

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL

*[Handwritten signature]*  
17  
*[Circular stamp]*

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**TITULO: ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES  
CON TRASTORNOS DERMATOLOGICOS.**

**ALUMNO: SALVADOR FRANCO FLORES**

TUTOR METODOLOGICO

TUTOR TEORICO

*[Handwritten signature of Dr. Jorge Peña Ortega]*

*[Handwritten signature of Dra. Mirella Marquez M]*

DR. JORGE PEÑA ORTEGA

DRA. MIRELLA MARQUEZ M

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN  
PSIQUIATRIA,

2000-2001

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPTA. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

*[Handwritten signature]*  
DR. GUILLERMO RIVERA MARTINEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

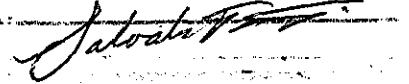
NOMBRE:

SALVADOR FRANCO FLORES

FECHA:

18-OCT-2002

FIRMA:



## ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES CON TRASTORNOS DERMATOLOGICOS.

Investigador Responsable: Dr. Jorge Peña Ortega.  
División de psiquiatría.  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Investigador principal: Dr. Salvador Franco Flores.  
Residente de la especialidad en Psiquiatría.  
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Investigador Asociado: Dra. Mirella Marquez Marin.  
Departamento de Psicología médica, Psiquiatría y Salud Mental.  
Facultad de Medicina, UNAM.

Investigador Asociado: Patricia Ramirez Iglesias.  
Pasante de Psicología,  
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Investigador Asociado: Dr. Roberto Cortez Franco.  
División de dermatología.  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Sede: Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

## INDICE

Antecedentes.....	1
Marco de referencia.....	9
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	13
Hipótesis.....	14
Objetivos.....	15
Material y método.....	15
Resultados.....	21
Discusión.....	29
Conclusión.....	33
Bibliografía.....	34

## **ANTECEDENTES. – Introducción–**

Los pacientes con enfermedades crónicas, así como todas las personas con padecimientos médicos son especialmente susceptibles a los cuadros de ansiedad y depresión. Según Silverstone hay tres factores primordiales involucrados en ésta alta incidencia: 1. La reacción psicológica del paciente frente al problema médico.; 2. La enfermedad médica y sus características propias.; 3. La terapéutica empleada para combatir la enfermedad física.(1)

Katon revisó el impacto provocado por la depresión sobre la evolución y el tratamiento de las enfermedades médicas crónicas, encontrando que el 41% de los pacientes tenían comorbilidad psiquiátrica, principalmente ansiedad y depresión, lo cual repercutía en una evolución tórpida de su padecimiento de base y reducía la eficacia del tratamiento instituido y consecuentemente un mayor desgaste físico y emocional.(2) La depresión es un trastorno muy frecuentemente reportado tanto en la población en general como en los hospitales generales y hospitales psiquiátricos (40% de los pacientes que solicitan consulta en hospitales generales padecen depresión); su prevalencia varía entre 6-13% en la comunidad, usualmente se presenta más en mujeres que en hombres proporción 2:1; después de la depresión, los síndromes ansiosos son la forma de psicopatología más frecuente en México, en la población en general se presentan con una prevalencia de 2-7%.(11)

Es conocido que los trastornos que afectan la piel y faneras, tiene implicaciones psiquiátricas, porque dan lugar a trastornos psiquiátricos o porque están influidos por factores psicógenos.(3) La importancia de los factores psicosomáticos en los trastornos dermatológicos está bien reconocida.

Se ha estimado que al menos en un tercio de los pacientes de dermatología , el manejo efectivo de la condición cutánea involucra la consideración de factores emocionales asociados.(5) Del 30 al 40% de los pacientes que consultan al dermatólogo presentan quejas que tienen componente psiquiátrico.(3,8) Iniciaremos la revisión comentando que tanto la piel como el sistema nervioso se desarrollan a partir del mismo origen embriológico ectodérmico, existen diversos puntos de interacción entre piel y psique que se ponen en evidencia en el organismo desarrollado.Los neuropéptidos como la sustancia P, el péptido intestinal vasoactivo y las encefalinas desempeñan un papel importante en la aparición de prurito, rubor y sudación, como expresión de su acción central y periférica. Esto puede explicar que en situaciones de miedo se produzca una palidez de la piel, mientras que en situaciones de vergüenza o en situaciones de ridículo exista rubor.(3,9)La piel es el órgano más accesible y suele ser el objeto de actos autolesivos o autodestructivos que ocurren en determinados trastornos psiquiátricos. Las lesiones en la piel con desfiguración importante de la apariencia del individuo pueden tener implicaciones psicosociales que requieren asistencia psicológica o psiquiátrica.(3) En la mayoría de las enfermedades cutáneas idiopáticas de evolución crónica o recurrente o de tipo inflamatorio se pueden hallar casos en los que existe una clara respuesta a factores estresantes.(3) Estas enfermedades tienen un factor psiconeuroinmunológico importante, sin embargo los factores psicopatológicos y el estrés psicosocial exacerbaban la condición general. Los trastornos psicodermatológicos se han clasificado generalmente en dos categorías: 1. Las asociaciones cutáneas en trastornos psiquiátricos, y 2. Las asociaciones psiquiátricas en T. Cutáneos; estos

últimos con una base dermatopatológica primaria pero que pueden estar influenciados en parte por factores psicosomáticos.(5)

Entre los trastornos psiquiátricos asociados a enfermedades cutáneas primarias encontramos: Psoriasis, Dermatitis atópica, liquen plano, vitiligo, Acné vulgar, Alopecia areata. Por otro lado determinadas circunstancias que provocan estrés emocional provocan un empeoramiento de enfermedades dermatológicas crónicas como la urticaria crónica, la psoriasis y el eccema.(10)

-La psoriasis .Es una enfermedad crónica recurrente de la piel con características clínicas variables: involucran la vascularidad, y la epidermis; placas en punta de alfiler y en casos graves eritrodermia, distrofia de uñas y artritis. Afecta al 1-2% de la población, en ambos sexos y lesiones iniciales en la tercera década de la vida; en la mayoría de los pacientes persisten durante toda la vida con exacerbaciones impredecibles.(41)La patogenia no está comprendida completamente involucrando mecanismo de defensa inflamatorios e inmunidad, se evidencia una predisposición genética, siendo los desencadenantes comunes factores externos: clima frío, trauma físico, infecciones bacterianas y virales, efectos farmacológicos (supresión de corticosteroides, y uso de bloqueadores beta adrenérgicos, litio).El mecanismo de exacerbación inducido por estrés involucra el sistema nervioso, endócrino e inmunitario, de tal forma que el sistema nervioso autónomo y ramas sensoriales en piel provoca liberación de la sustancia P, que inicia y mantiene una respuesta inflamatoria en las lesiones psoriáticas.(42,43) Se sabe que tienen una implicación con factores psicosociales del 40-80% de los pacientes.

