



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
**México • La Ciudad de la Esperanza**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**  
**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**  
**SUBDIRECCIÓN DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS**  
**CENTRO DERMATOLÓGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN**  
**DERMATOLOGÍA**

**FACTORES PSICOLOGICOS EN VITILIGO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**  
**CASOS Y CONTROLES**

**PRESENTADO POR: DRA. ARLEN OCAMPO FONSECA**  
**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA**



**DIRECTORA: DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. LOURDES ALONZO ROMERO PAREYÓN**  
**DR. ALFONSO MARTIN DEL CAMPO**

**2006**



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.

## ***Dedicatorias***

***A Dios, por ser el amigo que nunca me faltará.***

***A mi esposo, José Roberto, con admiración y amor.***

***A mi hijo que está por nacer , por ser mi alegría más grande.***

***A mis padres y hermanos por su apoyo y compañía.***

***A los médicos del C.D.P., en especial a la Dra. Obdulia Rodríguez.***

## INDICE

Introducción .....	3
Antecedentes	
Definición .....	4
Epidemiología .....	4
Clasificación .....	4
Teorías etiológicas .....	5
Cuadro clínico .....	9
Diagnóstico .....	10
Evaluación .....	10
Tratamiento .....	10
La relación entre la psique y el soma	
La psicodermatología .....	11
Red Neuro-Immuno-cutáneo-Endócrina .....	12
Enfermedades psicodermatológicas .....	17
Aspectos psicológicos del vitiligo	
Consecuencias psicológicas del vitiligo .....	19
Importancia de los factores psicológicos en el inicio y curso .....	20
Papel de los tratamientos psicológicos en el manejo de los pacientes .....	21
Factores psicológicos que pueden influenciar las enfermedades psiccodermatológicas y escalas para su evaluación	
Depresión y ansiedad .....	22
Eventos estresantes en la vida .....	22
Personalidad .....	23
Apgar familiar .....	23
Escala de Hamilton para depresión .....	23
Escala de Hamilton para la ansiedad .....	24
Escala de perfil afectivo de Martín del Campo .....	24

Escala de Colmes y Rahe .....	25
Cuestionario de personalidad de Eysenck .....	25
El APGAR familiar .....	26
Protocolo de investigación	
Objetivos .....	29
Sujeto material y método .....	30
Definición de variables .....	32
Plan de análisis .....	34
Resultados .....	37
Discusión y comentario .....	46
Anexos .....	48
Bibliografía .....	60

## INTRODUCCION

Existen múltiples reportes anecdóticos que han relacionado los eventos estresantes en la vida con el inicio del Vitiligo, sin embargo existen pocos estudios controlados al respecto.

Las teorías etiológicas del Vitiligo aun no logran explicar del todo este fenómeno, por lo que los factores que intervienen en la génesis de este padecimiento están aun por esclarecerse.

Debe estudiarse de manera más amplia y sistematizada la relación eventos estresantes-Vitiligo, con la finalidad de llevar a un mejor entendimiento de la etiología de este padecimiento.

## ANTECEDENTES

### I. EL VITILIGO

#### **a ) Definición :**

El vitiligo es una acromia cutánea idiopática, caracterizada por manchas blanco-marfil, de diferentes formas y tamaños, las cuales tienden a agrandarse en forma periférica conforme transcurre el tiempo. <sup>(1)</sup>

#### **b) Epidemiología:**

El vitiligo usualmente inicia en la infancia, o en la edad adulta joven, aproximadamente la mitad de los pacientes con vitiligo adquieren la enfermedad antes de los 20 años de edad, a mayor edad, la incidencia disminuye.

La prevalencia mundial del vitiligo va del 1 al 2% y es similar tanto en niños como en adultos.

En Estados Unidos es del 1%, en Dinamarca de 0,38%, en Surat, India 1,13% y 0,46% en Calcuta, India. <sup>(2)</sup>

Los estudios han mostrado un ligero predominio en el sexo femenino, sin embargo esto no es estadísticamente significativo y es probable que se deba a que las mujeres son más propensas a buscar atención médica por problemas cosméticos.

#### **c) Clasificación :**

Actualmente no existe una clasificación estandarizada para el Vitiligo.

Mosher et al. propusieron la siguiente <sup>(3)</sup>:

1. Focal
2. Segmentario
3. Generalizado

#### 4. Universal

Koga propone la siguiente clasificación <sup>(4)</sup>:

1. Tipo A (No segmentario)
2. Tipo B ( Segmentario )

El Vitiligo se clasifica de acuerdo a la extensión y distribución de la despigmentación.

Generalizado: es la presentación mas común con despigmentación bilateral y simétrica de la cara, especialmente en áreas periorificiales, cuello, tronco, superficies extensoras, prominencias óseas de manos, muñecas, piernas, axilas orificios o superficies mucosas.

Acrofacial: comprende despigmentación de la parte distal de los dedos y orificios faciales.

Focal: manchas localizadas con distribución que no sigue los dermatomas.

Segmentario: tiene distribución asimétrica, siguiendo los dermatomas, es más recalcitrante a los tratamientos y con inicio más temprano y se asocia menos con enfermedades autoinmunes, por lo que se le considera un tipo especial de vitiligo.

#### **d) Teorías etiológicas:**

La premisa de que el vitiligo o la susceptibilidad de padecerlo es hereditaria, se basa en que, aproximadamente una cuarta a una tercera parte de los pacientes con vitiligo tienen miembros en la familia con esta enfermedad.

Algunos estudios han concluido que existen múltiples locus autosómicos no relacionados en los eritrocitos (como RH en el cromosoma 1, ACP1 en el cromosoma 2 y MN en el cromosoma 4 ) que están asociados con la enfermedad,

lo cual sugiere un patrón genético multifactorial.

Se ha demostrado que los familiares cercanos tienen 4,5 veces más riesgo de desarrollar vitiligo cuando se comparan con controles.

No se han podido demostrar haplotipos de HLA asociados.

Las teorías acerca de la causa del vitiligo se centran en tres mecanismos diferentes: autoinmune, autocitotóxica y neural. <sup>(2)</sup>

### **Teoría autoinmune:**

Esta teoría surgió de estudios que han demostrado una asociación entre el vitiligo y algunas enfermedades autoinmunes. <sup>(5,6,7,8,9,10,11,12)</sup>

Se ha demostrado la existencia de anticuerpos contra la superficie del melanocito <sup>(13,14,15,16)</sup>.

También se ha demostrado que el 80% de los pacientes con vitiligo tienen anticuerpos más comúnmente dirigidos contra antígenos de tejidos comunes de 40-45kd o 75 kd y a un antígeno específico para células de pigmento de 65 a 90 kd.

También se ha demostrado la presencia de anticuerpos antitirosinasa.

En cuanto a la teoría autoinmune del Vitiligo, una de las cosas que más la apoyan es el hecho de que exista una mayor frecuencia de asociación de algunas enfermedades autoinmunes en los pacientes con Vitiligo que en la población general:

<b>PREVALENCIA ESTIMADA DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN LA POBLACIÓN GENERAL (17)</b>
<p>Enfermedades tiroideas autoinmunes: 5-19%</p> <p>Diabetes Mellitus: 2-4%</p> <p>Vitiligo: 1%</p> <p>Anemia perniciosa: la más alta reportada es del 0,5%</p> <p>Alopecia areata: aprox. 0,1%</p>
<b>PREVALENCIA ESTIMADA DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN LOS PACIENTES CON VITILIGO</b>
<p>Enfermedades tiroideas autoinmunes: 0,62 a 37 %</p> <p>Diabetes Mellitus: 1.0 a 7,1 %</p> <p>Anemia perniciosa: 1,6 a 10,6 %</p> <p>Alopecia areata: 16%</p>

La asociación de Vitiligo con enfermedad tiroidea autoinmune (ETA) está bien documentada <sup>(18)</sup>.

La propensión para desarrollar ETA esta influenciada por factores genéticos y ambientales.

Factores genéticos: La evidencia de susceptibilidad genética esta apoyada por estudios que se han realizado en gemelos y en familias.

La susceptibilidad genética podría estar ligada al cromosoma X ya que los estudios epidemiológicos muestran un predominio mujer : hombre que va de 5 : 1 a 10: 1.

Se ha demostrado que la testosterona suprime y los estrógenos exacerban la tiroiditis autoinmune experimental.

Factores ambientales: La ingesta de yodo, las infecciones, el estrés, el tabaquismo y factores iatrogénicos parecen estar implicados.

### **Teoría autocitotóxica:**

Esta teoría se sustenta en la creencia de que la actividad aumentada del melanocito lo lleva a su propia destrucción. Algunos estudios han encontrado poco o nulo infiltrado linfocitario contiguo a los melanocitos, lo cual sustenta la teoría autocitotóxica.

Puede ser que la autocitotoxicidad ocurra por inhibición de la enzima tioredoxin reductasa, que es un apagador de radicales libres que se localiza en la membrana de los melanocitos. Esta enzima es inhibida por el calcio el cual parece estar aumentado en su unión a los queratinocitos de pacientes con vitiligo, en comparación con los controles.

Lo anterior sería capaz de causar muerte celular al haber un aumento de radicales superóxido.

Los niveles de catalasa ( enzima que reduce los superóxidos a agua ), también están disminuidos , y esto causa muerte celular.

### **Teoría neural:**

Fue propuesta inicialmente por Lerner <sup>(19)</sup>, quien se basó en lo siguiente:

1. Pacientes que tenían daño a un nervio y vitiligo
2. Evidencia clínica de vitiligo segmentario o en un dermatoma
3. Sudoración y vasoconstricción aumentadas en áreas con vitiligo, lo cual podría indicar actividad adrenérgica aumentada
4. Despigmentación en animales con fibras nerviosas dañadas

Se han visualizado nervios autonómicos degenerativos y regenerativos y engrosamiento de la membrana basal de las células dérmicas de Schwann en el

centro y la periferia de las manchas despigmentadas.

Se han encontrado además niveles elevados de FNT alfa, ICAM 1 e interferón gamma en la piel perilesional. La excreción urinaria aumentada del ácido homovanílico , metabolito de la dopamina y de el ácido vanilmandélico , metabolito de la epinefrina y norepinefrina en pacientes con vitiligo activo, temprano o recientemente activo.

### **Teoría heterogénea ( teoría de convergencia) :**

Se basa en los diversos hallazgos histopatológicos, y éxitos inconsistentes de los tratamientos.

Esta teoría sugiere que múltiples mecanismos pueden contribuir simultáneamente a la destrucción del melanocito <sup>(20)</sup> .

### **e) Cuadro clínico:**

La localización tiende a la simetría , predomina en dorso de manos, muñecas, antebrazos, contorno de ojos y boca , piel cabelluda, cuello, zonas genitales, y pliegues de flexión.

Las lesiones pueden localizarse a un solo segmento (vitiligo segmentario), o bien, ser diseminadas o generalizadas a todas las superficies cutáneas, suelen aparecer en zonas de roce o fricción, puede haber distribución segmentaria o sobre la distribución de un nervio. Se presentan manchas hipocrómicas o acrómicas de tonalidad blanco-mate uniforme con límites netos, pueden ser curvilíneas; el tamaño varía desde puntiformes de algunos milímetros, hasta abarcar segmentos completos; pueden ser confluentes y formar figuras irregulares y dejar islotes de piel sana o manchas efelediformes. Algunas están rodeadas de un halo hiperocrómico, rara vez hay borde inflamatorio. Puede afectar la mucosa oral o genital .<sup>(2,21)</sup>

Hay leucotriquia o poliosis. Puede presentarse el fenómeno de Köebner.

Puede haber repigmentación espontánea en 30% de los pacientes.

**f ) Diagnóstico :**

El diagnóstico del Vitiligo se realiza clínicamente.

**g ) Evaluación :**

Se recomienda examinar con luz de Wood a los pacientes con fototipos I a III para determinar la extensión de la enfermedad, ya que las manchas resaltan al observarse con esta luz.

También se recomienda examinar con luz de Wood a los pacientes con melanoma asociado a vitiligo ya que, el vitiligo es un buen predictor de metástasis en ellos.

Debido a que el paciente con vitiligo está en riesgo mayor de padecer enfermedades autoinmunes que la población general, se recomienda la determinación de TSH , anticuerpos antimicrosomales, BH completa , así como interrogar acerca de la presencia de poliuria, polidipsia y polifagia para ayudar a el diagnóstico de : enfermedad tiroidea, anemia perniciosa y diabetes mellitus respectivamente .

El apoyo psicológico es de gran importancia en estos pacientes.

