

Frecuencia de estrés psicológico en pacientes diagnosticados con urticaria crónica y/o
dermografismo que acuden a la consulta de alergología en el segundo semestre de
2017

Paola Arango Quintero
Melissa Caballero Turbay
Mariana García Peña
Andrea Quintero Galué
Luis Fernando Visbal Salamanca

Proyecto de investigación presentado en el curso: Proyecto de Grado II

UNIVERSIDAD DEL NORTE
División Ciencias de la Salud
Programa de Medicina
Departamento de Salud Pública
Barranquilla, 28 de Noviembre de 2017

Frecuencia de estrés psicológico en pacientes diagnosticados con urticaria crónica y/o
dermografismo que acuden a la consulta de alergología en el segundo semestre de
2017

Paola Arango Quintero
Melissa Caballero Turbay
Mariana García Peña
Andrea Quintero Galué
Luis Fernando Visbal Salamanca

Proyecto de investigación presentado en el curso: Proyecto de Grado II

Asesor metodológico: Doctor Jorge Acosta
Asesor del contenido: Doctor Pedro Villalba, Doctor Enrique Scorza

UNIVERSIDAD DEL NORTE
División Ciencias de la Salud
Programa de Medicina
Departamento de Salud Pública
Barranquilla, 28 de Noviembre de 2017

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
1. Introducción.....	10
2. Marco Teórico.....	12
2.1 Urticaria crónica espontánea.....	12
2.1.1 Definición.....	12
2.1.2 Epidemiología	12
2.1.3 Etiología	13
2.1.4 Fisiopatología	13
2.1.5 Cuadro clínico	14
2.1.6 Desencadenantes	14
2.1.7 Diagnóstico	14
2.1.8 Tratamiento	15
2.2 Dermografismo.....	16
2.3 Estrés psicológico	17
2.3.1 Definición	17
2.3.2 Desencadenantes	17
2.3.3 Síntomas	18
2.3.4 Efectos del estrés en el organismo	18
3. Objetivos específicos.....	19
4. Metodología.....	19
4.1 Tipo de estudio.....	19
4.2 Población de estudio	19
4.3 Variables	20
4.4 Plan de recolección de datos	21
4.4.1 Fase de sensibilización.....	21
4.4.2 Fuente de los datos	21
4.4.3 Técnica de recolección de los datos	21
4.4.4 Instrumentos de recolección	22
4.4.5 Plan de procesamiento	22
4.5 Análisis	22
4.5.1 Plan de presentación	22
4.5.2 Plan de análisis.....	22
4.6 Aspectos éticos.....	23
5. Resultados	24
6. Discusión	28
7. Conclusiones	30
8. Recomendaciones	31
9. Referencias bibliográficas	32
10. Bibliografía	34
11. Anexos.....	35

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de variables sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de Urticaria Crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.....	24
Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de diferentes características patológicas de pacientes con Urticaria crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.....	25
Tabla 3. Frecuencia y porcentajes de comorbilidades en pacientes con diagnóstico de Urticaria crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.....	26
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de nivel de estrés psicológico y sus desencadenantes en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.....	27
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de niveles de estrés en pacientes con diagnóstico de Urticaria crónica y dermatografismo, y pacientes con diagnóstico de Urticaria crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.....	28

LISTA DE GRAFICOS

Pág

Gráfica 1. Niveles de estrés en pacientes con urticaria crónica (n= 20). Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.....**27**

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A: Árbol problema.....	35
Anexo B: Operacionalización de variables.....	36
Anexo C: Cuestionario a utilizar para medir niveles de estrés (PSS-14, versión española 2.0)	38
Anexo D: Cuestionario.....	39
Anexo E: Consentimiento informado.....	40
Anexo F: Cronograma.....	42

Glosario

1. Sustancia P: neurotransmisor, producido por los cuerpos celulares de nervios periféricos que posteriormente se distribuye en el sistema nervioso central. Es también producida en células no neuronales. Es un neuropéptido potente mediador de la inflamación neurogénica involucrado en el eje neuroinmune y en reacciones inflamatorias de distintos órganos y sistemas.
2. Urticaria: lesiones cutáneas generalmente eritematosas, edematosas y pruriginosas que se blanquean a la presión, de localización, forma y tamaño variable, que pueden persistir minutos, días o semanas. La lesión típica es el "habón" o "roncha".
3. Angioedema: lesión de la dermis profunda y del tejido celular subcutáneo considerada como la extensión profunda de la urticaria. Se manifiesta como una hinchazón edematosa, no pruriginosa, de límites pocos nítidos y generalmente indolora, aunque puede producir sensación de quemazón. No deja fóvea y suele ser asimétrico afectando sobre todo a la cara, genitales, manos y pies.
4. Urticaria crónica espontánea: enfermedad caracterizada por la presencia de una roncha o habón típico que representa edema y eritema de la dermis acompañada o no de angioedema. Se considera espontánea porque la aparición de las ronchas es sin estímulo aparente y porque las lesiones evolucionan a su resolución solas. La característica de crónica la da la duración de más de 6 semanas
5. Dermografismo: aparición inmediata en individuos susceptibles de una reacción vasomotora una lesión eritematosa o blanquecina lineal en la zona donde se aplica presión o fricción uniforme
6. Urticaria crónica: forma clínica de la urticaria cuyas pápulas brotan a diario, durante más de seis semanas y pueden persistir durante meses o años.
7. Desencadenante: hecho que provoca un suceso o una situación

8. Estrés psicológico: proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad.

9. Prurito: sensación no placentera que induce el deseo de rascarse

10. Estímulo: agente físico, químico, o mecánico, que desencadena una reacción funcional en un organismo

Resumen

La urticaria crónica y el dermatografismo sintomático, son patologías dermatológicas incapacitantes. La urticaria crónica expresa un tipo de urticaria en la cual la aparición de síntomas, consistentes en habones de forma y tamaño variable, no tiene factores desencadenantes identificables.

El dermatografismo sintomático, desencadenado por un estímulo externo, es la forma más común de urticaria física en la población general. Es habitual que las distintas formas de urticaria se presenten asociadas prurito, habones, edema y eritema.

Fuera de América Latina, se ha estudiado la relación de estas dos patologías con el estrés psicológico, lo cual puede ser útil al brindar más información sobre la condición y así poder idear nuevas formas de tratamiento que logren mejor respuesta en el control de las mismas.

En el siguiente trabajo se hace una revisión de una serie de pacientes con diagnóstico de urticaria crónica y/o dermatografismo, con el objetivo de determinar la frecuencia de estrés psicológico. Los casos provienen de la base de datos del servicio de alergología del Dr Enrique Scorza en la ciudad de Barranquilla. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas dirigidas a los pacientes, realizadas por los estudiantes, encargados de explicar las preguntas, diligenciar los formularios y realizar la sumatoria del formulario SSP-14 para calcular el nivel de estrés psicológico.

Los datos se tomaron de una fuente primaria. La tabulación de los datos de esta investigación se hizo de manera mecánica utilizando el programa Excel 2013 para la elaboración de la base de datos, según las variables determinadas para el estudio. El análisis estadístico se realizó mediante el programa *Epi Info versión 7*.

El estudio se aplicó sobre 20 pacientes, encontrándose que la mayor parte de participantes fueron mujeres estrato 2 y de edad promedio 36 años, en quienes se encontró como causa del primer episodio la exposición al desencadenante. Se encontró que en el 40% de los pacientes una vez aparecía la lesión, ésta perduraba por espacio de 10 a 30 minutos y el 45% de los pacientes refirieron empeoramiento del cuadro durante la noche. En cuanto al estrés psicológico, el 65% de los pacientes autopercebieron un estrés psicológico de nivel medio, 25% de nivel bajo y solo el 10% de nivel alto.

En otros estudios revisados como el estudio de Gaig y cols. en España en el 2004, reportaron una prevalencia mayor en el sexo femenino con un rango de edad de

incidencia entre los 30 y los 50 años, datos compatibles con los encontrados en esta revisión. Con respecto al estrés se encontró que el 75% de los pacientes lo presentaban frente a un 25% que no. En el estudio realizado por Díaz-Corchuelo et al., se obtuvieron resultados que mostraban aproximadamente un 70% de las personas tenían estrés, mientras que el 30% no presentó niveles de estrés significativos.

1. Introducción

La urticaria crónica y el dermatografismo, son patologías dermatológicas que generan síntomas en común, como prurito, aparición de habones, edema y lesiones eritematosas.

El dermatografismo sintomático (también conocido como Urticaria dermatografía o urticaria factitia), es la más común de las urticarias físicas, según algunos autores su prevalencia aproximada es de 1,5 a 5% de población. Se caracteriza por ser una condición en la que se pueden reproducir formas gráficas en la superficie de la piel al aplicar un estímulo perpendicular sobre la misma, a la vez que se presiona la piel. Éste procedimiento se puede llevar a cabo de forma sencilla con un objeto sólido de punta roma, como una llave, después de realizar el estímulo se presenta pápula y prurito en el área cutánea estimulada. En el dermatografismo sintomático la pápula se desarrolla en escasos segundos a minutos después de recibir el estímulo, y por lo general la lesión suele perdurar en el espacio de 1 a 2 horas. (1)

La urticaria crónica espontánea consiste en un tipo de urticaria en la cual la aparición de síntomas no tiene factores desencadenantes identificables. Los síntomas consisten en la aparición de habones, los cuales tienen una forma y tamaño variable. Estas lesiones características persisten al menos durante 6 semanas, y están acompañadas de eritema extenso y prurito intenso, que incluso puede llegar a ser tan severo hasta incapacitar a los pacientes. Los habones pueden llegar a confluir, formando así placas eritematosas. Además, alrededor del 40% de los pacientes presentan angioedema, el cual consiste en una zona edematosa más grande, que afecta tanto la dermis como el tejido subcutáneo. (2)

Se ha demostrado en estudios que pacientes con patologías psicosomáticas, como por ejemplo el estrés, presentan un desajuste en el eje hipotálamo-hipófisis-glándula adrenal y tienden a tener altos niveles de sustancia P en suero. Estudios realizados en ratones muestran resultados parecidos y un aumento de la circulación de esta sustancia a nivel central, en el hipotálamo (3)(4). La sustancia P es un polipéptido que se encuentra en el SNC, SNP e intestino; está encargada de la transmisión del dolor y es capaz de generar inflamación al actuar en las terminaciones nerviosas sobre sus receptores y generar liberación de histamina, prostaglandinas, entre otros mediadores inflamatorios. Además, favorece a la degranulación mastocitaria, liberación de citoquinas pro inflamatorias e

histamina, lo que genera manifestaciones clínicas sobretodo en piel y más específicamente los lugares donde se dio la respuesta, desencadenando cuadros dermatológicos como la urticaria y dermatografismo sintomático (este último luego de un estímulo externo) (5).

