

Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia)

Martha Peñuela¹, Ingrid Baquero¹, Claudia Amador², Edgar Castillo², Jaime Daza²

Resumen

Objetivos: Analizar los factores personales y familiares asociados a la depresión en los pacientes de la consulta externa dermatológica del Hospital Universidad del Norte y del Hospital Nazareth de la ciudad de Barranquilla (Colombia).

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio transversal (cross sectional) en una población de 339 pacientes de la consulta dermatológica. La muestra se seleccionó por muestreo sistemático. Los casos fueron los pacientes a quienes se les detectó algún grado de depresión por medio del Test de Hamilton para depresión y los controles, aquellos que resultaron negativos. Entre los factores personales se estudiaron las variables: sexo, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica, antecedentes de depresión, presencia de comorbilidad y ocurrencia de pérdidas laborales o afectivas. Los factores familiares analizados fueron los antecedentes de enfermedad psiquiátrica, antecedentes de depresión, funcionalidad familiar. El análisis de los datos se hizo de manera computarizada, y se utilizó como medidas de asociación la razón de disparidad de prevalencia (POR) con su intervalo de confianza y como prueba de significancia el Chi-cuadrado de Mantel Haenszel y la prueba de Fisher.

Resultados: Se encontró una fuerte asociación entre la presencia de depresión y los antecedentes personales y familiares de la enfermedad, la evolución prolongada de la enfermedad dermatológica, las pérdidas laborales y afectivas, la presencia de enfermedad concomitante y la disfuncionalidad familiar.

Conclusión: Los resultados sugieren que la depresión en los pacientes con trastornos dermatológicos está asociada a la influencia de factores similares a los encontrados en la población general, a lo cual se añade el tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica y la disfuncionalidad familiar.

Palabras claves: Depresión, factores de riesgo, trastornos dermatológicos.

Abstract

Objectives: To analyze the association between personal and familiar factors and the presence of depression in dermatologic patients that attend the outpatient service at the Hospital Universidad del Norte and the Hospital Nazareth in Barranquilla.

Methods: A cross sectional study was designed within a population of 339 dermatology outpatients. The sample was selected by systematic sampling methods. Cases were defined as having some degree of depression diagnosed by the Hamilton Rating Scale for Depression and controls as those who were negative. Individual factors studied were: sex, marriage and economic status, length of evolution of

Fecha de aceptación: Mayo de 2004

¹ MD, Universidad del Norte; MSc. Salud Comunitaria en países en desarrollo, Universidad de Londres; Máster en Educación Médica, Universidad de Dundee (Escocia); Jefe del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Universidad del Norte, Barranquilla.

² MD, Universidad del Norte, Barranquilla.

dermatological disorder, former history of depression, loss of job and loss of loved ones. Familiar factors analyzed were family history of psychiatric disorders, depression and familiar function. Data analysis was computerized and the prevalence odds ratios (POR) and their confidence intervals were calculated. The significance tests for association utilized were Chi-squared and Fisher.

Results: Depression was associated to: personal and familiar background of depression, length of evolution of the dermatological problem and family dysfunction.

Conclusion: The findings of this study suggest that risk factors associated to depression in patients with dermatological disorders are similar to those found in the general population with depression. However, the length of evolution of the dermatological problems and family dysfunction counted as additional risk factors.

Key words: Depression, risk factors, dermatological disease.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés por el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida(1).

La depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes. Su prevalencia en la población adulta, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), oscila entre el 5 al 10%, mientras que en los pacientes con trastornos dermatológicos se ha encontrado en un rango del 25.9 al 31%, mayor al hallado en pacientes oncológicos, cardíacos y neurológicos, de acuerdo con estudios internacionales(2,3,4). En Colombia, el «Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas» reveló una prevalencia total de la enfermedad de 26.7%(5).