**h ) Tratamiento :**

Existen diversos tratamientos para el Vitiligo <sup>(22,23,24)</sup>, entre los que se encuentran : PUVA tópico o sistémico, corticoesteroides tópicos o sistémicos, inhibidores de la calcineurina <sup>(25)</sup>, análogos de la vitamina D3, toques irritantes, injertos de piel, tatuaje de las lesiones <sup>(26)</sup>, y , en los casos que afectan más del 50% de la superficie corporal, se realiza despigmentación de la piel sana con éter monobencilico de hidroquinona.

## II. LA RELACION ENTRE LA PSIQUE Y EL SOMA

***“Este es el gran error de nuestros días que los médicos separen la mente del cuerpo”***

Platón

### **a) La Psicodermatología :**

Antiguamente, la humanidad se creía dominada por demonios y seres superiores que inflingían enfermedades, lo cual estaba fuera de su control.

El primer caso descrito de una enfermedad psicocutánea data de 1155 a.C, cuando el médico del príncipe de Persia especuló que la psoriasis de su paciente había sido provocada por la ansiedad que le produjo a este la próxima sucesión al trono de su padre; posteriormente , Hipócrates y los médicos de los años 400 a 500 a.C. introdujeron el concepto de los cuatro humores, con lo que se reconoció que la enfermedad se generaba desde adentro , concepto que posteriormente Galeno continuó apoyando , aunque no todos sus contemporáneos estaban de acuerdo con el mismo.

A partir de los siglos XIX y XX surgió un gran florecimiento de la ciencia, lo que trajo consigo numerosos descubrimientos que llevaron al concepto de ‘dualidad’, el cual afirma que el cáncer, bacterias, etc. atacan al soma, el cual esta por completo separado de la psique.

Posteriormente Freud y otros investigadores, establecieron las bases para considerar a la enfermedad como un fenómeno unitarista, con una interrelación entre psique y soma, en salud y enfermedad. <sup>(27)</sup>

Algunos autores trataron de explicar esta relación con reportes anecdóticos y sin fundamento científico, por lo que carecieron de credibilidad, por lo que posteriormente se inicio la llamada fase metodológica de la psicodermatología , en la cual se inicio la aplicación de cuestionarios a grandes grupos de pacientes, obteniendose datos más confiables y reproducibles.

Actualmente la Psiconeuroinmunología y la neuroquímica, han avanzado de manera asombrosa, esclareciendo algunos de los complicados procesos que comunican mente y cuerpo y por ende, mente-piel. <sup>(28)</sup>

Es así como a lo largo de la historia ha surgido la Psicodermatología, en la cual cada vez hay mas avances , lo que ha permitido que cobre fuerza y credibilidad entre los médicos Dermatólogos del siglo XXI.

### **b ) Red Neuro-Inmuno-Cutáneo-Endócrina:**

Aunque cada vez son mas los autores que reconocen que lo que ocurre en la mente puede tener gran impacto en el inicio, curso y tratamiento de algunas enfermedades de la piel, la forma en como se interconectan la mente y la piel, así como el camino que sigue un proceso tan abstracto como el estrés psicológico para repercutir en algunas dermatosis , aún no se conoce del todo.

Diversas observaciones clínicas sugieren que los factores psiconeuroinmunitarios, pueden tener aplicaciones de importancia en Dermatología. El estrés psicológico se ha relacionado con aumento de las concentraciones de neuropéptidos opioides en el sistema nervioso central ; de la misma manera se ha informado que puede exacerbar ciertas dematosis que tienen un componente psicosomático y uno inmunitario, como la urticaria idiopática crónica, la dermatitis atopica y la psoriasis.   
( 29,30,31,32,33 )

Existen modelos rudimentarios que se tratan de explicar la interrelación mente-cuerpo, tal es el caso de la red Neuro-inmuno-cutáneo-endócrina, este sistema se ha descrito como una red de comunicación en la cual, estos cuatro sistemas comparten un lenguaje de neuropeptidos, citoquinas, glucocorticoides, y otras moléculas efectoras.

La piel y el sistema nervioso central, comparten el mismo origen embrionario, y de la misma manera, comparten diversas hormonas, neurotransmisores y receptores. Se ha demostrado que muchos de esos péptidos, entre ellos la sustancia P ( SP ), péptido relacionado con el gen que codifica para la calcitonina ( CGRP ), péptido intestinal vasoactivo ( VIP ), neuropéptido Y ( NPY ), neurocinina y neurotensina A,

se encuentran en la piel como neurotransmisores y trofinas. Los neuropéptidos cutáneos están contenidos en fibras delta A mielinizadas, y en fibras C pequeñas no mielinizadas, incluso fibras sensitivas y del sistema nervioso autónomo. Se sabe bien que la piel esta inervada por nervios sensitivos aferentes primarios, nervios parasimpáticos colinérgicos posganglionares, y nervios simpáticos adrenérgicos y colinérgicos posganglionares. Es importante el hecho de que los nervios sensitivos no solo funcionan como un sistema aferente, para conducir estímulos desde la piel hacia el sistema nervioso central, sino que también actúan de forma “neurosecretora” eferente en todas sus ramas.

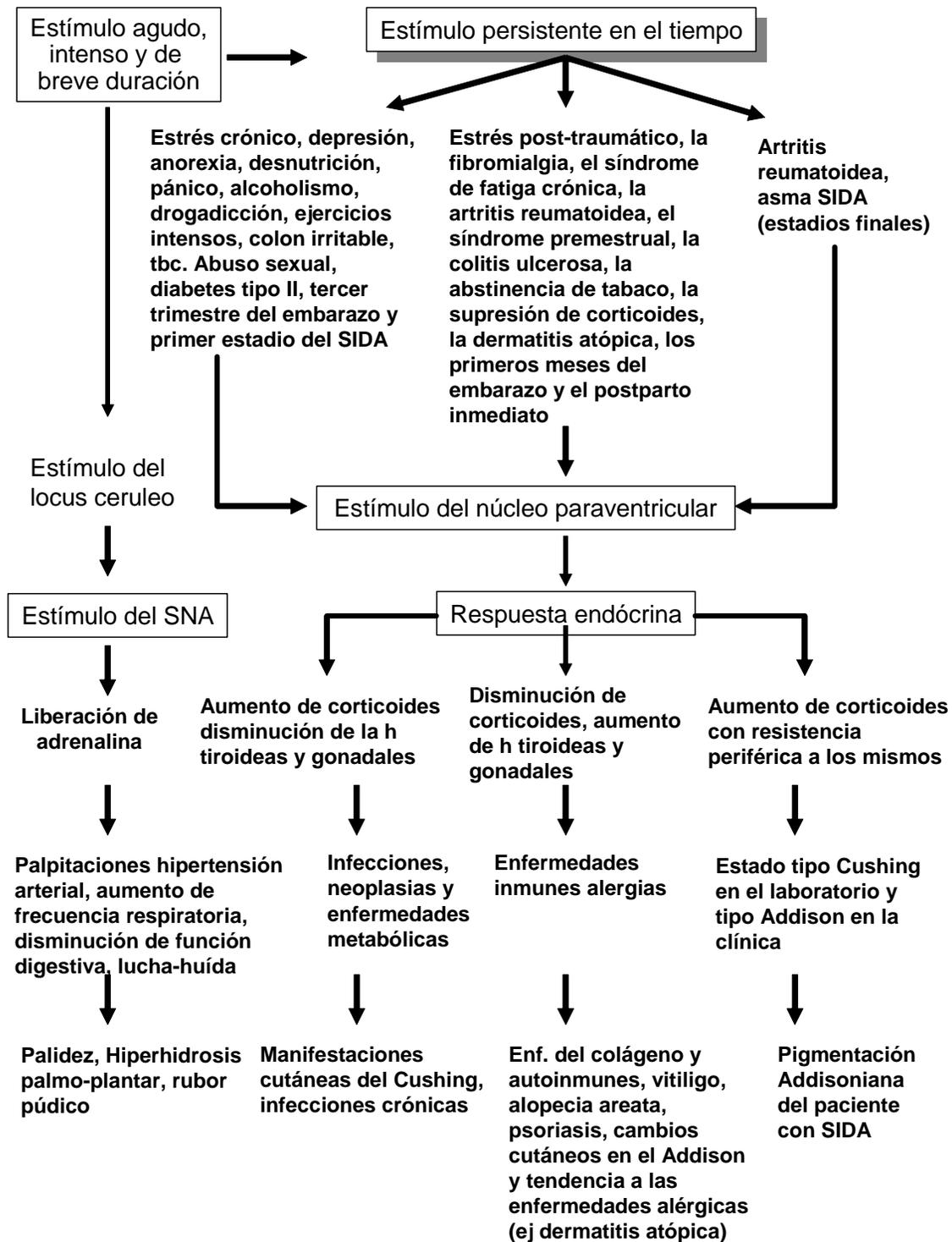
Además de la función clásica de los sistemas neuroendocrinos y nerviosos autónomos en respuesta al estrés, el sistema nervioso sensitivo también participa en esta respuesta. Los receptores cutáneos especializados (nociceptores) detectan y transmiten señales sensitivas, incluso estímulos nocivos, mediante fibras C aferentes no mielinizadas, hacia los ganglios de la raíz dorsal y el asta dorsal de la médula espinal. Los fascículos nerviosos ascendentes transmiten esta información sensitiva hacia el tálamo, que la transmiten hacia centros corticales superiores comprendidos en el procesamiento de información cognoscitiva. Las vías descendentes retransmiten la información sensitiva de regreso hacia la médula espinal, lo que da por resultado respuestas del sistema nervioso autónomo periférico ( p.ej. vasodilatación y sudación ).

La estimulación de nociceptores cutáneos por estímulos nocivos (mecánicos, térmicos o químicos) influye sobre terminaciones nerviosas que están despolarizadas, y los impulsos se transmiten ( de manera antidrómica ) a niveles central y periférico . Estas funciones efectoras periféricas, proporcionadas por neuronas sensitivas aferentes, son la razón de la denominada inflamación neurógena , que se basa en la liberación de neuropéptidos, entre ellos SP, CGRP y VIP desde ramas de nervios sensitivos colaterales.

La estimulación de nociceptores cutáneos también causa activación de vías ascendentes , lo que da por resultado aumento de la actividad eléctrica y concentraciones disminuidas de la SP en varias regiones corticales del SNC.

A pesar de ésto , la liberación local de neuropéptidos a partir de nervios sensitivos

en la piel, no se ha medido en respuesta a estímulos que generan estrés en animales o en los seres humanos.



### **Neuropéptidos cutáneos:**

Estas sustancias son ubicuas en la piel y funcionan como neurotransmisores, neuromoduladores, factores de crecimiento potenciales y hormonas, y se encuentran presentes tanto en fibras nerviosas cutáneas como en células cutáneas, como son los queratinocitos, inmunocitos, fibroblastos, células de Langerhans y células endoteliales.

Se ha demostrado que algunos neuropéptidos cutáneos como la sustancia P, la CGRP, VIP y el neuropéptido Y inducen vasodilatación cuando se inyectan intradérmicamente, además, la SP también es capaz de inducir ronchas, por lo que se ha desarrollado gran interés acerca del papel patogénico que pueden tener estas sustancias en las enfermedades de la piel.<sup>(35)</sup>

### **Sustancia P :**

La activación de áreas corticales superiores durante el estrés suscita alteraciones de la liberación de la SP desde las suprarrenales, mediante fibras descendentes del sistema nervioso autónomo. Dado que algunas fibras descendentes inervan interneuronas opioides en el asta dorsal, y esas interneuronas muestran conexión anatómica con nervios que contienen sustancia P en la médula espinal, es posible que los nervios descendentes del sistema nervioso autónomo puedan desencadenar liberación antidrómica de neuropéptidos en la piel. El nuevo mecanismo del reflejo axónico en la inflamación neurogénica, explicaría los efectos del estrés emocional sobre la fisiología de la piel, varios datos experimentales apoyan esta hipótesis.

En el estrés emocional inducido por inmovilización en ratas, se ha demostrado que además de un aumento de las concentraciones de SP en el sistema nervioso central, también se elevan las concentraciones séricas de la misma. Los neuropéptidos circulantes podrían generarse por liberación estimulada a partir de las suprarrenales o de las células periféricas no neuronales y nervios sensitivos.

La SP se encuentra localizada en células cromafines adrenérgicas en la glándula suprarrenal, y se ha propuesto su participación como un péptido contra el estrés<sup>(36)</sup>.