Lo anterior expone que el estrés podría ser un factor desencadenante de la urticaria y/o del dermatografismo, y que en pacientes ya diagnosticados con altos niveles de estrés se evidencia un empeoramiento del cuadro; Por esto la importancia de determinar o estimar la frecuencia con que se da el fenómeno.

En la consulta dermatológica general, la urticaria es diagnosticada en el 1 al 2% de la población. En el caso de urticaria crónica espontánea la prevalencia es de 2% a nivel mundial, con una estimación de aparición en 20% de la población mundial en algún momento (6). Un 70% de pacientes con urticaria desarrollan Urticaria Crónica Espontánea. Esto en sí mismo puede aumentar los niveles de estrés en el paciente, y aunque no existan muchos estudios con respecto a la coexistencia de las dos condiciones, se podría asumir que la relación entre ambas situaciones, como se ha hecho previamente con enfermedades dermatológicas de hipersensibilidad (7) se convertiría en un círculo vicioso para el paciente. La urticaria crónica espontánea es una condición que tiene un gran impacto en la vida de las personas que la padecen y es una causa importante de discapacidad a nivel mundial. En Colombia existen pocas campañas para prevenir la aparición de la urticaria crónica espontánea, una de las razones es que no hay una clara etiología establecida al respecto. Para poder avanzar en la prevención de esta enfermedad es necesario realizar más estudios para identificar los diferentes factores que puedan desencadenarla, sin embargo, en la actualidad se tienen en conocimiento una serie de ensayos clínicos que muestran una alta relación entre el estrés y la aparición de urticaria crónica espontánea (8).

En el siguiente trabajo se hace una revisión con el objetivo de determinar la frecuencia de estrés psicológico en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica y/o dermatografismo. A la fecha no se ha identificado estudio sobre este tema específico, por lo que el aporte de este estudio sería un texto de consulta para futuras investigaciones. El determinar la prevalencia de la coexistencia de estrés psicológico con urticaria crónica y dermatografismo, provee nuevas luces acerca del problema que servirán a la comunidad científica y a los servicios asistenciales para investigar más sobre la fisiopatología que permita llevar a nuevos avances y de ésta proponer un nuevo enfoque al manejo de pacientes con urticaria crónica.

2. Marco teórico

2.1 Urticaria crónica espontánea

2.1.1 Definición

La urticaria crónica espontánea forma parte de un grupo de enfermedades que se encuentran agrupadas bajo la característica común: la presencia de una roncha o habón típico que representa un edema y eritema de la dermis. Esta a su vez, puede estar o no acompañada de angioedema, el cual presenta otra característica histopatológica, el edema de la dermis profunda, el tejido celular subcutáneo y el tracto gastrointestinal. La identificación de la roncha característica se hace con el edema central de tamaño variable que está presente, circundada por eritema, prurito en ocasiones, sensación de quemazón y la naturaleza evanescente. El angioedema es el edema súbito y pronunciado de la dermis profunda subcutánea, que afecta frecuentemente membranas mucosas, que se resuelve a las aproximadamente 72 horas. (8)

Al referirse a la urticaria espontánea, se hace la salvedad, que la aparición de las ronchas es sin estímulo físico aparente, a diferencia de urticaria física que se presenta cuando existe algún tipo de estímulo físico externo, ya sea vibratorio, térmico, solar, o de presión. La espontánea puede ser aguda si las manifestaciones son de menos de 6 semanas de duración, o crónica si permanece por más de 6 semanas. A su vez existen otros tipos de urticaria, que fueron clasificados según distintos desencadenantes, sin embargo, ni estos ni la urticaria física está exenta de encasillarse en las dos anteriores, basándose en el tiempo de su duración (9).

Es espontánea ya que el curso de la patología evoluciona a la resolución de las lesiones, no se ha encontrado una explicación científica clara del porqué de este fenómeno resolutivo.

2.1.2 Epidemiología

La urticaria cuenta con una prevalencia estimada de 0,5-1% en población general. Al menos el 20% de la población general presentara un episodio de urticaria aguda durante su vida, es decir 1 de cada 5 personas va a sufrir de esta enfermedad. Los efectos residuales que afectan la calidad de vida duran desde 1, incluso pueden durar hasta 5 años (10) con una limitación de la vida laboral en al menos 74% de los pacientes. Puede estar presente tanto en niños como adultos, y se ha determinado que afecta dos veces más a las mujeres que los hombres. En cuanto a la edad de presentación se ha evidenciado que en la mayoría de los casos tiene un inicio entre los 30 y 50 años (9).

En la consulta dermatológica general, la urticaria es diagnosticada en el 1 al 2% de la población. Sin embargo, esta enfermedad se podría encontrar subdiagnosticada, en estudios en Latinoamérica existen muy pocos datos demográficos y clínicos, lo que podría indicar un impacto aún mayor.

2.1.3 Etiología

Aproximadamente la mitad de las urticarias crónicas duran menos de 1 año, sin embargo, se estima que un 11-15% persiste más de 5 años (9). A pesar de que hasta en un 90% de los pacientes con esta patología no se puede descubrir la etiología, se cree en un 30-50% de la urticaria crónica puede ser de origen autoinmune (8). La importancia de esta investigación radica en la posibilidad de precisar el diagnóstico etiológico de un porcentaje de pacientes que diariamente ven afectado el desarrollo regular de distintas áreas de su vida imposibilitando incluso muchas actividades. Establecer una relación etiológica precisa para el grupo de pacientes que no tengan una explicación clara disminuiría considerablemente las consecuencias económicas, sociales, laborales y psicológicas de estos pacientes.

2.1.4 Fisiopatología

A pesar de existir distintas teorías con respecto a la patogénesis de la urticaria crónica espontánea, ninguna ha podido ser determinada como la causa única del desarrollo de la patología en los pacientes. La teoría más aceptada es la que plantea que es desencadenado por factores que promueven la liberación de histamina, sin embargo, también existen teorías autoinmunes y de defectos celulares (11). La presencia de una prevalencia alta de la coexistencia de distintas enfermedades autoinmunes y urticaria crónica llevo a la creación de la teoría autoinmune, sin embargo, no se encontró una asociación significativa, por lo que se podría descartar como la fisiopatología en este tipo específico de urticaria (12).

Existe otra teoría que plantea el defecto celular en mastocitos y basófilos, que partió del concepto de que los niveles séricos de los mastocitos en pacientes con urticaria crónica espontánea son normales, pero al realizarles pruebas de liberación de histamina y compararlos con pacientes sanos se evidencio una respuesta mayor, lo que confirma que los mastocitos en los pacientes son defectuosos con una tendencia a la hiperactividad (13). Los estudios en los basófilos se dificultaron en la determinación de su papel en la fisiopatología, pero se evidencio que los niveles séricos de estas células en pacientes con urticaria crónica espontánea eran normales o bajos si la actividad de la enfermedad era alta, ya que se asume que para desencadenar el cuadro deben migrar a la piel, pero no se pueden medir las concentraciones de basófilos cutáneos en los pacientes por lo que no se puede confirmar esa teoría (14).

2.1.5 Cuadro clínico

Los síntomas más comunes son prurito intenso y eritema constante (15). Esta condición se explica por una alteración en la función de los mastocitos. En estas personas se ven constantemente niveles elevados de IgG anti-FcεRI, IgG anti-IgE, o IgE. Las lesiones son de distintas formas (redondas, anulares, serpiginosas) altamente pruriginosas que pueden atenuarse cuando el paciente consume antihistamínicos H1. El prurito se acentúa en la noche y cualquier parte del cuerpo puede verse afectada (16). El angioedema puede estar presente y es descrito como la hinchazón episódica de la zona submucosa o subcutánea que tiende a ser de distribución asimétrica, que puede desarrollarse en un periodo entre minutos y horas, y no tiene fóvea (17).

2.1.6 Desencadenantes

Tiene numerosos factores desencadenantes, como comida, fármacos o alérgenos ambientales (18). Se ha descrito que el uso de AINES empeoran los síntomas en un 25 - 50% de los pacientes (19). En varios casos se reporta que los pacientes presentan cuadros más severos en la presencia de estrés físico o psicológico (20), pero no al no estudiarse ampliamente la presencia y frecuencia de este evento no se ha establecido causalidad. No obstante, al revisar los factores psicológicos y psiquiátricos que se pueden presentar en pacientes con urticaria crónica espontánea en comparación con grupos de pacientes con distintas patologías, se vio una proporción mayor en estos pacientes de comorbilidad con enfermedades psiquiátricas y exámenes psicológicos para estrés positivos. La mayoría de los pacientes contestó afirmativamente a la pregunta de que si creían que algún factor psicosocial desencadenó su cuadro y más de la mitad presentaron alguna situación estresante en los 3 meses previos a la aparición del cuadro actual de urticaria crónica espontánea por el que consultaban (21).

