inclusión. El periodo de reclutamiento fue del día 7 de junio de 2020 al 14 de junio de 2020. Las encuestas se realizaron con la herramienta Formularios Google. Las personas tardaban aproximadamente 7 minutos en contestar la encuesta. Se recolectaron los datos el día 15 de junio de 2020. La información obtenida se introdujo de manera automática y anónima en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Posterior a esto la información se introdujo en el programa SPSSV.25 para Windows para realizar el análisis estadístico.

Análisis estadístico

La información descriptiva se analizó con frecuencias (porcentajes) y para el análisis de

distribución se realizó prueba χ^2 de Pearson para las variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo. Se realizó un análisis de regresión univariada para explorar asociaciones, los resultados se expresaron en OR con sus IC del 95%.

Consideraciones éticas

Previo al llenado del cuestionario y para poder acceder a la encuesta se debía estar de acuerdo con el consentimiento informado donde se informaba a los participantes el objetivo, la participación voluntaria y la posibilidad de no responder a algún cuestionamiento si éste les incomodaba, así como el riesgo nulo del mismo, además, se explicaba la confidencialidad, seguridad y privacidad de los datos de la información que se obtuviera. En caso de haber accedido al enlace de la encuesta y no estar de acuerdo con participar se redirigía al sitio web previo. Se aseguró la confidencialidad de la información y sólo los investigadores tuvieron acceso a la misma. El trabajo no fue sometido a un Comité de Ética. Se rigió con los principios éticos de: respeto de la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, reflejados en las guías y lineamientos nacionales e internacionales.

RESULTADOS

Características demográficas

El **Cuadro 1** muestra las características demográficas de los 1042 individuos estudiados, los participantes se dividieron por cohortes de edad.

Quejas dermatológicas

La frecuencia de quejas dermatológicas autoinformadas en la población fue: prurito (10.7%), erupción con prurito en las manos (7.3%), erupción seca/dolorosa (5.1%), piel escamosa

Cuadro 1. Características demográficas de la población

Variable	Total Núm. (%)
Sexo	
Mujer	754 (72.4)
Hombre	288 (27.6)
Edad (años)	
18-30	715 (68.6)
31-45	181 (17.4)
46-60	132 (12.7)
Más de 60	14 (1.3)
Ocupación	
Estudiante	206 (19.8)
Amo(a) de casa	46 (4.4)
Trabajador(a) (empleado o negocio propio)	307 (29.5)
Desempleado(a) o en busca de trabajo	32 (3.1)
Retirado(a)	11 (1.1)
Trabajador del área de salud	411 (39.4)
Otro	29 (2.8)
Estado civil	
Soltero(a)	724 (69.5)
Casado(a) o en unión libre	288 (27.6)
Divorciado(a) o viudo(a)	30 (2.9)
Tabaquismo	
No fumador(a)	772 (74.1)
Fumador(a)	155 (14.9)
Exfumador(a)	115 (11.0)
Índice de masa corporal	
< 18.5	51 (4.9)
18.5-24.9	501 (48.1)
25-29.9	313 (30.0)
> 30	177 (17.0)
Región de la República Mexicana	
Norte	864 (82.9)
Occidente	21 (2.0)
Oriente	25 (2.4)
Centro	107 (10.3)
Sur	20 (1.9)
Fuera de México	5 (0.5)

(6.1%), granos (14.0%), otras erupciones en la cara (3.5%), sudoración excesiva-problemática (7.6%), pérdida de cabello (22.7%), verrugas (0.5%) y otros problemas de la piel (1.8%). Los resultados de la frecuencia de quejas dermatológicas agrupada por sexo se exponen en el **Cuadro 2**.