La depresión puede iniciarse a cualquier edad de la vida, pero es más frecuente a partir de los 20 años. Entre los factores que contribuyen a su aumento, según la OMS, están: longevidad, cambios rápidos psicosociales, aumento de enfermedades crónicas, el sexo femenino, altos niveles de estrés y ansiedad, antecedentes, tanto personales como familiares, de depresión y /o suicidio. Otros factores asociados incluyen: el estado civil, el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, el consumo de sustancias psicoactivas, el alcoholismo y la disfuncionalidad familiar. Adicionalmente, las pérdidas afectivas y el desempleo puede estar asociado a depresión al producir sentimientos de baja autoestima.

Existe evidencia de la relación entre trastornos dermatológicos y depresión. Un estudio hecho en Turquía, cuyo objetivo era detectar el efecto de los hechos estresantes en la exacerbación de psoriasis, depresión, ansiedad, mostró que los pacientes con psoriasis reportaron diferentes grados de depresión(6). Más aun, el inicio y curso de varias patologías dermatológicas se han asociado con secuelas psiquiátricas y disturbios emocionales(7,8,9).

En este trabajo se analizan los factores individuales y familiares asociados a depresión en pacientes con trastornos dermatológicos que acuden a la consulta externa general y dermatológica de dos hospitales de la ciudad de Barranquilla.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Para el cumplimiento de los objetivos se diseñó un estudio transversal comparativo (*cross-sectional*) con dos muestras: una de casos y otra de controles. Las variables independientes estudiadas fueron: a) variables individuales: edad, sexo, estado civil, estrato social, antecedentes personales de depresión, coexistencia de otras enfermedades, pérdida del trabajo, pérdida de seres queridos, separaciones o divorcios, bancarrota, el tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica, y b) variables familiares: antecedentes psiquiátricos, de depresión y funcionalidad familiar.

Población y muestra

El tamaño muestral fue calculado por métodos computarizados, por medio del paquete Epi-info versión 6.04b, con un nivel de confianza del 95%, un poder del 80%, una prevalencia esperada de la exposición de 30%, un OR estimado de 2, una relación de 2 controles por cada caso.

La población de estudio estuvo conformada por 339 pacientes que asistieron a la consulta externa dermatológica del Hospital Universidad del Norte y del Hospital Nazareth durante el año 2002, de los cuales 113 fueron casos y 226 controles. Los casos fueron definidos como todos los pacientes dermatológicos que presentaron depresión diagnosticada de acuerdo con la escala de puntajes del Test de Hamilton para depresión(10). Se utilizaron dos tipos de controles: los pacientes dermatológicos que resultaron negativos al Test de Hamilton para depresión y pacientes de la consulta general de ambos hospitales sin trastorno dermatológico y sin depresión según resultados del Test de Hamilton. Para la selección de la población de estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: residir en Barranquilla, edad entre 20-64 años, cualquier modalidad de seguridad social, ambos sexos, cualquier estrato social. Fueron excluidos del estudio las pacientes en posparto, los pacientes con enfermedad de Alzheimer, Parkinson, acné juvenil, cáncer de piel y artritis.

Recolección de la información

La información pertinente a las variables investigadas se recogió de fuente primaria, por medio de entrevistas a los pacientes, y de fuente secundaria, mediante las historias clínicas que reposan en los archivos de estadística de los hospitales.

Los datos fueron consignados en un formulario dirigido de 12 preguntas, que incluyó, además de los datos personales generales, los antecedentes personales y familiares y el test de APGAR familiar para evaluar el grado de funcionalidad del sistema familiar. Además se aplicó a cada paciente el Test de Hamilton para detectar la depresión.