2.1.7 Diagnóstico

Se realiza un diagnóstico clínico al evaluar la presencia de los síntomas y lesiones características, con o sin angioedema, persistentes durante periodo de mínimo 6 semanas y que se hayan presentado en la mayoría de los días de las semanas. La base del diagnóstico está en la realización de una historia clínica y un examen físico completo y exhaustivo (22). Se deben descartar distintas causas como reacciones adversas a medicamentos (23), infecciones adquiridas por viajes recientes y síntomas concomitantes que indiquen una enfermedad sistémica (24).

Se pueden realizar exámenes de laboratorio que ayuden a confirmar o descartar el diagnóstico como hemograma, que puede presentar eosinofilia, medidores de actividad

inflamatoria como el PCR y biopsias de piel. Si se tiene la sospecha de ser desencadenada por un proceso autoinmune, como en pacientes con antecedentes de tiroiditis autoinmune se pueden pedir pruebas de detección de anticuerpos en suero (25).

2.1.8 Tratamiento

El tratamiento inicial de la mayoría de pacientes con urticaria crónica espontánea consiste en el uso de antihistamínicos H1, ya que constituyen la piedra angular para el control de los síntomas por lo menos hasta cierto nivel, presentando un resultado favorable como monoterapia en el 50-95% de los pacientes (26). Se ha demostrado que actualmente el uso de los nuevos antihistamínicos H1 de segunda generación como la cetirizina, loratadina y desloratadina han resultado ser más efectivos y mejor tolerados al tener menos efectos secundarios como la sedación y efectos anticolinérgicos que si se presentan al usar antihistamínicos H1 de primera generación como la hidroxicina (27).

Cuando los síntomas en el paciente son refractarios al tratamiento con antihistamínicos H1 o son severos, se prosigue a agregar un glucocorticoide oral que han demostrado ser efectivos en estas situaciones. Sin embargo, su uso prolongado en varias semanas no se recomienda por los efectos adversos sistémicos secundarios ampliamente conocidos. En cuanto al tiempo de efectividad se estableció que el uso conjunto de antihistamínicos H1 y glucocorticoides no redujo el tiempo de control de los síntomas comparado con pacientes que solo se encontraban en monoterapia con antihistamínicos H1 (28).

El tratamiento de esta patología ha sido un objetivo de discusión de algunos artículos en los últimos años. Los nuevos blancos del tratamiento están justificados en la fisiopatología de la enfermedad que, como se ha descrito previamente es una reacción inflamatoria tanto celular como humoral. Es por esto que, al hablar del tratamiento y sus nuevos blancos, que no solo se limita a los receptores histamínicos H1, sino también a sustancias que intervienen en la degranulación mastocitaria, que puede estar estimulada por diferentes caminos, dentro de los cuales un 50- 70% no están muy claros. Entre estos podemos encontrar anticuerpos IgE contra autoalérgenos, neuropéptidos como la sustancia p, alarminas y la activación del complemento secundario a infecciones crónicas. (29)

Apropósito de la sustancia p, se ha demostrado que actúa sobre 3 receptores NKR del 1 al 3, pero con más afinidad a los tipo 1 que se encuentran en el sistema nervioso central y en la piel. Es por esto que los antagonistas de sustancia p, que se encuentran aún en estudios, podrían mostrar una disminución significativa de los signos y síntomas de la patología. Entre ellos están Aprepitant, tradipitant, serlopitant y orvepitant. (29)

2.2 Dermografismo

El dermografismo sintomático fue descrito por primera vez hace aproximadamente 90 años. A pesar de la alta frecuencia de esta enfermedad, el cuadro clínico, factores desencadenantes, comorbilidades y síntomas asociados no están muy descritos. (30)

El dermografismo sintomático, también llamado urticaria dermatografía o urticaria facticia, es la forma más común de urticaria física con una prevalencia del 2-5% en la población general. La lesión aparece segundos a minutos después del rascado o frote de la piel y produce habones lineales que pueden persistir por 1.5 horas a 2 horas y se acompaña de prurito local y/o sensación de quemazón. (30)

La duración de la enfermedad es muy variable pero en promedio se habla de 6.5 años aproximadamente. El mecanismo patológico es aún desconocido y su diagnóstico se hace con la historia clínica del paciente y se confirma con un test de provocación. (30)

En un estudio realizado sobre una población de personas diagnosticadas con dermografismo sintomático de la base de datos de una clínica especializada en urticaria en el departamento de dermatología y alergología en Charité- UniversitätsMedizinBerlin, se realizó un cuestionario que indagó acerca de aspectos de la enfermedad, como percibían los pacientes su condición y como esta afectaba su cotidianidad. (30)

En los resultados de la pregunta que concernía la causa desde el punto de vista del paciente, el 44% afirmó que los episodios agudos habían sido inducidos por estrés. El estrés ha sido implicado como posible causa del dermografismo sintomático en diversos estudios (31) (32). Fisiológicamente hablando, se conoce que el estrés incrementa la liberación de histamina por parte de los mastocitos produciendo la reacción con los habones y demás características de la lesión (30). En 1977, Czubalski y Rudzki, reportaron que, en la mayoría de casos de dermografismo, el primer síntoma coincidía con una situación estresante y manifestaciones psíquicas intensificadas por estrés (33). Sin embargo, en estudios recientes a su vez, se encontró que test inductores de estrés psicosocial agudo, fallaron en alterar la reacción dermográfica en pacientes con diagnóstico de dermografismo sintomático. (30)

2.3 Estrés Psicológico

2.3.1 Definición de estrés

A lo largo de la historia se han dado diferentes definiciones de lo que es el estrés y como tal no hay un consenso sobre su definición. El término estrés proviene del inglés stress, cuyo significado es: fatiga, este suele ser asociado a un estado patológico. Este término también hace referencia a la capacidad de adaptación de los seres humanos ya que este es el que permite al ser humano reaccionar de forma efectiva frente a situaciones que suponen un riesgo para la vida o de excesiva demanda y de esta forma garantizar la supervivencia del sujeto y la especie (34).

Los estilos de vida que rigen a los humanos en la actualidad como lo son el privilegio de la inmediatez, el afán de conseguir el éxito, disminución de horas de sueño, dificultades económicas, las exigencias laborales, fragmentación social y familiar, además de las crisis no normativas que tienden a ser negativas y que generan un desequilibrio en las emociones como lo son el fallecimiento de un ser querido, ruptura de relaciones, desempleo o el anuncio de una enfermedad crónica, conllevan a respuestas en la persona que muestran una adaptación inadecuada. Cuando estas reacciones se prolongan en el tiempo aparece el llamado disestrés, término que ya implica una sobrecarga en el organismo que puede desencadenar problemas en la salud (34).

2.3.2 Desencadenantes del estrés

El estrés se desencadena cuando el individuo se enfrenta a un estresor, que puede significar una variedad de circunstancias que van desde sucesos menores ocurridos en la vida cotidiana a sucesos vitales que pueden incluso llegar a causar un estrés crónico.

Los sucesos vitales son imprevistos, perjudiciales física o psicológicamente, que se presentan en el entorno del individuo y requieren un ajuste por parte del mismo, se convierten en estresores cuando son algo llamativo o saliente y que resulta molesto para la calidad de vida de la persona, es por esta razón que son subjetivos (35). Usualmente son situaciones que se presentan con poca antelación y el individuo no cuenta con tiempo suficiente para prepararse.

Estos sucesos vitales pueden constituir por si mismos factores predisponentes cuando ocurren en la infancia como el maltrato o la pérdida de un ser querido, o pueden ser factores precipitantes que constituyen cambios vitales recientes como la separación de pareja o la pérdida del empleo (36).

Actualmente se habla también de estresores sociales que son más recurrentes y duraderos en el tiempo, estos consisten en amenazas o conflictos que encuentran la mayoría de las personas en las actividades de la vida diaria, muchos se relacionan con los roles sociales como las dificultades en el trabajo o en los estudios, problemas de pareja y complicaciones en la relación con los hijos (35), cabe aclarar que cada cultura puede tener diferentes estresores.

2.3.3 Síntomas asociados al estrés

El estrés puede presentarse con una variedad de síntomas tanto físicos como emocionales. Las emociones como la ira, vergüenza, celos, envidia, ansiedad, tristeza, temor o culpa se presentan con el estrés, pero también lo generan, es decir que son interdependientes; La ansiedad y la depresión sin embargo son propias del estrés y la ansiedad es más propensa a aparecer e intensificarse cuando el individuo se siente incapaz de manejar el mundo que lo rodea (35).

Por otro lado, se encuentran los síntomas psicosociales que hacen referencia a las dolencias físicas a las cuales no se les puede atribuir un origen orgánico, en las que las emociones y los procesos psicológicos como el estrés pueden interferir en su aparición, mantenimiento o incluso agravamiento (35).

2.3.4 Efecto del estrés en el organismo

Pacientes con patologías psicosomáticas, que muestran una relación directa con el estrés psicológico, tienen altos niveles de sustancia P, neuropéptido que se encuentra en SNC, intestino y nervios periféricos (36), al actuar sobre receptores en sus células diana, favorece a la degranulación de mastocitos (37), lo que favorece a niveles más altos de histamina (38), que favorecería cuadros de hipersensibilidad, como es el caso de la urticaria espontánea crónica y dermatografismo sintomático. Se han hecho estudios en donde se comparan los niveles de sustancia P en pacientes que presentan UCA y pacientes sanos. Los resultados han mostrado que pacientes con UCA tienen niveles de SP de 491 (± 24 pg ml⁻¹) en comparación con pacientes sanos (niveles de 105 \pm 28 pg ml⁻¹, $p < 0,0001$). (36) Lo anterior nos habla de que existe una relación estadísticamente significativa, que justifica la importancia de más estudios al respecto y correlacionarlo con la etiología de ambos fenómenos de hipersensibilidad hablados previamente.

3. Objetivos específicos

Describir la presencia de estrés psicológico y su nivel en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica y/o dermatografismo, que consultan al servicio de alergología de Barranquilla en el segundo semestre de 2017.

Determinar la frecuencia de pacientes con urticaria crónica que consultan al servicio de alergología en el año 2016.