El efecto de la psoriasis sobre la calidad de vida y la discapacidad psicosocial resultante, suelen ser mayores que la discapacidad física; los pacientes con psoriasis reportaron niveles de tensión significativamente más altos en comparación con controles sanos y tuvieron niveles urinarios de epinefrina más altos cuando se expusieron a situaciones de estrés,(17,18,19,20) éste se asoció con el comienzo o exacerbación de los síntomas en el 39% de los pacientes versus el 10% de los controles.(21) Un amplio rango de características psicológicas reportadas en varias investigaciones transversales que incluyen depresión alta, ansiedad, conductas obsesivas, trastorno esquizoide, trastorno evitativo, pasivo agresivo, y dificultades en la expresión de sus emociones.(5,17) No se observó ningún patrón consistente cuando se evaluó la relación entre la duración de la psoriasis y las características de personalidad; la severidad del prurito se relacionó directamente con la severidad de los síntomas depresivos; 18% de prevalencia de alcoholismo en los pacientes con psoriasis versus 2% en los controles dermatológicos.(5,22,23)

Los procesos psicoterapéuticos deben evaluar el funcionamiento social, ocupacional e interpersonal íntimo del paciente , así como el examen mental incluido el potencial de suicidio.(9,24) La mayor severidad de la psoriasis se ha asociado con un riesgo más alto de depresión e ideación suicida. Es importante evaluar las dificultades cotidianas a las que se enfrenta el paciente, especialmente en los que la reacción dermatológica reactiva al estrés.(25,26,27) Los grupos de apoyo se dirigen a explorar los sentimientos por el impacto psicosocial , reducir el aislamiento e incrementar las



habilidades de afrontamiento y la autoeficiencia pueden ser un adjunto útil a las terapias estándar.(28)

Se ha reportado que varias intervenciones psicológicas incluidas la meditación(29), el biofeedback(30) la relajación inducida por hipnosis y la psicoterapia ayudan.(17) El tratamiento con fármacos antidepresivos puede resultar de ayuda en el tratamiento del prurito y la perturbación del sueño. Es importante evaluar el consumo promedio diario de etanol del paciente evitando en factor de riesgo, el alcohol contribuye en la gravedad del prurito y las perturbaciones del sueño.(22)

### Dermatitis Atópica.

También conocida como neurodermatitis, es de evolución crónica caracterizada por prurito e inflamación y frecuentemente empieza como una erupción maculopapular prurítica y eritematosa; complicandose a liquenificación, escoriaciones e infecciones. Es común y afecta a 7 de cada mil individuos; es de igual prevalencia en hombres y mujeres, y los factores desencadenantes son la contaminación al aire libre, ácaros caseros y aditivos en los alimentos.(44)

Se conoce que probablemente los factores genéticos sean la base de la enfermedad, hay una serie de desencadenantes ambientales como la intolerancia a los alimentos, irritantes y alérgenos por contacto, ácaros del polvo doméstico, polen, mohos.

Se sabe que hasta en un 70% de los casos el comienzo de éste trastorno dermatológico puede estar precedido por eventos de vida estresantes. El estrés relacionado con la enfermedad, el interpersonal y el resultante del

medio ambiente familiar son predictores importantes de la severidad de los síntomas.(31,32,33)

La psicopatología encontrada más frecuentemente son: estados de ansiedad importante, depresión, síntomas neuróticos e hipocondriacos, con ineffectividad para manejar la ira; los pacientes atópicos con IgE sérica mayor de 100 UI/ml mostraron niveles más altos de susceptibilidad y afrontamiento menos adecuado al estrés, que los pacientes con niveles de IgE mas bajos; la severidad del prurito se relacionó directamente con la gravedad de los síntomas depresivos. (34,35,36)

La dermatitis atópica de comienzo en la niñez puede asociarse con una dinámica familiar disfuncional (20,37); en adultos, las intervenciones psicoterapéuticas que ayudaron a identificar estreses de vida y la expresión de sentimientos de ira han sido adjuntos útiles de la terapia dermatológica.(36,38)

Se han usado varias técnicas conductuales, incluidos el biofeedback y un abordaje cognitivo conductual que involucró el automonitoreo de la severidad del eccema y el manejo de las conductas de rascadura en conjunción con el entrenamiento de relajación para reducir las conductas de rascadura. Los tratamientos médicos estandar combinados con relajación progresiva e hipnosis se asociaron con una mejor evolución.(39,40)

#### Alopecia areata:

Es una pérdida de pelo no cicatrizante en placas de piel lisa típicamente bien demarcada con ruptura del tallo piloso. La pérdida de pelo, involucra el cuero cabelludo, pero puede afectar también las cejas, las pestañas, la barba y el vello corporal; variando desde una placa a pérdida total del cabello.

Estima el 1% de la población, igual en mujeres que en hombres, durante la tercera a la quinta década de la vida.(44)

Su patogenia no está completamente entendida e involucra factores genéticos e inmunológicos.

Se reconoce que eventos con un impacto negativo, como salidas de campos negativos (fallecimiento, divorcio), eventos no controlados, fueron significativamente más frecuentes en pacientes con alopecia areata que en los controles. Algunos estudios no controlados demuestran comorbilidad psiquiátrica con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizado y trastorno paranoide.(41,44)

Los factores psicosomáticos han sido importantes en el 22-29% de los niños y el 17% de los adultos con alopecia areata; se reportó que hubo problemas psicológicos presentes durante muchos años antes del comienzo de la alopecia, además de que los síntomas emocionales persisten durante muchos años después de que vuelve a salir el pelo. Una cifra definida de enfermedad psiquiátrica habla de un porcentaje del 33-93%, que vá desde la perturbación psiquiátrica severa, psicosis, trastorno de ansiedad generalizado, y trastorno paranoide.(5)

#### Acné Vulgar:

Es una enfermedad común de las glándulas sebáceas tipificada por una serie de lesiones que van de: comedón, pápulas, pústulas y el posible desarrollo de cicatrices picadas; se presenta a mediados o finales de la adolescencia; su curso es generalmente autolimitado, es más común y más severo en hombres.

Su etiología es multifactorial y una de las teorías es que por medio de la vía

del eje hipotalámico, pituitario-adrenal, el estrés conduce a niveles mas elevados de glucocorticoides y andrógenos.(41)

Algunos estudios han demostrado que el acné interfiere significativamente con el funcionamiento social y ocupacional, con asociación entre la severidad del acné, la ansiedad y la mala imagen del sí mismo.(45)

Para la sedación general del paciente atópico pueden usarse farmacos tales como ansiolíticos, antihistamínicos y tranquilizantes mayores o antipsicóticos.

Si hay síntomas depresivos sobresalientes, los medicamentos antidepresivos pueden resultar útiles en el manejo del prurito.(8,34)

Existen procesos cutáneos que responden de forma adecuada a tratamientos psicofarmacológicos, sin que exista un trastorno psiquiátrico subyacente; los antidepresivos tricíclicos han demostrado su eficacia en tratamientos dermatológicos como la neuralgia postherpética , el prurito idiopático o la urticaria crónica.(3)

El tipo de estresante puede ser externo , como dificultades económicas divorcio, muerte de algún familiar, etc. Los estresantes internos obedecerían más a enfermedad psiquiátrica del propio individuo como la ansiedad y de depresión.(3)

La consideración de la contribución de los factores psicosociales es especialmente importante cuando nos enfrentamos a un paciente difícil como serían las dificultades para mantener una relación terapéutica satisfactoria con el médico debido a la ira injustificable, belicosidad infundada o problemas con la confianza interpersonal. La no obediencia puede ser secundaria a un amplio rango de psicopatología, incluidos un trastorno depresivo mayor, un trastorno de personalidad con mecanimos de afrontamiento inmaduros en el cual el

paciente está muy envuelto en tratar de mantener su papel de enfermo.