Procesamiento y análisis de la información

La base de datos, la tabulación y el análisis de la información se realizaron por medio del *software* EPI-INFO 6,04. Para el análisis de asociación entre depresión y las distintas variables se construyeron tablas de 2 x 2. Se estimó la fuerza de asociación a través de la razón de disparidad (*odds ratio*) calculando sus límites de confianza del 95%, y como prueba de significancia estadística para las asociaciones encontradas se utilizó el Chi cuadrado de Mantel Haenszel o la prueba exacta de Fisher, con su respectivo valor de P.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 339 registros, 173 de Nazareth y 166 del Hospital Universidad del Norte. La distribución de la población según grado de depresión y tipo de institución (tabla 1) muestra una mayor proporción de depresión severa y moderada en el Hospital Nazareth que en el Hospital Uninorte.

Tabla 1
Distribución de la población de estudio según grado de depresión e institución

| Institución | Depresión | | | Total con depresión Nº (%) | Sin depresión Nº (%) | Total Nº (%) |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------|
| | Severa | Moderada | Leve | | | |
| Hospital Nazareth | 16 (28.1%) (100%) | 35 (61.4%) (56.5%) | 6(10.5%) (17.1%) | 57 (50.4%) | 116 (51.3%) | 173 (51%) |
| Hospital Universidad del Norte | 0 (0%) (0%) | 27(48.2%) (43.5%) | 29(51.8%) (82.9%) | 56 (49.6%) | 110 (48.7%) | 166 (49%) |
| Total | 16 | 62 | 35 (100%) | 113 (100%) | 226 (100%) | 339 (100%) |

Al comparar los diagnósticos dermatológicos de los pacientes con depresión con la de los controles sin depresión pero con enfermedad dermatológica, se encontró que las patologías dermatológicas más frecuentes en los pacientes deprimidos fueron, en orden decreciente: el vitiligo, la dermatitis, la alopecia, la psoriasis y las micosis, y en los no deprimidos la dermatitis, el eccema, la escabiosis, las micosis y la pitiriasis versicolor (tabla 2). Esto refleja una mayor ocurrencia de patologías dermatológicas de evolución más crónica entre los pacientes deprimidos, en contraste con los pacientes no deprimidos, que tenían más patologías de corta evolución.

Tabla 2

Comparación de los diagnósticos dermatológicos más frecuentes entre los pacientes deprimidos y no deprimidos con enfermedad dermatológica

| Diagnóstico dermatológico | Total con depresión | | Total sin depresión | | Total |
|---------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|-------|
| | N° | % | N° | % | |
| Acné globate | 5 | 4.4 | 4 | 3.4 | 9 |
| Alopecia | 11 | 9.7 | 7 | 6.0 | 18 |
| Dermatitis | 14 | 12.4 | 11 | 9.4 | 25 |
| Eccema | 4 | 3.5 | 9 | 7.7 | 13 |
| Escabiosis | 4 | 3.5 | 8 | 6.8 | 12 |
| Forunculosis | 3 | 2.6 | 4 | 3.4 | 7 |
| Hirsutismo | 2 | 1.8 | 4 | 3.4 | 6 |
| Lepra | 6 | 5.3 | 2 | 1.7 | 8 |
| Micosis | 7 | 6.2 | 7 | 6.0 | 14 |
| Pitiriasis versicolor | 3 | 2.7 | 6 | 5.1 | 9 |
| Psoriasis | 9 | 8.0 | 2 | 1.7 | 11 |
| Verruga vulgar | 3 | 2.7 | 5 | 4.3 | 8 |
| Vitiligo | 14 | 12.4 | 4 | 3.4 | 18 |
| Otros | 28 | 24.8 | 44 | 37.6 | 72 |
| Total | 113 | 100.0 | 117 | 100.0 | 230 |

En la tabla 3 se resumen los resultados de los factores de riesgo individuales investigados para la depresión en pacientes dermatológicos. Para el análisis de asociación, la variable depresión se dicotomizó en dos categorías: Aquellos pacientes con depresión leve, moderada o severa, se reagruparon como deprimidos y los que no presentaron ningún grado de depresión como no deprimidos. Aunque en el grupo con depresión había un porcentaje de personas del sexo femenino (64.6%) levemente mayor que en el grupo testigo (60.8%), no se encontró asociación significativa entre sexo femenino y depresión (OR=1.19, IC 95% del OR entre 0,72 y 1.95 y $p > 0.05$).