Precisar la frecuencia de pacientes con dermatografismo que consultan al servicio de alergología en el año 2016.

Especificar la coexistencia entre urticaria crónica y los niveles de estrés psicológico.

Contrastar niveles de estrés psicológico entre urticaria crónica y dermatografismo.

Indagar si los niveles de estrés psicológico son superiores cuando se presentan urticaria crónica y dermatografismo juntas.

Establecer frecuencia de urticaria crónica y dermatografismo según:

- Sexo:
- Estrato socio-económico
- Comorbilidades
- Edad

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Serie de casos ambispectiva.

4.2 Población de estudio:

- Población Diana: pacientes que tienen urticaria y/o dermatografismo de Barranquilla.
- Población accesible: los pacientes en la base de datos del servicio de alergología en la Unidad Alergológica Dr. Enrique Scorza de Barranquilla, Atlántico durante el segundo semestre del año 2017.
- Población elegible: corresponde a la población accesible que cumpla con los criterios de elegibilidad.

- criterios de inclusión: que firme el consentimiento informado, este diagnosticado con urticaria crónica y/o dermatografismo, que sea legalmente mayor de edad.
- criterios de exclusión: diagnóstico de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno de personalidad o déficit cognitivo.

El método de muestreo es no probabilístico por conveniencia. Se evaluaron 20 pacientes.

4.3 Variables

- Caracterización del paciente

Edad

Sexo

Estrato socioeconómico

- Caracterización de la enfermedad

Estado de enfermedad

Causa del primer episodio

Tiempo transcurrido del diagnóstico

- Caracterización del episodio

Tiempo entre estímulo y aparición del cuadro

Momento del día en que empeora

Duración de la lesión

Síntomas asociados al habón

Concomitancia

Desencadenantes

Otros desencadenantes

- Recaídas

Frecuencia de recaídas

Causa de recaída

- Tratamiento actual

Esteroides

Ansiofármacos

Antihistamínicos

- Estrés

Nivel de estrés psicológico

Desencadenantes de estrés en la actualidad

- Comorbilidades
Hipertensión arterial
Diabetes Mellitus
Atopia
Otras comorbilidades

- Antecedentes alergológicos familiares
Dermografismo
Urticaria
Atopia
Patología psicosomática

4.4 Plan de recolección de datos

4.4.1 Fase de sensibilización

En este proyecto se tuvo acceso a la base de datos del servicio de alergología del doctor Enrique Scorza, quien hace parte de esta investigación y fue el encargado de hacer contacto inicial con los pacientes e invitarlos a ser partícipes del estudio. Los pacientes que aceptaron a participar del estudio, se citaron en la consulta del doctor Scorza y se les explicó en detalle de qué trataba el estudio y su finalidad, para que de esta manera adquirieran conocimientos básicos y pudieran elegir si deseaban participar en el proceso investigativo, por medio del consentimiento informado.

4.4.2 Fuente de los datos

Los datos se tomaron de una fuente mixta, ya que los pacientes encuestados fueron seleccionados por diagnósticos, de una base de datos de pacientes atendidos por el Dr Enrique Scorza.

4.4.3 Técnica de recolección de datos

Los datos se recolectaron por medio de entrevistas dirigidas a los pacientes, que fueron citados por los estudiantes a la consulta del doctor Scorza para realizar las encuestas, los estudiantes se encargaron de explicar las preguntas de los cuestionarios y de escribir las respuestas de los pacientes en medio físico, además fueron los encargados de explicar las preguntas a los pacientes y diligenciar los formularios e hicieron la sumatoria del formulario SSP-14 para calcular el nivel de estrés psicológico.

4.4.4 Instrumentos de recolección

Se utilizó el formulario “PSS-14” (Perceived Stress Scale 14, versión española 2.0) que consta de 14 puntos que evalúan niveles de estrés percibidos en la vida cotidiana de las personas en el último mes. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta: nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo y muy a menudo, y cada una de estas opciones da una puntuación que va de 0 a 4, exceptuando en los puntos 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13, donde el patrón de puntuación se invierte de la siguiente manera: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0. Se utilizó el siguiente rango según la puntuación calculada: nivel bajo de percepción: 0-18 puntos; nivel medio de percepción: 19-37 puntos y nivel alto de percepción: 38-56 puntos. Para la validación de este Test se realizó un estudio en Bogotá donde se utilizó el test en estudiantes, y los resultados mostraron una consistencia interna de 0,87. (39) Anexo C.

Para las otras variables mencionadas ya anteriormente se diseñó un cuestionario que los pacientes diligenciaron con ayuda de los estudiantes. Anexo D.

4.4.5 Plan de procesamiento

La tabulación de los datos de esta investigación se hizo de manera mecánica utilizó el programa EXCEL para la elaboración de la base de datos, según las variables determinadas previamente. Además, las variables fueron codificadas para su procesamiento. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Epi Info versión 7.

4.5 Análisis

4.5.1 Plan de presentación

Se presentarán tablas de caracterización de cada variable según la frecuencia observada para cada una de las mismas y un diagrama de barras que relaciona el nivel de estrés con la presencia de urticaria crónica.

4.5.2 Plan de análisis

Se hizo un análisis univariado, ya que se evaluó el estrés y su relación con respecto a la urticaria crónica y el dermatografismo, basando el análisis en el nivel de estrés y observando su comportamiento por medio de la frecuencia de aparición.

Las medidas estadísticas que se realizaron para evaluar los objetivos y según el tipo de estudio fueron el cálculo de frecuencia, proporción, media, mediana, y desviación estándar.

Según los objetivos planteados se utilizaron las medidas estadísticas que se describen a continuación.

Objetivo general: Establecer la frecuencia de estrés psicológico en pacientes con urticaria crónica y/o dermatografismo en mayores de 18 años, que consulta al servicio de alergología en Barranquilla en el segundo semestre de 2017.

Para este objetivo se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa (proporción)

La presencia de estrés en pacientes de la población diana y sus niveles de estrés se analizaron por medio de medidas de frecuencia que se indicaron en proporción y se representó en tablas univariadas.

Para calcular la frecuencia de pacientes con urticaria que consultan al servicio de alergología en el 2016 se hizo por medio de proporción.

La frecuencia de pacientes que consultaron al servicio de alergología se calculó por medio de la proporción

Para especificar la coexistencia entre urticaria crónica y los niveles de estrés psicológico se utilizó la medida estadística de frecuencia, calculando que pacientes con urticaria tenían estrés psicológico.

Se usó el promedio de niveles de estrés para urticaria y dermatografismo por separado y se compararon para contrastar los niveles de estrés psicológico. También fue necesario el cálculo de la desviación estándar para el análisis.

La frecuencia de urticaria crónica y dermatografismo según sexo, estrato socioeconómico, comorbilidades y edad se calculó por medio de la proporción.

4.6 Aspectos éticos

Para este proyecto se respetaron los principios éticos de la medicina de justicia, autonomía, no maleficencia, beneficencia, y los derechos humanos. De acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, la investigación realizada es un estudio ambispectivo de riesgo mínimo, ya que solamente se le aplicó un test psicológico de estrés a las personas que participaron en este estudio, y las técnicas utilizadas para la medición de las variables son no invasivas, aprobado por el Comité de Ética en investigación de la división ciencias de la salud de la Universidad del Norte con el acta N°. 155. Además, se garantizó la confidencialidad de los datos personales de cada paciente participante del estudio. Los instrumentos para evaluar a los pacientes fueron aplicados por personas vinculadas con

este proyecto, que además están vinculados con el área de la salud. También se tuvo en cuenta la autonomía de los participantes, quienes debieron leer el consentimiento informado, y en caso de estar de acuerdo, firmarlo para aceptar ser partícipes de este proyecto. Asimismo, el proyecto fue presentado y aprobado por el comité de ética de la Universidad del Norte, con el fin evaluar los aspectos éticos del proyecto. Consentimiento informado en anexo E.

5. Resultados

En el transcurso del año 2016 fueron atendidos en el servicio de alergología del doctor Scorza un total de 290 pacientes, de los cuales 39 consultaron por síntomas y signos compatibles con el diagnóstico de urticaria crónica, que se encuentra en el cie-10 como urticaria idiopática (L501), con el que fue codificado en la base de datos del servicio. De esos 290, 8 recibieron un diagnóstico de Dermografismo, estipulado por el cie-10 como urticaria dermatográfica (L503). La proporción de pacientes con diagnóstico de urticaria crónica que consultaron al servicio de alergología en el 2016 fue de 0,13, la cual equivale a un 13% de los pacientes que consultaron en el 2016 al servicio.

La proporción de Urticaria dermatográfica en los pacientes que consultaron en el 2016 es de 0,03, lo que corresponde a un 3% del total de pacientes que consultaron al servicio de alergología en este año.

En la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas que se estudiaron. El estudio arrojó que el 70% de los pacientes eran mujeres y el 30% restante eran hombres. La edad de los pacientes fue un promedio de 36 años, con un rango intercuartartil de 26-46. Además, se vió que el 25% de los pacientes pertenecían a un estrato socioeconómico 1 otros 25% pertenecían al estrato 3, mientras que 30% pertenecían al estrato 2.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de variables sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de Urticaria Crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	<i>Femenino</i>	14	70
	<i>Masculino</i>	6	30
Edad	<i>Mediana</i>	36	
	<i>Rango IC</i>	(26;46)	
Estrato	1	5	25
	2	6	30
	3	5	25
	4	3	15
	5	1	5

La tabla 2 muestra las características de la enfermedad según cada paciente. Se observa que el 45% de los pacientes tuvo su primer episodio debido a la exposición a desencadenantes, mientras que al 25% se la atribuyó a problemas emocionales. El 5% por su parte refirió que fue debido a problemas endocrinológicos, y por último, el 25% no conoce la causa del primer episodio.