Síntomas depresivos, ansiosos y relacionados con estrés

Se encontró que 321 individuos (30.8%) tuvieron algún grado de síntomas de depresión, 355 participantes (34.1%) mostraron algún grado de síntomas de ansiedad y 321 (30.8%) mostraron síntomas de estrés en diversos grados (**Cuadro 3**). Al análisis por categorías se encontraron síntomas depresivos aislados en el 5.8%, síntomas ansiosos aislados en el 5.6%, síntomas aislados relacionados con el estrés en el 2.9% de los participantes; hubo síntomas depresivos y ansiosos en el 3.7%, síntomas relacionados con depresión y estrés en el 3.1%, síntomas relacionados con ansiedad y estrés en el 6.6% y una combinación

Cuadro 2. Frecuencia de quejas dermatológicas auto-informadas por sexo

	Mujeres Núm. (%)	Hombres Núm. (%)
Tamaño de muestra	754 (72.4)	288 (27.6)
Quejas de la piel autoinformadas		
Prurito	101 (13.4)	11 (3.8)
Erupción seca o dolorosa	48 (6.4)	5 (1.7)
Piel escamosa	56 (7.4)	8 (2.8)
Prurito y erupción en las manos	66 (8.8)	10 (3.5)
Granos	129 (17.1)	17 (5.9)
Otras erupciones en la cara	29 (3.8)	7 (2.4)
Verrugas	4 (0.5)	1 (0.3)
Sudoración problemática-excesiva	60 (8.0)	19 (6.6)
Pérdida de cabello	227 (30.1)	10 (3.5)
Otros problemas de la piel	17 (2.3)	2 (0.7)

Cuadro 3. Frecuencia de síntomas psiquiátricos de acuerdo con la escala DASS-21 agrupados por grado de severidad

Grado	Síntomas asociados con:		
	Depresión Núm. (%)	Ansiedad Núm. (%)	Estrés Núm. (%)
Sin el padecimiento	721 (69.2)	687 (65.9)	721 (69.2)
Leve	119 (11.4)	78 (7.5)	99 (9.5)
Moderado	105 (10.1)	139 (13.3)	117 (11.2)
Severo	53 (5.1)	47 (4.5)	73 (7.0)
Extremadamente severo	44 (4.2)	91 (8.7)	32 (3.1)
Total	1042 (100)	1042 (100)	1042(100)

de síntomas de depresión ansiedad y estrés en el 18% con un total de 480 (46%) afectados por algún grado de síntomas.

Asociaciones

El sexo femenino se asoció significativamente con diversos síntomas dermatológicos, como prurito (OR = 3.895, IC95%: 2.058-7.372), erupción seca-dolorosa (OR = 3.848, IC95%: 1.516-9.766), piel escamosa (OR = 2.808, IC95%: 1.322-5.966), erupción con prurito en las manos (OR = 2.667, IC95%: 1.352-5.564), granos (OR = 3.290, IC95%: 1.946-5.564), pérdida de cabello (OR = 11.975, IC95%: 6.253-22.932). Se observó una asociación significativa entre el sexo femenino y síntomas depresivos en general (OR = 2.012, IC95%: 1.459-2.775), síntomas de ansiedad en general (OR = 2.799, IC95%: 2.017-2.886) y síntomas de estrés en general (OR = 2.752, IC95%: 1.956-3.873), así como las manifestaciones conjuntas de ansiedad y estrés (OR = 2.360, IC95%: 1.190-4.680) y el conjunto de depresión, ansiedad y estrés (OR = 2.758, IC95%: 1.778-4.277).

En la población general no se encontraron asociaciones significativas de síntomas dermatológicos y síntomas aislados de depresión, así como de quejas dermatológicas con síntomas de depresión-ansiedad y síntomas de depresión-

estrés, las asociaciones significativas entre los síntomas dermatológicos y psiquiátricos en la población en general se muestran en el **Cuadro 4**.