Existen receptores de la SP en mastocitos, neutrófilos y macrófagos<sup>(35)</sup> y la SP es

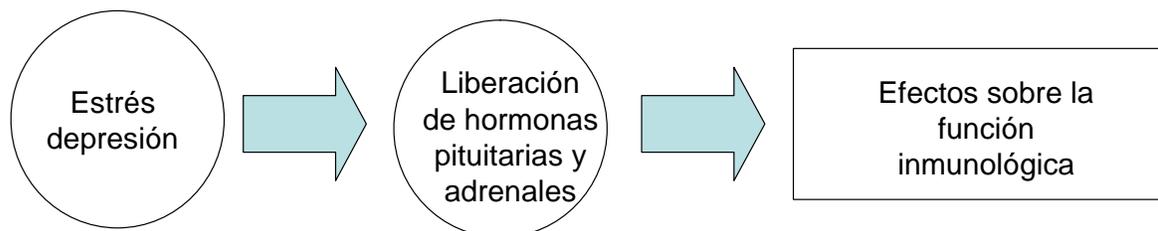
quimiotáctica para monocitos y polimorfonucleares , lo cual sugiere un vínculo entre el estímulo neurogénico y la infiltración de la piel por células inflamatorias, además, los queratinocitos tienen también receptores para la SP , lo cual sugiere que esta sustancia tiene también participación en la actividad de los queratinocitos.

### **Péptido relacionado con el gen de la calcitonina :**

Se ha sugerido que esta sustancia pudiera tener efectos inmunomoduladores in vivo, ya que las células de Langerhans y las fibras nerviosas que contienen estas sustancias están estrechamente relacionadas, y el PRGC inhibe la presentación de antígenos por las células de Langerhans.

### **VIP y el péptido activador de la adenilato ciclasa pituitaria :**

Ambos tienen propiedades vasodilatadoras cuando se inyectan intradérmicamente, además el VIP probablemente es mitogénico para los queratinocitos cultivados y probablemente tiene propiedades inmunosupresoras. Otras moléculas como las catecolaminas, esteroides, óxido nítrico, endorfinas , entre otras, son también parte del lenguaje mediante el cual se comunican en forma bidireccional la mente y la Piel.



### **c ) Enfermedades psicodermatológicas :**

Las enfermedades psicodermatológicas han sido clasificadas en dos categorías principales <sup>(37)</sup>:

1. Asociaciones cutáneas de enfermedades psiquiátricas
2. Asociaciones psiquiátricas de enfermedades cutáneas
3. Asociaciones cutáneas de las enfermedades psiquiátricas:

En este grupo se encuentran :

- a. Las dermatosis autoinflingidas: la tricotilomanía , el acné escoriado, escoriaciones neuróticas, dermatitis artefacta, las cuales pueden ser manifestaciones de la depresión, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad, entre otros trastornos psiquiátricos.
- b. Síntomas psiquiátricos primarios que se presentan con quejas acerca de la piel: tales como: delirio de parasitosis o de bromhidrosis, alucinaciones táctiles relacionadas con intoxicaciones por drogas, problemas de la imagen corporal como: preocupación excesiva por arrugas, palidez o enrojecimiento, etc.
- c. Misceláneos: glosodinia, prurito psicógeno, síndrome de púrpura psicógena, los cuales pueden coexistir con trastornos psiquiátricos variables.

2. Asociaciones psiquiátricas de enfermedades cutáneas: estas a su vez se dividen en:

- a. Las que tienen una base dermatopatológica primaria pero pueden ser influenciadas en parte por factores psicosomáticos ( p.ej. psoriasis, dermatitis atopica, urticaria y angioedema, alopecia areata, vitiligo, líquen plano y acné )
- b. Las que representan una respuesta fisiológica acentuada como la hiperhidrosis, eritrofobia

- c. Las que ocasionan una reacción emocional como resultado de desfiguración cosmética o el estigma social asociado con la enfermedad o ambos.

\*Algunas enfermedades pueden encontrarse en más de un subgrupo

### III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL VITILIGO

#### a ) Consecuencias psicológicas del vitiligo:

El vitiligo ha sido calificado por algunos autores como una de las enfermedades mas devastadoras psicológicamente <sup>(38,39)</sup>

Los pacientes con Vitiligo tienden a experimentar una baja autoestima, discriminación en el trabajo, depresión, y vergüenza tanto en las relaciones sociales como sexuales <sup>(40)</sup>

En un estudio realizado en 600 pacientes con vitiligo , el 59 % refirió un incidente en las tres semanas previas a el estudio en el cual se habían sentido mal a causa de su vitiligo , mas del 50 % de los pacientes habían sentido la mirada insistente de otras personas y el 13 % referían haber sido discriminados en su trabajo. <sup>(41)</sup>

Sampogna y cols. realizaron un estudio para determinar la relación entre calidad de vida en relación a la piel y la morbilidad psiquiátrica en 2136 pacientes con diferentes dermatosis, entre las que se encontraba el vitiligo, algunas de las conclusiones del estudio fueron que , aunque los pacientes con morbilidad psiquiátrica (p. ej. depresión ) percibían con mas intensidad los síntomas de su dermatosis (p. ej. el prurito) , los pacientes con enfermedades que son asintomáticas , como el vitiligo , no percibían síntomas .<sup>(42)</sup>

Matoos y cols. estudiaron 113 pacientes con vitiligo , encontrando una prevalencia de morbilidad psiquiátrica 25 % , la mayoría de ellos con trastornos de ajuste, la morbilidad psiquiátrica estaba correlacionada significativamente con la disfunción que se originaba de la enfermedad. <sup>(43)</sup>

Elgoweini y cols. realizaron un estudio con 30 pacientes con vitiligo, quienes fueron comparados con el grupo control en cuanto a ciertos rasgos de personalidad ( obsesión-compulsividad, hipocondriasis, depresión, histeria ), y comunicó que los pacientes con vitiligo obtuvieron niveles mas altos de obsesividad, hipocondriasis, depresión e histeria, con una diferencia estadísticamente significativa. <sup>(44)</sup>

Algunos estudios han mostrado que hasta el 40% de los pacientes presentan

depresión y tienen una autoestima significativamente mas baja que los pacientes control, incluso, estos estudios podrían subestimar el problema, ya que en otras encuestas realizadas se ha visto que hasta el 40% de los pacientes con Vitiligo podrían no acudir a recibir tratamiento medico adecuado por haber adoptado ya una actitud pasiva hacia su problema, lo cual puede reflejar rasgos depresivos <sup>(45)</sup>. Puede afirmarse que el vitiligo es una enfermedad que por ser cosméticamente inaceptable para la sociedad y para el propio enfermo, impacta de diferentes maneras la psique del individuo afectado.

### **b ) Importancia de los factores psicológicos en el inicio y curso del Vitiligo :**

Papadopolous y cols. realizaron un estudio publicado en 1998 , en el cual se estudiaron casi 100 pacientes con vitiligo de menos de 3 años de evolución, los investigadores observaron que los enfermos tuvieron un mayor número de eventos estresantes en la vida que los pacientes del grupo control en el año previo a el inicio de su dermatosis <sup>(46)</sup> .

Existen reportes anecdóticos de pacientes que refieren exacerbación de su enfermedad en periodos de estrés psicológico.

Los pacientes con vitiligo muestran una secreción anormal de neuromediadores ( p.ej.  $\beta$  endorfinas y metencefalina ) y una inmunorreactividad mas alta al neuropéptido Y y al péptido intestinal vasoactivo. Hasta la fecha no se conocen todos los efectos de los neuropéptidos sobre los melanocitos , aunque, el sistema nervioso parece jugar un papel en la activación de los melanocitos ; se ha demostrado que las alteraciones psiquiátricas y psicológicas y los estados de estrés crónico estan ligados con el incremento de la expresión del neuropéptido Y y otros mediadores <sup>(47)</sup> .

Existe un estudio que sugiere que algunas características de la personalidad, como alexitimia e inseguridad (rasgos de neuroticismo ), además de un pobre soporte social, aumentan la susceptibilidad de padecer vitiligo , posiblemente a través de deficiencias en la regulación emocional o una habilidad disminuida para lidiar con el estrés <sup>(48)</sup> .

Tomando en cuenta que el vitiligo ocurre por deficiencias inmunitarias, y las catecolaminas y metabolitos de la serotonina pueden influir directamente en la despigmentación, y que como ya es sabido, los sistemas inmune y endócrino pueden verse afectados por la ansiedad y la depresión, puede inferirse que existe una relación no bien comprendida entre los sistemas inmunológico, endócrino y piel.

### **c ) Papel de los tratamientos psicológicos en el manejo de los pacientes con Vitiligo.**

Papadopolous y cols <sup>( 49 )</sup> estudiaron el efecto que tenía la psicoterapia en un pequeño grupo de pacientes con vitiligo, que fueron comparados con un grupo control, ellos encontraron que hubo disminución del tamaño de las lesiones en 3 pacientes, y que no hubo empeoramiento de la enfermedad en el resto de los enfermos con vitiligo, y por el contrario, hubo empeoramiento de las lesiones en 3 sujetos del grupo control.

Existen escasas comunicaciones en la literatura, de pacientes que han presentado y disminución de sus lesiones con hipnoterapia, lo cual debe ser tomado con reserva, ya que no hay estudios con buen nivel de evidencia que apoyen lo anterior; por otra parte, no todos los sujetos son susceptibles de ser hipnotizados y esta técnica debe ser realizada por personal altamente entrenado <sup>(50)</sup>.

Finalmente, debido a las repercusiones psicológicas que el vitiligo puede tener, es fácil suponer que muchos pacientes con vitiligo y morbilidad psiquiátrica pueden obtener un beneficio considerable de tratamientos psiquiátricos, con lo que podrían mejorar diversos aspectos como su autoestima, relaciones sociales, etcétera.

#### **IV. FACTORES PSICOLOGICOS QUE PUEDEN INFLUENCIAR LAS ENFERMEDADES PSICODERMATOLÓGICAS Y ESCALAS PARA SU EVALUACIÓN.**

##### **a ) Depresión y ansiedad:**

Las emociones negativas , como las evocadas por los estados de depresión y ansiedad, pueden afectar los efectores del sistema inmune, y aumentar o disminuir la secreción de citoquinas proinflamatorias, incluyendo la IL-6 .

La sintomatología depresiva puede asociarse con una disminución de linfocitos T CD8 y una mayor recurrencia de Herpes simple tipo 2 en un periodo de 6 meses.

Los síntomas depresivos en varones HIV positivo disminuyeron la cuenta de linfocitos T CD4 y aumentaron la cuenta de células B en ellos. <sup>(47)</sup> Los problemas psiquiátricos y alteraciones psicosociales han sido reportados en al menos el 30% de los pacientes dermatológicos <sup>(51)</sup>.

La depresión mayor y el trastorno distímico son los trastornos del afecto mas comúnmente encontrados en los pacientes dermatológicos.

Los síntomas cutáneos como el dolor, sensación de quemadura, y otras disestesias sin causas orgánicas identificables pueden ser una manifestación de un trastorno depresivo subyacente.

##### **b) Eventos estresantes en la vida:**

Los eventos estresantes en la vida pueden provocar reacciones como depresión y ansiedad en los pacientes , lo cual puede variar en intensidad e incluso, no presentarse, de acuerdo con las características de personalidad y el entorno del individuo, todo esto finalmente interacciona y puede traducirse como respuestas inmunológicas.

##### **c ) Personalidad:**

La Personalidad y las diferentes formas de lidiar con los eventos estresantes,

pueden influir sobre la función inmune.

Algunos investigadores intentaron identificar variantes de la personalidad que predispusieran a los individuos a trastornos de tipo alérgico.<sup>( 52,53,54 )</sup>; la reactividad de la piel ( tamaño de la roncha, etc. ), fue menor en individuos con personalidad pasiva, ansiosa, negativa, disatisfechos, e impulsivos.

En otro estudio, los familiares de pacientes con artritis reumatoide que no tenían el factor reumatoide positivo, eran mas ansiosos y disforicos que los que tenían el factor positivo.<sup>(55)</sup>

Las formas de lidiar con el estrés que se asocian con alteraciones inmunológicas, incluyen: la represión, negación, evitación.

#### **d ) Apgar familiar:**

La conexión que existe entre las relaciones personales y la función inmune, es uno de los hallazgos mas importantes de la Psiconeuroinmunología.

El soporte que brindan las relaciones sociales puede servir como amortiguador en situaciones de estrés crónico o agudo, protegiendo contra una mala regulación del sistema inmune.

En un estudio que se realizó con hombres HIV positivos, aquellos que percibieron tener un apoyo emocional menor, tuvieron un descenso más rápido de las células T CD4<sup>(47)</sup>

Otros estudios han mostrado que los niveles mas bajos de apoyo social en situaciones de estrés, se asocian con una función inmunológica mas pobre.