Con respecto a la duración de las lesiones, el 40% de los pacientes refirió que éstas duran entre 10 a 30 minutos, mientras que el 20% manifestó que duran entre 31 y 60 minutos. El 20% de los pacientes dijo que sus lesiones duran entre 1 y 3 horas. De los 20 pacientes encuestados, 70% tiene una enfermedad activa, mientras que en el 30% restante la enfermedad se encuentra inactiva. El 20% de los pacientes reportó no haber tenido recaídas, por otro el 55% tuvo más de 5 recaídas.

Con respecto al momento del día en que empeoran los síntomas, el 45% de pacientes refirió que ocurre en la noche, mientras que el 20% refirió que el cuadro no tiene predominio horario.

El 40% de los pacientes respondió que ha pasado entre 1 a 3 años desde el diagnóstico, en el 30% ha transcurrido entre menos de 1 año; y el 20% restante tiene ya más de 5 años desde que se les hizo su diagnóstico.

Con respecto a los desencadenantes de las lesiones, la mitad de los pacientes refirió que rascarse les genera las lesiones; un 20% tiene lesiones al pegarse, y un 25 % al secarse.

Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de diferentes características patológicas de pacientes con Urticaria crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.

		Frecuencia (n)	Porcentaje(%)
Causa primer episodio	<i>Exposición a desencadenantes</i>	9	45
	<i>Problemas emocionales</i>	5	25
	<i>Problemas endocrinológicos</i>	3	5
	<i>Desconocido</i>	5	25
Duración de la lesión	<i>10-30 mins</i>	8	40
	<i>31-60mins</i>	4	20
	<i>1-3 horas</i>	4	20
	<i>3-6 horas</i>	0	0
	<i>6-12 horas</i>	0	0
	<i>12-24 horas</i>	2	10
	<i>>24 horas</i>	2	10
Estado de la enfermedad	<i>Activa</i>	14	70
	<i>Inactiva</i>	6	30

Recaídas	<i>Ninguna</i>	4	20
	<i><5</i>	5	25
	<i>>5</i>	11	55
Momento del día en que empeora	<i>Mañana</i>	0	0
	<i>Medio día</i>	5	25
	<i>Tarde</i>	2	10
	<i>Noche</i>	9	45
	<i>No hay predominio horario</i>	4	20
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	<i>< de 1 año</i>	6	30
	<i>Entre 1-3 años</i>	8	40
	<i>Entre 3-5 años</i>	2	10
	<i>>5 años</i>	4	20
Desencadenates	<i>Rascar</i>	10	50
	<i>Pegar</i>	4	20
	<i>Secar</i>	5	25
	<i>Peinar</i>	3	15
	<i>Sobar</i>	4	20
	<i>Otro</i>	7	35
	<i>No conoce estímulo</i>	1	5
	<i>Ninguno</i>	1	5

La tabla 3 muestra las comorbilidades de los pacientes en este estudio, de los cuales 10% tiene atopia, 5% asma, 30% otras comorbilidades y 70% no presenta ninguna comorbilidad.

Tabla 3. Frecuencia y porcentajes de comorbilidades en pacientes con diagnóstico de Urticaria crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hipertensión	0	0
Diabetes	0	0
Atopia	2	10
Asma	1	5
Otras comorbilidades	6	30
Ninguna	14	70

La tabla 4 muestra lo referente al estrés psicológico. Los resultados de las encuestas evidenciaron que 25% de los pacientes tiene un nivel bajo de autopercepción del estrés, mientras que el 65% y el 10% tienen un nivel medio y alto de estrés percibido respectivamente. Entre los desencadenantes del estrés, la mayoría refirió que el trabajo y/o la situación familiar son la causa de este. El 20% respondió que los problemas

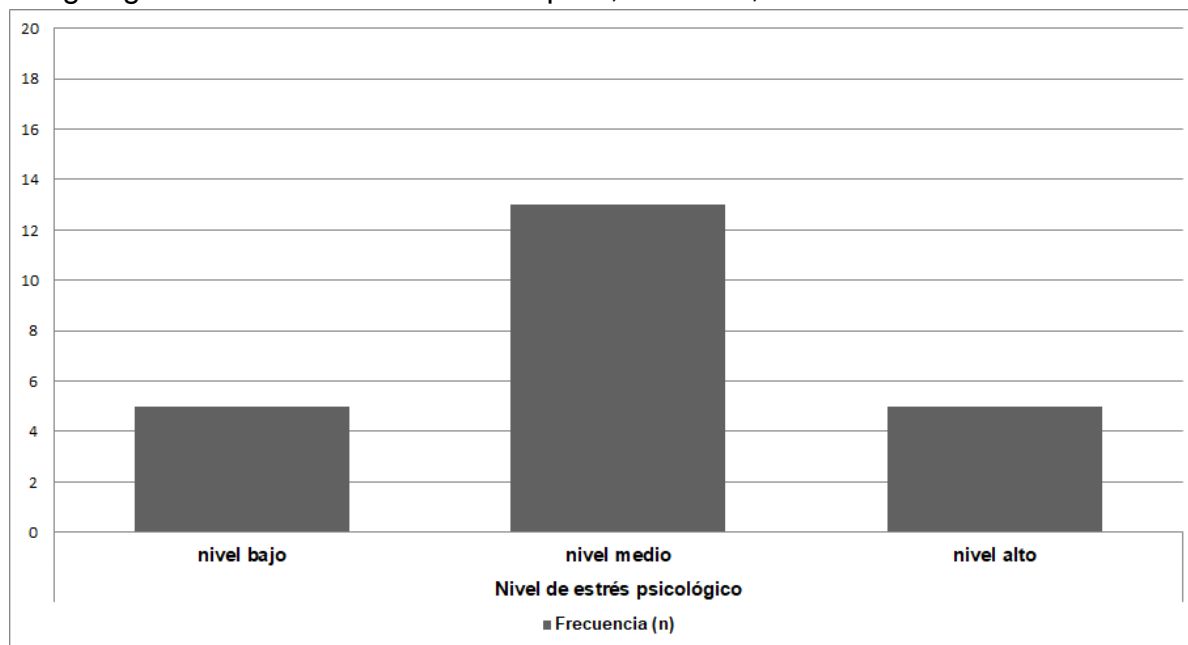
económicos eran un desencadenante, y así mismo el 20% respondió que los estudios eran una causa de estrés en sus vidas.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de nivel de estrés psicológico y sus desencadenantes en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica. Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nivel de estrés psicológico	Nivel bajo	5	25
	Nivel medio	13	65
	Nivel alto	2	10
Desencadenantes de estrés en la actualidad	Trabajo	6	30
	Situación familiar	6	30
	Problemas de pareja	2	10
	Problemas económicos	4	20
	Estudios	4	20
	No tiene	2	10

La gráfica 1 nos relaciona los niveles de estrés psicológico en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica. Vemos que la mayoría de pacientes se asociaron a un nivel estrés psicológico medio, encontrándose este en aproximadamente 65% de los pacientes, 25% de los pacientes presentaron un nivel de estrés bajo y tan solo el 10% un nivel estrés alto.

Grafica 1. Niveles de estrés en pacientes con urticaria crónica (n= 20). Servicio de alergología del Doctor Scorza Barranquilla, Atlántico, 2017.



Fuente: Tabla 4

Las frecuencias y porcentajes expuestos en la tabla 5, muestran los niveles de estrés en pacientes con ambas entidades, en contraste con los pacientes con solo diagnóstico de urticaria. Se evidencia que la mayoría de pacientes tenían ambas entidades, es decir un 90% de la población diana.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de niveles de estrés en pacientes con diagnóstico de Urticaria crónica y dermatografismo, y pacientes con diagnóstico de Urticaria crónica.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Urticaria crónica y dermatografismo	<i>Nivel alto</i>	2	10
	<i>Nivel medio</i>	12	60
	<i>Nivel bajo</i>	4	20
Urticaria crónica	<i>Nivel alto</i>	0	0
	<i>Nivel medio</i>	1	5
	<i>Nivel bajo</i>	1	5
Total		20	100

6. Discusión

Entendemos que nuestros resultados no pueden ser comparados en toda su amplitud con estudios recientes, dado que, pese a los esfuerzos de identificar posibles causas en distintos tipos de urticaria, sigue siendo un área de escasa literatura. A pesar de lo anterior, sí se cuenta con algunos estudios que describen las características demográficas de la urticaria crónica en distintas poblaciones, tal como el estudio de Gaig y cols. en España en el 2004, donde reportaron una prevalencia significativamente mayor en el sexo femenino con un rango de edad de incidencia entre los 30 y los 50 años (9), situación que también es reportada en nuestro estudio.

En cuanto a los estudios que tuvieron como énfasis la presencia de factores psicosociales asociados al cuadro de urticaria crónica, Ben-Shoshan et al. en Canada en el 2012 describieron la presencia de dichos factores en un 46% de los pacientes (13), mientras que en nuestro estudio se identificaron hasta en un 90% la presencia de uno o varios factores, un porcentaje considerablemente mayor. Sin embargo, al evaluar el factor desencadenante del primer episodio de urticaria, en nuestro estudio solo el 25% de los pacientes se lo atribuyeron a un factor psicosocial en lugar de un factor orgánico.

El estudio de casos y controles realizado por Sánchez Jorge et al titulado Prevalence of inducible Urticaria in patients with chronic Spontaneous Urticaria: Associated Risk Factors, realizado en Medellín, buscó estimar la frecuencia de urticaria inducible en pacientes con urticaria crónica espontánea y explorar los factores asociados en una población de 245 pacientes con urticaria crónica espontánea y 127 controles. Los resultados mostraron un predominio de mujeres con un 61% de pacientes de este sexo.

