

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA  
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**S E D E: INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
"RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**TITULO: PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA-  
PSIQUIÁTRICA EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS Y  
POSTMENOPÁUSICAS CON DIAGNOSTICO DE LUPUS  
ERITEMATOSO GENERALIZADO**

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
**PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA: MAYRA CECILIA MARTÍNEZ MALLEN**

**ASESORES:**

**DRA. MARTHA ONTIVEROS URIBE**  
ASESOR METODOLÓGICO

**DR. JORGE SÁNCHEZ GUERRERO**  
ASESOR TEÓRICO

**MEXICO, D.F. 11 DE DICIEMBRE DE 2004**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
SECRETARÍA DE CULTURA

Enviar a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de este trabajo excepcional.

CONFORME: Mayra Cecilia  
Martínez Salas  
FECHA: 27 abril 2004  
Mayra Martínez

## ÍNDICE

1. Antecedentes	1
2. Justificación	7
3. Planteamiento del problema	7
4. Objetivos	8
5. Pacientes y Métodos	8
5.1 Criterios de inclusión y exclusión	9
5.2 Procedimiento	9
5.3 Variables e Instrumentos de medición	10
5.4 Tamaño de la muestra	14
5.5 Análisis estadístico	15
5.6 Beneficios, riesgos y consideraciones éticas	15
5.7 Diagrama de procedimiento	16
6. Resultados	17
7. Discusión	33
8. Conclusiones	35
9. Bibliografía	37
10. Anexo 1	42
11. Anexo 2	44
12. Anexo 3	45

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA-PSIQUIÁTRICA EN MUJERES  
PREMENOPÁUSICAS Y POSMENOPÁUSICAS CON DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO  
GENERALIZADO**

**ANTECEDENTES**

El Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) es una entidad caracterizada por la presencia de manifestaciones generales, lesiones cutáneas y síntomas músculo-esqueléticos con afección visceral variable que se puede presentar con brotes de actividad inflamatoria y periodos de inactividad. El pronóstico de la enfermedad depende en gran medida de los órganos afectados.

Las manifestaciones neuro-psiQUIÁTRICAS del LEG son variadas y pueden ser clasificadas como neurológicas primarias y enfermedad psiquiátrica (relacionadas con afección a SNC) y las secundarias (relacionadas con complicaciones de la enfermedad y su tratamiento).

La mayoría de los estudios que se han realizado para determinar la prevalencia de manifestaciones psiquiátricas en LEG han tenido muchas limitaciones por varias razones: En un principio se denominaba a la sintomatología psiquiátrica como: psicosis, "síndrome orgánico cerebral", delirium y "reacciones tóxicas", por lo que en 1999 el Colegio Americano de Reumatología estableció la clasificación de 19 Síndromes Neuropsiquiátricos asociados al Lupus Eritematoso Generalizado incluyendo como manifestaciones psiquiátricas: las disfunciones cognitivas, los trastornos afectivos y de ansiedad y las psicosis. Pocos estudios han sido prospectivos y muchos de ellos son revisiones de expedientes. La mayoría de los estudios tienen muestras pequeñas y no utilizan entrevistas estructuradas por lo que no se pueden obtener resultados confiables para realizar diagnósticos psiquiátricos. Cuando se maneja información acerca de síntomas psiquiátricos en pacientes con LEG usualmente se utilizan datos de estudios que incluyen otras enfermedades reumáticas principalmente artritis reumatoide. (7, 37)

En las pacientes con LEG se ha reportado una incidencia de síntomas neuropsiquiátricos que va del 33 al 60% y más alta si se incluyen trastornos afectivos. Cuando se restringe a trastornos psiquiátricos sin psicosis se ha observado que el 47% de los pacientes se encuentran afectados. (10,30)

La mayoría de los pacientes tienen más de una manifestación neuropsiquiátrica que usualmente se presenta de manera transitoria o se pueden asociar a déficits neurológicos permanentes. Las manifestaciones neuropsiquiátricas son impredecibles y pueden presentarse en cualquier etapa de la enfermedad o en ocasiones preceden al diagnóstico de LEG. (1)

Valladolid en 1994, estudió el inicio de la enfermedad lúpica y de los trastornos psiquiátricos en 34 pacientes con LEG, encontró que la primera manifestación lúpica apareció a la edad de los  $25.6 \pm 9.1$  años y los primeros síntomas psicopatológicos a los  $27.7 \pm 9.5$  años. La latencia media entre ambos tipos de sintomatología fue de  $25.4 \pm 43.4$  meses. En nueve pacientes (26.4%) los síntomas psicopatológicos aparecieron conjuntamente con los síntomas físicos de la enfermedad lúpica. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente en la primera manifestación psiquiátrica, fue el de trastorno adaptativo ( $n=23$ , 67.6%); seguido de trastorno psiquiátrico orgánico ( $n=10$ , 29.4%); un solo paciente tuvo como primer síntoma psicopatológico una disfunción sexual (disminución del deseo sexual) (39)

Las manifestaciones psiquiátricas pueden presentarse como: 1) resultado de los efectos del LEG, 2) efectos adversos de los medicamentos, 3) alteraciones metabólicas secundarias o una reacción psicológica hacia la enfermedad.

En relación con los mecanismos fisiopatológicos de los síntomas psiquiátricos en pacientes con LEG se ha encontrado lo siguiente: la presencia de anticuerpos anti-neuronales que atacan el tejido neuronal, los anticuerpos anti-ribosomales-proteína P se han relacionado con estados de depresión y de psicosis, los anticuerpos antifosfolípidos que se asocian con procesos tromboembólicos. Otros mecanismos que se han relacionado son: vasculitis, microinfartos corticales, alteraciones en la función tiroidea y uremia severa que puede llegar a ocasionar estados psicóticos en algunos pacientes (18,42)

Los síntomas psiquiátricos pueden estar presentes antes de que el LEG haya sido diagnosticado y la ocurrencia puede ser independiente de la actividad lúpica. Existe un reporte de caso en que una mujer de 32 años de edad fue ingresada por presentar un cuadro de manía y al realizar estudios de rutina se diagnosticó LEG, al iniciar tratamiento con prednisolona y clorpromazina cedieron rápidamente los síntomas psiquiátricos (23). Existe otro reporte de caso de una mujer de 42 años que

ingresó a un hospital por presentar un cuadro de catatonia teniendo como antecedente de importancia haber desarrollado artritis a los 36 años de edad siendo tratada únicamente con ácido acetil salicílico con pobres resultados y 6 meses previos a su ingreso desarrolló nuevamente artritis y al igual que el caso previo al realizarle los estudios le diagnosticaron LEG, recibiendo tratamiento con prednisona, presentando remisión del estado catatónico a los 10 días. En pacientes que presenten catatonia debe realizarse el diagnóstico diferencial con enfermedades sistémicas. (25)

Lindal en 1995 realizó un estudio para determinar la prevalencia a lo largo de la vida de trastornos psiquiátricos en pacientes con LEG en comparación con un grupo control. Encontró que la fobia fue el diagnóstico más común presente en el 56% de los pacientes, seguido de ansiedad generalizada en el 12%. La agorafobia con o sin trastorno de angustia, fobia social y fobia simple, así como el abuso de alcohol fueron más comunes en pacientes con LEG en comparación con el grupo control. Una posible explicación del alto índice de fobia, es que exista una relación entre las manifestaciones clínicas que incluyen rash facial, y que éste ocasione aislamiento social. (27)

Purandare en 1999 reportó que la prevalencia de manifestaciones psiquiátricas en 30 pacientes con LEG fue del 50%. De los 15 pacientes con trastornos psiquiátricos, 7 presentaron un episodio depresivo mayor, 4 un síndrome orgánico cerebral (delirium), 4 pacientes presentaron distimia o trastornos adaptativos. Los 15 pacientes que presentaron psicopatología presentaron más de un evento estresor en su vida durante el año previo en comparación con los 15 pacientes que no presentaron síntomas psiquiátricos. (31)

En otros estudios se ha encontrado que del 50 al 80% de los pacientes con LEG llegan a presentar síntomas depresivos en algún periodo de la enfermedad. En orden descendente de frecuencia los pacientes reportan lo siguiente: miedo a que se agrave su enfermedad, miedo a la muerte y a la incapacidad. (37)

Waterloo en 1998 realizó un estudio para evaluar el estado emocional y psicológico en 36 pacientes con LEG de los cuales el 52.8% fueron clasificados como pacientes que presentaban alteraciones psiquiátricas moderadas, observándose que las alteraciones en la piel y articulaciones se asocian con

síntomas de ansiedad y de depresión, así como problemas en el funcionamiento social debido a que presentaban malestar cuando debían de acudir a algún tipo de evento social. (40)

Otros aspectos que se han relacionado con una puntuación elevada en las escalas que califican la severidad de la depresión son las limitaciones que ocasiona la enfermedad en la vida personal, como tener la libertad de embarazarse en el momento en que lo desean, evitar el sol, la disminución en el rendimiento físico y la reducción en las actividades sociales.