DISCUSIÓN

La caída de cabello excesiva (22.7%) y la existencia de "granos" (14.0%) fueron los síntomas dermatológicos más prevalentes, lo que difiere de los estudios realizados en otros países en los que se encontró con mayor prevalencia el prurito.^{31,33-37} La afección encontrada con menos frecuencia fueron las verrugas (0.5%), lo que coincide con Dalgaard y Miller.^{31,33-37} Los primeros puntos del cuestionario de Dalgaard (prurito, piel escamosa, erupción en las manos, erupción facial) engloban enfermedades en el espectro de los grandes grupos de afecciones eccematosas y papuloescamosas de la piel, por tanto, las condiciones genéticas y ambientales pudieran ser la explicación de estas diferencias entre las poblaciones.^{31,32}

Se encontraron diferencias de distribución significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los síntomas prurito, erupción seca o dolorosa, piel escamosa, prurito y erupción en las manos, granos y pérdida de cabello, síntomas que posterior a la regresión univariada se encontraron asociados con el sexo femenino, en concordancia con Miller y su grupo; ser mujer se asoció

Cuadro 4. Asociaciones entre síntomas psiquiátricos y dermatológicos

Quejas de piel autoinformadas	Sólo depresión		Sólo ansiedad		Sólo estrés		Depresión más ansiedad		Depresión más estrés		Ansiedad más estrés		Depresión, ansiedad y estrés	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Picazón	0.751	(0.226-2.499)	3.609	(1.687-7.722)	3.957	(1.534-10.209)	2.231	(0.999-4.981)	2.318	(0.982-5.471)	2.273	(1.219-4.236)	2.670	(1.740-4.098)
Erupción seca o dolorosa	1.129	(0.257-4.967)	1.173	(0.266-5.162)	1.103	(0.143-8.497)	2.225	(0.761-6.510)	1.212	(0.282-5.205)	1.876	(0.773-4.556)	2.962	(1.659-5.288)
Piel escamosa	0.785	(0.182-3.382)	3.106	(1.212-7.960)	0.779	(0.102-5.916)	2.353	(0.888-6.237)	1.554	(0.461-5.236)	1.210	(0.469-3.121)	2.562	(1.490-4.406)
Picazón y erupción en las manos	0.255	(0.034-1.888)	2.445	(1.037-5.809)	4.437	(1.709-11.515)	2.423	(0.982-5.979)	1.282	(0.382-4.302)	0.770	(0.273-2.174)	1.963	(1.164-3.313)
Granos	2.040	(0.951-4.375)	2.128	(0.990-4.574)	3.461	(1.452-8.404)	1.618	(0.728-3.592)	0.606	(0.182-2.011)	1.785	(0.979-3.256)	4.186	(2.865-6.116)
Otras erupciones en la cara	1.440	(0.321-6.447)	1.495	(0.333-6.699)	5.112	(1.389-18.815)	0.728	(0.097-5.454)	0.870	(0.116-6.547)	0.824	(0.194-3.506)	3.439	(1.738-6.806)
Verrugas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.136	(0.126-10.225)
Sudoración problemática-excesiva	0.755	(0.176-3.250)	0.784	(0.183-3.378)	2.599	(0.744-9.084)	1.846	(0.701-4.861)	1.718	(0.588-5.015)	1.935	(0.922-4.062)	3.316	(2.046-5.374)
Pérdida de cabello	1.364	(0.715-2.604)	2.808	(1.573-5.011)	1.751	(0.764-4.014)	0.272	(0.084-0.897)	1.732	(0.828-3.626)	2.336	(1.407-3.878)	2.835	(2.021-3.977)
Otros problemas de la piel	-	-	3.789	(0.748-19.207)	-	-	1.440	(0.187-11.070)	1.720	(0.233-13.287)	0.780	(0.103-5.933)	3.406	(1.351-8.588)

con prurito, erupción en las manos y pérdida de cabello.³⁷ Esto pudiera reflejar verdaderas diferencias en las susceptibilidades o incluso en la percepción entre ambos sexos.