El asma fue significativamente más frecuente en pacientes con urticaria crónica espontánea y, además, se evidenció que el 75,9% de pacientes con urticaria crónica espontánea reportaron que un estímulo físico desencadenaba las lesiones, de los cuales los más comunes fueron fricción y presión con 40% y 25% respectivamente (40). En el presente estudio también hubo un predominio del sexo femenino con un 70%, y con respecto a los desencadenantes de las lesiones el más común fue rascar, que puede considerarse como una fricción aplicada a la piel, lo que muestra el mismo comportamiento con respecto a lo más frecuente. Por el contrario, en el caso del asma, en nuestro estudio solamente el 5% de la población lo presentaba. Esto puede deberse al tamaño muestral reducido con el que cuenta el estudio.

Para este estudio se consideró la presencia de estrés aquellos pacientes que tuvieran resultado de la escala de estrés percibido 14 (PSS-14) en niveles medio y alto, ya que los niveles bajos se consideran parte del estrés normal de una persona en su vida cotidiana (34). Es así como, una vez agrupado, se puede evidenciar que el 75% de los pacientes de este estudio presentan estrés, mientras que el 25% no lo presenta. En un estudio realizado por Díaz-Corchuelo et al. donde se buscó medir el nivel de estrés en estudiantes universitarios de la Universidad de Granada, se obtuvieron resultados que mostraban aproximadamente un 70% de las personas del estudio con presencia de estrés, mientras que el 30% no presentó niveles de estrés significativo (41). Es así como se ve que en nuestro estudio hay un porcentaje mayor de pacientes con niveles de estrés.

Al comparar pacientes con diagnósticos de urticaria crónica y dermatografismo con pacientes con Urticaria crónica como único diagnóstico, con respecto a los niveles de estrés en los dos grupos se hace difícil hacer una comparación, ya que hay una desigualdad en cuanto a la población total de cada uno de los grupos. Los pacientes seleccionados para este estudio, en su gran mayoría, tenían dermatografismo asociado a la urticaria crónica (n=18) en contraste con los que tenían solo el diagnóstico de urticaria crónica (n=2), por lo tanto, habría que ampliar la población para poder determinar si el nivel de estrés aumenta en los pacientes con ambos diagnósticos con respecto a los que tienen Urticaria crónica. Lo que si se observa en el grupo de pacientes con ambos diagnósticos es una mayor frecuencia en el nivel de estrés medio con un porcentaje del 65%.

Con respecto a los estresores se pudo ver que la mayoría de personas considera que el trabajo y la situación familiar son estresores importantes en su vida. Además, una parte importante considera que los problemas económicos son una causa de estrés. Según la Asociación Americana de Psicología, que realizó un estudio para determinar la situación de estrés de Estados Unidos, el dinero y el trabajo son los principales causantes de estrés, y es considerado así por la cuarta parte de aquella población (42). Es así como vemos que la población de éste estudio tiene la misma percepción con respecto a estresores en sus vidas, pero probablemente no todas las personas reaccionan al estrés

de la misma forma, a pesar de tener el mismo estresor. Por esta razón se podría pensar que las personas con urticarias son más sensibles a los estresores, pero de todas formas estos son los mismos que los que la población general refiere. por esto es importante tener en cuenta todos los factores al momento de intervenir la enfermedad, ya que no sólo es de gran importancia el tratamiento farmacológico sino también la intervención de los factores desencadenantes de estrés psicológico para poder evitar recaídas, y a su vez evitar también más estrés, ya que se podría considerar como un ciclo en el cual tener las lesiones genera aún más estrés. Es así como estos pacientes se beneficiarían de medidas generales como cambios en el estilo de vida para evitar los desencadenantes de las lesiones, ya sean estresores o físicos, además de la terapia farmacológica que incluye principalmente un antihistamínico H1. También es importante destacar que sería pertinente que los pacientes con estos diagnósticos sean sometidos a un estudio para medir niveles de sustancia P, con el objetivo de determinar si sería eficiente tratarlos con los nuevos fármacos antagonistas de sustancia P.

7. Conclusiones

La urticaria crónica es una patología con una gran implicación económica, laboral, académica, y psicológica en la vida de quienes lo padecen. Si bien no es una enfermedad conocida por una mortalidad elevada o por una gran diversidad de complicaciones médicas, requiere de mucho cuidado a la hora de tratarse y merece toda la atención de quienes la conocen y están involucrados, así como de los que no, al investigar los factores que se relacionan con ella. El dermatografismo como manifestación de la urticaria desempeña un papel importante en cómo esta patología afecta la vida de los pacientes en sus distintas áreas y cómo es una variable importante a tener en cuenta a la hora de valorar los factores relacionados para éste estudio y futuros que se deriven de este.

En este reporte de casos se intentó determinar la frecuencia del estrés en la urticaria y el dermatografismo, así como la proporción de distintas variables demográficas y características de duración, aparición, comorbilidades, desencadenantes entre otros de la patología.

Con respecto a las variables demográficas la mayoría de pacientes fueron mujeres con un promedio de edad de 36, pertenecientes al estrato 2. Además, un total de 30% de los pacientes presentó comorbilidades. Se calculó que la proporción que pacientes que consultaron en el 2016 fue de 13% y 3% para urticaria crónica y dermatografismo respectivamente.

Casi la totalidad de los pacientes presentó dermatografismo lo cual solidifica aún más la importancia que tiene y debería tener la consideración de esta como manifestación clínica de la urticaria. Un porcentaje muy significativo de pacientes refirió tener su enfermedad activa al momento de realizar el estudio. El porcentaje de estrés en la

población estudiada se calculó en un 75%. La mayoría de dicho estrés es atribuido a situaciones familiares y/o. laborales. Por lo anterior se concluye que el estrés psicológico es un factor frecuente en pacientes con urticaria crónica y dermatografismo.

El estudio tuvo ciertas limitaciones, principalmente el tamaño de la muestra fue pequeña, debido a que la convocatoria de pacientes fue una dificultad ya que no todos se encontraban en la ciudad o no podía asistir a las citas por los diferentes compromisos que tenían.

8. Recomendaciones

Los resultados del estudio no fueron significativos debido al tamaño muestral reducido de la serie de casos estudiada, por lo que se recomienda realizar nuevas investigaciones con una mayor cantidad de pacientes para poder establecer qué tipo de relación existe entre el estrés psicológico y la urticaria crónica y/o el dermatografismo, y de esta manera poder establecer conocimientos generales que sean aplicables a toda la población con la finalidad de encontrar formas más integrales de abordar estas patologías.

9. Referencias bibliográficas

- (1) N. Schoepke, A. Mlynek, K. Weller, M.K. Church, M. Maurer. Symptomatic dermographism: an inadequately described disease. Department of Dermatology and Allergy, Allergie-Centrum-Charite, Charite – Universitätsmedizin, Berlin, Germany. DOI: 10.1111/jdv.12661 (2014).
- (2) S. Garriga-Company, M. Larador. Chronic spontaneous urticaria. Elsevier España. Medicina Clínica, Volume 142, Issue 6. (2013); Pages 275-278.
- (3) Substance P Is Upregulated in the Serum of Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. Journal of Investigative Dermatology. doi:10.1038/jid.2014.226. (2014).
- (4) L. Grip, S.-B. Lonne-Rahm, M. Holst, B. Johansson, K. Nordlind, E. Theodorsson, H. El-Nour. Substance P alterations in skin and brain of chronically stressed atopic-like mice. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2011.04443.x (2012).
- (5) V. Kormos, B. Gaszner. Role of neuropeptides in anxiety, stress, and depression: From animals to humans. journal homepage: www.elsevier.com/locate/npep. (2013); 401-419.
- (6) Guillén Escalón, M. R. Urticaria y angioedema. Revista Alergia México. (2007); 54-65.
- (7) Andrea L. SUÁREZ, J. D. Psychoneuroimmunology of Psychological Stress and Atopic. Acta Derm Venereol. 7–15. DOI: 10.2340/00015555-1188. (2012).
- (8) Álvarez Amador, G., Medeiros Marques II, R., & Curbelo Alonso, M. URTICARIAS: definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento. Hospital Miguel Alipio León. (2011).
- (9) Gaig P, O. M. Epidemiology of urticaria in Spain. J Investigation Allergology Clinical Immunology. (2004); 14-18.
- (10) Li-Min Yanga, L. Y.-J. Substance P receptor antagonist in lateral habenula improves rat. Elsevier. (2013); 22–28.
- (11) M, Vonakis; SS, Saini. New concepts in chronic urticaria. Current Opinion in Immunology, 20(6):709. (2013).
- (12) GN, Konstantinou; R, Asero; M, Ferrer; EF, Knol; M, Mauer; U, Raap;. EAACI taskforce position paper: evidence for autoimmune urticaria and proposal for defining diagnostic criteria. Allergy, 68(1):27. (2013).
- (13) P, Jacques; A, Lavoie; PM, Bedard; C, Brunet; J, Hebert. Chronic idiopathic urticaria: profiles of skin mast cell histamine release during active disease and remission. J Allergy Clinical Immunology. (1992); 89-94.
- (14) Grattan, CE; Walpole, D; Francis, DM ;Niimi, N & Dootson G. Flow cytometric analysis of basophil numbers in chronic urticaria: basopenia is related to histamine releasing activity. Clinical Experts Allergy. (1997); 27-35.
- (15) Sánchez-Saldaña, L. Urticaria crónica. DERMATOL PERU. (2012); 78-97.
- (16) Guzman, R. A. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5ta edición. México: McGraw Hill. (2013).