Se recomienda que los pacientes con LEG que presentan trastorno distímico o trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo deban ser tratados inicialmente con psicoterapia únicamente aunque los antidepresivos en algunos casos son necesarios. La depresión mayor usualmente requiere de manejo con antidepresivos aunado al manejo de las causas primarias como adición de esteroides (si se presenta involucro de SNC) y la corrección de alteraciones metabólicas o toxicidad por medicamentos. (37)

Karassa en 2003 realizó una revisión de 300 expedientes clínicos de pacientes del sexo femenino con LEG para identificar cuantas de ellas habían realizado intentos suicidas y cuantas lo habían consumado. Encontrando que cinco pacientes habían tenido siete intentos de suicidio en un período de seguimiento de 20 años, uno de ellos fue fatal. Todas las pacientes que habían tenido intentos suicidas tenían historia de manifestaciones neuropsiquiátricas de LEG presentando depresión y los intentos habían sido recientes al inicio de la sintomatología (media de tiempo de 12.5 meses). Dos pacientes presentaban actividad del LEG en el momento del intento suicida. Concluyendo que se debe de tener mayor conciencia del riesgo de suicidio en pacientes con LEG que presentan manifestaciones psiquiátricas para poder reducir la incidencia de este fenómeno potencialmente fatal. (22)

Se realizó un estudio para determinar si existía una relación entre la terapia alterna con corticosteroides y el efecto en el estado de ánimo en 18 mujeres con diagnóstico de LEG, identificándose que un tratamiento alterno con dosis bajas de prednisona puede estar asociado con fluctuaciones sustanciales en los niveles de depresión y ansiedad. (19)



Cabe mencionar que la naturaleza de esta relación no es clara y puede ser confundida con la severidad de la enfermedad o con la pre-existencia de sintomatología. (40)

Los síndromes orgánicos cerebrales se presentaron en 1 a 24% de los pacientes. Síntomas de esquizofrenia se han reportado con menos frecuencia en 1 a 7% de los pacientes. Se han identificado también cuadros menos específicos como síntomas neuróticos, psiconeurosis, síntomas de autismo, psicósomáticos y ecolalia (43).

La presentación de episodios de manía o de psicosis en pacientes con LEG presenta un dilema diagnóstico importante. La pregunta que siempre aparece es que si la psicosis o manía es causada por un mecanismo mediado a nivel cerebral del LEG o si es por los efectos adversos de los corticoesteroides. Es por ello que no ha sido posible predecir que pacientes con LEG se encuentran en riesgo de presentar esta sintomatología inducida por corticoesteroides. Cabe mencionar que este tipo de efectos adversos son más comunes con dosis elevadas de corticoesteroides, encontrándose que el 5% de los pacientes con LEG que presentan psicosis estaban siendo tratados con dosis altas de corticoesteroides, cabe mencionar que también se ha reportado psicosis en pacientes que presentan dosis moderadas de corticoesteroides. (16)

Se ha reportado presencia de psicosis del 1 al 42% de los pacientes con LEG. Brey en 2002 realizó un estudio con 128 pacientes con LEG para determinar las manifestaciones neuropsiquiátricas que presentaban, reportando que el 5% de los pacientes presentaban psicosis. (6) Alarcón Segovia en un estudio realizado en México, en 667 pacientes con diagnóstico de LEG, el 7.6% de los pacientes presento psicosis (3).

Chau en 2003 realizó un estudio para determinar los factores predictivos para presentar psicosis secundaria a corticoesteroides en pacientes con LEG así como la frecuencia de psicosis secundaria a terapia con corticoesteroides. El estudio describen 126 cursos de terapia con corticoesteroides en 92 pacientes con LEG por un período de 18 meses, 6 pacientes presentaron manifestaciones psiquiátricas relacionadas con el uso de estereoides, tres de ellas presentaron episodios de manía y tres episodios de psicosis. Al momento de desarrollar los síntomas psiquiátricos, tres pacientes estaban recibiendo corticoesteroides por primera vez y tres habían tenido un incremento en la dosis.

Ninguna de las pacientes había tenido un episodio psiquiátrico previo. Cinco pacientes tuvieron remisión de la sintomatología con la reducción de la dosis de corticoesteroides y solo una requirió tratamiento con fenotiazina por un período de 8 semanas. Posterior al análisis multivariado, la hipoalbuminemia fue el único predictor independiente de eventos psiquiátricos. (11)

El deterioro cognitivo es otra manifestación que se llega a presentar en un 20 a 80% de los pacientes. Se ha sugerido que las anomalías en las pruebas cognitivas reflejan que el SNC en estos pacientes está afectado de manera subclínica, y puede evolucionar a un franco deterioro cerebral, llegando a la demencia. Hay en 1992 realizó un estudio para determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en 73 pacientes con LEG encontrando alteraciones en las pruebas cognitivas en casi la mitad de los pacientes evaluados, el 26% tenía un marcado deterioro cognoscitivo. (14, 15 ). Brey en 2002 evaluó el deterioro cognoscitivo en 67 pacientes, 14 (21%) fueron considerados normales y los pacientes restantes fueron clasificados según el grado de deterioro que presentaban: 29 (43%) deterioro leve, 20 (30%) deterioro moderado y el 3 (6%) deterioro severo. (6)

En estos pacientes los aspectos relacionados con las características de la personalidad han sido escasamente estudiados. Se ha utilizado únicamente el MMPI. No se han usado otros instrumentos para determinar si existen trastornos de la personalidad en estos pacientes. Se han descrito a estos pacientes como neuróticos, demandantes y que provocan incomodidad al médico.

La menopausia se presenta cuando una mujer presenta cese de la menstruación por un año. La perimenopausia ocurre 5 a 7 años antes de establecida la menopausia, es el intervalo entre la ovulación regular de los ciclos menstruales y el cese completo de la función ovárica.

La menopausia natural se presenta entre los 44 a 55 años (promedio 51.4 años). Debido a que actualmente el promedio de vida en las mujeres es de 81 años, los años posteriores a la menopausia ocupan más de un tercio en la vida de la mujer. La mayoría de las mujeres experimentan cambios físicos durante la perimenopausia y la menopausia y en algunos casos de manera adicional experimentan depresión y ansiedad.

En general los estudios longitudinales no han encontrado que la menopausia incremente el riesgo de depresión en la mayoría de las mujeres. Pero algunas mujeres pueden experimentar síntomas depresivos en esta época. En particular aquellas mujeres que presentan síntomas vasomotores severos, tienen un mayor riesgo para desarrollar sintomatología depresiva. Cuando se presenta una mejoría de los síntomas físicos generalmente los síntomas afectivos remiten. Los problemas de salud y los estresores sociales también pueden incrementar el riesgo de síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas. Otros factores que se han relacionado con depresión en mujeres en esta etapa de la vida son: divorcio, viudez, separación, nivel bajo de educación, antecedentes de depresión postparto y de trastorno disfórico premenstrual, así como depresión previa. (9,36)

### JUSTIFICACION

Existen pocos estudios realizados respecto a las manifestaciones psiquiátricas que presentan los pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado. Los estudios que se han realizado cuentan con muestras pequeñas y pocos utilizan métodos diagnósticos estandarizados.

No se han realizado estudios comparativos en los cuales se determine la frecuencia de manifestaciones psiquiátricas en eje I y eje II por grupo de edad, diferenciando entre mujeres pre y posmenopáusicas.

### PLANETAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las pacientes con LEG tienen una mayor frecuencia y severidad de síntomas psicológicos? Si es así:

¿Cuáles son los principales síntomas psicológicos en pacientes con LEG?

¿Se podrán integrar diagnósticos de trastornos clínicos psiquiátricos de Eje I según el DSM-IV en pacientes con LEG?

¿Existirá una relación entre los síntomas psicológicos y/o los trastornos psiquiátricos y la actividad del LEG?

¿Existirá una relación entre los síntomas psicológicos y/o los trastornos psiquiátricos y el tratamiento farmacológico que reciben estas pacientes?

¿Existirá una diferencia en los síntomas psicológicos entre mujeres pre y posmenopáusicas con LEG?

## **OBJETIVOS**

- a) Se determinó la frecuencia de trastornos mentales en EJE I según el DSM IV, en mujeres pre y posmenopáusicas con diagnóstico de LEG.
- b) Se comparó la frecuencia de sintomatología psicológica en EJE I según el DSM-IV entre mujeres pre y posmenopáusicas.
- c) Se determinó la frecuencia de trastornos de la personalidad en EJE II según el DSM IV en mujeres pre y posmenopáusicas con diagnóstico de LEG.
- d) Se comparó la frecuencia de trastornos de la personalidad en EJE II según el DSM-IV entre ambos grupos.
- e) Se calificó la intensidad de los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad en las pacientes con LEG.
- f) Se comparó si la intensidad es igual o difiere entre mujeres pre y posmenopáusicas con LEG.
- g) Se determinó si existe una relación entre la presencia e intensidad de síntomas psicológicos y la actividad del LEG.
- h) Se determinó si existe una relación entre presencia e intensidad de la sintomatología psicológica y el tratamiento farmacológico para LEG.

## **PACIENTES Y METODOS**

### a) Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo y comparativo entre pacientes pre y posmenopáusicas con LEG.

### b) Población de estudio

Pacientes del sexo femenino con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado atendidas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, que previamente participaron en dos ensayos clínicos controlados con placebo. En el primer ensayo clínico se estudiaron pacientes premenopáusicas las cuales recibieron alguno de los tres métodos de anticoncepción (n = 162) y en el segundo, pacientes posmenopáusicas que recibieron terapia hormonal de reemplazo (n = 106) en los cuales se estudió el efecto de los métodos de anticoncepción y la terapia hormonal de reemplazo sobre la actividad clínica de la enfermedad.