El promedio de edad de todos los pacientes fue de 37 años \pm 12 años. El grupo de edad más frecuente, tanto en el grupo con depresión como en el grupo control, fue el de edad menor o igual a 30 años, y hubo una distribución por edad similar en ambos, por lo que no se encontró asociación entre la depresión y esta variable ($p > 0.05$).

El estado civil fue reclasificado en las categorías con y sin unión conyugal. El estrato social, medido según la clasificación de la triple A, en escala de 1 a 6, fue reagrupado en medio y bajo. La actividad laboral fue redefinida como ocupación generadora y no generadora de ingreso, y se incluyó en la primera aquellas personas empleadas que recibían algún ingreso por su trabajo, y en la segunda, a los desempleados y las amas de casa. No se encontró asociación con ninguna de estas tres variables ($p > 0.05$).

El tener un tiempo mayor de evolución de la enfermedad dermatológica, desde el inicio del diagnóstico mostró estar relacionado con una mayor probabilidad de

depresión (OR 2.62, IC95% 1.48-4.65). El Chi cuadrado reveló una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.005$), lo que indica que el tiempo de evolución de la enfermedad estaría asociado de manera directamente proporcional a la aparición de la depresión.

De otra parte, los pacientes que contestaron positivamente a la pregunta del cuestionario «¿Tiene usted tendencia habitual a deprimirse?», fueron significativamente más numerosos en el grupo de casos que en el grupo control, y mostraron una fuerte asociación entre los antecedentes de depresión y la depresión actual (OR=107, $p < 0.05$).

Otras variables asociadas de manera importante a la depresión en este estudio fueron la pérdida de un ser querido (OR=29.2), la pérdida de trabajo (OR= 12.2) y la bancarrota (OR=2.71). Sin embargo, sólo se encontró asociación significativa entre la depresión y las primeras dos variables, y no se pudo concluir una asociación con la bancarrota por la existencia de muy pocos pacientes dentro de esta categoría. El evento divorcio no se encontró asociado a la depresión ($p > 0.5$).

Llama la atención el hecho que ninguno de los pacientes sin depresión presentaba enfermedades concomitantes a la dermatológica, mientras que el 34.5% de los deprimidos sí la presentaban.

En cuanto a las variables familiares (tabla 4), se encontró que los antecedentes de depresión en la familia se relacionaron con una mayor ocurrencia de depresión, y el test de significancia mostró una asociación estadísticamente significativa (< 0.005). De manera similar, los antecedentes de enfermedades psiquiátricas en algún miembro de la familia resultaron asociados significativamente con la depresión.