- (17) Wolff, K., Johnson, R. A., & Saavedra, A. P. Atlas de dermatología clínica. 7a edición. México D.F.: McGraw Hill. (2014).
- (18) Zuberbier, T. A.-J.-A.-B.-G. Guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy*.1417–1426.DOI: 10.1111/j.1398-9995.2009.02179. (2009).
- (19) Grattan CE. Aspirin sensitivity and urticaria.*ClinExpDermatol*. (2003); 123-130.
- (20) Hunkin V & Chung MC. Chronic idiopathic urticaria, psychological co-morbidity and pottstraumatic stress: the impact of alexithymia an repression. *Psychiatry Q*. (2012); 431-446.
- (21) Ben-Shoshan M; Blinderman I &Raz A. Psychosocial factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review. *Allergy*. (2013); 131-142.
- (22) Beltrani, V. S. Urticaria: reassessed. *Allergy Asthma*. (2004); 143-156.
- (23) Kemp, R. D. Allergic reactions to drugs and biological agents.*JAMA*. (1997); 456-465.
- (24) D.Laman, T. T. Cutaneous manifestations of LES.*Rheum Dis Clin North Am*. (1994). 195-208.
- (25) Kozel, M. M., & Bos, P. M. Laboratory tests and findings diagnoses in patients with physical and chronic urticaria and angioedema: a systematic review. *J Am AcadDermatol*. (2003); 409-420.
- (26) T. Zuberbier, R. A.-J. EAAIC/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy*. (2009); 64-78.
- (27) J. Kalivas, D. B. Urticaria: clinical efficacy of cetirizine in comparison with hydroxyzine and placebo. *J Allergy Clinical Immunology*. (1990); 86-99.
- (28) S. Kim, S. B. Influence of initial treatment modalitu on long-term control of chronic idiopathic urticaria. *PLoS One*. (2013); 8-21.
- (29) Kocatürk, E., Maurer, M., Metz, M., & Grattan, C. Looking forward to new targeted treatments for chronic spontaneous urticaria. *Clinical and Translational Allergy*, 7, 1. <http://doi.org/10.1186/s13601-016-0139-2>. (2017).
- (30) N. Schoepke, A. M. Symptomatic dermatographism: an described disease. *Journal European Academy of Dermatology and Venereology*, (2015); 708-712.
- (31) Wallengren J, Isaksson A. Urticarial dermatographism: clinical features and response to psychosocial stress. *ActaDermVenereol* (2007); 87: 493–498.
- (32) Taskapan O, Harmanyeri Y. Evaluation of patients with symptomatic dermatographism. *J EurAcadDermatolVenereol* 2006; 20: 58–62
- (33)Czubalski K, Rudzki E. Neuropsychic factors in physical urticaria. *Dermatologica* (1977); 154: 1–4
- (34) Vales, L Psicobiología del estrés. Manual de bases biológicas del comportamiento humano. Montevideo. Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la Republica (UCUR); (2011) .p 179-184.
- (35) Gonzalez, M. T; Landero, R. Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. México.Universidad Autónoma de Nuevo León. (2006).

- (36) Pavlovic, S. Further Exploring the Brain–Skin Connection: Stress Worsens Dermatitis via Substance P-dependent Neurogenic Inflammation. *Journal of Investigative Dermatology*. DOI:10.1038/sj.jid.5701079. (2008); 434–446.
- (37) Schwelberger, H. Histamine intolerance: Overestimated or underestimated? *Inflammation Research*. 51 – 52. DOI 10.1007/s00011-009-2004-4. (2009).
- (38) Mejía, G. S., & Espinoza, I. C. Urticaria Crónica Idiopática. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*, 1-7. (2014).
- (39) Campo A, Bustos G, Romero A. Consistencia interna y dimensionalidad de la escala de estrés percibido (EEP-10 y EE9-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichán*. 9: (2009); pp. 271-280.
- (40) Sánchez J, Amaya E, Acevedo A, Celis A, Caraballo D, Cardona R. Prevalence of inducible urticaria in patients with chronic spontaneous urticaria. *Journal of Allergy and clinical Immunology*. (2017); 5(2): 464-470.
- (41) Diaz-Corchuelo, Angelines, Cordón-Pozo, Eulogio, & Rubio-Herrera, Ramona. Percepción de estrés en personal universitario: Perceived stress in university administration and service staff. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. (2015); 11(2), 207-215. <https://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.03>.
- (42) American Psychological Association. Washington. www.apa.org. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-problema.aspx> (2016)
- (43) Grattan CE. Aspirin sensitivity and urticaria. *Clin Exp Dermatol* , 123-130. (2003)

10. Bibliografía

- A. Mlynek, R. V. A novel, simple, validated and reproducible instrument for. *Clinical and Experimental Dermatology*. (2013); 360–366. DOI:10.1111/ced.12107,
- al, O. B. The impact of chronic urticaria on quality of life. *British Journal of Dermatology*. (1997); 197-201.
- al., B. K. Substance P Is Upregulated in the Serum of Patients with. *Journal of Investigative Dermatology*. (2014); 2833–2836. DOI:10.1038/jid.2014.226.
- Andrea L. SUÁREZ, J. D. Psychoneuroimmunology of Psychological Stress and Atopic. *Acta DermVenereol*. (2012); 7–15. DOI:10.2340/00015555-1188.
- J Guillén Escalón, M. R. Urticaria y angioedema. *Revista Alergia México*, (2007); 54-65.
- Li-Min Yanga, L. Y.-J. Substance P receptor antagonist in lateral habenula improves rat. Elsevier. (2013); 22–28.
- Marcus Maurer, M. K.-J.-A. Omalizumab for the Treatment of Chronic Idiopathic or Spontaneous Urticaria. *NEJM*. (2013); 924-935. DOI: 10.1056/NEJMoa1215372.
- Mejía, G. S., & Espinoza, I. C. Urticaria Crónica Idiopática. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*. (2014); 1-7.

N. Schoepke, A. M. Symptomatic dermographism: an inadequately described. J EADV. (2015); 708–712. DOI: 10.1111/jdv.12661.

Pavlovic, S. Further Exploring the Brain–Skin Connection: Stress Worsens Dermatitis via Substance P-dependent Neurogenic Inflammation. Journal of Investigative Dermatology. (2008); 434–446. DOI:10.1038/sj.jid.5701079.

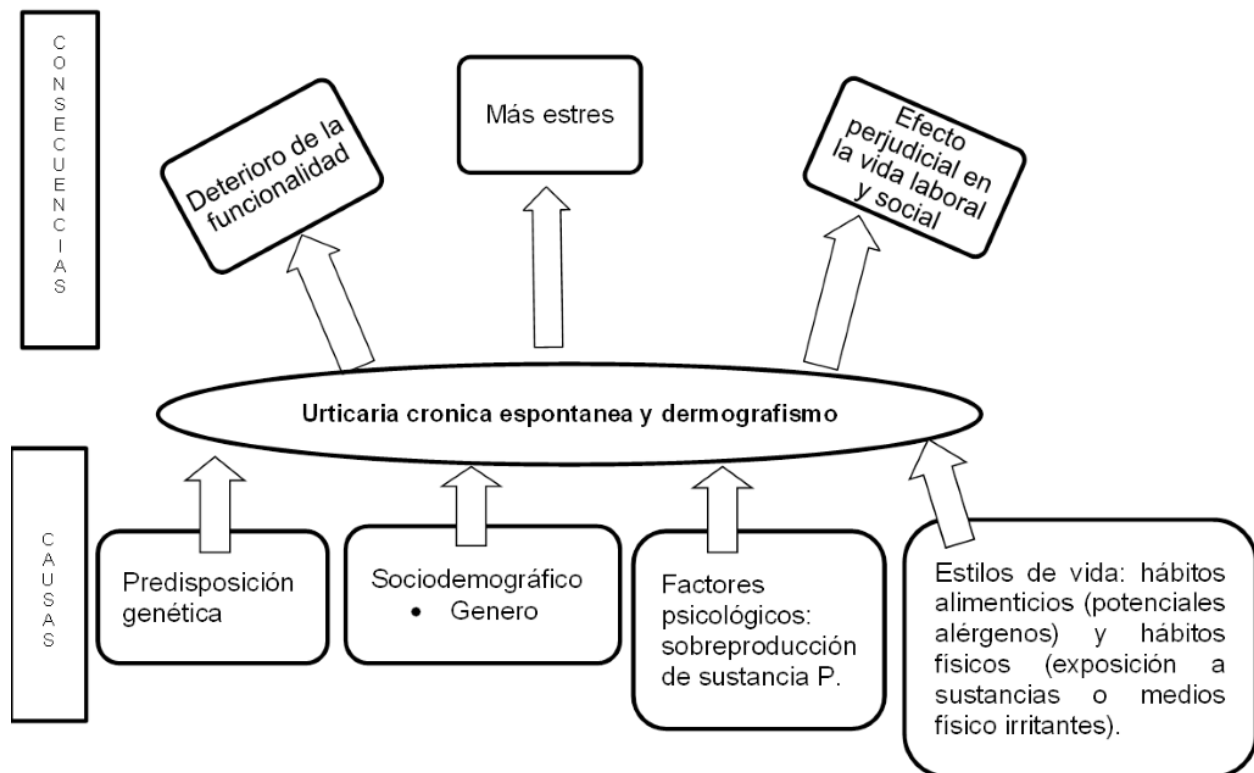
Sánchez-Saldaña, L. Urticaria crónica. DERMATOL PERU, (2012); 78-97.

Schwelberger, H. Histamine intolerance: Overestimated or underestimated? Inflammation Research. (2009); 51 – 52. DOI 10.1007/s00011-009-2004-4.

Zuberbier, T. A.-J.-A.-B.-G. Guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy. (2009); 1417–1426. DOI:10.1111/j.1398-9995.2009.02179.