- **Criterios de inclusión**

- 1) Pacientes del sexo femenino con lupus eritematoso generalizado (ACR), quienes habían participado en alguno de los dos ensayos clínicos anteriormente mencionados.
- 2) Edad 18-65 años.
- 3) Que supieran leer y escribir.
- 4) Que aceptaran por escrito participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión**

- 1) Pacientes que no reunieran criterios suficientes del ACR (<4) para clasificarlos como LEG.

## **PROCEDIMIENTO**

Se evaluó a las pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán con diagnóstico de LEG, quienes participaron previamente en dos ensayos clínicos aleatorizados, controlados, donde se estudió el efecto de 3 métodos de anticoncepción y de terapia hormonal de reemplazo sobre la actividad del LEG. Se propuso a las pacientes participar en el presente estudio y si aceptaban firmaron una carta de consentimiento. **(ANEXO 1 y 2)**

La evaluación de las pacientes se llevó a cabo en una sola cita. A las pacientes se les valoró el grado de actividad del lupus mediante un índice estandarizado (SLEDAI y MEX-SLEDAI), así mismo se les registro sobre los medicamentos que estaban tomando tanto para el control del LEG como para algún otro padecimiento.

Posteriormente las pacientes respondieron los instrumentos autoaplicables de la Entrevista Estructurada para el Eje II del DSM-IV Trastornos de personalidad (SCID II autoaplicable), el Symptom Checklist 90 (SCL-90) y el Inventario de Depresión de Beck. Cuando terminaban de responderlos eran entrevistadas por el investigador en la que se obtuvo la información para el llenado de la hoja de recolección de datos y se aplicaron la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (M.I.N.I PLUS), la Entrevista Estructurada para el Eje II del DSM-IV Trastornos de personalidad SCID II (entrevista), la Escala de Hamilton para depresión (HAM-D), la Escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A)

## VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICION

Los datos sociodemográficos y clínicos pertinentes se recabaron de acuerdo a la hoja de recolección de datos. (ANEXO 3)

### 1. Datos sociodemográficos generales.

- a) Edad
- b) Estado Civil
- c) Ocupación
- d) Años de escolaridad
- e) Fecha de última Menstruación

### 2. Estado médico.

- a) Uso o abuso de sustancias
- b) Lupus Eritematoso Generalizado
  - Edad al diagnóstico
  - Tiempo de evolución
  - Actividad clínica de la enfermedad (SLEDAI)
  - Tratamiento farmacológico
- c) Enfermedades coexistentes
- d) Otros medicamentos

3. **Diagnóstico psiquiátrico en eje I según el DSM-IV:** Se realizó mediante la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (M.I.N.I PLUS). Esta es una entrevista diagnóstica estructurada creada para su aplicación en investigación y ambientes clínicos. Su tiempo de aplicación es de 45 a 60 minutos. Los diagnósticos incluidos en este instrumento son: trastorno depresivo mayor actual y pasado, trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias, distimia actual y pasado, riesgo de suicidio, episodio hipomaniaco o maniaco actual y durante la vida, episodio hipomaniaco o maniaco debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias, trastorno de angustia actual y durante la vida, trastorno de ansiedad con crisis de angustia debido a

una enfermedad médica o inducido por sustancias, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad generalizada debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno obsesivo-compulsivo debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias trastorno psicótico actual y durante la vida, trastorno psicótico debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias dependencia actual a alcohol, dependencia actual a una droga, dependencia durante la vida a alguna droga, anorexia, bulimia, trastorno por estrés postraumático, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno de somatización, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, trastorno por dolor, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos adaptativos, trastorno disfórico premenstrual, trastorno mixto de ansiedad y depresión. La validez y la confiabilidad de la M.I.N.I. han sido probadas en dos estudios paralelos (Sheehan, Lecrubier, et al 1998) comparándolo con el CIDI y el SCID I, ambos instrumentos considerados estándar de oro para el diagnóstico psiquiátrico en Europa y Estados Unidos respectivamente. En general, todos los diagnósticos psiquiátricos tuvieron un valor kappa bueno al comparar el M.I.N.I. con el SCID I y sólo en diagnóstico de dependencia actual a drogas tuvo una kappa menor a 0.50. La confiabilidad interobservador se evaluó en 84 pacientes y fue de 1 en el caso de diagnóstico de trastorno depresivo mayor, con una kappa para test-retest de 0.87. El M.I.N.I PLUS es una edición más detallada de la M.I.N.I. Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o sustancias no deben de codificarse como positivos en la M.I.N.I. (26, 34, 35)

**4. Diagnóstico de trastornos de la personalidad según el DSM-IV:** Se realizó mediante el SCID II (*Structural Clinical Interview for DSM-IV*) que consiste en un cuestionario autoaplicable de 119 reactivos verdadero-falso y a los que califiquen con una puntuación alta en algún trastorno de personalidad se realizará la entrevista estructurada únicamente de los mismos para confirmar su diagnóstico. Cada criterio de trastorno de personalidad está cuantificado en una escala del 0-3. El SCID II evalúa los 12 tipos de trastornos de personalidad, incluyendo dos del apéndice del DSM-IV (pasivo-agresivo y depresivo), más el trastorno de personalidad no especificado. El tiempo de aplicación es de alrededor de 90 minutos. La confiabilidad interevaluador para los diagnósticos categóricos fue: la presencia de por lo menos un trastorno de la personalidad,  $k=0.91$ , para los 12 tipos, media  $\kappa=0.91$  (rango 0.48-0.98) (Maffei et al 1997) y para las calificaciones dimensionales,

coeficiente de correlación intraclase  $r=0.94$  (rango 0.90-0.98). La confiabilidad prueba re-prueba (test-retest) de la versión del DSM-III-R fue determinado en una muestra grande en un período de 2 semanas de readministración de 4 lugares (First et al 1995) demostrándose que la mediana  $k=0.50$  (rango 0.28-0.76) de los 11 tipos de trastornos de la personalidad. (13, 28)

**5. Sintomatología psiquiátrica:** Se evaluó mediante el SCL-90 (Symptom Checklist-90), que es una escala autoaplicable que determina los patrones de los síntomas psicológicos en pacientes externos. El tiempo de respuesta es de 15 a 20 minutos pero puede variar dependiendo de la escolaridad del paciente. Al responder los pacientes deben de calificar la severidad de los síntomas en los 7 días previos incluyendo el día de respuesta. La escala se divide en 9 subescalas o dimensiones de síntomas y tres índices globales de malestar psicológico. Las 9 subescalas son: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Los tres índices globales promueven una evaluación del estado de psicopatología del paciente, el índice global de severidad, índice de malestar de síntomas positivos y el total de síntomas negativos.

El SCL-90 presenta propiedades psicométricas adecuadas. La consistencia interna de las 9 dimensiones de síntomas se evaluó en dos estudios usando el coeficiente  $\alpha$  obteniendo resultados satisfactorios de 0.70 a 0.90.

La confiabilidad de prueba re-prueba (test-retest) fue evaluada en 94 pacientes psiquiátricos externos. Estos pacientes fueron evaluados al inicio de la evaluación y una semana después, obteniéndose coeficientes de 0.80 a 0.90.

Varios estudios han demostrado una adecuada validación de constructo y de validez convergente. (17)

**6. Intensidad de la depresión.** Se evaluó mediante la Escala de Hamilton para depresión de 21 reactivos y la escala autoaplicable de Beck para depresión.

a) La Escala de Hamilton para depresión es un instrumento que debe ser aplicado por un evaluador entrenado, se utiliza para calificar la intensidad de los síntomas depresivos. Cuenta con 21 reactivos y tiene una calificación máxima de 62 puntos, respectivamente.



Según la calificación obtenida en el mismo se determina la intensidad de la depresión. Una calificación menor de 7 puntos corresponde a una persona que no está deprimida, de 8 a 13 depresión leve, de 14 a 18 depresión moderada y de 19 a 22 depresión grave. Bertanga et al en 1992 tradujeron la escala de Hamilton y la aplicaron en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplían los criterios diagnósticos para depresión mayor de acuerdo al DSM-III. Compararon esta escala con la de Carroll que evalúa la intensidad de la depresión, pero es autoaplicable. La validez concurrente entre las dos escalas se determinó correlacionando su puntuación total y la de cada uno de sus reactivos. La correlación entre ambas escalas fue altamente significativa ( $r=0.77$ ,  $p=0.001$ ). El valor del alfa de Cronbach para el total de las evaluaciones fue de 0.85. La confiabilidad temporal analizada mediante el procedimiento de prueba re-prueba (test-retest), también fue satisfactoria ( $r=0.72$ ,  $p=0.01$ ). (5)

b) La Escala de depresión de Beck es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Es un instrumento autoaplicable que incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califica de 0 a 4. La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la puntuación mínima y 64 la máxima. Según la puntuación se determina la intensidad de la depresión: 0 a 9 refleja ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos, de 10 a 16 indica una depresión media, de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 63 indican una depresión grave. El tiempo de respuesta de la escala es de 5 a 8 minutos. El estudio de validación de la escala fue realizado en Buenos Aires, Argentina por Bonicatto et al (1998) en 608 personas. La consistencia interna fue elevada (alfa de Cronbach=0.87). Se obtuvo la validez concurrente correlacionando las puntuaciones obtenidas en la escala y las puntuaciones de la subescala de depresión del SCL-90 siendo significativa ( $r=0.68$  y  $p<0.000$ ).