Tabla 3

Asociación entre depresión en pacientes dermatológicos y variables individuales

| Variable | Depresión | | Depresión | | OR | IC 95% | Chi2 MH | Valor p |
|----------------------|-----------|------|-----------|------|------|-------------|------------|---------|
| | SÍ | | NO | | | | | |
| | Nº | % | Nº | % | | | | |
| Edad: | | | | | | | | |
| £ 30 | 42 | 37.2 | 82 | 36.3 | | | 1.51 | 0.679 |
| 31-40 | 25 | 22.1 | 63 | 27.9 | | | | |
| 41-50 | 20 | 17.7 | 37 | 16.4 | | | | |
| ≥ 50 | 26 | 23.0 | 44 | 19.5 | | | | |
| Sexo: | | | | | | | | |
| - Femenino | 73 | 64.6 | 137 | 60.6 | 1.19 | (0.72-1.95) | 0.51 | 0.4777 |
| - Masculino | 40 | 35.4 | 89 | 39.4 | | | | |
| Estado civil: | | | | | | | | |
| - Con unión conyugal | 57 | 49.5 | 114 | 50.4 | 1.0 | (0.62-1.61) | 0.0 | 1.000 |
| - Sin unión conyugal | 56 | 50.5 | 112 | 49.6 | | | | |
| Estrato: | | | | | | | | |
| - Bajo | 54 | 47.8 | 108 | 47.8 | 1.0 | (0.62-1.61) | 0.0 | 1.000 |
| - Medio | 59 | 52.2 | 118 | 52.2 | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|------|-----|------|------|-------------|---------|--------|
| Ocupación: | | | | | | | | |
| - Act genera ingresos | 33 | 29.2 | 54 | 23.9 | 1.31 | (0.77-2.25) | 1.11 | 0.2927 |
| - Act no genera ingresos | 80 | 70.8 | 172 | 76.1 | | | | |
| Tiempo evolución enf: | | | | | | | | |
| - Más de 1 año | 63 | 35.8 | 38 | 32.5 | 2.62 | (1.48-4.65) | 12.59 | 0.0038 |
| - 1 año o menos | 50 | 44.2 | 79 | 67.5 | | | | |
| Ant. personal depresión | | | | | | | | |
| - Sí | 99 | 87.6 | 14 | 6.2 | 107 | (46.3-254) | 224.05 | 0.0000 |
| - No | 14 | 12.4 | 212 | 93.8 | | | | |
| Copexistencia otra Enf. | | | | | | | | |
| - Sí | 39 | 34.5 | 0 | 0 | Ind | (0.00-0.04) | 87.88 | 0.0000 |
| - No | 74 | 65.4 | 226 | 100 | | | | |
| Pérdida del trabajo | | | | | | | | |
| - Sí | 16 | 14.2 | 3 | 1.3 | 12.2 | (3.2-54.2) | 23.38 | 0.0000 |
| - No | 97 | 85.8 | 223 | 98.7 | | | | |
| Pérdida seres queridos: | | | | | | | Fisher | |
| - Sí | 13 | 11.5 | 2 | 4.5 | 29.2 | (3.9-602) | 23.21 | 0.0000 |
| - No | 100 | 88.5 | 225 | 99.5 | | | | |
| Divorcio: | | | | | | | Fisher | |
| - Sí | 6 | 5.3 | 4 | 1.8 | 3.11 | (0.76-13.4) | 3.29 | 0.07 |
| - No | 107 | 94.7 | 222 | 98.2 | | | | |
| Bancarrotas: | | | | | | | C.Yates | |
| - Sí | 9 | 8.0 | 7 | 3.1 | 2.71 | (0.89-8.32) | 2.96 | 0.08 |
| - No | 104 | 92.0 | 219 | 96.9 | | | | |

Finalmente, la buena funcionalidad del sistema familiar parece tener un probable efecto protector para la aparición de depresión, con una razón de buena función/ disfunción de 0.43 y un IC del 95% de 0.26-0.7.

Tabla 4

Asociación entre depresión en pacientes dermatológicos y variables familiares

| Variable | Depresión | | Depresión | | OR | IC 95% | Chi2 MH | Valor p |
|--------------------------|-----------|------|-----------|------|------|-------------|------------|---------|
| | SÍ | | NO | | | | | |
| | Nº | % | Nº | % | | | | |
| Ant. fam. enf. psiquiat: | | | | | | | | |
| - Sí | 33 | 26.5 | 28 | 12.4 | 2.92 | (1.6-5.3) | 14.3 | 0.0001 |
| - No | 80 | 73.5 | 198 | 87.6 | | | | |
| Ant. fam. enf. depresiva | | | | | | | | |
| - Sí | 47 | 41.6 | 41 | 18.1 | 3.21 | (1.88-5.49) | 21.5 | 0.0000 |
| - No | 66 | 58.4 | 185 | 81.9 | | | | |
| Función familiar: | | | | | | | | |
| - Buena | 40 | 35.4 | 127 | 56.2 | 0.43 | (0.26-0.7) | 13.00 | 0.0003 |
| - Disfunción | 73 | 64.6 | 99 | 43.8 | | | | |

DISCUSIÓN

Debido a la escasez de estudios sobre depresión en población dermatológica en nuestro medio, los resultados de este estudio fueron comparados principalmente con estudios previos etiológicos de la depresión realizados en la población general y en pacientes con patología dermatológica u otras condiciones específicas en el nivel internacional.