11. Anexos

11.1 Anexo A: Árbol del problema.



11.2 Anexo B: Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
<u>Variables</u>	<u>Nombre</u>	<u>Definición</u>	<u>Naturaleza</u>	<u>Nivel de medición</u>	<u>Categorías</u>
<u>Caracterización del paciente</u>	<u>Edad</u>	<u>N° de años cumplidos</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>Razón</u>	<u>rango</u>
	<u>Sexo</u>	<u>de nacimiento</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>femenino (1)/masculino (2)</u>
	<u>Estrato socioeconómico</u>	<u>según residencia</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>Ordinal</u>	<u>1/2/3/4/5/6</u>
<u>Caracterización de la enfermedad</u>	<u>Estado de enfermedad</u>	<u>presencia o no de activación del sistema inmune que se manifiesta dermatológicamente</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>activa (1)/inactiva (2)</u>
	<u>Causa del primer episodio</u>	<u>factor desencadenante del primer episodio</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>exposición a desencadenante (1)/ problemas emocionales (2)/ problemas endocrinológicos (3)/ desconocida (4)</u>
	<u>Tiempo transcurrido desde el Dx</u>	<u>Tiempo desde que se hizo diagnóstico por un médico especialista</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>interval</u>	<u>< de 1 año (1) /Entre 1 y 3 años (2)/ Entre 3 y 5 años (3)/ > de 5 años (4)</u>
<u>Caracterización del episodio</u>	<u>Tiempo entre estímulo y aparición del cuadro</u>	<u>Tiempo que transcurre desde un estímulo hasta la aparición de la urticaria</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>interval</u>	<u><5minutos (1)/ 5 mins-10 mins (2)/ 10 mins- 30 mins (3)/ 30 mins- 1 hora (4)/ >1 hora (5)/ dermatografismo no reactivo (6)</u>

	<u>Momento del día en que empeora</u>	<u>Exacerbación de los síntomas de la enfermedad en el transcurso del día</u>	<u>cualitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>mañana (1)/ medio día (2)/tarde (3)/noche (4)/ no hay predominio horario (5)</u>
	<u>Duración de la lesión</u>	<u>Tiempo en minutos u horas que dura la lesión</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>interval</u>	<u>10 min- 30 min (1)/31 min- 60 min (2)/ 1 hrs- 3 hrs (3)/ 3hrs- 6 hrs (4)/ 6hrs- 12 hrs (5)/ 12hrs- 24 hrs (6)/ > de 24hrs (7)</u>
	<u>Síntomas asociados al habón</u>	<u>síntomas dermatológicos que acompañan la lesión principal</u>	<u>cualitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>prurito (1)/ calor (2)/ sequedad (3)/ taquicardia(4)/ dolor(5).</u>
	<u>Concomitancia</u>	<u>Síntomas asociados al cuadro</u>	<u>cualitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>cefalea (1)/ fiebre(2)/ edema de párpados (3)/ edema de labios (4)/ disfagia (5)/ disnea (6)/ dolor abdominal (7)/ ninguna (8).</u>
	<u>Desencadenante</u>	<u>Tipo de estímulo que lo desencadena</u>	<u>cualitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>rascar(1)/ pegar (2)/ secar (3)/ peinar (4)/ sobar (5)/ otro (6)/ no conoce estímulo (7)/ ninguno (8)</u>
<u>Recaídas</u>	<u>Frecuencia de recaídas</u>	<u>Número de recaídas al año</u>	<u>cuantitativa</u>	<u>discreta</u>	<u>ninguna (1)/< de 5 (2)/ > de 5 (3)</u>
	<u>Causa de recaída</u>	<u>Factores desencadenantes de una recaída</u>	<u>cualitativa</u>	<u>nominal</u>	<u>Falta de medicación (1)/ exposición a desencadenante (2)/ problemas</u>

					emocionales (3)/ no sabe (4)
--	--	--	--	--	------------------------------

11.3 Anexo C: Cuestionario a utilizar para medir niveles de estrés (PSS-14, versión española 2.0) (44)

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

11.4 Anexo D: Cuestionario

Frecuencia de estrés psicológico en pacientes diagnosticados con urticaria crónica espontánea y/o dermatografismo que acuden a la consulta de alergología en el primer semestre de 2017

El siguiente cuestionario hace parte de la investigación realizada por estudiantes de la universidad de Norte, en donde se busca encontrar la frecuencia de estrés en personas con diagnóstico de urticaria y/o dermatografismo.

Por favor marque con una X indicando su respuesta

Cuestionario #: ____

1. Edad: ____

2. Sexo: Hombre__ Mujer__

3. Estrato socioeconómico: 1 __ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__

4. Estado de la enfermedad: Activa__ Inactiva__

5. ¿Cuál fue la causa del primer episodio

Exposición a desencadenante__ Problemas emocionales__

6. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que le realizaron el diagnóstico de la enfermedad?

Menos de un año__ Entre 1 y 3 años__ Entre 3 a 5 años__ Más de 5 años__

7. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se produce el estímulo hasta que aparece la urticaria?

Menos de 5 minutos__ Entre 5 y 10 minutos__ Entre 10 y 30 minutos__ Entre 30 minutos y 1 Hora__ Más de 1 Hora__

8. ¿En qué momento del día empeora el cuadro?

Mañana__ Medio día__ Tarde__ Noche__

9. ¿Cuánto tiempo dura la lesión?

10-30 minutos__ 31-60 minutos __ 1-3 horas__ 3-6 horas__ 6-12 horas__ 12-24 horas__ Más de 24 horas__

10. ¿Qué síntoma asociado a lesión presenta?

Prurito__ Calor__ Sequedad__ Otro__

11. ¿Qué síntoma asociado al cuadro presenta?

Cefalea__ Náuseas__ Vómito__ Fiebre__ Otro__ Ninguno__

12. ¿Qué tipo de estímulo lo desencadena?

Rascar__ Pegar__ Secar__ Peinar__ sobar__ Otro__ No conoce estímulo__ Ninguno__

13. ¿Cuántas recaídas al año tiene?

Ninguna__ Menos de 5__ Más de 5__

14. ¿Qué le causa la recaída?

Falta de medicación__ Exposición al desencadenante__ Problemas emocionales__

15.¿Está en tratamiento actualmente?

Sí__ No__

16.Si la anterior respuesta fue Si, ¿qué tratamiento toma?

Esteroides__ Ansiolíticos__ Antihistamínicos__

17.¿Qué le causa estrés en su vida?

Trabajo__ Situación familiar__ Problemas de pareja__ Problemas económicos__
Estudios__

18.¿Tiene algún diagnóstico de otra enfermedad?

19.Si su respuesta fue si, señale cuál de las siguientes:

Hipertensión__ Diabetes__ Atopia__ Otra__

20.Señale cuál de los siguientes patologías existen en su familia: Dermografismo__
Urticaria__ Atopia__ Patología psicósomática__ Ninguna__

11.5 Anexo E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Frecuencia de estrés psicológico en pacientes diagnosticado con urticaria crónica espontánea y/o dermatografismo.

Investigadores principales: Arango Paola, Caballero Melissa, García Mariana, Quintero Andrea y Visbal Luis Fernando.

Co- investigadores: Acosta Jorge, Villalba Pedro, Scorza Enrique.

Universidad del Norte, Departamento de medicina. Km5 Vía Puerto Colombia. Atlántico/ Colombia

Naturaleza y objetivo De estudio: Estimar el nivel de estrés al que los pacientes con diagnóstico de urticaria crónica espontánea y/o dermatografismo se encontraban cuando se les realizó dicho diagnóstico. Lo anterior permitirá concluir si el estrés se encuentra relacionado con las patologías anteriormente mencionadas.

Propósito: Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en este estudio que pretende conocer la frecuencia de estrés en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica espontánea y/o dermatografismo.

Procedimiento: Si usted acepta participar se le realizará un cuestionario que medirá su nivel estrés psicológico y los resultados del mismo serán utilizados únicamente para este estudio. Además, le pedimos autorización para tener acceso a su historia clínica de donde obtendremos información relevante para este estudio.

Riesgo: Según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia la participación en el estudio supone un riesgo mínimo para el

paciente, ya que los métodos de estudio son no invasivos y el participante solo deberá responder el cuestionario para medir sus niveles de estrés.

Beneficios: Este estudio no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos pueden generar beneficio futuro para muchas personas que puedan tener alguna de estas patologías.

Voluntariedad: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. En caso de aceptar participar del estudio, usted tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento sin que esto implique alguna sanción para usted o cambio en el estándar médico de tratamiento. Si usted decide no participar usted recibirá el tratamiento médico estándar.

Confidencialidad: Si usted decide participar, lo hará de manera anónima, por lo cual no habrá problema con respecto a la confidencialidad, ya que su identificación no se relacionará con la información obtenida.

Compartir resultados: Los resultados de este estudio se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, conferencias, pero la información personal permanecerá confidencial.

Contacto: Si tiene dudas puede comunicarse con la presidenta del comité de ética Daniela Diaz, al teléfono 3509509 extensión 4282 y correo electrónico comite_eticauninorte@uninorte.edu.co.

Autorización

Estoy de acuerdo y acepto participar en el presente estudio

Para constancia, firmo a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y cédula del participante.

Declaración del investigador: Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que ha hecho le han sido contestadas. He explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha (dd/mm/aaaa) : _____

11.6 Anexo F: Cronograma

Este cronograma está escrito desde el mes de julio del 2016, hasta el mes de noviembre del presente año (2017), fecha en la que se hará entrega.

FECHA	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES
14/09/17	Contacto con asesores de contenido	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
21/09/17	Entrega de reporte oral y evidencias de avance en el trabajo al coordinador de curso	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
26/09/17	Reunión con asesores de contenido Enrique Scorza y Pedro Villalba: Definir fechas de recolección de datos, lista de pacientes, reunión con los pacientes	Enrique Scorza, Pedro Villalba, Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
29/09/17	Reunión integrante del proyecto organización de reunión con pacientes para la recolección de datos: charla, obsequios	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
9/10/17*	Recolección de datos	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
10/10/17*	Recolección de datos	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
11/10/17 – 25/10/17	Realización de trabajo final para revisión por asesores y directores	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
26/10/17	Entrega del trabajo final para revisión por asesores y directores	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
2/11/17		
9/11/17	Devolución de trabajos de jurados a los grupos para ajustes al trabajo	-Jurado -Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia,

	final según correcciones de los jurados	Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
10/11/17-21/11/17	Realización de correcciones del proyecto final	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
23/11/17	Presentación oral de proyecto de grado	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal
28/11/17	Presentación de posters o evaluación de trabajos finales	Paola Arango, Melissa Caballero, Mariana Garcia, Andrea Quintero, Luis Fernando Visbal