El estudio de validez y reproductibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo et al 1991 en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Utilizando un punto de corte de 14 se encontraron datos de sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86. En un estudio posterior en el que se realizó

la estandarización del instrumento (Jurado et al 1998) se obtuvieron resultados estadísticos compatibles con lo reportado en la bibliografía internacional. (20,38)

**7. Intensidad de la ansiedad:** Se evaluó mediante la aplicación de la escala de Hamilton para ansiedad que es la escala de ansiedad más antigua y más utilizada para evaluar la ansiedad. Es una escala que incluye 14 reactivos que se dividen en 7 componentes psíquicos (afecto ansioso, tensión, miedo, insomnio, concentración, miedos, comportamiento nervioso). Se califica cada reactivo en una escala del 1-4. En un principio se utilizaba en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada pero se observó que podía ser útil en otros diagnósticos. Debido a que generalmente la ansiedad se presenta junto con la depresión, los pacientes con trastornos depresivos pueden tener puntajes altos en esta escala. La confiabilidad prueba re-prueba (test-retest) es alta en una semana ( $r=0.96$ ). El resultado obtenido del Hamilton para ansiedad se ha correlacionado con los resultados de otras escalas de ansiedad incluyendo la escala global de ansiedad de Covi ( $r= 0.63-0.75$ ) y el Inventario de ansiedad de Beck ( $r=0.56$ ). Los resultados de la escala de Hamilton de ansiedad se correlacionan altamente ( $r=0.62-0.73$ ) con la escala de Hamilton para depresión. (4, 8, 32)

**8. Actividad del Lupus Eritematoso Generalizado.** Se midió utilizando 2 escalas validadas para este fin: el SLEDAI y el MEX-SLEDAI, ambas escalas han sido ampliamente utilizadas en diversos estudios en pacientes mexicanos, mostrando sensibilidad al cambio. El SLEDAI tiene una calificación máxima de 105 y la versión modificada (MEX-SLEDAI) tiene una calificación máxima de 32 a mayor calificación obtenida existe una mayor actividad del lupus. (33)

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** En el ensayo clínico sobre métodos de anticoncepción participaron 162 pacientes y en el de terapia hormonal de reemplazo 106. Estas son las pacientes que evaluamos para nuestro estudio. Se estimo que por los criterios de inclusión/exclusión, aproximadamente un 30% del total de pacientes no participarían en el estudio. Finalmente se incluyeron: 113 pacientes, 73 premenopáusicas y 40 posmenopáusicas.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se definieron y se compararon las variables de los 2 grupos de participantes (Grupo I: 73 premenopáusicas) (Grupo II: 40 posmenopáusicas). La frecuencia de los trastornos mentales del grupo I y los trastornos de personalidad del grupo II se comparó entre los 2 grupos mediante la prueba de Chi- cuadrada o exacta de Fisher, según estaba indicado. Mediante las mismas pruebas se comparó la frecuencia de uso de distintos medicamentos para el control del LEG. Las dosis de los medicamentos inmunosupresores y el valor del SLEDAI se compararon entre ambos grupos de pacientes (pre/posmenopáusicas), así como entre las pacientes de cada uno de éstos grupos, que presenten/no presenten algún trastorno psiquiátrico del eje I o de la personalidad del eje II , mediante la prueba t de Student. El valor de P se establecerá en  $<0.05$ , dos colas.

**RIESGOS:** ninguno

**BENEFICIOS:** Debido a que no existen estudios que determinen la frecuencia de manifestaciones psiquiátricas en eje I y eje II en pacientes con LEG, tomando en cuenta el grupo de edad y el estatus pre/posmenopáusicas, consideramos que los resultados del presente estudio llenan un hueco sobretodo en el conocimiento sobre las características de la personalidad en pacientes con lupus eritematoso generalizado. Al considerar variables como el tiempo de evolución de la enfermedad, la actividad clínica, las secuelas causadas, el tratamiento recibido, pudimos precisar mejor el efecto que tienen cada una de estas variables en los resultados. Por todo ello, consideramos que la información generada por este estudio fue original.

**CONSIDERACIONES ETICAS:** El estudio no impuso riesgo físico a los pacientes. Se trata de un estudio transversal que se realizó en una sola entrevista. Las únicas molestias que les generó a las participantes fueron la entrevista y la respuesta de los cuestionarios. El beneficio fue que en caso de identificar algún trastorno que requería alguna atención especial, se les canalizó a la instancia indicada. El único gasto directo fue el traslado al INCMNSZ y los indirectos que de ello se derivaron, por lo cuál no fueron compensadas. La información obtenida, incluyendo el resultado de las pruebas psicológicas, se mantuvieron bajo estricta confidencialidad. El análisis de los datos se realizó en forma de grupo, sin identificar a la persona.

## DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO

TOTAL DE PACIENTES CON LEG (113)

Grupo I: 73 pacientes premenopáusicas

Grupo II: 40 pacientes posmenopáusicas



\*\* Aplicados por el clínico.

Se aplicó la entrevista estructurada del SCID-II únicamente de los trastornos de personalidad que obtuvieron una puntuación alta en el SCID-II autoaplicable.

La aplicación de todos los instrumentos se efectuó en una sola entrevista de aproximadamente 60 minutos.

## RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 113 pacientes con diagnóstico de LEG. De las 113 pacientes: 73 eran premenopáusicas y 40 posmenopáusicas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas, obviamente siendo mayores las pacientes del grupo II. En cuanto escolaridad también existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, teniendo una mayor escolaridad el grupo I (cuadro 1).

**Cuadro 1. Diferencias en edad y escolaridad entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas.**

	<b>Grupo I (n=73) Premenopáusicas Promedio±de</b>	<b>Grupo II (n=40) Posmenopáusicas Promedio±de</b>	<b>n total=113  p</b>
<b>Edad</b>	<b>30.52±5.87</b>	<b>52.22±7.60</b>	<b>0.0000**</b>
<b>Escolaridad (años)</b>	<b>12.79±4.41</b>	<b>9.8±4.91</b>	<b>0.0012**</b>

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado civil entre pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas (cuadro 2).

**Cuadro 2. Estado civil de las pacientes.**

<b>Estado Civil</b>	<b>Grupo I (n=73) Premenopáusicas</b>	<b>Grupo II (n=40) Posmenopáusicas</b>
<b>Soltero</b>	<b>24 (32.88%)</b>	<b>6 (15%)</b>
<b>Casado</b>	<b>33 (45.21%)</b>	<b>21 (52.50%)</b>
<b>Divorciado</b>	<b>2 (2.74%)</b>	<b>3 (7.50%)</b>
<b>Separado</b>	<b>2 (2.74%)</b>	<b>2 (5%)</b>
<b>Viudo</b>	<b>0</b>	<b>4 (10%)</b>
<b>Unión libre</b>	<b>12 (16.44%)</b>	<b>4 (10%)</b>

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de diagnóstico en eje I de trastorno psiquiátrico de acuerdo a la M.I.N.I. PLUS y en eje II de trastorno de personalidad de acuerdo al SCID-II en el momento de la entrevista entre ambos grupos (cuadro 3).

Cuadro 3. Presencia de diagnóstico psiquiátrico.

	Grupo I (n=73) Premenopáusicas	Grupo II (n=40) Posmenopáusicas	p
Presencia de diagnóstico psiquiátrico (según el M.I.N.I. PLUS o SCID-II) en el momento de la entrevista	52 (71.23%)	27 (67.50%)	0.0679

El 25% (n=18) de pacientes premenopáusicas presentaban antecedentes psiquiátricos familiares comparado con el 15% (n=6) de las pacientes posmenopáusicas no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En relación a los antecedentes psiquiátricos personales el 38.8% (n=28) de la pacientes premenopáusicas habían presentado a lo largo de su vida algún padecimiento psiquiátrico que requirió de tratamiento por parte de un psicólogo o psiquiátrica comparado con el 37.5% (n=15) de las pacientes posmenopáusicas no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calificación total del MEX-SLEDAI y SLEDAI que mide la actividad del lupus, entre ambos grupos, lo que señala que existe una relación entre la edad de las pacientes y la actividad de la enfermedad. El grupo II tienen significativamente menor actividad de la enfermedad que el grupo I (cuadro 4).

Cuadro 4. Puntuación obtenida en MEX-SLEDAI Y SLEDAI.

	Grupo I (n=73) Premenopáusicas Promedio+de	Grupo II (n=40) Posmenopáusicas Promedio+de	p
MEX-SLEDAI	2.58±3.12	1.35±2.34	0.040**
SLEDAI	5.05±5.44	2.75±3.20	0.025**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de medicamento prescrito, ya que las pacientes del grupo I recibían principalmente tratamiento con prednisona, azatioprina y cloroquina en comparación con el grupo II.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en las dosis de prednisona y cloroquina recibidas entre ambos grupos, pero sí en la dosis de azatioprina ya que las pacientes del grupo I requerían de una mayor dosis. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la prescripción de ciclofosfamida IV y metotrexate ni en la dosis de este último medicamento (cuadro 5)

Cuadro 5. Tipo de tratamiento y dosis de las pacientes con LEG durante el estudio.