La importancia de la dimensión psicosocial en un amplio rango de trastornos cutáneos subraya la necesidad de colaboración entre dermatólogos y psiquiatras y más investigación en éste caso.(5)

## MARCO DE REFERENCIA

Se examinó la prevalencia de depresión, acompañada algunas veces de ideación suicida en un grupo de 480 pacientes dermatológicos que tenían condiciones asociadas con desfiguración cosmética y morbilidad psicosocial.

Los pacientes completaron la escala de calificación de Carroll para depresión, instrumento autocalificado para tamizaje del síndrome depresivo clínico; dicha escala califica estado de ánimo deprimido, síntomas vegetativos, alteraciones del sueño e ideación suicida. La puntuación global de tamizaje se alcanzó con un valor de más de 10; las puntuaciones de depresión (E. de Carroll) fué, entre los hombres (n=188) versus las mujeres (n=292) de  $10.3 \pm 7.7$  vs  $9.7 \pm 7.3$  respectivamente, y no fueron significativamente diferentes.

Los resultados revelaron que los pacientes con psoriasis y lesiones extensas tuvieron los puntajes de depresión más altos, seguidos por los pacientes con acné no quístico de leve a moderado; éstos dos trastornos superaron en puntuación para depresión a alopecia areata y dermatitis atópica. La enfermedad depresiva no fué significativamente diferente entre las puntuaciones según el sexo. Los hallazgos demostraron la importante comorbilidad psicológica con trastornos dermatológicos y confirmar la importancia de reconocer éstos hechos.(5)

paciente está muy envuelto en tratar de mantener su papel de enfermo.

La importancia de la dimensión psicosocial en un amplio rango de trastornos cutáneos subraya la necesidad de colaboración entre dermatólogos y psiquiatras y más investigación en éste caso.(5)

## MARCO DE REFERENCIA

Se examinó la prevalencia de depresión, acompañada algunas veces de ideación suicida en un grupo de 480 pacientes dermatológicos que tenían condiciones asociadas con desfiguración cosmética y morbilidad psicosocial.

Los pacientes completaron la escala de calificación de Carroll para depresión, instrumento autocalificado para tamizaje del síndrome depresivo clínico; dicha escala califica estado de ánimo deprimido, síntomas vegetativos, alteraciones del sueño e ideación suicida. La puntuación global de tamizaje se alcanzó con un valor de más de 10; las puntuaciones de depresión (E. de Carroll) fué, entre los hombres (n=188) versus las mujeres (n=292) de  $10.3 \pm 7.7$  vs  $9.7 \pm 7.3$  respectivamente, y no fueron significativamente diferentes.

Los resultados revelaron que los pacientes con psoriasis y lesiones extensas tuvieron los puntajes de depresión más altos, seguidos por los pacientes con acné no quístico de leve a moderado; éstos dos trastornos superaron en puntuación para depresión a alopecia areata y dermatitis atópica. La enfermedad depresiva no fué significativamente diferente entre las puntuaciones según el sexo. Los hallazgos demostraron la importante comorbilidad psicológica con trastornos dermatológicos y confirmar la importancia de reconocer éstos hechos.(5)

Un modelo biopsicosocial de la salud, aplicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades médicas, indujeron la necesidad de crear herramientas que apoyaran los diagnósticos clínicos, entre las que se encuentran las escalas clinimétricas; de estas últimas, las más usadas para ansiedad y depresión son las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton (HAM-A y HAM-D respectivamente) y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). (12-13)

La escala de HAD fue creada por Zigmond y Snaithe en 1983 para identificar las dos formas más comunes de trastornos psicológicos en el ambiente de pacientes medicamente enfermos, para lo cual se evitaron incluir los síntomas somáticos de ansiedad y depresión. En la actualidad su función clínica es la de identificar estados de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades médicas ya sean hospitalizados o ambulatorios, y de ser necesario puede ser utilizado para identificar cambios en cuanto a los trastornos mencionados. (14,15)

Dado el gran volumen de pacientes que se atienden en hospitales generales, el HAD se diseñó como un instrumento autoaplicable, con la intención de que no se requiriera forzosamente la presencia de un psiquiatra durante la entrevista. (6,15).

Además de HAD existe otros instrumentos autoaplicables que sirven para medir disfunción de orden psicológico; el primero de ellos es el cuestionario general de salud (GHQ), el cual no mide trastornos específicos, sino más bien mide malestar; la escala de depresión de Zung (ZDS) y su modificación abreviada, el inventario de depresión de Wakefield (WDI) tiene el

inconveniente de que investigan exclusivamente depresión y tienen una sensibilidad muy baja; por su parte los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (BAI BDI) tienen el problema de que incluyen varios ítems sobre aspectos somáticos de los trastornos que evalúan, lo cuál es un factor de confusión al calificar a pacientes medicamente enfermos; por otra parte la escala geriátrica de depresión (GDS) se ha validado exclusivamente en pacientes ancianos. Tomando en cuenta lo anterior el HAD es, a la fecha el instrumento más adecuado para evaluar ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad somática.(14)

El formato del HAD contiene dos subescalas de siete items cada una: ansiedad y depresión. Cada reactivo tiene cuatro respuestas posibles que puntúan de cero a tres, ya que se consideró por los autores (panel de expertos que establecieron la validez del instrumento) que era más fidedigno preguntar al paciente "¿qué tanto?" en lugar de "¿tiene?", y están ordenadas de tal forma que se evita que el paciente responda un punto medio en cada reactivo. La escala vá precedida de instrucciones sencillas para ser contestado.(15) En general el tiempo que requiere el paciente para responder las 14 preguntas del HAD es de 2 minutos y se ha reportado que al menos el 95% de los pacientes a quienes se les requiere para contestar lo hace adecuadamente. (34,16)

En cuanto a la confiabilidad interna del HAD, se han reportado alfa de Cronbach que van de 0.80 a 0.84 en la subescala de ansiedad; de 0.71 a 0.86 en la subescala de depresión y de 0.82 a 0.9 para la escala completa.(38) Con respecto a la confiabilidad externa, la estabilidad de test-retest expresada como coeficiente de correlación (Pearson) es de 0.89 para la subescala de ansiedad, 0.86 para la subescala de depresión y 0.91 para la escala completa ( $p < 0.001$ ) (16)



El instrumento para identificar sujetos ansiosos o deprimidos, debe dicotomizar el puntaje ordinal de la escala a partir de un punto de corte establecido; si es necesario identificar a todos los pacientes aún a expensas de falsos positivos se usará un punto de corte bajo, mientras que en otras circunstancias para obtener un número reducido de pacientes severamente afectados, se recomienda usar un punto de corte más alto. (14,15)

Los autores sugieren que para un tamizaje (probable caso), se utilice un punto de corte en 8 (sensibilidad=56%, especificidad=82%, valor predictivo positivo=43%), mientras que para establecer diagnósticos recomienda un punto de corte de 11 (sensibilidad=50%, especificidad=92%, valor predictivo positivo=75%) (16)

En México, Walley y Ortega Soto llevaron a cabo el estudio de validación del HAD en pacientes quemados, encontrándose en la subescala de ansiedad una sensibilidad de 62% y especificidad de 58% con punto de corte en 8; mientras que con un punto de corte en 10, se calculó sensibilidad de 18.7% y especificidad de 75%. Respecto para la subescala de depresión se encontró para el punto de corte en 8, sensibilidad del 60%, con especificidad de 57%, mientras que con el punto de corte en 10 se encontró sensibilidad de 48% y especificidad de 70%.(6)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ cuál es la frecuencia con que se presentan síntomas de ansiedad y depresión en una población de pacientes dermatológicos de la consulta externa en un Hospital General?