Con respecto a la influencia del sexo en la aparición de depresión, los resultados de esta investigación difieren de lo encontrado en estudios previos, los cuales señalan que el sexo femenino tiene hasta dos veces la probabilidad respecto al sexo masculino, de padecer la enfermedad(11), probablemente debido a que en personas normales la producción de serotonina por el cerebro en el hombre es 52% mayor que en la mujer(12). Sin embargo, son consistentes con un estudio reciente realizado en Austria en una población de 2.599 pacientes admitidos por depresión por primera vez, en el que se encontró que la diferencia de incidencia de la enfermedad entre los sexos podría estar sobrestimada al ser dependiente de la edad. En ese estudio se encontró que la razón mujer/hombre en la depresión, controlada por edad, exhibe una forma de U en el ciclo vital, con una razón de 3:1 entre las edades de 30 y 50 años y de 1:1 en edades más tempranas o más tardías de la vida(13). En este estudio, la edad estuvo distribuida de manera similar entre los casos y los controles, y en ambos una mayor proporción de pacientes eran menores de 31 años, lo que pudo influir en la ausencia de asociación entre el sexo y la depresión.

De conformidad con lo esperado, la historia personal de depresión estuvo fuertemente asociada a la depresión actual. Al relacionar este hallazgo con el hecho de que la mayoría de los pacientes deprimidos afirmaron estarlo a causa de su enfermedad, se puede plantear la hipótesis de que personalidades con tendencia depresiva podrían exacerbar su problema o instaurar un cuadro depresivo por la enfermedad dermatológica.

Similarmente, la depresión se encontró relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica, lo cual coincide con lo reportado en estudios que han investigado la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de tipo dermatológico, tales como la psoriasis, la urticaria crónica y la dermatitis atópica(2,14) y no dermatológicas(15).

Algunos estudios revelan que la depresión es más frecuente en divorciados que en separados; sin embargo, en este estudio no se encontró asociación significativa entre la depresión y el estado civil o el divorcio. Esta situación podría ser explicada por la teoría expuesta por Ensel(16), en la que considerando que la pareja esté experimentando problemas maritales serios, una separación o divorcio bien podría servir para mejorar el estado psicológico de cualquiera de los miembros de la misma. Por lo tanto, sería conveniente, al evaluar esta variable, tener en cuenta la influencia del deseo de divorcio en la persona estudiada, no incluida en este estudio.

De otra parte, las pérdidas afectivas, como el fallecimiento de seres queridos(17) y la pérdida del empleo sí mostraron una fuerte asociación con la depresión, lo que concuerda con lo encontrado por otros autores(18,19).

La buena función familiar mostró un probable efecto protector en nuestro estudio. Este hallazgo es consistente con lo reportado en un estudio nacional (20) y otro internacional (21) cuyos resultados mostraron que la depresión se ha visto influida de manera determinante por la calidad de las relaciones familiares y conflictos en el subsistema marital respectivamente.

Finalmente, los antecedentes familiares de depresión y de enfermedad psiquiátrica descritos en otros estudios se corroboraron en la población de pacientes dermatológicos examinados en este estudio.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de este estudio, realizado en pacientes de la consulta dermatológica, se puede concluir que la depresión en estos pacientes está asociada a factores individuales y familiares similares a los que se han encontrado en individuos de la población general y en pacientes con enfermedades crónicas.