	Grupo I (n=73) Premenopáusicas	Grupo II (n=40) Posmenopáusicas	p
Prednisona	46 (65.71%)	10 (27.03)	0.000**
Dosis de prednisona	14.08±13.50 mg	9±4.74	0.255
Azatioprina	29 (41.43%)	5 (13.51%)	0.003**
Dosis de azatioprina	38.10±51.13 mg	10.81±32.02	0.003**
Ciclofosfamida IV	3 (4.29%)	0	0.202
Dosis de ciclofosfamida IV	30.72±188.67 mg	0	0.325
Metotrexate	12 (17.14%)	4 (10.81%)	0.382
Dosis de metotrexate	2±4.73 mg	1.08±3.20	0.249
Cloroquina	32 (45.71%)	8 (21.62%)	0.014**
Dosis de cloroquina	76.42±90.87 mg	43.91±96.71	0.089

Al comparar edad y escolaridad en pacientes premenopáusicas del grupo I con y sin diagnóstico psiquiátrico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En el grupo II de pacientes posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico no existieron diferencias estadísticamente significativas en la edad pero sí existió una diferencia estadísticamente significativa en los años de escolaridad (cuadro 6).

**Cuadro 6. Comparación de edad y escolaridad entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.**

	<b>Grupo I Premenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=21) Promedio+de</b>	<b>Grupo I Premenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=52) Promedio+de</b>	<b>P</b>
<b>Edad</b>	<b>32.04±5.86</b>	<b>29.90±5.82</b>	<b>0.188</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>12.52±2.85</b>	<b>12.90±4.92</b>	<b>0.726</b>
	<b>Grupo II Posmenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=13) Promedio+de</b>	<b>Grupo II Posmenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=27) Promedio+de</b>	<b>P</b>
<b>Edad</b>	<b>54.92±5.39</b>	<b>50.92±8.24</b>	<b>0.119</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>11.92±4.32</b>	<b>8.77±4.91</b>	<b>0.051**</b>

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes psiquiátricos familiares en pacientes premenopáusicas con diagnóstico al comparartas con el grupo sin diagnóstico psiquiátrico pero no se presentaron en la presencia de antecedentes psiquiátricos personales. No existieron diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes psiquiátricos familiares en las posmenopáusicas con o sin diagnóstico psiquiátrico ni en los antecedentes psiquiátricos personales (cuadro 7 y 8)

**Cuadro 7. Comparación de antecedentes psiquiátricos familiares y personales entre las pacientes premenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.**

	<b>Grupo I Premenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=21)</b>	<b>Grupo I Premenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=52)</b>	<b>p</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos familiares</b>	<b>1 (4.76%)</b>	<b>17 (33.33%)</b>	<b>0.011**</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos personales</b>	<b>6 (28.57%)</b>	<b>22 (43.14%)</b>	<b>0.249</b>



**Cuadro 8. Comparación de antecedentes psiquiátricos familiares y personales entre las pacientes posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.**

	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=13)	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=27)	<b>p</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos familiares</b>	<b>2 (15.38%)</b>	<b>4 (14.81%)</b>	<b>0.962</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos personales</b>	<b>3 (23.08%)</b>	<b>12 (44.44%)</b>	<b>0.191</b>

En la calificación total del MEX-SLEDAI y SLEDAI que mide la actividad del lupus no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos I y II (cuadro 9).

**Cuadro 9. Comparación de puntuación obtenida en el MEX-SLEDAI Y SLEDAI entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.**

	<b>Grupo I</b> Premenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=21)	<b>Grupo I</b> Premenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=52)	<b>p</b>
<b>MEX-SLEDAI</b>	<b>2.57±2.94</b>	<b>2.59±3.23</b>	<b>1.000</b>
<b>SLEDAI</b>	<b>5±5.29</b>	<b>5.08±5.56</b>	<b>1.000</b>
	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=13)	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=27)	<b>p</b>
<b>MEX-SLEDAI</b>	<b>2±2.61</b>	<b>1±2.16</b>	<b>0.211</b>
<b>SLEDAI</b>	<b>3±4.08</b>	<b>2.62±2.69</b>	<b>0.719</b>

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de tratamiento y dosis de las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico (cuadro 10).

Cuadro 10. Comparación de tipo de tratamiento y dosis de las pacientes con LEG durante el estudio entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.

	Grupo I Premenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=21)	Grupo I Premenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=52)	P
Prednisona	11 (52.38%)	35 (71.43%)	0.124
Azatioprina	8 (38.10%)	21 (42.86%)	0.711
Ciclofosfamida IV	1 (4.76%)	2 (4.08%)	0.898
Metotrexate	3 (14.29%)	9 (18.37%)	0.678
Cloroquina	11 (52.38%)	21 (42.86%)	0.602
	Grupo II Posmenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=13)	Grupo II Posmenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=27)	P
Prednisona	2 (15.38%)	8 (33.33%)	0.241
Azatioprina	1 (7.69%)	4 (16.67%)	0.446
Ciclofosfamida IV	0	0	
Metotrexate	1 (7.69%)	3 (12.50%)	0.653
Cloroquina	3 (23.08%)	5 (20.83%)	0.874

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas que presentaron y que no presentaron un diagnóstico psiquiátrico. En cuanto a la escolaridad se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas que presentaron un diagnóstico psiquiátrico (cuadro 11).

**Cuadro 11. Comparación de edad y escolaridad entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.**

	<b>Grupo I</b> Premenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=21)	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=13)	<b>p</b>
<b>Edad</b>	<b>32.04±5.86</b>	<b>54.92±5.39</b>	<b>0.000**</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>12.52±2.85</b>	<b>11.92±4.32</b>	<b>0.629</b>
	<b>Grupo I</b> Premenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=52)	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=27)	<b>p</b>
<b>Edad</b>	<b>29.90±5.82</b>	<b>50.92±8.24</b>	<b>0.000**</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>12.90±4.92</b>	<b>8.77±4.91</b>	<b>0.000**</b>

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico en relación a antecedentes psiquiátricos familiares y personales (cuadro 12).

**Cuadro 12. Comparación de antecedentes psiquiátricos familiares y personales entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.**

	<b>Grupo I</b> Premenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=21)	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=13)	<b>p</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos familiares</b>	<b>1 (4.76%)</b>	<b>2 (15.38%)</b>	<b>0.289</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos personales</b>	<b>6 (28.57%)</b>	<b>3 (23.08%)</b>	<b>0.724</b>
	<b>Grupo I</b> Premenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=52)	<b>Grupo II</b> Posmenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=27)	<b>p</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos Familiares</b>	<b>17 (33.33%)</b>	<b>4 (14.81%)</b>	<b>0.079</b>
<b>Antecedentes psiquiátricos Personales</b>	<b>22 (43.14%)</b>	<b>12 (44.44%)</b>	<b>0.912</b>

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la calificación total del SLEDAI que mide la actividad lúpica, entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas que no presentaron un diagnóstico psiquiátrico, pero en las que lo presentaron existió una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (cuadro 13).

**Cuadro 13. Comparación de puntuación obtenida en el SLEDAI entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.**

	<b>Grupo I</b> <b>Premenopáusicas sin Dx</b> <b>psiquiátrico (n=21)</b>	<b>Grupo II</b> <b>Posmenopáusicas sin Dx</b> <b>psiquiátrico (n=13)</b>	<b>p</b>
<b>SLEDAI</b>	<b>5±5.29</b>	<b>3±4.08</b>	<b>0.251</b>
	<b>Grupo I</b> <b>Premenopáusicas</b> <b>con Dx psiquiátrico (n=52)</b>	<b>Grupo II</b> <b>Posmenopáusicas con Dx</b> <b>psiquiátrico (n=27)</b>	<b>p</b>
<b>SLEDAI</b>	<b>5.08±5.56</b>	<b>2.62±2.69</b>	<b>0.051**</b>

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de prednisona y azatioprina en pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas sin diagnóstico psiquiátrico.

En el grupo de pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con diagnóstico psiquiátrico se presentó una diferencia estadísticamente significativa en la prescripción de prednisona y azatioprina (cuadro 14)

Cuadro 14. Comparación de tipo de tratamiento y dosis de las pacientes con LEG durante el estudio entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico.

	Grupo I Premenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=21)	Grupo II Posmenopáusicas sin Dx psiquiátrico (n=13)	p
Prednisona	11 (52.38%)	2 (15.38%)	0.031**
Azatioprina	8 (38.10%)	1 (7.69%)	0.051**
Ciclofosfamida IV	1 (4.76%)	0	0.425
Metotrexate	3 (14.29%)	1 (7.69%)	0.562
Cloroquina	11 (52.38%)	3 (23.08%)	0.092
	Grupo I Premenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=52)	Grupo II Posmenopáusicas con Dx psiquiátrico (n=27)	p
Prednisona	35 (71.43%)	8 (33.33%)	0.002**
Azatioprina	21 (42.86%)	4 (16.67%)	0.027**
Ciclofosfamida IV	2 (4.08%)	0	0.316
Metotrexate	9 (18.37%)	3 (12.50%)	0.525
Cloroquina	21 (42.86%)	5 (20.83%)	0.065

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas en todos los índices clinimétricos utilizados como se ve en el cuadro 15 aunque sí existe una tendencia de que el grupo II tenga una mayor intensidad en síntomas depresivos y ansiosos según el HAM-D y HAM-A así como de la sintomatología evaluada en el SCL-90.