¿ Existen diferencias en las puntuaciones de la escala de HAD entre un grupo de pacientes con diferentes trastornos dermatológicos?

## JUSTIFICACION.

La población mexicana está compuesta por diferentes etnias, mestizajes y grupos sociales lo cual dificulta conocer la comorbilidad existente entre padecimientos dermatológicos y trastornos psiquiátricos afectivos. En la literatura mexicana no existe información sobre estudios que demuestren la prevalencia de la depresión y la ansiedad presentes en padecimientos dermatológicos, que justifique su manejo multidisciplinario. Existen entidades nosológicas dermatológicas, clásicamente descritas en la literatura extranjera en asociación con trastornos emocionales, por ésto es necesario ahondar en el conocimiento de la correlación de enfermedades como psoriasis y acné con factores emocionales.

Es importante reconocer los síntomas psiquiátricos cuando corresponden a verdaderas entidades nosológicas (T. Depresivos y ansiosos); dichos síntomas

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ cuál es la frecuencia con que se presentan síntomas de ansiedad y depresión en una población de pacientes dermatológicos de la consulta externa en un Hospital General?

¿ Existen diferencias en las puntuaciones de la escala de HAD entre un grupo de pacientes con diferentes trastornos dermatológicos?

## JUSTIFICACION.

La población mexicana está compuesta por diferentes etnias, mestizajes y grupos sociales lo cual dificulta conocer la comorbilidad existente entre padecimientos dermatológicos y trastornos psiquiátricos afectivos. En la literatura mexicana no existe información sobre estudios que demuestren la prevalencia de la depresión y la ansiedad presentes en padecimientos dermatológicos, que justifique su manejo multidisciplinario. Existen entidades nosológicas dermatológicas, clásicamente descritas en la literatura extranjera en asociación con trastornos emocionales, por ésto es necesario ahondar en el conocimiento de la correlación de enfermedades como psoriasis y acné con factores emocionales.

Es importante reconocer los síntomas psiquiátricos cuando corresponden a verdaderas entidades nosológicas (T. Depresivos y ansiosos); dichos síntomas

pueden ser comunes a los padecimientos dermatológicos, finalmente el resultado será una mejor clasificación diagnóstica y el empleo del tratamiento adecuado.

El impacto psicosocial de los trastornos dermatológicos puede resultar en un estrés cotidiano significativo para el paciente, secundarios a la desfiguración cosmética y al estigma social. A la larga el estrés crónico repercute en el sistema inmune y en el afecto, éste último principalmente en los pacientes con pobres mecanismos de afrontamiento, mayor tendencia a querer la aprobación de los demás y una mayor dificultad en la expresión de la ira.

Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante establecer un adecuado diagnóstico de ansiedad y depresión asociados a la enfermedad de base de carácter crónico principalmente; todo ello favorecería un manejo multidisciplinario adecuado, mejorando consecuentemente la calidad de vida del paciente.

## HIPOTESIS.

Los pacientes con trastornos dermatológicos de mayor consulta como son la psoriasis, acné, dermatitis atópica, alopecia areata y vitiligo; de los cuales es conocida la mayor comorbilidad psiquiátrica, presentan mayor prevalencia de ansiedad y depresión que otros trastornos dermatológicos menos frecuentes.

pueden ser comunes a los padecimientos dermatológicos, finalmente el resultado será una mejor clasificación diagnóstica y el empleo del tratamiento adecuado.

El impacto psicosocial de los trastornos dermatológicos puede resultar en un estrés cotidiano significativo para el paciente, secundarios a la desfiguración cosmética y al estigma social. A la larga el estrés crónico repercute en el sistema inmune y en el afecto, éste último principalmente en los pacientes con pobres mecanismos de afrontamiento, mayor tendencia a querer la aprobación de los demás y una mayor dificultad en la expresión de la ira.

Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante establecer un adecuado diagnóstico de ansiedad y depresión asociados a la enfermedad de base de carácter crónico principalmente; todo ello favorecería un manejo multidisciplinario adecuado, mejorando consecuentemente la calidad de vida del paciente.

## HIPOTESIS.

Los pacientes con trastornos dermatológicos de mayor consulta como son la psoriasis, acné, dermatitis atópica, alopecia areata y vitiligo; de los cuales es conocida la mayor comorbilidad psiquiátrica, presentan mayor prevalencia de ansiedad y depresión que otros trastornos dermatológicos menos frecuentes.

## OBJETIVO

1. Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con trastornos dermatológicos.

2. Analizar si existen diferencias en la prevalencia de manifestaciones afectivas entre un grupo de pacientes (casos); contra otro grupo (control); de poblaciones diferentes de trastornos dermatológicos.

2.1 Determinar la prevalencia en un grupo de pacientes con: Psoriasis, Dermatitis atópica, alopecia areata, acné y vitiligo (estudio).

2.2 Determinar la prevalencia en un grupo de pacientes con el resto de la población de padecimientos dermatológicos diferentes a los primeros. (control)

## MATERIAL Y METODO.

### DISEÑO.

Se trata de un estudio transversal, comparativo, exploratorio (escrutino), observacional; en pacientes a los cuales son conocidos con historia de enfermedad o que son diagnosticados de primera vez por un trastorno dermatológico a los cuales se les aplicó la escala HAD.

## OBJETIVO

1. Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con trastornos dermatológicos.

2. Analizar si existen diferencias en la prevalencia de manifestaciones afectivas entre un grupo de pacientes (casos); contra otro grupo (control); de poblaciones diferentes de trastornos dermatológicos.

2.1 Determinar la prevalencia en un grupo de pacientes con: Psoriasis, Dermatitis atópica, alopecia areata, acné y vitiligo (estudio).

2.2 Determinar la prevalencia en un grupo de pacientes con el resto de la población de padecimientos dermatológicos diferentes a los primeros. (control)

## MATERIAL Y METODO.

### DISEÑO.

Se trata de un estudio transversal, comparativo, exploratorio (escrutinio), observacional; en pacientes a los cuales son conocidos con historia de enfermedad o que son diagnosticados de primera vez por un trastorno dermatológico a los cuales se les aplicó la escala HAD.

## DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

La muestra se tomó de la población general de consulta externa dermatológica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", durante el periodo comprendido entre el mes de septiembre y diciembre del 2000. Los pacientes se seleccionaron como fueron llegando a su consulta ya sea de primera vez o subsecuente; y tras tener definido un diagnóstico dermatológico, se entrevistaron, aplicándoles una hoja de datos generales y la escala de HAD, previa autorización del paciente otorgándole explicación y objetivos de la investigación; el tiempo estimado para dicha aplicación fue de 10 minutos para cada paciente. El tamaño de la muestra se calculó tomando una proporción de la población de 10%, por la prevalencia de depresión y ansiedad en la población en general, resultando con un intervalo de confianza de 1-alfa 0.9 un total de 67 pacientes; y con una proporción de población de 30% por la prevalencia conocida de depresión y ansiedad en la población médicamente enferma, resultando con un intervalo de confianza de 1-alfa 0.90 un total de 81 pacientes.