Los principales factores individuales asociados a la depresión fueron: la pérdida del trabajo, pérdida de seres queridos, los antecedentes personales de depresión y el tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica, por lo cual se señala la necesidad de explorar estas variables e intervenir tempranamente estos pacientes, derivándolos desde la consulta dermatológica.

Se recomienda realizar futuros estudios utilizando métodos de análisis multivariado que permitan comparar diferentes modelos estadísticos predictores combinando el efecto de diferentes variables.

Referencias

1. Yépes, L.: Trastornos depresivos. En R. Toro. y L. Yepes (Eds.), *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*, 3ª ed., cap 11. Medellín, CIB, 1997
2. Fava, GA, Perini, GI, Santonastaso, P y Fornasa, CV.: Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *Br. J. Med Psychol* 53(3):277-282.
3. Windemuth, D, Stucker, M, Hoffmann, K y Altmeyer, P: Prevalence of psychological symptoms in dermatologic patients of an acute clinic. *Hautarzt* 50(5):338-43.
4. Attah Johnson, FY y Mostaghimi, H, Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. Department of Clinical Sciences, Faculty of Medicine, University of Papua New Guinea. *Int J Dermatol* 1995; 34(4):244-8.
5. Torres, Y y Murrele, L: Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, Ministerio de Salud , 1993.
6. Devro, Eo-Ozguben, H, Kundakei, TN, Kumbasar, H y Boyvat, A: The depresión, anxiety, life satisfaction and affective expresión levels in psoriasis patients. PMID: 11204514 [PubMed - indexed for MEDLINE.
7. Folks, DG y Warnock, JK: Psychocutaneous Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2001; 3:219-225.

8. Hashiro, M y Okumura, M: The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol Sci* 1998; 16(3): 231-5.
9. Garcia-Hernández, MJ, Ruiz-Doblado, S, Rodríguez-Pichardo, A y Camacho, F.: Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999; 26(19): 625-32.
10. Hamilton, MA: Rating scale for depression. *J Neurosurg Psychiatry* 1960: -56.
11. Birkauser, M: Depression, menopause and estrogens, is there a correlation? *Maturitas*, 2002; Apr 15, Suppl 1: 53-8.
12. Nishizawa, S, Benkelfat, C, Young, SN, Leyton, M, Mzengeza, S, De Montigny, C, Blier, P y Diksic, M: Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brain. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1997; May 13, 94: 5308-13 (vía internet).
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=9144233>
13. Gutiérrez-Lobos, K, Scherer, M, Anderer, P y Katschnig, H: The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry* 2002; 2:3 (vía internet) <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/2/3>
14. Hashiro, M y Okumura, M: The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol Sci* 1998; 16(3): 231-5.
15. Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross, PA y Tenaglia, AN: Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups. *N Engl J Med* 1984; 311(8): 506-11.
16. Ensel y WM: Sex, Marital Status and Depression: The Role of Life Events and Social Support, (p. 234). En L. Nan, A. Dean y W. Ensel, *Social Support, Life Events, and Depression*. Orlando, Academic Press, 1986.
17. Bowlby, John: *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires, Paidós, 1990: 46-58.
18. Dooley, D, Fielding, J y Levi, L: Health and Unemployment. *Annu Rev Public Health* 1996; 17: 449-465.
19. Kessler, RC, House, JS y Turner, J: Unemployment and Health in a Community Sample. *J Health and Soc Behavior* 1987; 28: 51-59. Citado por Gutiérrez-Lobos, K, Scherer, M, Anderer, P y Katschnig, H, *BMC Psychiatry*, 2:3.
20. Gaviria, S, Rodríguez, M y Alvarez, T: Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2002; 40, N° 1.
21. Cano, A, Weisberg, JN y Gallagher, RM: Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample. *Pain Med* 2000; 1(1): 35-43 (vía internet) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>