#### **e ) Escalas de medición de factores psicológicos y psicosociales:**

##### **Escala de Hamilton para depresión :**

La escala de depresión de Hamilton, fue una de las primeras que se desarrollaron para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva. Fue creada por Max Hamilton en 1960, y desde entonces, es la más ampliamente usada y aceptada para evaluar la severidad de la depresión.

Esta escala consiste en 17 reactivos, que evalúan el ánimo depresivo, los síntomas cognitivos y vegetativos de la depresión y los síntomas de ansiedad comórbida.

**Escala de Hamilton para Ansiedad:**

Esta escala consiste en 14 reactivos, cada uno evalúa una serie de síntomas de la ansiedad.

Cada reactivo se califica en una escala de 5 puntos, que va del 0 (ausente) a el 4 ( severo ) .

**Escala de perfil afectivo de Martín del Campo:**

Al afecto (estado de ánimo, humor) se le considera en la actualidad como una función con sustrato biológico, el cual es posible estudiar a través de las percepciones interoceptivas asociadas a la biología de este fenómeno, que tiene gran importancia dentro de las líneas de investigación de la Psiquiatría moderna. Por lo tanto, su medición es importante para entender su relación con otros procesos biológicos o con la enfermedad mental.

La Escala de Perfil Afectivo de Martín del Campo es una escala similar a la POMS ( *Profile of mood scale* ), sin embargo, ha sido creada especialmente con términos del Español que se habla en México, por lo que se considera que es confiable y válida para medir el perfil afectivo en población mexicana <sup>(56)</sup>.

La escala cuenta con 5 subescalas que son; ánimo depresivo, malestar , fatiga, enojo, falta de concentración, tensión o ansiedad, las cuales se suman entre si, excepto la calificación para malestar , la cual se resta del total de la suma anterior, obteniéndose el grado de disforia.

**Escala de Holmes y Rahe para eventos en la vida, modificada por González de Rivera y Morera.**

Esta escala fue creada en 1967 por Thomas Holmes y Richard Rahe, con la finalidad de demostrar asociación entre acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad , en 1983, González de Rivera y Morera la modificaron al castellano.

Esta escala puede ser autoadministrada, consta de una lista de sucesos vitales que se consideran estresantes , a cada uno de estos sucesos se le otorga un valor de acuerdo al nivel de estrés que se considera que éstos pueden producir y finalmente se suma el total , con lo que se determina el grado de estrés que ha sufrido el sujeto en el último año ( Índice de reajuste social ).

Holmes y Rahe denominan pacientes de riesgo alto los que tienen una puntuación superior a 300 puntos, de riesgo medio los que tienen una puntuación entre 200-299 y de bajo riesgo los que tienen menos de 200 puntos (150-199) .

### **Cuestionario de Personalidad de Eysenck:**

La teoría de la personalidad de Eysenck se basa principalmente en la fisiología y la genética.

Eysenck consideraba que los hábitos aprendidos eran de gran importancia, También creía que las diferencias de personalidad surgían de nuestra herencia genética, es decir, se interesó especialmente en lo que conocemos comúnmente como temperamento.

Inicialmente, Eysenck conceptualizó la personalidad como dos categorías de temperamento biológicamente basadas:

- a) Extraversión / Introversión: La Extraversión se caracteriza por entusiasmo, “ sentirse bien”, y por la necesidad de estímulos externos.
- b) Neuroticismo / Estabilidad: El neuroticismo o emocionalidad se caracteriza por altos niveles de afecto negativo, como depresión y ansiedad. Las personas neuróticas, fácilmente se irritan o se ponen nerviosas, aun ante estresores menores. Por el contrario, las personas emocionalmente estables, tienden a mantener la calma cuando están bajo presión, y solo experimentan afecto negativo cuando se encuentran ante situaciones estresantes mayores.
- c) Psicoticismo/ Socialización: El psicoticismo se asocia no solo con la labilidad a tener un episodio psicótico (perder el contacto con la realidad), sino también con la agresividad, el comportamiento psicótico se manifiesta, entre otras cosas, con terquedad, falta de conformidad, falta de consideración, hostilidad, impulsividad, enojo.

La siguiente tabla describe los rasgos que se asocian con los tres temperamentos del modelo de personalidad de Eysenck:

PSICOTICISMO	EXTRAVERSION	NEUROTICISMO
Agresivo	Sociable	Ansioso
Asertivo	Irresponsable	Depresivo
Egocéntrico	Dominante	Sentimiento de culpa
Antipático	Irreflexivo	Baja autoestima
Manipulador	Busca nuevas sensaciones	Tenso
Persigue logros	Impulsivo	Malhumorado
Dogmático	Toma riesgos	Hipocondríaco
Masculino	Expresivo	Falta de autonomía
Terco	Activo	Obsesivo

En la escala de Personalidad de Eysenck, se incluye, además de lo anterior un cuarto rubro, que corresponde a la Deseabilidad social, con el que se pretende medir la intención de falsear las respuestas del cuestionario.

### **El APGAR familiar**

Para tener un conocimiento del impacto familiar sobre el cuidado de la salud y los efectos de la enfermedad sobre la familia se han desarrollado escalas numéricas del funcionamiento familiar en un intento de cuantificar sus funciones. El método APGAR fue descrito por Gabriel Smilkstein, MD de Seattle (Washington), y para su elaboración se partió de una definición funcional: "la familia es un grupo psicosocial que consta del paciente y una o más personas, niños o adultos, en la cual hay una comisión de los miembros para la educación de los otros". Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- Adaptabilidad: mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

- Participación: mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo, el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
- Gradiente de crecimiento: mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Afecto: mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Resolución: mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como la capacidad del grupo para hacer frente a las diferentes crisis.

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

### **JUSTIFICACIÓN:**

La interacción mente-cuerpo en el Vitiligo esta poco estudiada, el ampliar el estudio de ésta puede conllevar a desarrollar nuevas teorías etiológicas y potencialmente nuevas líneas de investigación en la terapéutica del mismo.

Lo anterior podría resultar en el desarrollo de nuevas terapias basadas en el reconocimiento y tratamiento de factores psicosomáticos como desencadenantes del Vitiligo o como situaciones que se presentan de manera concomitante o secundaria al Vitiligo.

Por otra parte, el detectar eventos estresantes en la vida, y niveles altos de ansiedad y depresión y tratar oportunamente sus repercusiones psicológicas se traducirá en una mejor calidad de vida de los pacientes. De lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Los pacientes con Vitiligo en cara o en manos de 18 a 59 años de edad tienen mayor cantidad de eventos estresantes en el año previo al inicio o la reactivación de su enfermedad, que disminuyen su estado de ánimo, energía y actividad personal, laboral o social que los sujetos sanos?

### **HIPÓTESIS:**

1. Los pacientes con vitiligo en cara o en manos de 18 a 59 años de edad, tienen mayores eventos estresantes que aumentan su depresión ansiedad y disminuyen su funcionalidad familiar que la población general en el año previo al inicio o reactivación del vitiligo.

**Objetivo general:**

Determinar los factores estresantes en sujetos con piel normal y pacientes con vitiligo y el grado de asociación con los factores psicológicos que presentan en un año previo al inicio o reactivación de su enfermedad, en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua en el período comprendido de junio a diciembre del 2005.

**Objetivos específicos:**

- 1 Determinar las características sociodemográficas de los grupos en estudio
- 2 Determinar la frecuencia de los eventos estresantes entre casos y controles y su significancia estadística. (cuestionario de factores estresantes)
- 3 Determinar el porcentaje de casos que relacionan el inicio o reactivación del vitiligo con un evento estresante.
- 4 Determinar la asociación del vitiligo y el grado de depresión, su actividad social, personal y laboral. (escala de depresión de Hamilton)
- 5 Determinar la actividad del vitiligo y su asociación con la depresión y la ansiedad. (escala de ansiedad y depresión de Hamilton)
- 6 Determinar los niveles de ansiedad y depresión y su significancia estadística de los grupos en estudio (escala de ansiedad y depresión de Hamilton)
- 7 Demostrar que, el vitiligo afecta la funcionalidad familiar en las personas afectadas (APGAR familiar)
- 8 Conocer los rasgos de personalidad que predominan en los grupos de estudio (cuestionario de Eysenck)
- 9 Determinar el estado de ánimo de los grupos en estudio al momento de la aplicación de la escala de Perfil afectivo de Martín Del Campo

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:**

### **Diseño del estudio:**

Estudio descriptivo, prospectivo de casos y controles

### **Muestreo:**

No probabilístico de casos consecutivos.

### **Población de estudio:**

#### *Casos:*

Pacientes de 18- 59 años, que acudan a la consulta externa del CDP por primera vez o subsecuentes con el diagnóstico clínico de Vitiligo, en el periodo comprendido de junio a diciembre del 2005.

#### *Controles:*

Personas con piel normal acompañantes de pacientes del CDP y transeúntes de diferentes puntos de la Cd. de México, D.F., de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

### **Tamaño de la muestra:**

Se tomo como parámetro de referencia la incidencia de vitiligo en adultos jóvenes con topografía en cara o en manos con afección no mayor al 30% de extensión y asociados como probable causa de la enfermedad a factores psicológicos de la consulta General del Centro Dermatológico Pascua. Determinamos una probabilidad (p) del 30%, con un nivel de confianza (Z) de 1.96 y un poder del 80% en relación de 1 a 1 entre casos y controles. Con un error no mayor al 5% y al menos 2.5 de OR Tenemos que:

$OR = (n \text{ casos positivos} / n \text{ casos negativos}) / (n \text{ controles positivos} / n \text{ controles negativos})$ .

Fórmula:  $N = \frac{(Z_{\alpha} / 2 + Z_{\beta})^2 p (1-p) (r+1)}{(d)^2 r}$

N= 50 pacientes por grupo.

Los resultados para la comparación de proporciones fue ajustada por diseño a 50.

**Criterios de inclusión de los casos:**

- Pacientes del sexo masculino o femenino
- Edades de 18 a 59 años.
- Diagnóstico clínico de Vitiligo
- Topografía en manos o en cara o en ambos segmentos
- Con superficie de afección no mayor el 30%
- Pacientes que mediante la firma del consentimiento informado acepten de manera voluntaria participar en el estudio.

**Criterios de exclusión de los casos:**

- Pacientes con algún impedimento físico o mental para el llenado adecuado de las diferentes escalas de evaluación.
- Pacientes que no acepten de manera voluntaria participar en el estudio.

**Criterios de inclusión de los controles**

- Personas del sexo masculino o femenino
- Personas de 18 años en adelante
- Personas Sin enfermedades que afecten la imagen corporal.
- Personas que mediante la firma del consentimiento informado acepten de manera voluntaria participar en el estudio.

**Criterios de exclusión de los controles:**

- Personas con algún impedimento físico o mental para el llenado adecuado de las diferentes escalas de evaluación.
- Personas que no acepten de manera voluntaria participar en el estudio.

**Criterios de eliminación de los casos y los controles:**

Sujetos que no completen los cuestionarios de evaluación.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES:

### Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
Vitiligo	Acromia cutánea idiopática, caracterizada por manchas blanco marfil	Se realizará el diagnóstico clínico de vitiligo por dos dermatólogos del CDP	Cualitativo / Nominal	Si/ no
Vitiligo estable	Vitiligo que haya evolucionado sin nuevas manchas o sin crecimiento de las manchas previas en los últimos tres meses.	Que el paciente niegue aparición de nuevas manchas o crecimiento de: Manchas previas en los últimos 3 meses previos a el interrogatorio.	Cualitativo/ Nominal	Si/ no
Vitiligo activo	Vitiligo que haya evolucionado con nuevas manchas crecimiento de las manchas previas en los últimos tres meses.	Que el paciente refiera aparición de nuevas manchas o crecimiento de: Manchas previas en los últimos 3 meses previos a el interrogatorio.	Cualitativo/ Nominal	Si/ no

### Variabes Independientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
<b>Depresión</b>	Trastorno afectivo donde el paciente sufre un decaimiento del estado de ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad	Escala de Depresión de Hamilton	Cualitativo / intervalo	0-7 Normal 8-12 Depresión Menor 13-17 Menos de depresión Mayor 18-29 Depresión mayor 30-52 Más que depresión mayor