Se observó algún grado de síntoma ansioso y depresivo en el 46% de la población estudiada. Para la subescala de depresión se encontró una frecuencia del 11.4% para el grado leve de severidad, 10.1% para moderado y 9.3% para severo más extremadamente severo, valores que difieren mínimamente para grado leve y moderado y de forma más notoria para el grado severo y extremadamente severo a los encontrados por Wang y colaboradores²³ en población china durante la pandemia por COVID-19, quienes encontraron 13.8, 12.2 y 4.3%, respectivamente. En cuanto a la subescala de ansiedad se encontró una frecuencia del 7.5, 13.3 y 13.2% para leve, moderado y severo más extremadamente severo, respectivamente, en contraste con población china en la que se encontró 7.5, 20.4 y 8.4%, respectivamente.²³ Para la subescala de estrés el 9.5% mostró puntuación leve, el 11.2% moderada y el 10.1% severa más extremadamente severa, en contraste con la población china en la que se obtuvo 24.1, 5.5 y 2.6%, respectivamente.²³ Posterior a la regresión univariada se encontró asociación del sexo femenino con la mayor parte de los síntomas psiquiátricos, al igual que la población china en la que los síntomas de ansiedad, depresión y estrés se asociaron con el sexo femenino.^{23,24}

Coincidente con Dalgard en 2005, en nuestro estudio se demostró la existencia de asociaciones significativas entre los síntomas psiquiátricos y los dermatológicos (**Cuadro 4**).³⁵ Las diferencias entre los estudios pueden reflejar enfoques metodológicos y diferencias ambientales y verdaderas diferencias biológicas entre las poblaciones encuestadas, además, como en todos los cuestionarios, existe el sesgo de recordatorio y clasificación errónea, lo que representa la

principal limitación de nuestro estudio; asimismo, el cuestionario de Dalgard no está validado en población mexicana, lo que representa otra limitación importante. El diseño de nuestro estudio no permite realizar la distinción entre la depresión, ansiedad y estrés como factores desencadenantes de los síntomas cutáneos y los psiquiátricos como consecuencia de afecciones de la piel. Esta distinción deberá explorarse a futuro.

Es la primera vez que se estudian las asociaciones entre los síntomas dermatológicos autoinformados y los síntomas asociados con depresión, ansiedad y estrés en la población mexicana. Se encontró que los síntomas cutáneos se asocian con los síntomas psiquiátricos durante la pandemia por COVID-19.

Agradecimientos

En agradecimiento a todo el personal de salud en batalla diaria contra la pandemia por COVID-19.

REFERENCIAS

1. Arenas-Guzmán R. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2019.
2. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzos G. Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76 (5): 779-791. doi: 10.1016/j.jaad.2016.11.013.
3. França K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history. *An Bras Dermatol* 2013; 88 (5): 842-3. doi: 10.1590/abd1806-4841.20132059.
4. Sigall D, Palma M, Garfias P, Vega M, Arenas R. Tricotilomanía. una entidad psicodinámica. *Dermat Cosmet Méd Quir* 2010; 8 (2): 117-126.
5. Wilson E. On diseases of the skin. 2nd ed. London: Ed John Churchill; 1847.
6. Rodríguez-Cerdeira C, Pera-Grasa J, Molares A, Isa-Isa R, Arenas-Guzmán R. Psychodermatology: Past, present and future. *Open Dermatol J* 2011; 5: 21-27.
7. Koo JY, Pham CT. Psychodermatology. Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992; 128: 381-388.
8. Ballén J, Pinzón L, Jaimes A, Tovar A. Trastornos psiquiátricos primarios en dermatología. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2016; 24 (2): 105-121.