La forma de asignación de los casos fue de forma secuencial, tomando los pacientes como se presenten en la consulta, aplicando la hoja de registro de datos y la escala, en una sola ocasión.

Considerando para beneficio del estudio se aplicaron los instrumentos diagnósticos a una población total de 130 pacientes diagnosticados con Psoriasis, Alopecia Areata, Acné, Dermatitis Atópica y Vitiligo (casos) que fueron comparados con 100 pacientes del resto de trastornos dermatológicos (controles). Habiéndose obtenido un total de 230 pacientes.



## CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión: 1. Edad igual o mayores de 18 años.

2. Cualquier sexo.

3. Contar con un Dx dermatológico establecido por médico especialista: Psoriasis, Acné, Vitiligo o Dermatitis Atópica. (Grupo 1, casos)

4. Contar con un Dx dermatológico diferente al primer grupo establecido por médico especialista en el total de la población. (Grupo 2 controles)

5. Aceptar ser entrevistado.

6. Pacientes que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión: 1. Mal estado general que impidiera la entrevista.

Criterios De Eliminación: Los pacientes que no completaron las escalas o que se negaron a participar.

## VARIABLES.

VARIABLES dependientes: Puntajes en las escalas de HAD.(Ansiedad y Depresión) ordinales;, Diagnóstico de ansiedad y depresión; diagnósticos dermatológicos ( Psoriasis, Dermatitis Atópica, Vitiligo, Acné) ordinales.

VARIABLES Independientes: Sexo (dicotómica), edad (ordinal), escolaridad (ordinal).

## PARAMETROS DE MEDICIÓN Y PARÁMETROS ESTADÍSTICOS.

Se aplicó el instrumento (escala) a 230 pacientes, después de haber terminado su consulta dermatológica, por médicos especialistas.

1. Encuesta de sexo (masculino/femenino); edad (años cumplidos); escolaridad (básica, media básica, media técnica, superior); religión (diferente); trastorno dermatológico (psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata, acné, vitiligo, y otros diagnósticos dermatológicos).

2. Aplicación de la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)

Contiene 2 subescalas de siete Items cada una : ansiedad y depresión. Cada reactivo tiene 4 respuestas posibles que puntúan de 0 a 3 ; la escala va precedida de instrucciones sencillas para ser contestada. En general el tiempo que requiere el paciente para responder las 14 preguntas del HAD es de 2 minutos y se ha reportado que al menos el 95% de los pacientes a quienes se les requiere para contestar, lo hacen adecuadamente.(14,16)

Las variables diagnósticas de ansiedad y depresión, fueron medidas tomando en cuenta el punto de corte diagnóstico de 10 puntos, calificándose a los pacientes como presente o ausente en cada una de las patologías respectivamente.

Se presentó el protocolo ante asesores del proyecto, al jefe del servicio de dermatología y al comité de ética e investigación del H.Gral. "Dr Manuel Gea Gonzalez". Después de aceptado procedimos a determinar de 1-2 horas al día durante el periodo de tiempo que comprende al horario de consulta dermatológica diaria, con la afluencia de pacientes mas importante y dependiendo de la demanda de consulta, al azar; se esperó a la determinación diagnóstica del padecimiento dermatológico por parte del médico residente de dermatología, para después pedir al paciente su colaboración y aplicar la hoja de registro de datos y la escala HAD, considerando un tiempo de 5 minutos aproximadamente para cada paciente, Se contó con el número de pacientes suficientes que completaron la muestra en un intervalo de tiempo de 2-3 meses, designando 1 hora diaria toda la semana.

Se calculó un numero de 230 pacientes que terminaron de contestar los instrumentos.

La validación de los datos y el análisis descriptivo de los datos se utilizaron frecuencias relativas e indice de tendencia central (media); y dispersión (desviación estándar); se realizó utilizando estadística inferencial Prueba de Chi-cuadrada; Dermatopatía. ( Psoriasis, Dermatitis atópica, Alopecia Areata, Vitiligo y Acne) con porcentajes.

Edad: Años, con promedios y desviación estandar.

Sexo: masculino y femenino, porcentajes.

Escolaridad: Básica, Media básica, media técnica, superior. porcentajes ,

Edo. Civil: Soltero, Casado, viudo y divorciado, o porcentajes.

Depresión: Presente o ausente tomando en cuenta un punto de corte de 10 en adelante; porcentajes.

Ansiedad: Presente o ausente tomando un punto de corte de 10 en adelante; porcentajes. Por tratarse de un estudio de casos y controles se utilizaron escalas de medición ordinales y chi cuadrada. Se usaron tablas con barras y líneas para la presentación de los resultados.

## CONSIDERACIONES ETICAS.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Fracción II: Investigación con riesgo mínimo.

## RESULTADOS.

Se entrevistaron un total de 230 pacientes:

A continuación se resumen los principales datos descriptivos de los pacientes estudiados y sus características demográficas; se encontro una distribución por sexo en el grupo 1 (casos), el masculino ocupó el 32.69% y el femenino el 62.30%; teniendo una proporción 1:2. La distribución correspondiente al grupo 2 (control) los datos fueron 22% para el sexo masculino y 78% para el femenino, con proporción 1:3. Tabla 1

Tabla.1

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES (MUESTRA POBLACIONAL)

Distribución por grupo de las variables demográficas. (SEXO y EDAD)

Caract.	Grupo 1.No.	(%)	M	DE	Grupo 2. No.	(%)	M	DE
Mas.	49	(37.69)			22	(22)		
Fem	81	(62.30)			78	(78)		
Edad			31	+12.68			38.4	+13.0
N total	130	(100)			100	(100)		

Grupo 1 (casos)

Grupo 2 (controles)

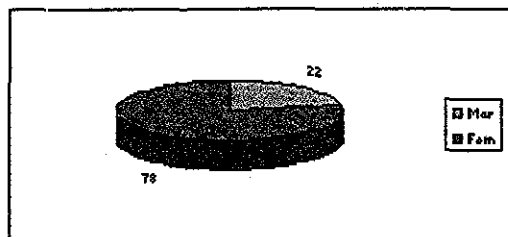
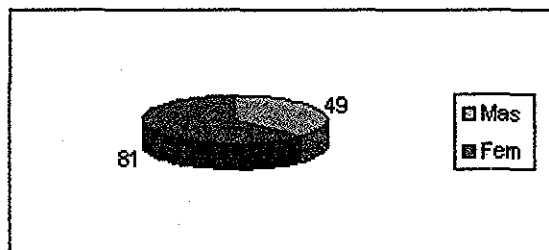
M=media; DE= desviación estandar.

Características sociodemográficas de los pacientes (muestra poblacional)

Distribución por grupo de las variables demográficas Sexo y edad

Grupo 1

Grupo 2.



Tab 1 muestra la distribución de edad por grupo de estudio, teniendo en el grupo 1 ( Casos) una media de 31 años, con desviación estandar de + - 12.68 años, mientras que para el grupo 2 (controles) la media fué de 38.46 años y desviación estandar de + - 13.05

La edad mínima registrada fué de 18 años y la máxima de 76 años en el grupo 1 . Para el grupo 2, la edad minima registrada fue de 18 años y la máxima de 77 años.