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
<b>Ansiedad</b>	Reacción global del organismo ante una situación que percibe como amenazante a su existencia y que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales	Cuestionario de ansiedad de Hamilton	Cualitativa / intervalo	0 a 5 Sin ansiedad 6 a 17 A. leve 18 a 28 A. moderada > 29 A. severa
<b>Persona_ Lidad</b>	Conjunto de características propias de cada persona que la distinguen de las demás, especialmente cuando son originales o destacables	cuestionario de Personalidad de Eysenck	Cuantitativ / de razón	De 0 a 100 en relación a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuroticismo</li> <li>• Psicoticismo</li> <li>• Extraversión</li> <li>• Deseabilidad social</li> </ul>
<b>Alteraciones psico-somaticos (éstress)</b>	Alteraciones que aparecen en el organismo al hallarse frente a una situación agresiva compleja.	Escala de Reajuste social de Holmes y Rahe, modificado por González de Rivera y Morera Visual análoga	Cuantitativa / de razón	De 0 a 100 en relación a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad del sueño</li> <li>• Somnolencia diurna</li> <li>• Apetito</li> <li>• Molestias Gastrointestinales</li> <li>• Micción nocturna</li> <li>• Libido.</li> </ul>
<b>Estado de animo</b>	Función con sustrato biológico el cual es posible estudiar a través de la percepción de sensaciones interoceptivas.	Escala de Perfil Afectivo de Martín del Campo	Cuantitativa / de razón	De 0 a 10 en relación a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disforia</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Falta de concentración</li> <li>• Enojo</li> <li>• Malestar</li> <li>• Tensión/ansiedad</li> <li>• Animo depresivo</li> </ul>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
<b>Funcionalidad familiar</b>	Capacidad de adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y resolución, que tenga consigo mismo y con los demás integrantes de la familia.	APGAR Familiar	Cualitativa / intervalo	De 0 a 6 en relación a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 6 Funcional</li> <li>• 0 a 2 Disfunción grave</li> <li>• 3 a 6 Disfunción leve</li> </ul>
<b>Eventos estresantes</b>	Factores asociados a enfermedades cutáneas relacionados con alteraciones siquiátricas (eventos en la vida de Holmes y Rahe)	Cuestionario con base a la aparición de las lesiones y alteraciones psicológicas	Cualitativa/ nominal	Presencia/ ausencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad grave</li> <li>• * Muerte de un familiar</li> <li>• * Separación familiar</li> <li>• Divorcio</li> </ul>

Familiar próximo.- Persona en relación de primer grado o no con los sujetos en estudio y lazos afectivos muy fuertes que provocan alteraciones físicas y emocionales.

### **Variables Confusoras**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional.	Escala	Unidad de medida
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Edad en años en el momento del estudio	Continua-proporcional	Años
Sexo	Constitución orgánica que distingue masculino y femenino	Se registra con base al sexo de asignación social	Nominal	0 Masculino 1 Femenino

### **Plan de análisis:**

#### **Análisis descriptivo**

Las variables sociodemográficas, las características clínicas y los eventos en la vida como factores desencadenantes de la enfermedad se analizarán a través de medidas de tendencia central y de dispersión; los resultados serán presentadas por medio de proporciones o porcentajes, tablas de contingencia, gráficas de barra y pastel.

### ***Análisis de Inferencia***

Como las observaciones de la depresión y la ansiedad corresponden casos y controles donde las mediciones se realizaron en escala ordinal (normal, leve, moderado y severo), la prueba de elección para comprobar las hipótesis establecidas es la  $X^2$  (chi cuadrada, diferencia de frecuencias), a través de una tabla de contingencia 4x2 con una probabilidad de error menor a 5% y un porcentaje de confianza del 95%. (Programa estadístico SSPS), La fuerza de correlación se determina mediante su coeficiente de contingencia (CI)

En el caso de la personalidad, alteraciones psicosomáticas, y el estado de ánimo las mediciones se realizaron en escala de razón por tal motivo la prueba de elección para determinar una diferencia significativa entre los casos y controles es la T student (diferencia de medias)

### **RECURSOS:**

Recursos humanos :

Investigadores del protocolo ( 2 Dermatólogos , 1 Psiquiatra, 1 Maestro en Ciencias )

### **ASPECTOS ETICOS**

El estudio es factible en personas de acuerdo a la ley general de salud y no se hará ninguna intervención de cualquier índole hacia los sujetos de estudio.

Tampoco tiene implicaciones éticas, ya que, una vez concluido el estudio se informará a los médicos tratantes los datos de los pacientes que requieran atención médica especializada.

El Protocolo de Investigación será revisado y aprobado por el Comité de Ética Local.

Los pacientes se incluirán en el estudio solo si firman el consentimiento informado y podrán retirarse del mismo en el momento que así lo decidan.

Los resultados de las pruebas aplicadas serán confidenciales y solo se comunicaran (si el paciente así lo acepta) a sus médicos tratantes, con la finalidad de canalizar a los pacientes para su atención psiquiátrica requerida.

## **RESULTADOS**

Se estudiaron 100 sujetos, 50 casos que cumplieron con los criterios de inclusión provenientes de la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua y 50 controles que participaron en el estudio durante el periodo comprendido del 01 de julio al 31 de diciembre del 2005

### **Características sociodemográficas**

En el grupo de estudio se encontró que el 40% (20 pacientes) correspondieron al sexo masculino y el 60% (30 pacientes) al sexo femenino; con edad promedio de 39 años, entre 18 a 59 en el grupo de pacientes y de 37 (18-59) en los controles (Cuadros 1 y 2).

**Cuadro 1** Distribución por sexo de los pacientes estudiados.

Sexo	Paciente con vitiligo n=50 (100%)	Pacientes sin vitiligo n=50 (100%)	Total
Masculino	20 (40%)	20 (40%)	40
Femenino	30 (60%)	30 (60%)	60

**Cuadro 2** Distribución por edad de los pacientes estudiados

Edad	Pacientes con vitiligo n=50 (100 %)	Pacientes sin vitiligo N=50 (100%)	Total
18 a 30	14 (28%)	16 (32%)	30
31 a 50	27 (54%)	29 (58%)	56
Más de 50	9 (18%)	5 (10%)	14
Promedio	39	37	
Rango	18 a 59	18 a 59	

### Eventos estresantes casos /controles

Se observo que en 24 casos (48%) la presencia de un factor como muerte de un familiar próximo, divorcio, enfermedad grave o cirugía y 18% de estos factores en los sujetos del grupo control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa\*.

### Cuadro 3.- Eventos estresantes casos y controles

Factores estresantes	Presencia	Ausencia	Total
Casos	24	26	50
Controles	9	41	50
Total	31	67	100

\* p=0.005 calculada mediante la prueba estadística exacta de Fisher

Escala de eventos en la vida de Colmes y Rahe modificada

### Vitiligo / Eventos estresantes

1. Se observó que un 62% de los pacientes con vitiligo atribuyeron el inicio de su enfermedad a algún factor como muerte de un familiar próximo, divorcio, enfermedad grave o cirugía. (cuadro 4)
2. El 66 % de los pacientes con vitiligo refirieron que los periodos de empeoramiento de su enfermedad los atribuían a factores psicológicos estresantes.

### Cuadro 4.

Vitiligo asociado a factores estresantes	SI	NO	total
Inicio del vitiligo / evento estresante	31 (62%)	19(38%)	50
Reactivacion del vitiligo / evento estresante	33(66%)	17(34%)	50

### Vitiligo / \*Depresión

Todos los pacientes presentaban afección en cara, en manos o en ambos segmentos que se relacionan directamente al trato afectivo disminuyendo su estado de animo, energía y actividad ya sea personal, laboral o social pero solo en 34 casos manifestaron diferentes grados de depresión. (Cuadro 5)

### **Cuadro 5.- Vitiligo y grados de depresión\***

Depresión	Casos	%
Sin depresión	16	32%
Depresión menor	13	26%
Menos que depresión mayor	10	20%
Depresión mayor	8	16%
Mas que depresión mayor	3	6%
Total	50	

\* Escala de Depresión de Hamilton

Un 26% de los casos le atribuyeron alguna pérdida de oportunidades en el ámbito personal o laboral a el vitiligo

### **Vitiligo / apoyo psicológico**

La mitad de los enfermos dijeron que consideraban necesario el recibir apoyo psicológico debido al vitiligo

### **Vitiligo / Mejoría**

Se interrogó a los pacientes acerca de la percepción de mejoría de su padecimiento en los últimos tres meses, y notamos que la mayoría percibió la evolución de su enfermedad en forma estacionaria (cuadro 6).

### **Cuadro 6.- Mejoría en los últimos 4 meses**

Mejoría de su enfermedad	Nada	Poco	Mucho
Casos	20 (40%)	26 (52%)	4(8%)

### Actividad del vitiligo / \*Depresión:

No se observaron diferencias significativas en los grados de depresión entre los pacientes con vitiligo estable y los pacientes con vitiligo activo (Cuadro 7):

**Cuadro 7.-** Actividad del vitiligo y depresión

Depresión	Actividad del vitiligo		
	Activo	Estable	Total
Normal	10	6	16
Depresión menor	8	5	13
Menos que depresión mayor	5	5	10
Depresión mayor	4	4	8
Más que depresión mayor	2	1	3
Total	29	21	50

\* Escala de depresión de Hamilton

### Actividad del vitiligo / \*Ansiedad:

Por otra parte, si se encontró que había un número significativamente mayor de pacientes con ansiedad leve en el grupo de pacientes con vitiligo activo que en el grupo de pacientes con vitiligo estable ( 17 y 5 pacientes respectivamente):

**Cuadro 8.-** Actividad del vitiligo y ansiedad

Ansiedad	Actividad del vitiligo		
	Activo	Estable	Total
Sin ansiedad	4	6	10
Leve	17	5	22
Moderada	6	8	14
Severa	2	2	4
Total	29	21	50

\* Escala de ansiedad de Hamilton

## Aspectos psicológicos de los pacientes con vitiligo / Sujetos sanos

Al analizar la depresión mediante la escala de Hamilton observamos que ésta, es más frecuente, en forma clínica y estadísticamente significativa, en pacientes con vitiligo. El 64% de los casos tenían algún grado de depresión, en comparación con los controles en donde esta alteración era solo del 16%

Se encontró que en el grupo de casos había 22% de sujetos que referían depresión, en el rango de mayor y más que mayor, en comparación al 2% de los controles. (cuadro 9)

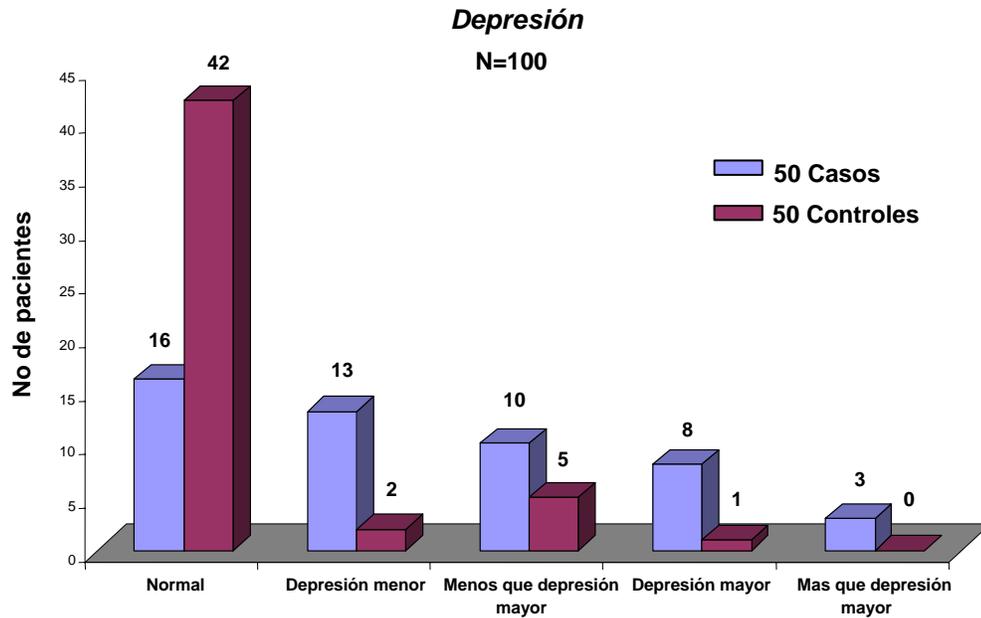
### Cuadro 9. Depresión

	Normal	Depresión menor	Menos que depresión mayor	Depresión mayor	Mas que depresión mayor	Total
Casos	16	13	10	8	3	50
Controles	42	2	5	1	0	50
Total	58	15	15	9	3	100

\* Escala de depresión de Hamilton

**El valor calculado de  $X^2$  (Chi-Square Tests)** considerando un porcentaje de error menor a 5% fue de 29.83 lo que corresponde a un valor de  $P=0$ , lo cual es estadísticamente significativo.