9. Connor CJ. Management of the psychological comorbidities of dermatological conditions: practitioners' guidelines. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2017; 10: 117-132. doi: 10.2147/CCID.S111041.
10. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34 (6): 1030-46. doi: 10.1016/s0190-9622(96)90284-4.
11. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001; 64 (11): 1873-8.
12. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139 (5): 846-50. doi: 10.1046/j.1365-2133.1998.02511.x.
13. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics concepts. *Acta Derm Venereol* 2016; Suppl 217: 35-37. doi: 10.2340/00015555-2378.
14. Stanescu A, Totan A, Mircescu D, Diaconescu S, Bratu O, Fekete L, Fekete G, Boda D, Diaconu C. Assessment of suicidal behavior in dermatology (Review). *Exp Ther Med* 2020; 20 (1): 73-77. doi: 10.3892/etm.2019.8145.
15. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77 (3): 425-440.e2. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.019.
16. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, Misery L, Szabo C, Linder D, Sampogna F, Evers AWM, Halvorsen JA, Balieva F, Szepletowski J, Romanov D, Marron SE, Altunay IK, Finlay AY, Salek SS, Kupfer J. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 2015; 135 (4): 984-991. doi: 10.1038/jid.2014.530.
17. Rønnstad ATM, Halling-Overgaard AS, Hamann CR, Skov L, Egeberg A, Thyssen JP. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79 (3): 448-456.e30. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.017.
18. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol* 2011; 131 (2): 363-70. doi: 10.1038/jid.2010.264.
19. Bahar R, Zhou P, Liu Y, Huang Y, Phillips A, Lee TK, Su M, Yang S, Kalia S, Zhang X, Zhou Y. The prevalence of anxiety and depression in patients with or without hyperhidrosis (HH). *J Am Acad Dermatol* 2016; 75 (6): 1126-1133. doi: 10.1016/j.jaad.2016.07.001.
20. Machado MO, Stergiopoulos V, Maes M, Kurdyak PA, Lin PY, Wang LJ, Shyu YC, Firth J, Koyanagi A, Solmi M, Alavi A, Piguat V, Carvalho AF. Depression and anxiety in adults with hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2019; 155 (8): 939-45. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.0759.
21. Simons RE, Zevy DL, Jafferany M. Psychodermatology of vitiligo: Psychological impact and consequences. *Dermatol Ther* 2020; 33 (3): e13418. doi: 10.1111/dth.13418.
22. Silverberg JI, Silverberg NB. Vitiligo disease triggers: psychological stressors preceding the onset of disease. *Cutis* 2015; 95 (5): 255-62.
23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17 (5): 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
24. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res* 2020; 288: 112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
25. Chernyshov PV, Tomas-Aragones L, Augustin M, Svensson A, Bewley A, Poot F, Szepletowski JC, Marron SE, Manolache L, Pustisek N, Suru A, Salavastru CM, Blome C, Salek MS, Abeni D, Sampogna F, Dalgard F, Linder D, Evers AWM, Finlay AY. Position statement of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes on quality of life issues in dermatologic patients during the COVID-19 pandemic. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (8): 1666-1671. doi: 10.1111/jdv.16720.
26. Garcovich S, Bersani FS, Chiricozzi A, De Simone C. Mass quarantine measures in the time of COVID-19 pandemic: psychosocial implications for chronic skin conditions and a call for qualitative studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (7): e293-e294. doi: 10.1111/jdv.16535.
27. Balato A, Ayala F, Bruze M, Crepy MN, Gonçalo M, Johansen J, John SM, Pigatto P, Raimondo A, Rustemeyer T, Schuttelaar MA, Svedman C, Aerts O, Uter W, Wilkinson M, Gimenez-Arnau A. European Task Force on Contact Dermatitis statement on coronavirus disease-19 (COVID-19) outbreak and the risk of adverse cutaneous reactions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (8): e353-e354. doi: 10.1111/jdv.16557.
28. Lin P, Zhu S, Huang Y, Li L, Tao J, Lei T, Song J, Liu D, Chen L, Shi Y, Jiang S, Liu Q, Xie J, Chen H, Duan Y, Xia Y, Zhou Y, Mei Y, Zhou X, Wu J, Fang M, Meng Z, Li H. Adverse skin reactions among healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak: a survey in Wuhan and its surrounding regions. *Br J Dermatol* 2020; 183 (1): 190-192. doi: 10.1111/bjd.19089.
29. Zuo Y, Hua W, Luo Y, Li L. Skin reactions of N95 masks and medial masks among health-care personnel: A self-report questionnaire survey in China. *Contact Dermatitis* 2020; 83 (2): 145-147. doi: 10.1111/cod.13555.
30. Rea JN, Newhouse ML, Halil T. Skin disease in Lambeth. A community study of prevalence and use of medical care. *Br J Prev Soc Med* 1976; 30 (2): 107-14. doi: 10.1136/jech.30.2.107.