**Cuadro 15. Comparación entre pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas en las escalas para medir severidad de la depresión, ansiedad y síntomas psicológicos.**

	<b>Grupo I</b> <b>Premenopáusicas</b> <b>(n=73)</b> <b>Promedio+de</b>	<b>Grupo II</b> <b>Posmenopáusicas</b> <b>(n=40)</b> <b>Promedio+de</b>	<b>P</b>
<b>Hamilton de Ansiedad</b>	<b>13.83±9.53</b>	<b>17.3±11.44</b>	<b>0.084</b>
<b>Inventario de Beck</b>	<b>10.79±8.83</b>	<b>9.27±9.44</b>	<b>0.400</b>
<b>Hamilton de Depresión</b>	<b>9.94±6.87</b>	<b>10.57±7.90</b>	<b>0.625</b>
<b>SCL-90</b>	<b>72.70±54.12</b>	<b>83.9±63.23</b>	<b>0.325</b>

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas que cumplieron con criterios para trastorno de personalidad según el DSM-IV con la entrevista estructurada del SCID-II. El diagnóstico de trastorno de personalidad más frecuente en la premenopáusicas fue el Obsesivo-compulsivo (32.88%) seguido del Evitativo (17.81%).

En las pacientes posmenopáusicas el más frecuente fue también el Obsesivo-compulsivo (32.50%) seguido también del Evitativo (22.50%). Es importante mencionar que hubo pacientes que presentaron más de un trastorno de personalidad según la entrevista estructurada del SCID-II (Cuadro 16).

Cuadro 16. Comparación en la presencia de trastornos de la personalidad entre premenopáusicas y posmenopáusicas.

	Grupo I Premenopáusicas (n=73)	Grupo II Posmenopáusicas (n=40)	p
Evitativo	13 (17.81%)	9 (22.50%)	0.547
Dependiente	1 (1.37%)	2 (5.00%)	0.251
Obsesivo-compulsivo	24 (32.88%)	13 (32.50%)	0.967
Pasico-Agresivo	6 (8.22%)	3 (7.50%)	0.893
Depresivo	4 (5.48%)	0	0.132
Paranoide	12 (16.44%)	5 (12.50%)	0.675
Esquizotípico	1 (1.37%)	3 (7.50%)	0.092
Esquizoide	10 (13.70%)	7 (17.50%)	0.589
Histriónico	1 (1.37%)	0	0.457
Narcisista	8 (10.96%)	2 (5.00%)	0.286
Borderline	6 (8.22%)	1 (2.50%)	0.228
Antisocial	0	0	
NOS	4 (5.48%)	0	0.132

En el cuadro 17 se muestra la distribución de diagnósticos psiquiátricos en pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas. Los tres diagnósticos psiquiátricos que más se presentaron en orden de frecuencia en las pacientes premenopáusicas fueron el probable trastorno disfórico premenstrual (20.55%), episodio depresivo mayor pasado (19.18%) y episodio depresivo mayor actual (17.81%). En las pacientes posmenopáusicas el primero fue el episodio depresivo mayor actual (27.50%), con síntomas melancólicos (25%), trastorno de ansiedad generalizada actual (22.50%) y con la misma frecuencia fobia social y fobia específica (20%). Cabe mencionar que la fobia específica, el trastorno de angustia con agorafobia actual y el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos fueron los únicos diagnósticos que presentaron una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Cuadro 17. Comparación de diagnóstico psiquiátrico en pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas.

	Grupo I Premenopáusicas (n=73)	Grupo II Posmenopáusicas (n=40)	p
Episodio depresivo mayor actual	13 (17.81%)	11 (27.50%)	0.228
Episodio depresivo mayor pasado	14 (19.18%)	5 (12.50%)	0.364
T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica actual	3 (4.11%)	0	0.194
T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica pasado	6 (8.22%)	2 (5.00%)	0.523
T. del estado de ánimo inducido por sustancias actual	1 (1.37%)	0	0.457
T. del estado de ánimo inducido por sustancias pasado	1 (1.37%)	1 (2.50%)	0.663
EDM con síntomas melancólicos	7 (9.59%)	10 (25%)	0.028
T. distímico actual	4 (5.48%)	1 (2.50%)	0.461
T. distímico pasado	5 (6.85%)	3 (7.50%)	0.897
Riesgo de suicidio (último mes)	9 (12.33%)	7 (17.50%)	0.451
Intento suicida pasado	9 (12.33%)	5 (12.50%)	0.979
Episodio hipomaníaco pasado	3 (4.11%)	0	0.194



	Grupo I Premenopáusicas (n=73)	Grupo II Posmenopáusicas (n=40)	p
Episodio maniaco debido a enfermedad médica actual	1 (1.37%)	0	0.457
Episodio hipomaniaco debido a enfermedad médica pasado	0	1 (2.50%)	0.175
Episodio maniaco inducido por sustancias pasado	2 (2.74%)	0	0.291
T. de angustia actual	1 (1.37%)	1 (2.50%)	0.663
T. de angustia de por vida	1 (1.37%)	2 (5.00%)	0.251
T. de ansiedad con crisis de angustia debido a una enfermedad médica actual	0	1 (2.50%)	0.175
T. de ansiedad con crisis de angustia inducido por sustancias actual	1 (1.37%)	1 (2.50%)	0.663
T. de angustia sin agorafobia actual	1 (1.37%)	0	0.457
T. de angustia con agorafobia actual	0	3 (7.50%)	0.018
Agorafobia actual sin historial de T. de angustia	5 (6.85%)	3 (7.50%)	0.897

	Grupo I Premenopáusicas (n=73)	Grupo II Postmenopáusicas (n=40)	p
Agorafobia actual sin historial de T. de angustia actual pero con historial de T. de angustia pasado	0	1 (2.50%)	0.175
Fobia social	9 (12.33%)	8 (20.00%)	0.275
Fobia Específica	3 (4.11%)	8 (20.00%)	0.006
Trastorno obsesivo-compulsivo	1 (1.37%)	1 (2.50%)	0.663
T. por estrés postraumático	1 (1.37%)	2 (5.00%)	0.251
Dependencia de alcohol (últimos 12 meses)	2 (2.74%)	0	0.291
Dependencia de alcohol de por vida	2 (2.74%)	1 (2.50%)	0.940
Abuso de alcohol (últimos 12 meses)	1 (1.37%)	0	0.457
Abuso de alcohol de por vida	2 (2.74%)	0	0.291
Dependencia de sustancias de por vida	1 (1.37%) clonazepam	0	0.457
Abuso de sustancias (últimos 12 meses)	1 (1.37%) cannabis	0	0.457
T. psicótico actual	1 (1.37%)	0	0.457
T. psicótico de por vida	4 (5.48%)	4 (10.00%)	0.370
T. psicótico breve de por vida	0	1 (2.50%)	0.175
T. psicótico debido a enfermedad médica de por vida	2 (2.74%)	1 (2.50%)	0.940

	Grupo I Premenopáusicas (n=73)	Grupo II Posmenopáusicas (n=40)	p
T. psicótico inducido por sustancias de por vida	2 (2.74%)	1 (2.50%)	0.940
T. psicótico no especificado actual	1 (1.37%)	0	0.457
T. psicótico no especificado de por vida	0	1 (2.50%)	0.175
T. de estado del ánimo con síntomas psicóticos de por vida	3 (4.11%)	0	0.194
Bulimia nervosa actual	6 (8.22%)	0	0.062
Bulimia nervosa tipo purgativo actual	2 (2.74%)	0	0.291
Bulimia nervosa tipo no purgativo actual	4 (5.48%)	0	0.132
Trastorno de ansiedad generalizada actual	10 (13.70%)	9 (22.50%)	0.232
Trastorno de ansiedad generalizada debido a una enfermedad médica actual	3 (4.11%)	3 (7.50%)	0.442
Trastorno de ansiedad generalizada inducido por sustancias actual	2 (2.74%)	0	0.291
T. dismórfico corporal	3 (4.11%)	0	0.194
T. por dolor asociado a factores psicológicos actual con dolor agudo	1 (1.37%)	0	0.457

	<b>Grupo I</b> <b>Premenopáusicas</b> <b>(n=73)</b>	<b>Grupo II</b> <b>Posmenopáusicas</b> <b>(n=40)</b>	<b>p</b>
T. por dolor asociado a factores psicológicos y enfermedad médica actual	<b>4 (5.48%)</b> 2 con dolor agudo 2 con dolor crónico	<b>5 (12.50%)</b> 5 con dolor crónico	<b>0.074</b>
TDAH (adulto)	<b>1 (1.37%)</b>	<b>0</b>	<b>0.457</b>
T. adaptativos	<b>2 (2.74%)</b>	<b>0</b>	<b>0.291</b>
Probable T. disfórico premenstrual	<b>15 (20.55%)</b>	<b>1 (2.50%)</b> *en terapia sustitutiva	<b>0.008</b>
T. mixto de ansiedad y depresión	<b>0</b>	<b>0</b>	

## DISCUSION

La prevalencia de manifestaciones psiquiátricas en pacientes con lupus eritematoso generalizado en nuestro estudio fue del 69.9% muy similar a lo reportado en estudios previos. Euripides y cols en 1994 realizaron un estudio para validar el diagnóstico de manifestaciones psiquiátricas asociadas al LEG en 43 pacientes mediante una entrevista semiestructurada según los criterios del DSM-III-R encontrando que el 63% de los pacientes cumplían criterios para un trastorno psiquiátrico. Lindal y col en 1995 determinaron la prevalencia a lo largo de la vida de trastornos psiquiátricos en pacientes con lupus eritematoso generalizado en 62 pacientes utilizando el DIS (Diagnostic Interview Schedule DSM-III) encontrando que el 49% de los pacientes presentaban un trastorno psiquiátrico. (12, 29)