**Significado clínico.** Las diferencias observadas de depresión entre pacientes con vitiligo y sujetos con piel sana son estadísticamente significativas con una fuerza de correlación positiva de 0.48 (nivel de asociación)



Gráfica 1

### Ansiedad de los pacientes con vitiligo / Sujetos sanos

Los síntomas de ansiedad fueron clínica y estadísticamente significativos en sujetos con vitiligo, de éstos el 44% presentaron ansiedad leve y el 28% ansiedad moderada. Por el contrario en el grupo de sujetos sin vitiligo sólo 11 (22%) presentaron ansiedad leve, y ninguno de ellos ansiedad moderada o alta. (cuadro 10)

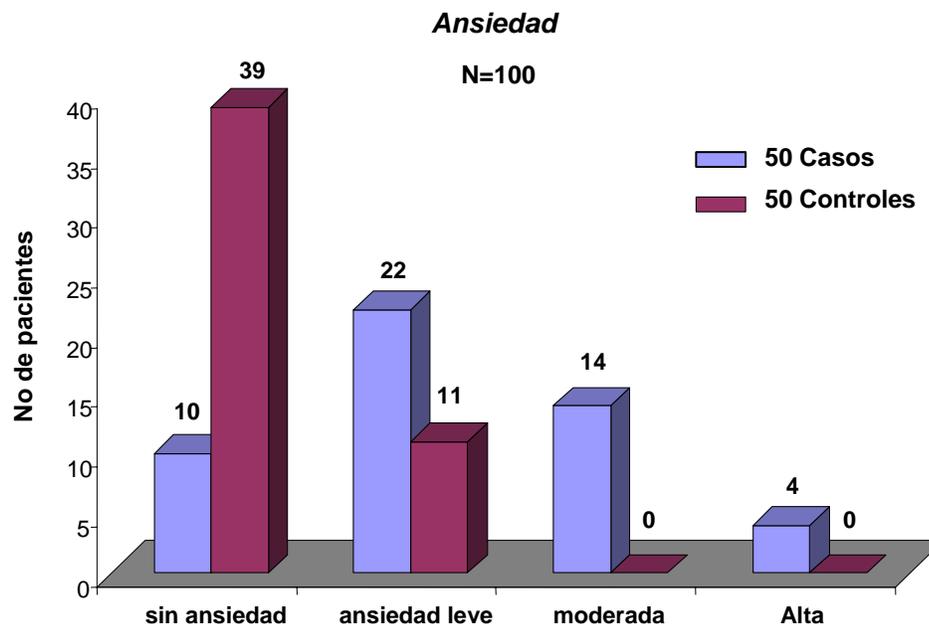
#### Cuadro 10 Ansiedad

	sin ansiedad	ansiedad leve	moderada	Alta	Total
Casos	10	22	14	4	50
Controles	39	11	0	0	50
	49	33	14	4	100

\* Escala de ansiedad de Hamilton

El valor calculado de  $\chi^2$  (Chi-Square Tests) considerando un porcentaje de error menor a 5% fue de 38.83 lo que corresponde a un valor de  $P=0$ , lo cual es estadísticamente significativo.

**Significado clínico.** Las diferencias observadas de la ansiedad entre pacientes con vitiligo y sujetos con piel sana son estadísticamente significativas con una fuerza de correlación positiva de 0.52 (nivel de asociación)



Gráfica 2

### Apgar Familiar de los pacientes con vitiligo / Sujetos sanos

El apgar familiar que resumimos brevemente como la funcionalidad familiar se estimó como adecuado en la mayor parte de los casos y controles y gravemente disfuncional en una minoría de ambos grupos, sin que se observara diferencia en su frecuencia de presentación (cuadro 11)

**Cuadro 11.-** Apgar Familiar

	Funcional	Disfunción grave	Disfunción leve	Total
Casos	33	2	15	50
Controles	42	1	7	50
Total	75	3	22	100

\* Funcionalidad familiar

**El valor calculado de  $X^2$  (Chi-Square Tests)** considerando un porcentaje de error menor a 5% fue de 4.32 lo que corresponde a un valor de  $P=0.115$ . este valor matemático valida la observación hecha en el párrafo anterior

**Significado clínico.** Las diferencias observadas de APGAR entre pacientes con vitiligo y sujetos con piel sana son estadísticamente significativas con una fuerza de correlación positiva de 0.042 (nivel de asociación)

### **Personalidad de los pacientes con vitiligo / Sujetos sanos**

Al evaluar el cuestionario de personalidad de Eysenck, y al comparar los promedios de los puntajes obtenidos en cada rasgo de personalidad; se observó que no hay diferencias clínica ni estadísticamente significativas entre los rasgos de personalidad de los casos y los controles, sin embargo, si se encontró que los pacientes con vitiligo tuvieron mayores niveles de rasgos neuróticos de personalidad .

**Cuadro 12** Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Rasgo de personalidad	Casos $\mu \pm Ds$	Controles $\mu \pm Ds$	T Student	P
Neuroticismo	14.70 $\pm$ 5.16	9.08 $\pm$ 5.19	5.4	0.753
Extraversión	11.62 $\pm$ 4.23	12.70 $\pm$ 3.8	-1.3	0.411
Psicotisismo	3.68 $\pm$ 3.3	3.06 $\pm$ 3.2	0.938	0.246
Des. Social	10.94 $\pm$ 3.7	11.58 $\pm$ 4.0	-0.820	0.308

$\mu$ =promedio; DS:Desviación Standard; p=Significancia , t de Student

## Perfil afectivo de los pacientes con vitiligo / Sujetos sanos

Al analizar la escala de perfil afectivo y comparar los promedios obtenidos en cada rasgo del estado de ánimo, se observa en el grupo de pacientes con vitiligo que la disforia es clínica y estadísticamente superior a la que se obtuvo en el grupo control ( $p=.003$ ).

La fatiga, falta de concentración, enojo, tensión/ansiedad y el ánimo depresivo también fueron mayores en el grupo de pacientes con vitiligo.

**Cuadro 13** Resultados de la Escala de Perfil Afectivo

Perfil afectivo	Casos $\mu \pm Ds$	Controles $\mu \pm Ds$	T Student	P
Disforia	66.24 $\pm$ 55.29	34.86+	3.313	.003
Fatiga / Cansancio	16.68 $\pm$ 7.66	13.04 $\pm$ 5.14	2.789	.000
Falta de concentración	23.00 $\pm$ 9.61	18.04 $\pm$ 6.8	2.977	.005
Enojo	22.34 $\pm$ 11.34	16.34 $\pm$ 4.98	3.424	.000
Malestar	58.96 $\pm$ 13	61.64 $\pm$ 11.46	-1.092	.537
Tensión / Ansiedad	13.96 $\pm$ 5.8	10.76 $\pm$ 3.9	3.232	.006
Animo depresivo	48.04 $\pm$ 22.49	37.26 $\pm$ 12.54	2.960	.000

$\mu$ =promedio; DS:Desviación Standard; p=Significancia , t de Student

## DISCUSIÓN Y COMENTARIO

En el grupo de pacientes estudiados, se demostró que, el estrés físico y psicológico causado por una enfermedad grave o cirugía mayor, estuvo vinculado tanto con el inicio del cuadro, como con los períodos de reactivación.

En este grupo de pacientes, no fue posible demostrar una relación entre la muerte de un familiar cercano y la reactivación o el inicio del vitiligo.

Más de la mitad de los pacientes declararon que relacionaban el inicio del vitiligo con algún evento estresante en su vida, sin embargo, este dato es subjetivo .

De los pacientes que fueron enviados a valoración psiquiátrica, solo el 25% asistieron a dicha evaluación, es probable que esto se deba a la renuencia que aún existe en nuestra población para recibir atención profesional en materia de salud mental.

El 26 % de los pacientes declararon haber tenido algún tipo de pérdida de oportunidades ( a nivel laboral, relacionarse con otras personas u otras) , esto podría reflejar la poca información que tiene la población general acerca del vitiligo y la creencia que aun prevalece de que esta enfermedad es contagiosa.

Solo un 8% de los pacientes perciben un impacto favorable del tratamiento sobre el vitiligo, esto pone de manifiesto la poca eficacia de los tratamientos disponibles, y deja clara la necesidad de informar a los pacientes acerca de la evolución impredecible de este padecimiento, así como de informarles acerca de la naturaleza crónica de esta enfermedad.

Los niveles de depresión y ansiedad fueron significativamente mayores en los pacientes con vitiligo, que en el grupo control, esto demuestra el impacto en la calidad de vida que esta enfermedad tiene , así como la necesidad de participar activamente tanto en la detección oportuna de la ansiedad y la depresión en los pacientes con vitiligo, y considerar la conveniencia de ofrecer la atención psiquiátrica adecuada.

En vista de que no se encontró diferencia entre la funcionalidad familiar en los pacientes con vitiligo y la del grupo control, esto sugiere que el vitiligo no afecta las relaciones familiares de los pacientes.

En cuanto a la personalidad, hubo predominio de los rasgos neuróticos en los pacientes con vitiligo, esto podría sugerir que este tipo de pacientes tienen una menor capacidad de lidiar en forma positiva con los eventos estresantes en la vida, lo cual podría ponerlos en mayor riesgo de padecer enfermedades en las que se cree que el aspecto psicológico puede tener una participación etiopatogénica, tales como el vitiligo.

Los niveles de disforia fueron mayores en el grupo de los casos que en el grupo de los controles, lo cual coincide con los mayores niveles de ansiedad y depresión en ellos.

De acuerdo con los resultados de este estudio, el hecho de presentar actividad del vitiligo, (definida como aparición de nuevas manchas o crecimiento de las anteriores en los últimos tres meses), genera ansiedad de grado leve en los enfermos.

Este estudio pone de manifiesto una vez más , el impacto psicológico del vitiligo, ya descrito por numerosos autores ( 20, 34, 35, 37, 57)

Aunque desde hace siglos se ha sugerido la integración de la psique y el soma como un todo por parte del médico, aún prevalece una falta de conocimiento acerca de los aspectos psicológicos de muchos padecimientos, así como un cierto rechazo del paciente con algún padecimiento psiquiátrico a solicitar y/o a aceptar atención especializada de estos padecimientos, lo que va en detrimento de la calidad de vida de los pacientes que sufren enfermedades crónicas y que afectan el aspecto físico tales como el vitiligo.

Debido a la alta comorbilidad del vitiligo con enfermedades psiquiátricas , sugerimos que la evaluación psiquiátrica inicial, y, de ser necesario el tratamiento de estas enfermedades, sea parte fundamental en el manejo de estos pacientes.

Hace falta una mayor educación a la población general acerca del vitiligo, con la finalidad de evitar discriminación hacia éstos pacientes , y que , su entorno laboral y social no se vea afectado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Yo \_\_\_\_\_

Por medio de la presente declaro que:

Acepto de manera voluntaria participar en el protocolo de Investigación "Psicología del Vitiligo".

Para lo anterior se requiere resolver cuestionarios escritos , con la finalidad de determinar mis niveles de estrés, ansiedad, depresión,etc.

Los cuestionarios serán aplicados con supervisión de la Dra. Arlen Ocampo Fonseca.