31. Dalgard F, Svensson A, Holm JØ, Sundby J. Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study. *Br J Dermatol* 2004; 151 (2): 452-7. doi: 10.1111/j.1365-2133.2004.06058.x.
32. Dalgard F, Svensson A, Holm JØ, Sundby J. Self-reported skin complaints: validation of a questionnaire for population surveys. *Br J Dermatol* 2003; 149 (4): 794-800. doi: 10.1046/j.1365-2133.2003.05596.x.
33. Dalgard F, Svensson A, Holm JØ, Sundby J. Self-reported skin morbidity among adults: associations with quality of life and general health in a Norwegian survey. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9 (2): 120-5. doi: 10.1046/j.1087-0024.2003.09111.x.
34. Bin Saif GA, Alotaibi HM, Alzolibani AA, Almodihesh NA, Albraid HF, Alotaibi NM, Yosipovitch G. Association of psychological stress with skin symptoms among medical students. *Saudi Med J* 2018; 39 (1): 59-66. doi: 10.15537/smj.2018.1.21231.
35. Dalgard F, Svensson A, Sundby J, Dalgard OS. Self-reported skin morbidity and mental health. A population survey among adults in a Norwegian city. *Br J Dermatol* 2005; 153 (1): 145-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06414.x.
36. Dalgard F, Holm JØ, Svensson A, Kumar B, Sundby J. Self-reported skin morbidity and ethnicity: a population-based study in a Western community. *BMC Dermatol* 2007; 7: 4. doi: 10.1186/1471-5945-7-4.
37. Miller IM, Zarchi K, Ellervik C, Jemec GB. Self-reported skin morbidity in Denmark: a population-based cross-sectional study. *Eur J Dermatol* 2016; 26 (3): 281-6. doi: 10.1684/ejd.2016.2766.

Dermatología Comunitaria México AC

Comunica con mucho agrado a todos los interesados, la apertura de su página web que pone a su disposición en la dirección: dermatologiacomunitaria.org.mx

Nuestro objetivo es dar a conocer: quiénes somos, nuestra historia desde los inicios, las etapas por las que hemos atravesado, quiénes han participado en nuestras actividades, las instituciones que nos han apoyado. Cuál es nuestra visión y razón de ser, entre lo que destaca la atención dermatológica a los grupos marginados, la enseñanza constante de la dermatología básica al personal de salud del primer nivel de atención en las áreas remotas y la investigación. Aunque los problemas dermatológicos no son prioritarios por su letalidad, sí lo son por su enorme frecuencia y la severa afectación en la calidad de vida de los que los padecen.

Les mostramos la estructura de nuestros cursos y cómo los llevamos a cabo.

La sección de noticias comparte con los interesados nuestro quehacer mes con mes y el programa anual tiene como objetivo invitarlos a participar en nuestras actividades.

Desde enero de este año está funcionando el Centro Dermatológico Ramón Ruiz Maldonado para personas de escasos recursos y para recibir a los pacientes afectados por las así llamadas enfermedades descuidadas *neglectas*, que nos envía el personal de salud que trabaja en las áreas remotas. Se encuentra ubicado temporalmente en el Fraccionamiento Costa Azul del puerto de Acapulco.

Con un profundo sentido de amistad y reconocimiento le hemos dado este nombre para honrar la memoria de quien fuera uno de los dermatólogos más brillantes de nuestro país, que alcanzó reconocimiento nacional e internacional. Además de haber alentado nuestras actividades participó, acompañado de su familia, en muchas de nuestras jornadas en las comunidades.

En la sección "Contacto" esperamos sus comentarios y sugerencias.

Dr. Roberto Estrada Castañón