En relación con los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en nuestro estudio se encontró que las pacientes premenopáusicas presentaban en orden de frecuencia el diagnóstico de probable trastorno disfórico premenstrual (20.55%), seguido de episodio depresivo mayor en el pasado (19.18%) y episodio depresivo mayor actual (17.81%) En las pacientes posmenopáusicas el primero fue el episodio depresivo mayor actual (27.50%), con síntomas melancólicos (25%), el trastorno de ansiedad generalizada actual (22.50%) y con la misma frecuencia fobia social y fobia específica con la misma frecuencia (20%). Cabe mencionar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de diagnósticos psiquiátricos en el momento de la entrevista entre ambos grupos

Al comparar nuestros resultados con otros estudios encontramos resultados similares. Ainala y cols en 2001 realizaron un estudio para determinar la prevalencia de síndromes neuropsiquiátricos en pacientes con lupus eritematoso generalizado reportando que 20 (44%) presentaron un trastorno afectivo y 6 (13%) presentaron un trastorno de ansiedad. Lindal y cols reportaron una prevalencia de fobia del 58% y de trastorno de ansiedad generalizada el 12% en 62 pacientes con LEG. (2, 27)

Brey y cols en 2002 reportaron que de los 128 pacientes con LEG que estudiaron para determinar la prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas utilizando definiciones estandarizadas para realizar los diagnósticos el 80% presentaron uno o más síndromes neuropsiquiátricos. 27 (24%)

presentaron un trastorno de ansiedad, 37 (28%) un episodio depresivo mayor, 3 (3%) presentaron un trastorno afectivo con síntomas maníacos. (8)

En relación con los trastornos psicóticos se reportó el caso de una paciente premenopáusica que presentaba un trastorno psicótico no especificado en el momento de la entrevista, 4 (5.48%) habían presentado un trastorno psicótico a lo largo de la vida, de estos 2 (2.74%) eran debido al LEG y otros 2 habían sido inducido por esteroides. Cuatro de las pacientes posmenopáusicas tenían antecedentes de trastornos psicóticos: 1 (2.50%) había presentado un trastorno psicótico breve, 1 (2.50%) debido al LEG, 1 (2.50%) inducido por esteroides, 1 (2.50%) no especificado.

En un estudio que se realizó en México se reportó que el 7.6% de los pacientes con LEG presenta psicosis. Otros estudios han reportado una prevalencia del 2-11% de psicosis en pacientes con LEG. (3, 12, 29)

Los tipos de trastornos de personalidad más encontrados en nuestras pacientes fueron el obsesivo-compulsivo, evitativo, esquizoide y paranoide nuestros resultados obtenidos no pueden ser comparados con los resultados de otros estudios debido a que no se han realizado estudios que determinen la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con LEG utilizando el SCID II para ello. Waterloo y cols utilizaron en MMPI encontrando que las pacientes con LEG presentan una introversión social probablemente relacionada con las anomalías visibles en la piel que influyen en su autoestima. (40)

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calificación total del MEX-SLEDAI y SLEDAI que mide la actividad del lupus, entre pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas probablemente se deba a que existe una moderada disminución en la actividad del LEG después de la menopausia como se ha reportado en otros estudios (33). Al comparar las calificaciones obtenidas del MEX-SLEDAI Y SLEDAI entre pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Al comparar edad, medicamentos y la dosis de los mismos en pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos por lo que no existió una relación entre estas variables con las manifestaciones psiquiátricas como se ha reportado en otros estudios. (11)

## CONCLUSIONES

Nosotros concluimos que la prevalencia de manifestaciones psiquiátricas en pacientes con lupus eritematoso generalizado es elevada encontrando en nuestro estudio una prevalencia del 69.91% de diagnósticos psiquiátricos en eje I o eje II según el DSM-IV. Cabe mencionar que esta prevalencia es en el número total de las pacientes sin que tenga relación con la edad, tiempo de evolución, lupus, tratamiento, ni se trataba del grupo I de premenopáusicas o del grupo II de posmenopáusicas.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas en la presencia de diagnósticos psiquiátricos.

Al comparar edad y escolaridad en pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas con y sin diagnóstico psiquiátrico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Se presentaron únicamente diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes psiquiátricos familiares en pacientes premenopáusicas con diagnóstico psiquiátrico al compararlas con el grupo sin diagnóstico psiquiátrico pero no existió una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de antecedentes psiquiátricos personales entre los grupos de premenopáusicas y posmenopáusicas. Las puntuaciones obtenidas en las escalas de severidad de depresión y ansiedad no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Los diagnósticos más frecuentes en eje I según el DSM-IV en las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas son los trastornos afectivos principalmente el episodio depresivo mayor actual o pasado así como los trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias (social y específica).

Los trastornos de personalidad más frecuentes entre pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas fueron el obsesivo-compulsivo seguido del evitativo y en el caso de las pacientes posmenopáusicas en tercer lugar por frecuencia fue el esquizoide y en pacientes premenopáusicas el paranoide.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la actividad del lupus y las manifestaciones psiquiátricas. Así mismo no existió una relación entre los medicamentos y la dosis de los mismos con las manifestaciones psiquiátricas.

Consideramos que se deberán realizar más estudios en México de las principales manifestaciones psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado debido a que la prevalencia de manifestaciones psiquiátricas es elevada y existen pocos estudios acerca de este tema utilizando solo en estos últimos años pruebas estandarizadas para realizar diagnósticos confiables como el presente estudio.



**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Adelman DC et al "The Neuropsychiatric Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: An Overview" *Semin Arthritis Rheum* 15:185-199, 1986.
- 2) Ainiola H et al "The prevalence of neuropsychiatric síndromes in systemic lupus erythematosus" *Neurology* 57:496-500, 2001.
- 3) Alarcón-Segovia D et al "Antiphospholipid Antibodies and the Antiphospholipid Syndrome" *Annals New York Academy of Sciences* 279-288, 1997.
- 4) Beck AT et al "Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the hamilton Anxiety rating Scale with outpatients" *Journal of Anxiety Disorders* 5:213-223, 1991.
- 5) Berlanga C et al "Adaptación y validación de la Escala de Depresión de Carroll en español" *Salud Mental* 15:36-40, 1992.
- 6) Brey RL et al "Neuropsychiatric Syndromes in lupus. Prevalence using standardized definitions" *Neurology* 58:1214-1220, 2002.
- 7) Brey RL et al "Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: Miles to go before we sleep" *Neurology* 61:9-10, 2003.
- 8) Bruss GS et al "Hamilton Anxiety Rating Scale interview guide: joint interview and test-retest methods for interrater reliability" *Psychiatry Res* 53:191-202, 1994.
- 9) Burt VK, Hendrick VC: *Women's Mental Health*. Edited by the American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC, 2001.

- 10) Calabrese LV et al "Neuropsychiatric Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus" *Psychosomatics* 36:344-359, 1995.
- 11) Chau SY, Mok CC. "Factors predictive of corticosteroid psychosis in patients with systemic lupus erythematosus". *Neurology* 61:104-107, 2003.
- 12) Euripides CM et al "Psychiatric Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: Clinical Features, Symptoms, and Signs of Central Nervous System Activity in 43 Patients" *Medicine* 73:224-232, 1994.
- 13) First MB et al "The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: multi-site test-retest reliability study" *J Personal disord* 9:92-104, 1995.
- 14) Hay EM et al "Psychiatric Disorder and Cognitive Impairment in Systemic Lupus Erythematosus" *Arthritis Rheum* 35:411-416, 1992.
- 15) Hay EM "Psychiatric Disorder and Cognitive Impairment in SLE" *Lupus* 3:145-148, 1994.
- 16) Hutchinson GA et al "Psychiatric Disorders in Systemic Lupus Erythematosus" *W.I.Med.J.* 45:48-50, 1996.
- 17) IsHak WW, Burt T and Sederer LI: *Outcome Measurement in Psychiatry*. First edition. Edited by American Psychiatry Publishing, Inc. Washington, DC, 2002.
- 18) Iverson GL, Anderson KW "The etiology of Psychiatric Symptoms in Patients with Systemic Lupus Erythematosus" *Scan J Rheumatol* 23:277-82, 1994.
- 19) Joffe RT et al "Mood Effects of Alternate-Day Corticosteroid Therapy in Patients with Systemic Lupus Erythematosus" *General Hospital Psychiatry* 10:56-60, 1988.

- 20) Jurado S et al "La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México" *Salud Mental* 21:26-31, 1998.
- 21) Kaplan & Sadock *Comprehensive textobook of Psychiatry* Ed. Lippincott Williams & Wilkins seventh Edition on CD-ROM 2000.
- 22) Karassa F B et al "Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus" *Annals of the Rheumatic Diseases* 62: 58-60, 2003 .
- 23) Khan S et al "Systemic lupus erythematosus presenting as mania" *Acta Psychiatr Scand* 101:406-408, 2000.
- 24) Kovacs JA et al "Dilemmas in Neuropsychiatric Lupus" *Rheum Dis Clin North Am* 19:795-813, 1993.
- 25) Kronfol Z et al "Catatonia and Systemic Lupus Erythematosus" *Dis Nerv Syst* 38:729-731, 1977.
- 26) Lecrubier Y "The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI" *Eur Psychiatry* 12:224-231, 1997.
- 27) Lindal A et al "Psychiatric disorders among Subjects with Systemic Lupus Erythematosus in an Unselected Population" *Scand J Rheumatol* 24:346-351, 1995.
- 28) Maffei C et al "Inter-rater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)" *J Personal Disord* 11:279-284, 1997.
- 29) Mok CC et al " Neuropsychiatric Manifestations and Their Clinical Associations in Southern Chinese Patients with Systemic Lupus Erythematosus" *J Rheumatol* 28:766-71, 2001.