Los médicos del Centro Dermatológico Pascua me han informado de la naturaleza de mi enfermedad ( Vitiligo ) y me encuentro bajo tratamiento para la misma en dicha institución

Además de lo anterior, soy consciente de que podré retirarme del estudio en el momento en que yo así lo decida, sin que por esto se vea afectada la atención que recibo para mi padecimiento en el Centro Dermatológico Pascua

\_\_\_\_\_

Firma de autorización

\_\_\_\_\_

Testigo 2

\_\_\_\_\_

Testigo 1

**ANEXO 2**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Inicio \_\_\_\_\_ Reactivación: \_\_\_\_\_

1. Atribuye usted el inicio de su Vitiligo con algún factor de cualquier tipo  
( Si su respuesta es afirmativa indique a que se lo atribuye ) :

Si No

\_\_\_\_\_

2. Atribuye usted los periodos de empeoramiento ( nuevas manchas o  
crecimiento de las anteriores) con algun factor:  
(si su respuesta es afirmativa , indique a que se lo atribuye):

Si No

\_\_\_\_\_

3. Durante los últimos tres meses su Vitiligo ha mejorado:

1. Nada      2. Poco      3. Mucho

\_\_\_\_\_

4. Considera que ha perdido oportunidades ( p.ej. de trabajo, de relacionarse con  
otras personas, u otras) a causa de su Vitiligo :  
( Si su repuesta es afirmativa indique cuales )

Si No

\_\_\_\_\_

5. Cree usted que seria necesario que usted contara con el apoyo de un  
especialista en salud mental por problemas que le causa su Vitiligo :

Si No No se

\_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### Escala de Hamilton para la Depresión

Rubro	Rango	Calificación	Puntos
1 Animo deprimido	0 - 4	0= ausente;1= lo indica sólo si se le pregunta; 2 = lo indica de manera espontánea; 3 = lo comunica por expresión facial, postura voz tendencia al llanto; 4 = expresión verbal y no verbal	
2 Sentimiento de culpa	0 - 4	0 = ausente; 1 = autorreproche, ha defraudado a la gente; 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados; 3 = la enfermedad actual es un castigo, delirio de culpa; 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes	
3 Suicidio	0 - 4	0 = ausente; 1 = siente que no vale la pena vivir; 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte; 3 = ideas o gestos suicidas; intentos de suicidio	
4.- Insomnio inicial	0 - 2	0 = sin dificultad para dormirse; 1 = dificultad ocasional para dormirse p. ejm más de ½ hora; 2 = dificultad para dormirse cada noche	
5.- Insomnio medio	0- 2	0 = sin dificultad; 1 = inquieto y alterado por la noche; 2= se despierta durante la noche, todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si es para ir al baño	
6.- Insomnio terminal	0 - 2	0 = sin dificultad; 1 = se despierta en la madrugada pero regresa a dormir; 2= incapaz de volverse a dormir si se levanta de su cama	
7.- Trabajo y actividades	0 - 4	0 = sin dificultad; 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones; 2 = pérdida de interés en las actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades; 3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad . En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas de actividades; 4 = dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda	
8.- Retardo	0-4	Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración ; reducción de la actividad motora; 0= Habla y pensamiento normales; 1= ligero retraso; 2= retraso obvio en la entrevista; 3= entrevista difícil; 4= completo estupor	
9.- Agitación	0-4	0= ninguna; 1= intranquilidad; 2= juega con las manos, el cabello, etc. 3= continuo movimiento, no puede quedarse quieto; 4.- se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios	
10 Ansiedad psíquica	0 - 4	0 sin dificultad, 1= tensión e irritabilidad subjetivas 2= se preocupa por detalles; 3= actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla; 4= expresa sus temores sin que se los pregunten	
11.- ansiedad somática	0 - 4	Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. Gastrointestinales: Boca seca, flatulencia, diarrea, cólicos, eructos. Cardiovasculares, palpitaciones, cefalea, Respiratorio: hiperventilación, suspiros. Otros Micción frecuente, sudoración 0= ausente; 1= leve; 2= moderado; 3= severo, 4= Incapacitante	
12. Somático gastrointestinal	0 - 2	0= ninguno pérdida de apetito pero come sin estímulo por parte del personal sensación de pesadez abdominal; 2= dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales	

13 Somático general	0 -2	0= ninguno; 1= pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil; 2= cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2	
14.- Genital	0 -2	Disminución de la libido y alteraciones menstruales; 0= ninguno; 1= leves; 2= severos	
15.- Hipocondriasis	0-4	0= ausente; 1= auto-absorción corporal; 2= se preocupa por su salud; 3= se queja frecuentemente, solicita ayuda; 4= delirios hipocondríacos	
16.- Insight	0 -2	0= reconoce estar deprimido y enfermo; reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2= niega por completo estar enfermo	
17.- Pérdida de peso	0 -2	0= sin pérdida de peso; 1= pérdida de peso ligera o dudosa; 2= pérdida de peso obvia o severa.	
			TOTAL
Variación diurna	0 -2	0= sin variación; 1= presencia dudosa de variación diurna; 2= presencia clara de variación diurna, anotar si los síntomas son más intensos en la mañana (M) o en la Tarde (V)	
Despersonalización y desrealización	0-4	Sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas. 0= ausente; 1= leve; 2= moderado; 3= severa; 4= incapacitante	
Síntomas paranoides	0-4	0= ninguno; 1= sospechoso; 2= ideas de referencia; 3= delirios de referencia; 4= delirios de persecución	
Síntomas obsesivos	0 -2	0 = ausentes; 1= leves; 2= severos	

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los primeros 17 rubros. De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. Por otro lado conviene destacar que esta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos. En estos casos es más importante obtener una reducción significativa del valor inicial después de un período determinado de tratamiento. Si en una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menos, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

**Escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

**NINGUNA 0 LEVE 1 MODERADA 2 GRAVE 3 INCAPACITANTE 4**

<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>	<b>P</b>
1 Ansioso	Preocupaciones anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad	
2 Tensión	Sensación de tensión fatigabilidad respuesta de alarma, llanto fácil temblor, sentimientos de inquietud, incapacidad para relajarse	
3. Miedos	A la oscuridad a los extraños, a quedarse solo a los animales, al trafico a las multitudes.	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños pesadillas o terrores nocturnos.	
5. Intelectual cognoscitivo	Dificultad de concentración, memoria reducida	
6. Humor depresivo	Perdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión despertar anticipado, variación en el día	
7. Somático muscular	Dolores contracciones rigidez sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento del tono muscular	
8. Somático sensorial	Tinnitus visión borrosa, ráfagas de frío o calor sensación de debilidad, sensación de incomodidad	
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, Ausencia de latido	
10 Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica sensación de ahogo, suspiros disnea	
11 Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, nauseas, vomito, pedida de peso estreñimiento	
12 Síntomas Genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia desarrollo de frigidez ayaculación precoz, pedida de la libido, impotencia	
13 Síntomas autonomicos	Boca seca, sofocos, palidez , tendencia a sudar, mareos cefalea tensiónal, erizamiento del cabello	
14 Comportamiento durante la entrevista	Nervioso, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, tragar saliva eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	

Kaplan H Sadock BJ Sinopsis de psiquiatría

## Anexo 5

### Escala de estado de ánimo de Martín del Campo

A continuación se encontrará una lista de palabras que describen sentimientos que la gente tiene. Por favor lea cada uno cuidadosamente y después marque el espacio de los que se encuentran a la derecha que mejor describa ¿Cómo se ha sentido hoy? Las opciones de cada palabra son: 1 = para nada 2= un poco 3= moderadamente 4= mucho 5= extremadamente

Amigable	1	2	3	4	5	Solidario	1	2	3	4	5	Desafortunado	1	2	3	4	5
Tenso						Miserable						Despierto					
Enojado						Atontado						Desorientado					
Extenuado						Contento						Accesible					
Infeliz						Exhausto						Desconsolado					
Despejado						Ansioso						Fuerte					
Vivaz						En buena onda						Enfadado					
Confundido						Aguitado						Melancólico					
Arrepentido						Desesperado						Con mucha energía					
Desatento						Lento						Frustrado					
Mohino						Rebelde						Tranquilo					
Triste						Desamparado						Desprestigiado					
Activo						Agotado						Cordial					
Angustiado						Aturdido						Ido					
Malhumorado						Alerta						Constructivo					
Decaído						Traicionado						Molesto					
Desesperado						Furioso						Desanimado					
Relajado						Eficiente						Dolido					
Rencoroso						Devaluado						Abandonado					
A disgusto						Olvidadizo						Desdichado					
Inquieto						Descuidado						Atarantado					
Distraído						Aterrado						Rendido					
Fatigado						Culpable						Engañado					
Útil						Vigoroso						Inútil					
Desanimado						Dudoso						Indeciso					
Resentido						Cansado						Desmemoriado					
Nervioso						Sociable						Irreflexivo					
						Preocupado						Irritado					

## Anexo 6

### ***Escala de eventos en la vida de Holmes y Rahe modificada***

Si usted ha pasado durante el último año por alguna de las situaciones enumeradas a continuación, anote el valor que figura al lado de la misma.

1 - Muerte del cónyuge	100
2- Divorcio	73
3- Separación	65
4- Privación de la libertad	63
5- Muerte de un familiar próximo	63
6- Enfermedad o incapacidad graves	53
7- Matrimonio	50
8- Perder el empleo	47
9- Reconciliación de la pareja	45
10- Jubilación	45
11- Enfermedad de un pariente cercano	44
12- Embarazo	40
13- Problemas sexuales	39
14- Llegada de un nuevo miembro de la familia	39
15- Cambios importantes en el trabajo	39
16- Cambios importante a nivel económico	38
17- Muerte de un amigo íntimo	37
18- Cambiar de empleo	36
19- Discusiones con la pareja (cambio significativo)	35
20- Pedir una hipoteca de alto valor	31
21- Hacer efectivo un préstamo	30
22- Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23- Un hijo la abandona el hogar (matrimonio, universidad)	29
24- Problemas con la ley	29
25- Logros personales excepcionales	28
26- La pareja comienza o deja de trabajar	26
27- Se inicia o se termina el ciclo de escolarización	26
28- Cambios importantes en las condiciones de vida	25
29- Cambio en los hábitos personales	24
30- Problemas con el jefe	23
31- Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32- Cambio de residencia	20
33- Cambio a una escuela nueva	20
34- Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones	19
35- Cambio en la frecuencia de las actividades r	19
36- Cambio en las actividades sociales	18
37- Pedir una hipoteca o préstamo menor	17
38- Cambio en los hábitos del sueño	16
39- Cambio en el número de reuniones familiares	15
40- Cambio en los hábitos alimentarios	15
41- Vacaciones	15
42- Navidades	12
43- Infracciones menores de la ley	11

## Anexo 7

### Escala de personalidad de Eysenck

Por favor conteste cada pregunta tachando Si o NO" SEGUN ..SU CASO. No hay Contestaciones correctas ni incorrectas y no hay preguntas engañosas. Trabaje con rapidez y no piense demasiado en el significado de las preguntas.

	si	no
1.- ¿Tiene usted muchos pasatiempos o entretenimientos?		
2.- ¿Se detiene a pensar cualquier cosa antes de hacerla?		
3.- ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?		
4.- ¿Se ha atribuido alguna vez el merito de algo que sabía le correspondía a otra persona?		
5.- ¿Es usted una persona platicadora?		
6.- ¿Le-preocuparía tener deudas?		
7.- ¿Se siente alguna vez decaído, sin alguna razón?		
8.- ¿En alguna ocasión ha tomado más de lo que le correspondía por ambicioso?		
9.- ¿Se asegura usted todas noches de que las puertas de su casa estén bien cerradas?		
10.- ¿Es usted una persona animada?		
11.-: ¿Se entristecería mucho si viera sufrir a un niño, o a un animal?		
12.- ¿Se preocupa. a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?		
13.- ¿Cuando se compromete a algo, ¿ cumple siempre su promesa a pesar de las dificultades que le ocasione?		
14.- ¿Le gustaría tirarse con un paracaídas?_		
15.- Normalmente, ¿puede usted relajarse y disfrutar de una-reunión animada?		
16.- 1, Es usted una persona irritable?		
17.- ¿ Le ha echado alguna vez la culpa a alguien de algo que usted era		
18.- ¿. Le gusta conocer gente nueva?		
19.- ¿Cree usted que los seguros son buenos?		
20.- ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos?		
21.- ¿Son--buenos y convenientes todos sus hábitos?		
22.- ¿Tiende: usted, a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales?		
23.- ¿Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos?		
24.- ¿ Se siente a menudo harto?		
25.- ¿ Ha- tomado alguna vez algo ( aunque sea un alfiler oun botón) que no fuera suyo?		
26.- ¿Le gusta mucho, salir?		
27.- ¿Le gusta herir a las personas que quiere?		