Estos resultados no evidencian diferencias entre los dos grupos, respecto al sexo y a la edad, debido a que son muestras tomadas de la misma población de pacientes que demandan la consulta de dermatología.

Tabla 2 respecto a la escolaridad, en el grupo 1 (Casos), mas alto para la educación media básica con 37.69% , para la Básica de 35.38%, y finalmente la media técnica y superior con 10.76% y 16.15% respectivamente; para el grupo 2 (control); la mayoría corresponde a la educación básica con el 50%, media básica con el 26%, superior con 16% y media técnica con 8%. Ofreciendo un panorama global de cómo estaban los pacientes en relación a la iniciativa de percibir consulta médica y la manera de afrontar la enfermedad; solo se encontraron diferencias en escolaridad para el grupo 1 de pacientes, el cual presento mayor porcentaje en la escolaridad media básica.

Respecto al Edo. Civil, en ambos grupos de pacientes es más frecuente el estado de soltero: 62.30% ( grupo 1) y 46% (grupo 2) existiendo diferencias entre los dos grupos; aunque en el resto, el estado civil es muy semejante en un poco menos de la mitad de los pacientes en ambos grupos. Tabla 2

Tabla 2

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES (MUESTRA POBLACIONAL)**

Distribución por grupo de las variables demográficas (escolaridad y estado civil)

<b>Escolaridad</b>	<b>Grupo 1 No.</b>	<b>(%)</b>	<b>Grupo 2 No.</b>	<b>(%)</b>
Básica	46	(35.38)	50	(50)
Media Básica	49	(37.69)	26	(26)
Media Técnica.	14	(10.76)	8	(8)
Superior.	21	(16.15)	16	(16)
<b>Edo.Civil.</b>				
Casado	40	(30.76)	44	(44)
Soltero	81	(62.30)	46	(46)
Viudo	3	(2.30)	2	(2)
Unión Libre	4	(3.70)	8	(8)
Divorciado	2	(1.53)	0	(0)

Grupo 1 (Casos) y Grupo 2 (controles)

N=total.

La demanda de pacientes del servicio de la consulta externa de dermatología se presentó un determinado número de pacientes, mismos que fueron entrevistados, aplicándoles la escala de HAD con sus subescalas para ansiedad y depresión; encontrándose que los pacientes que resultaron positivos para ansiedad fueron : 74(56.92%) en el grupo 1 y 43(43%) en el grupo 2.

Los pacientes que resultaron positivos en la subescala para depresión fueron: 43(33.07%) en el grupo 1 y 33(33%) en el grupo 2. La escala de HAD en sus respectivas subescalas fue calificada con un punto de corte de 10 que es suficiente para hacer diagnóstico. Tabla3

Tabla 3

FRECUENCIAS OBSERVADAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS.

Total de pacientes positivos, en los puntajes de la Escala de HAD (ansiedad y depresión)

	Grupo 1 No.	(%)	Grupo 2 No.	(%)
Ansiedad	74	(56.92)	43	(43)
Depresión	43	(33.07)	33	(33)
N=total	117		76	

N total Grupo 1 =130; n total Grupo 2 =100.

Punto de corte en las subescalas de HAD= 10

Se encontró una distribución diferente en el total de casos por enfermedad en ambos grupos, lo cual demuestra las diferencias existentes también por enfermedad dermatológica, en relación a la prevalencia de alteraciones psiquiátricas de ansiedad y depresión. Tabla 4

Tabla 4

FRECUENCIAS OBSERVADAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, COMPARACIÓN ENTRE DX. DERMATOLÓGICO . GRUPO 1.

Total de pacientes positivos, en los puntajes de la escala de HAD

	No.	%	ANSIEDAD	%	DEPRESIÓN	%
Psoriasis	22	16.92	14	63.63	11	50.00
Derm. Atop	12	9.23	7	58.33	5	41.66
Acné	63	48.46	29	46.03	17	26.98
Vitiligo	29	22.3	21	72.41	9	31.03
Alop.Areata	4	3.07	3	75.00	1	1.00
total	130		94		43	

N de grupo 1= 130

Punto de corte para las subescalas de ansiedad y depresión= HAD= de 10



En el caso del acné que fué la patología mas frecuente , 63 pacientes de los cuales, 29 resultaron positivos para ansiedad, y 17 para depresión . En segundo lugar el vitiligo con un total de 29 pacientes de los cuales 21 presentaron ansiedad y 9 depresión, psoriasis con 22 pacientes de los cuales 19 con ansiedad y 11 con depresión.

Los casos menos frecuentes fueron la dermatitis atópica y la alopecia areata con 12 y 4 pacientes respectivamente, siendo un total entre las dos enfermedades de 10 pacientes con ansiedad y 6 con depresión.

Estos datos son descriptivos de los observado en la muestra poblacional registrados en tiempo y momento inespecífico, es decir fueron escogidos al azar; conforme fueron llegando los pacientes a solicitar consulta de primera vez o subsecuente. Tabla 4

La tabla 5 muestra el resto de la patología ubicada en el grupo (controles) en los totales de los pacientes que demandaron servicio de consulta, durante el periodo de estudio. Como patología mas frecuente en este segundo esta la dermatitis por contacto (14 pacientes), con 5 pacientes positivos para el Dx de ansiedad y 3 para depresión; en segundo lugar Melasma (13 pacientes) resultando de ellos 5 pacientes positivos para ansiedad y 6 para depresión-

Por otra parte en este mismo periodo de tiempo se presentaron a consulta casos aislados que se puntualizaron en un paciente, mismo que resultó positivo para ansiedad y para depresión, como fué el caso del Ca basocelular, pseudoacantosis y lepra.

Tabla 5

FRECUENCIAS OBSERVADAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, COMPARACIÓN ENTRE DX. DERMATOLÓGICOS. GRUPO 2

Total de pacientes positivos, en los puntajes de la escala de HAD

Dx. Dermatológicos.	No.	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
Derm.Contac	14	5	3
Melasma	13	5	6
Verrug. Vulg	7	0	1
Derm.Seborr.	8	5	2
Onicomycosis	8	2	2
Derm Solar	7	2	1
Verrug. Plana	6	3	1
Liquen. Simpl	5	2	3
Neofoma.	3	2	0
Tiña.Corp.	3	1	2
Hiperp. Sebac	1	1	0
Penfigo Vulg.	4	4	3
Hiperqueratos.	3	1	2
Derm Les	2	2	0
Urticaria	2	1	0
Herpes Simpl	2	1	0
Alopec.Cicatr.	2	1	1
Queloides	1	0	0
Quemadura	1	0	0
Melanoma	1	0	0
Granuloma	1	0	0
Pseudoacant.	1	1	1
Lepra	1	1	1
Vasculitis	2	2	2
Eccema	1	0	1
Ca. Basocel	1	1	1
<b>Total.</b>	<b>No. 100</b>	<b>43</b>	<b>33</b>

N de grupo 2= 100

Punto de corte para las subescalas de ansiedad y depresión (HAD)= 10

Resalta el hecho de que los grupos 1 y 2 en el caso de ansiedad, si muestran diferencias significativas de comportamiento en comorbilidad; dando cuenta secundariamente la asociación como factores psicógenos en los casos de trastornos dermatológicos del grupo 1 (Casos). Tabla 6

Al hacer el análisis comparativo entre grupos, el valor calculado para Chi-cuadrada de 4.35 mayor que el valor crítico de 3.841 con un nivel de significancia de 0.05, mostró una relación significativa entre los pacientes con trastornos dermatológicos y el nivel de ansiedad; siendo su presentación mas frecuentes en el grupo 1 con un 56.92%, contra el 43% en el grupo 2. Tabla 6

Tabla 6  
 FRECUENCIAS OBSERVADAS DE ANSIEDAD, COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS.(Tabla de contingencias)  
 Total de pacientes positivos y negativos, en los puntajes de la subescala de ansiedad (HAD).