- 30) Omdal R et al "Mental Health Status in Systemic Lupus Erythematosus" *Scand J Rheumatol* 24:142-5, 1995.
- 31) Purandare KN, et al " Psychiatric morbidity in patients with systemic lupus erythematosus" *QJM* 92: 283-286, 1999.
- 32) Riskind JH et al " Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed hamilton scales" *J Nerv Ment Dis* 175:474-479, 1987.
- 33) Sánchez-Guerrero J et al "Disease Activity during the Premenopausal and Postmenopausal Periods in Women with Systemic Lupus Erythematosus" *Am J Med* 111:464-468, 2001.
- 34) Sheehan DV et al "The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability" *Eur Psychiatry* 12:232-241,1997.
- 35) Sheehan DV et al "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10" *J Clin Psychiatry* 59:22-33, 1998.
- 36) Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E: *Mood Disorders in Women*. Edited by Martin dunitz Ltd, United Kingdom, 2000.
- 37) Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg D: *Psychiatric care of the Medical Patient*. 2<sup>nd</sup> edition, edited by Oxford University Press, 2000.
- 38) Torres-Castillo M et al "Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología" *Salud Mental* 14:1-6, 1991.
- 39) Valladolid GR et al "Manifestaciones Psiquiátricas en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico" *Actas Luso-Exp. Neurol Psiquiatr* 22:158-163, 1994.

- 40) Waterloo K, Omdal R et al " Emotional Status in Systemic Lupus Erythematosus" Scand J Rheumatol 27:410-4, 1998.
- 41) Wekking EM "Psychiatric Symptoms in Systemic Lupus Erythematosus: An Update" Psychosomatic Medicine 55:219-228, 1993.
- 42) West SG "Neuropsychiatric Lupus" Rheum Dis Clin North Am 20:129-158, 1994.
- 43) Zapor M et al "Echolalia as a Novel Manifestation of Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus" Southern Medical Journal 94:70-72, 2001.

ANEXO 1**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán****Departamento de Inmunología y Reumatología**

Estimado Paciente:

Los pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) pueden llegar a presentar durante el curso de su enfermedad síntomas de depresión o de ansiedad que se manifiestan con: ánimo bajo, falta de energía, tendencia al llanto, insomnio o aumento en las horas de sueño, disminución del apetito o aumento del mismo, nerviosismo con sudoración de manos o pies, palpitaciones, dolor de cabeza frecuente o tensión muscular entre otros. Estos síntomas se pueden presentar por diversas razones entre las que se encuentran: la propia enfermedad, efectos adversos de los medicamentos, el estrés social y psicológico que puede ocasionar la enfermedad.

Por este motivo, en este Instituto estamos llevando a cabo un estudio en pacientes con LEG para conocer cuál es la frecuencia de sintomatología psicológica-psiquiátrica así como las características de su personalidad.

El estudio se llevará a cabo comparando dos grupos, el primero serán pacientes premenopáusicas con diagnóstico de LEG y el segundo lo conformará por pacientes posmenopáusicas con diagnóstico de LEG.

Se citará a la paciente, en donde se les realizará una entrevista en la cual se les solicitará información acerca de su estado de salud y la presencia de síntomas psicológicos-psiquiátricos que pudiera haber presentado a lo largo de su vida o en el momento actual. Así mismo se les solicitará que llenen tres cuestionarios autoaplicables (de los que previamente se les informará como llenarlos) en los cuales se identificarán sintomatología psicológica-psiquiátrica así como características de su personalidad. Posteriormente se le valorará el grado de actividad de la enfermedad por un reumatólogo y se le preguntará sobre el tratamiento y las dosis que está tomando para el control del LEG y/o algún otro padecimiento.

Todos los estudios, incluyendo la evaluación con la aplicación de escalas serán gratuitos. La información que se recolecte será absolutamente confidencial, sin embargo los datos obtenidos podrán ser revisados y discutidos por los investigadores que participan en el estudio

Si se llegará a identificar algún tipo de padecimiento que requiera de tratamiento psicológico-psiquiátrico, se darán recomendaciones de opciones terapéuticas de acuerdo con su médico tratante.

Para confirmar su aceptación en la participación del estudio de investigación propuesto, es necesario que firme la carta anexa a la presente.

Dra. Mayra Martínez Mallen      Dr. Jorge Sánchez Guerrero

ANEXO 2

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA-PSIQUIÁTRICA EN MUJERES  
PREMENOPÁUSICAS Y POSMENOPÁUSICAS CON DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO  
GENERALIZADO (LEG).**

CARTA DE CONSENTIMIENTO

He sido informada verbalmente y por escrito, por el médico abajo firmante, sobre el tipo, objetivo y curso del estudio, diseñado para conocer la frecuencia de síntomas psicológicos-psiquiátricos que se pueden llegar a presentar en mujeres con lupus eritematoso generalizado.

Voluntariamente acepto participar en el estudio y mi participación consistirá que en una sola cita se me haga una valoración sistematizada de la actividad del LEG por un reumatólogo, informaré el tratamiento que estoy llevando para el control del lupus así como algún otro medicamento que tome, y si presento algún tipo de malestar o síntoma psicológico. Así mismo, contestaré 3 cuestionarios autoaplicables de los que previamente recibiré las instrucciones para llenarlos. Ninguno de estos estudios tendrá algún costo para mí.

Estoy enterada que la información obtenida de mi participación será mantenida de manera confidencial, pero autorizo a los investigadores a que sea analizada en conjunto con la información producto del estudio de todos los participantes. También estoy enterada que si alguna pregunta no quisiera contestarla o en algún momento deseara no participar en el estudio, puedo retirarme del mismo y continuar recibiendo la atención médica que requiero sin ningún problema ni penalización.

Cualquier duda que surja, en cualquier momento, sobre este estudio lo podré aclarar personalmente con los médicos responsables: en los teléfonos 5573-1200 (ext. 2601-02 y 03) con el Dr. Jorge Sánchez-Guerrero o la Dra. Mayra Martínez Mallen. También podré comunicarme al 0445585805918 (Dra. Mayra Martínez Mallen)

Bajo las condiciones arriba mencionadas accedo a mi participación.

Nombre y firma del paciente \_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo \_\_\_\_\_

FECHA:     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_

          Día       Mes       Año

No. de la paciente en el estudio: \_\_\_\_\_



ANEXO 3

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA-PSIQUIÁTRICA EN MUJERES  
PREMENOPÁUSICAS Y POSMENOPÁUSICAS CON DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO  
GENERALIZADO**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS (PACIENTE)

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Registro de estudio: \_\_\_\_\_

Registro INNSZ: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

1. NOMBRE \_\_\_\_\_

2. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_

dd mm aa

3. EDAD \_\_\_\_\_ años

4. ESTADO CIVIL

Soltero	casado	Divorciado	separado	viudo	Unión libre
---------	--------	------------	----------	-------	-------------

5. OCUPACION \_\_\_\_\_

6. ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	>18
P R I M A R I A					S E C					P R E P A					P R O F E S I O N A L				

7. DIRECCION: \_\_\_\_\_

8. TELEFONOS: DOMICILIO: \_\_\_\_\_ OFICINA: \_\_\_\_\_

9. FECHA DE ÚLTIMA REGLA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

dd mm aa

10. GRUPO DE FUNCIÓN OVÁRICA (FUR): \_\_\_\_\_

- 1) Últimos 35 días
- 2) >35 días y <90 días
- 3) ≥90 días y <180 días
- 4) ≥180 días y <1 año
- 5) ≥ 1año

11. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

---



---



---

12. USO DE SUSTANCIAS

	NO	SI	PATRON	ABUSO	DEPENDENCIA	REMISION
Tabaco						
Alcohol						
Cannabis						
Cocaína						
Otros						

## 13. ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIATRICOS (Dx y Tx)

---



---



---



---

LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO

14. Edad al diagnóstico del LEG: \_\_\_\_\_ años

15. Tiempo de evolución del LEG: \_\_\_\_\_ años

16. SLEDAI \_\_\_\_\_

## 17. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

## MEDICAMENTOS

## DOSIS

a) Prednisona

\_\_\_\_\_

b) Azatioprina

\_\_\_\_\_

c) Ciclofosfamida I.V.

\_\_\_\_\_

d) Ciclofosfamida V.O.

\_\_\_\_\_

e) Metotrexate

\_\_\_\_\_

f) 6-Mercaptopurina

\_\_\_\_\_

g) Cloroquina

\_\_\_\_\_

AINE \_\_\_\_\_

(especificar tipo y dosis)

ANALGESICOS \_\_\_\_\_

(especificar tipo y dosis)

**18. MINI**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**19. SCID II**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**20. SCL-90**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**21. HAMILTON DE DEPRESION \_\_\_\_\_**

**22. INVENTARIO DE BECK \_\_\_\_\_**

**23. HAMILTON DE ANSIEDAD \_\_\_\_\_**