28.- ¿Le atormentan a menudo sentimientos de culpa?		
29.- ¿Había a veces de cosas de las que usted no sabe nada?		
30.- ¿Prefiere leer a conocer gente?		
31.- ¿Tiene enemigos que quieren hacerle daño?		
32.- ¿Se considera una persona nerviosa		
33.- Siempre se disculpa cuando ha sido grosero?		
34.- ¿Tiene muchos amigos?		
35.- ¿Le gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas?		
36.- ¿Se considera una persona que se preocupa demasiado?		
37.- Cuando era niño hacía lo que lo ordenaban inmediatamente y sin protestar		
38.- ¿Se considera usted una persona feliz y con suerte?		
39.- ¿Le importan mucho los buenos modales y la Limpieza?		
40.- ¿Se preocupa de cosas terribles que puedan suceder?.		
41.- Ha roto o perdido alguna vez algo que perteneciera a otra persona?		
42.- ¿Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos?		
43.- ¿Le es fácil comprender lo que siente la gente cuando lo cuentan sus problemas		
44.- ¿Se considera una persona tensa o nerviosa?		
45.- ¿Tira papeles al piso cuando no encuentra un basurero a la mano?		
46.- Cuando está con otra persona, ¿permanece generalmente callado?		
47.- ¿Considera que el-matrimonio es anticuado y debiera eliminarse?		
48.- ¿Siente algunas veces lástima por usted mismo?		
49.- ¿Es usted de los que a veces tienden a presumir?		
50.- ¿Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida?		
51.-¿. Le molestan las personas que manejan con cuidado?		
52.-¿Se preocupa por su salud?		
53.-¿.Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien?		
54.-¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?		
55.-¿ Le sabe igual la mayoría de las cosas?		
56.¿ De vez en cuando se siente malhumorado?		
57.-. De niño, fue alguna vez grosero con sus padres?		
58. ¿Le gusta estar con la gente?		
59 ¿Se preocupa mucho si sabe que ha cometido errores en su trabajo?		
60.- Sufre de insomnio?		
61.- Se lava siempre las manos antes de comer?		
62.- Cuando la gente le platica, tiene usted casi siempre lista una respuesta?		
63.-¿ Lo gusta llegar a sus citas con tiempo de sobra?-		

64.-¿ Se ha sentido a menudo desanimado, y cansado sin ninguna razón?		
65.-¿ Ha hecho alguna vez trampa en el juego?		
66.-¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?.		
67.- ¿ Es ( o fue) su madre una buena. Mujer?		
68.-¿ Siente a menudo que la vida es aburrida?		
69.- ¿ Se ha aprovechado alguna vez de alguien?		
70 .- ¿Se compromete a menudo con más actividades de las que tiene tiempo?		
71.- ¿ Hay varias personas que tratan de evitarlo?		
72.- ¿ Se preocupa mucho por su apariencia?		
73.- ¿Es usted siempre cortés, aun con gente grosera?		
74.-¿ Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros y seguros?		
75.- ¿ Ha deseado alguna vez estar muerto?		
76.-¿Dejaría de pagar sus impuestos si supiera-que nunca lo iban- a descubrir?		
77.-¿Es usted capaz de poner ambiente-e1 una fiesta?		
78.-¿ Trata usted de no ser grosero con la gente?		
79.-¿ Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa?		
80.- ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?		
81.- ¿Cuándo viaja por autobús, tren o avión ¿ llega a menudo en el último minuto?		
82.-¿ Sufre usted de los "nervios"?		
8.3.¿ Ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien?		
84.-¿ Odia estar en un grupo en el que se hacen bromas ligeras?		
85.- Terminan fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa?		
86.-¿ Se siente a menudo solo?		
87.-¿ Practica usted siempre lo que predica?		
88.-¿ Le gusta a veces molestar a los animales?		
89.-¿ Se ofende fácilmente cuando la gente le encuentra errores a usted o a su trabajo?		
90.-Una vida sin peligros, ¿le parecería muy aburrida?		
91.-¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita-?		
92.- ¿Le gusta que haya mucho bullicio y animación a su alrededor?		
93.-¿ Le gustaría que la gente le tuviera miedo?		
94.-¿ Se encuentra algunas veces lleno de energía, y otras perezoso y desanimado?		
95.- ¿ Deja a veces para mañana lo que podría .hacer hoy?		
96.-¿Piensan otras personas que usted es una gente " llena de vida"?		
97.- ¿ Le cuentan a usted muchas mentiras?		
98.-¿ Es usted muy susceptible para ciertas cosas?		

99.- ¿Está siempre dispuesto a admitir sus errores?		
100.- ¿Sentiría compasión si viera a un animal atrapado en una trampa?		
101.- Le ha molestado llenar este formulario?		

## Anexo 8

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

A continuación le presentamos una lista de síntomas por favor indique usted cruzando la línea correspondiente según se encuentre en este momento

Dormir	Muy mal	Mejor que nunca
	_____	_____
Somnolencia en le día	Nada	Mucha
	_____	_____
Apetito	Disminuido	Aumento
	_____	_____
Molestias gastrointestinales	Ninguna	Muchas
	_____	_____
Micción nocturna	Ninguna	Muchas
	_____	_____
Libido	Disminuido	Aumentado
	_____	_____

,

## Anexo 9

### **APGAR familiar:**

Conteste las siguientes preguntas según los siguientes criterios

A= casi nunca

B= A veces

C= Casi siempre

	A	B	C
1 ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema			
2 ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3 ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4 ¿Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5 ¿siente que su familia lo quiere?			

## BIBLIOGRAFIA

1. Le poole C, Boissy R: Vitiligo . Sem Cut Med Surg1997; 16: 3-14
2. Kovacs S: Continuing Medical Education,Vitiligo. J Am Acad Dermatol 1998; 38: 647-668
3. Zaima H, Koga M: Clinical Course of 44 Cases of Localized Type Vitiligo.J Dermatol 2002; 29:15-19
4. Koga M: Vitiligo: A new classification and therapy. Br J Dermatol 1977; 97: 255-261
5. Lugo-Somolinos A, Sanchez J: Organ –specific autoantibodies in vitiligo patients and their relatives. Int J Dermatol 1996; 35: 18-21
6. Hegedus L, Heidenheim M, Gervil M, et al: High Frequency of Thyroid dysfunction in Patients with Vitiligo. Acta Derm Venereol 1994; 74: 120-123
7. Kakourou T, Kanaka Gantenbein C, Papadopoulou A, et al: Increased Prevalence of Autoimmune Thyroid disorder in Vitiligo children and adolescents. Ped Dermatol 2004; 21: 244
8. Diehle J, Schallreuter K: A Critical Analysis of Thyroid Abnormalities in Patients with Vitiligo . J Invest Dermatol 1996; 4: 892
9. Adams B, Lucky A: Colocalization of Alopecia Areata and Vitiligo. Ped Dermatol 1999; 16: 364-366
10. Bor S, Feiwel M, Chanarin I: Vitiligo and its Aetiological Relationship to Organ-Specific Autoimmune Disease. Br J Dermatol 1969: 81-88
11. Chirino CN: Vitiligo y tiroiditis de Hashimoto: asociacion o syndrome autoimmune?. Arch Argent Dermatol 2001; 51: 75-87
12. Jabbour S, Miller J: Endocrinopathies and the skin. Int J Dermatol 2000; 39: 88-99
13. Peserico A, Rigon F, Semenzato G, et al: Vitiligo and Polyglandular Autoimmune Disease With Autoantibodies to Melanin –Producing Cells. Arch Dermatol 1981; 117:751-752
14. Hann S, Koo SW, Kim JB, et al: Detection of Autoantibodies to Human

- Melanoma Cells in Vitiligo and Alopecia Areata by Western Blot Analysis. *J Dermatol* 1996; 23: 100-103
15. Lee CH, Yu HS: Elevated Serum Antimelanocyte Antibody Level in Cerebriform Intradermal Nevus with Vitiligo. *J Dermatol* 2004; 31: 540-545
  16. Van Den Wijngaard R, Wankowicz – Kalinska A, Pals S, et al: Autoimmune Melanocyte Destruction in Vitiligo. *Nature Lab Invest* 2001; 8: 1061-1067
  17. Cunliffe WJ, Hall R, Newell DJ: Vitiligo, Thyroid disease and Autoimmunity. *Br J Dermatol* 1968; 80: 135-139
  18. Ai J, Leonhart J, Heymann W: Autoimmune thyroid diseases: Etiology, pathogenesis, and dermatologic manifestations. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 641-659
  19. Lerner A: On the etiology of Vitiligo and gray hair. *Am J Med* 1971; 51: 141-147
  20. Grimes P: White patches and bruised souls: Advances in the pathogenesis and treatment of Vitiligo 2004; 51: s5-s8
  21. Handa S, Kaur I: Vitiligo : Clinical Findings in 1436 Patients. *J Dermatol* 1999; 26: 653-657
  22. Grimes P: New Insights and New Therapies in Vitiligo. *J Am Med Assoc* 2005; 293: 730-735
  23. Puig L, Alegre M : Nuevas perspectivas terapeuticas para el vitiligo. *Piel* 1995; 10: 449-451
  24. Mendez E: Tratamiento actual del vitiligo. *Acta Terap Dermatol* 2002; 25: 246-249
  25. Tanghetti E: Tacrolimus Ointment 0.1% Produces Repigmentation in Patients With Vitiligo: Results of a Prospective Patient Series. *Therap for Clin* 2002; 71: 158-162
  26. Majahan B, Garg G, Rani R: Evaluation of Cosmetic Tattooing in Localised Stable Vitiligo. *J Dermatol* 2002; 29: 726-730
  27. Koblenzer P: Breve historia de la dermatologia psicomatica. *Clin Dermatol* 1996; 3: 9-11
  28. O'Sullivan R, Lipper G, Lerner E: The Neuro-Immune-Cutaneous-Endocrine Network: Relationship of Mind and Skin. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1431-1435

29. Hautman G, Panconesi E, Lotti T: Neuropeptides and Skin inflammation. In Getting in Touch, 6<sup>th</sup> International congress on Dermatology and Psychiatry , Amsterdam, April 20-22,1995; Abstract Book,p 44
30. Lotti T, Hautman G, Panconesi E: Neuropeptides and Skin. J Am Acad Dermatol,1995; 4:221-224
31. Panconesi E, Hautman G , Lotti T: Neuropeptides in skin : The state of the art. JEADV 1994; 3: 109-115
32. Panconesi E, Hautman G, Lotti T: Stress, stigmatization and psychogenic purpura. Int Angiology, in press
33. Terenghi G, Chen S, Carrington AL , et al. Changes in sensory neuropeptides in orsal root ganglion and spinal cord of spontaneously diabetic BB rats: a quantitative immunohistochemical study. Acta Diabetol 1994; 31: 198-204
34. Paldaof H, Leroux M, Fernández R: Del estrés a las psicodermatosis: breve guía para comprender la etiopatogenia de las dermatosis inducidas por el estrés. Arch Argent Dermatol 2001; 51: 9-14
35. Picardi A, Amerio P, Baliva G: Recognition of Depressive disorders in Dermatological Outpatients. Acta Dermato Venereol 2004; 84: 213-217
36. Panconesi E. Aspectos psicofisiologicos del estrés en dermatología: Patron psicobiologico de los aspectos psicósómáticos. Dermatol Clin 1996; 3: 413-435
37. Gupta M, Gupta A. Psychodermatology: An update. J Am Acad Dermatol 1996; 34: 1030-1046
38. Robins A. Biological Perspectives on Human Pigmentation. Cambridge , England: Cambridge University Press; 1991
39. Grimes P: Disorders of pigmentation.En: Dale DC, Federman DD, eds.ACP Medicine.New York, NY: WebMD Scintific American Medicine INC; 2003: 526-534
40. Porter J. The psychological effects of vitiligo: response to impaired appearance. En: Hann SK, Nordlund JJ, eds. Vitiligo.Oxford, England: Blackwell Science; 2000; 97-100
41. Kent G, Al'Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. J Am Acad Dermatol 1996; 35: 895-898

42. Sapogna F, Picardi A, Chren M, et al. Association between poorer quality of Life and Psychiatric Morbidity in Patients With Different Dermatological Conditions. *Psychosom Med* 2004; 66: 620-624
43. Matoo SK, Handa S, Kaur I. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venérelol* 2002; 16: 573-578
44. Elgoweini M, Ramadan I, Moloukia T. Vitiligo: its personality profile. *Br J Dermatol* 2003; 149 : 92-96
45. Matthew S. The Psychological Aspects of Vitiligo. *Psychocut Med* 2004; 73: 163-167
46. Papadopoulous L, Bor R, Legg C, et al. Impact of life events on the Onset of Vitiligo. *Clin Exp Dermatol* 1998; 23: 243-248
47. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and Psychoneuroimmunologic Factors in Dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23: 609-617
48. Urpe M, Pallanti S, Lotti T. Psychosomatic Factors in Dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23: 601-608
49. Papadopoulous L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of Vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive- behavioural therapy. *Br j Med Psychol* 1999; 72: 385-396
50. Schenefelt P. Hypnosis in Dermatology. *Arch Dermatol* 2000; 136: 393-398
51. Fried R, Gupta M, Gupta A. Depression and Skin Disease. *Dermatol Clin* 2005; 23: 657-664
52. Casell WA, Fisher S. Body image boundaries and Histamine flare reaction. *Psychosom Med* 1963; 25: 344-350
53. Jacobs MA , Friedman MA, Franklin MJ, et al. Incidence of psychocomatic predisposing factors in allergic disorders. *Psychosom Med* 1966; 28: 679-695
54. Ely NE, Verhey JW, Holmes TH. Experimental studies on Skin inflammation. *Psychosom Med* 1963; 25: 264-284
55. Kasi SV, Evans AS, Niederman JC. Psychosocial risk factors in the development of infectious mononucleosis. *Psychosom Med* 1979; 41: 445-466
56. Martín del Campo A, Cortes J, Herrera K ,et al. Construcción de la Escala de Perfil Afectivo. *Salud Mental* 1996; 19: 36-38

57. Obermayer M. Vitiligo . En : Obermayer M. Psychocutaneous Medicine .  
American Lecture series 1955 pp. 346-350.