ANSIEDAD	Grupo 1 (Casos)	Grupo 2 (controles)
Positivos	74	43
Negativos	56	57
N.	130	100

Se utilizo la escala de HAD-ansiedad, con punto de corte de 10  
 Se cálfico la escala como positiva a partir de éste punto de corte en adelante.

Chi cuadrada=4.35

p<0.05

En los casos de depresión resalta el hecho de que la depresión pese a que está presente en un número importante de pacientes, evidenciada en las tablas descriptivas, con un total de : Grupo 1=43 pacientes (33.07%), Grupo 2=33 (33%) pacientes; resultando sin diferencias significativas entre los grupos y por ello sin un factor agregado (T. Depresivo) que evidencie un valor suficientemente, en el caso de estudios epidemiológicos; al realizar el análisis comparativo entre grupos, el valor de Chi-cuadrada de 0.000162 fue menor que el valor crítico de 3.841 con nivel de significancia de 0.05; no mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos y por lo tanto una relación entre depresión y trastornos dermatológicos.

Tabla 7

Tabla 7  
FRECUENCIAS OBSERVADAS DE DEPRESIÓN, COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS. (Tabla de contingencias)

Total de pacientes positivos y negativos, en los puntajes de la subescala de depresión (HAD).

DEPRESION.	Grupo 1 (Casos)	Grupo 2 (Controles)
Positivo	43	33
Negativo	87	67
n	130	100

Se utilizó la escala de HAD-depresión, con un punto de corte de 10. Se calificó la escala como positiva, a partir de éste punto de corte en adelante.

Chi cuadrada=0.000162

p<0.05

## DISCUSIÓN.

Las características de los pacientes entrevistados son representativas de la población que acude a el H. Gral “Dr. Manuel Gea Gonzalez” para su atención; es decir, personas entre los treinta y cuarenta años, con promedios de edad de 31 y 38.46 (grupo 1 y Grupo 2) cuya desviación estandar es amplia en los dos casos; con predominio en la frecuencia de asistencia médica en el sexo femenino, proporción 1:2 (grupo 1) y 1:3 (grupo 2) sin diferencias entre los grupos respecto a ésta proporción, al igual que Madhulika et al en 1996 y Gupta MA en 1998, tampoco se encontraron valores significativos respecto al sexo; la escolaridad en ambos grupos cayo en aprox el 50 % de los pacientes en los dos grupos en Básica y media Básica, el estado civil tambien tuvo un comportamiento similar.

La enfermedad médica implica varios factores estresantes tanto por los síntomas de enfermedad como por las características propias en la historia natural (cronicidad); la reacción psicológica en los mecanismos de afrontamiento frente a la enfermedad, justifican la necesidad de estudiarlos con fines terapéuticos.

En nuestro estudio la prevalencia de ansiedad fueron del 50.8% y a de depresión de 33.04%, en el total de la muestra, no se puede dejar de tomar en cuenta los porcentajes totales para reconocer el impacto que tiene en los pacientes en algún tipo de alteración dermatológica; como define Rojo et al, del 30-40% de los pacientes que consultan al dermatólogo presentan quejas que tienen un componente psiquiátrico; la revisión más reciente de origen

internacional es la de Madhulika et al en 1996, quien en un apartado de su trabajo hablaba de las asociaciones psiquiátricas en trastornos cutáneos, dejando claro que son conocidas las repercusiones afectivas principalmente en psoriasis, acné, dermatitis atópica y alopecia areata, entre estas patologías encuentro en un 30 a 70% las asociación con factores estresantes y manifestaciones afectivas, teniendo una base fisiológica ya conocida entre el estrés prolongado que repercute en el sistema inmunoendócrino mismo que de alguna manera está ligado a éstas enfermedades, algunas de ellas de carácter idiopático y genético.

En nuestro estudio encontramos la prevalencia antes mencionada distribuida entre la mayor cantidad de casos dermatológicos, incluidos en las cinco principales patologías que seleccionamos en el grupo 1 (Casos); para el acné ( ansiedad 46.03%,depresión 26.98%); vitiligo (ansiedad 72.41%, depresión 31.03%); psoriasis (ansiedad 63.63, depresión 50%); dermatitis atópica (ansiedad 58.33%,depresión 41.66%) y alopecia areata (ansiedad 75%,depresión 1%) del total del grupo, mientras que para el grupo 2 los porcentajes son mas bajos, siendo un número mas grande de padecimientos; En éste sentido es difícil hacer la comparación de nuestros resultados con otro estudio en nuestro país, siendo necesario conocer la situación real de ésta comorbilidad que no se ha descrito en literatura nacional concretamente.

Gupta MA et al, realizó en 1998 el más reciente estudio donde midieron los trastornos depresivos pero comparándolos entre entidades nosológicas dermatológicas de manera individual en psoriasis, dermatitis atópica y alopecia areata, encontrando diferencias significativas en la presencia de depresión además síntomas vegetativos e ideación suicida, utilizando varios instrumentos diagnósticos.

Conocimos la diferencia entre dos grupos de trastornos dermatológicos teniendo que la ansiedad tuvo valores significativos, que pudieran incluso agravar los síntomas de la enfermedad de base, surgiendo la necesidad de ofrecer manejo de orden psiquiátrico a éstos pacientes. Es la ansiedad inherente al primer grupo, a diferencia del segundo y secundariamente entonces pudiera reconocerse como factor de riesgo en la evolución de la enfermedad dermatológica.

Mientras que en la depresión la diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa, teniendo al parecer un comportamiento muy parecido en los porcentajes, donde sí se observan casos positivos para ésta enfermedad psiquiátrica; resultando difícil la comparación.

Secundariamente, en lo que respecta a nosotros como psiquiatras y como médicos no debemos hacer a un lado nuestros conocimientos sino tratar de integrarlos para ayudar al paciente, y en la influencia que podemos tener en el apoyo social y mecanismos de afrontamiento en todas las enfermedades y en general, todas las situaciones generadoras de estrés. Nuestro estudio debe dar paso a generar una línea de investigación, que desde el punto de vista epidemiológico son necesarios para resolver el problema y para ofrecer un manejo integral, manejo que a la postre sólo trae beneficios principalmente en el paciente y secundariamente al médico que cuenta con mayores recursos para ofrecer.

Se podría contemplar la realización del estudio tomando en cuenta solo al grupo 1 (casos) cuyas enfermedades dermatológicas, se conoce más acerca de su asociación con manifestaciones depresivas; haciendo las comparaciones de manera individual entre ellas, esperando quizás un

resultado parecido al de Gupta MA en 1998, quien si tuvo diferencias significativas y asociaciones incluso con manifestaciones de ansiedad e ideación suicida.

Por otra parte, esto último nos hace pensar que tanto el momento agudo y estrés pudiera estar pasando el paciente que cursa con un trastorno dermatológico, que dados los síntomas de ansiedad, se pudieran estar enmascarando los síntomas depresivos. Sin duda que etapa o fase de la enfermedad puede influir de importante manera en síntomas afectivos, y esto mismo también pudiera dar paso a segundas investigaciones.



## CONCLUSIONES.

Para poder realizar estudio sobre factores etiológicos que tengan importancia clínica y terpeútica de alteraciones psiquiátricas en enfermedad médica; es necesario conocer su existencia de comorbilidad, desde el punto de vista epidemiológico y a nivel nacional.

Entonces el individuo como unidad biopsicosocial se vé influido por varios factores de ese mismo orden que interactúan entre sí para dar el equilibrio a la enfermedad.

Se evidencio en el estudio cifras de prevalencia para ansiedad muy similares a las encontradas en la literatura extranjera, lo cual hace necsario un manejo interdisciplinario y el mayor conocimiento de los médicos de otras especialidades de reconocer los padecimientos psiquiatricos clínicamente. En el caso de la depresión encontramos porcentajes importantes a considerar, pero los grupos en comparación no tuvieron diferencias estadísticas; siendo necesario un enfoque distinto en un segundo estudio, tomando diferentes grupos comparativos ( contra la población en general o entre patología dermatológicas individuales).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Silverstone P: Concise assessment for Depression: a Brief screening approach to Depression in the medically ill. *J Psychosomatic Res.*, 1996;42:161-70
2. Katon W: The Impact of Major Depression on Chronic Medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 1993; 15:69-74.
3. Rojo Rodes Jose emilio et al: Interconsulta psiquiátrica. 1997, Masson, cap 18. 385-395.
4. Gupta MA and Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia, atopic dermatitis and psoriasis: *British Journal of Dermatology* 1998;139. Pp846-850.
5. Madhulika A. Gupta et al. Psychodermatology: An update. *Journal of de American Academy of Dermatology* . June 1996 pp. 1030-1046,
6. Whalley-Sanchez, Ortega-Soto HA, Hernandez E: Diagnostico de Ansiedad y Depresión en pacientes quemados. El HAD como herramienta diagnostica. Tesis para especialización en psiquiatria, UNAM 1992.
7. Stirling Moorey. Et al: The factor Structure and factor stability of the hospital Anxiety and Depresión Scale in Patients with Cancer. *British Journal of Psichiatria* 1991. 158 pp 255-259.
8. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psychotropic Drugs in Dermatology. *J Am Acad Dermatol*, 1986; 14:633-645.
9. Gupta MA. Dermatology : Stoudimire A, Fogel BS eds. *Psychiatric Care of the Medical Patients*, Oxford. Oxford University Press 1993, 681-690.
10. Gupta MA, Voorhess JJ. Psychosomatic Dermatology: is it relevant? *Arch Dermatology* 1990, 126:90-93.
11. Diaz Martinez Alejandro, Consenso: Guia Practica, Manejo del espectro Ansiedad y Depresión, 1998, 9-17.
12. Fava G. Beyond the Biopsychosocial Model: Psychological Characterizations of medical illness: *J Psychother Res.* 1996. 40:117-20.
13. Gibbons D, Clark D; Exactly What does the Hamilton Depression rating Scale Measure?: *J Psychiatry Res.* 1993. 27:259-73.

14. Herrman C. International Experiences With the Anxiety and Depression Scale A review of Validation data and Clinical Results: *J Psychother Res.* 1997. 42:17-41.
15. Zigmond AS et al. The Hospital Anxiety and Depression Scal: *Acta Psychiatry Scand.* 1983. 67:361-370.
16. Spinhoven P. A Validation study of the HAD in different groups of dutch subjects. *Psychol Med.* 1997; 27:363-70.
17. Gupta MA et al. Psoriasis and psychiatry:an update: *Gen Hosp Psychiatry* 1987. 9:156-66.
18. Finlay AY et al. Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis: *Br J Dermatol* 1999:123751-6.
19. Fried RG et al. The psychosocial impact of psoriasis :*Int J dermatol* 1995; 34:101-5.
20. Arnetz BB, et al. Stress and psoriasis:psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psychosom Med* 1985:47:528-41.
21. Seville RH, et al. Psoriasis and estress. *Br J Dermatol* 1977:97-297-302.
22. Gupta MA, et al. Pruritus and psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol* 1988. 124:1052-7.
23. Rubino IA, et al. Separation-Individuation, aggression and alexithymia in psoriasis. *Acta Derm Venereol* 1989;146:87-90.
24. Gupta MA, et al. Suicidal Ideation in psoariasis . *Int Journal Dermatol* 1993; 32:188-90.
25. Gupta MA, et al. The psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary Index of psoriasis --related stress. *Acta Derm Venereol.* 1995; 75:240-3.
26. Gupta MA, et al. A Psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: a study of 127 patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1989;11:166-73.
27. Ramsay B, et al. A Survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988; 118:195-201.
28. Abel E, et al. Psoriasis Patient support group and self-care efficacy as an adjunet to day care center treatment . *Int J Dermatol* 1990;29:640-3.
29. Gaston L, et al. Psychological Stress and psoriasis:experimental and prospective correlations studies. *Acta derm Venereol* 1991;156:37-43.
30. Polenghi MM et al. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol.* 1994;186:65-6.

31. Faulstich ME et al. An overview of atopic dermatitis: toward a bio behavioral integration. *J Psychosom Res* 1985;29:415-7.
32. Gil KM et al. The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *J Psychosom Res* 1987;31:673-84.
33. King RM. Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *J Psychosom Res* 1991;35:697-706.
34. Gupta MA et al. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994;1994:56:36-40.
35. Scheich G. et al. Personality characteristics and serum IgE level in patients with atopic dermatitis. *J Psychosom Res* 1993;37:637-42.
36. Ginsburg IH, Prystowski JH, Kornfeld DS et al.: Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *Int J Dermatol* 1993; 32:656-60.
37. Koblenzer CS, Koblenzer PJ.: Chronic intractable atopic eczema. *Arch Dermatol* 1988; 124:1673-7.
38. Haynes SN, Wilson CC Jaffe PG, et al.: Biofeedback treatment of atopic dermatitis: controlled case studies of eight cases. *Biofeedback Self Regul* 1979;4:195-209.
39. Horne DJ, White AE, Varigos GA. A preliminary study of psychological therapy in the management of atopic eczema. *Br J Med Psychol* 1989; 62:241-8.
40. Cotterill JA.: PsychoPhysiological aspects of eczema. *Semin Dermatol*, 1990;9:216-9.
41. Stoudemire MD, Fogel MD, Greenberg MD: *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Second Edition. Oxford University Press. Pp. 821-33.
42. Al'Abadie MS, Kent GG, et al: The relationship between stresses and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994 ,130:199-203.
43. Fortune DG, Main CJ, et al: Assessing illness-related stresses in psoriasis: the psychometric properties of the psoriasis life stresses inventory. *J Psychosomatic Research* 1997, 42:467-475.
44. Ginsburg IH, et al: Role of emotional factors in adults with Atopic dermatitis. *Int J Dermatol*. 32:656-660.
45. Hughes H, Brown BW et al: Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. *J Psychosom Res*, 27:185-191.