



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

**COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES  
PEDIÁTRICOS CON ALOPECIA AREATA, VITILIGO Y  
DERMATITIS ATÓPICA.**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA

**DRA. VERÓNICA SUSANA RAMÍREZ ROMERO**

TUTOR:  
DR. ARTURO SORIA MAGAÑA

ASESORES:  
DR. CARLOS ALFREDO MENA CEDILLOS  
DRA. ADRIANA MARÍA VALENCIA HERRERA  
DR. JORGE LUIS PONCE CARMONA



HOSPITAL INFANTIL *de* MÉXICO

FEDERICO GÓMEZ  
Instituto Nacional de Salud

MEXICO, D.F.

JULIO 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVO.....	11
HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS.....	29

## RESUMEN

**Título:** Comorbilidad psiquiátrica en pacientes pediátricos con alopecia areata, vitiligo y dermatitis atópica.

**Introducción:**

Actualmente sabemos que más de un 30% de los pacientes atendidos en la consulta dermatológica cursa con algún problema comórbido psiquiátrico. Los más frecuentemente detectados son depresión y ansiedad. Sin embargo los porcentajes varían de acuerdo a la patología dermatológica. Por lo que nosotros consideramos importante conocer cual es la frecuencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes de dermatología pediátrica a fin de tener un mayor conocimiento de nuestros niños y así poder proporcionar una atención integral adecuada.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de los diferentes trastornos psiquiátricos en preescolares, escolares y adolescentes con alopecia areata, vitiligo y dermatitis atópica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo. Donde se incluyeron mediante muestreo de casos consecutivos, pacientes de 4 a 17 años de edad, de cualquier sexo, atendidos en la consulta externa del servicio de Dermatología Pediátrica y en quienes se estableció el diagnóstico de Alopecia areata (AA), Vitiligo ó Dermatitis atópica (DA).

Se registraron en la hoja de recolección de datos el nombre, la edad, el sexo, diagnóstico y tiempo de evolución. Posteriormente se aplicó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnostico de problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes (CBTD). El cual explora 27 síntomas claves para entidades diagnosticas incluidas en los criterios diagnósticos del DSM-IV, permitiendo colocar al niño dentro de trece síndromes diferentes. Posteriormente todos los niños fueron canalizados al servicio de Psiquiatría del HIMFG, para realización de una entrevista estructurada con el fin de corroborar los diagnósticos y en caso necesario dar tratamiento y seguimiento.

Los datos obtenidos se registraron en el programa de SPSS versión 15. Para el análisis de los mismos se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como estadística descriptiva.

**Factibilidad y Aspectos Éticos:**

El presente estudio, no implicó la aplicación de maniobras invasivas ni uso de tejidos, no obstante, por razones éticas se solicitó el consentimiento informado de los padres o tutores para la aplicación del cuestionario en todos los casos.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente sabemos que los pacientes con patologías dermatológicas en general, pueden cursar de un 30 hasta en un 45% con algún problema comórbido psiquiátrico<sup>1</sup>, tasas que coinciden con la prevalencia de trastornos mentales reportada en niños con enfermedades crónicas<sup>2</sup>. Los trastornos más frecuentemente detectados en ambos grupos son depresión, ansiedad y trastornos de conducta.

En términos generales, sabemos que la frecuencia de trastornos psiquiátricos depende de la patología dermatológica estudiada y pueden variar desde un 30 hasta un 75 %. Entre las patologías asociadas con mayor frecuencia a dichos trastornos encontramos a la AA, el vitiligo y la DA.<sup>3,4,5</sup>

En México, en población urbana infantil entre los 3 y los 12 años se estima que un 16% cursa con algún tipo de problema psiquiátrico<sup>6,7</sup>.

Por lo que la Ley General de Salud de México ha contemplado de manera enfática la importancia de la salud mental como área prioritaria conjuntamente con la planificación familiar y la atención materno-infantil, considerándose como servicio básico<sup>6,7</sup>.

No obstante dicha recomendación, la Salud Mental es un área que pocas veces exploramos los médicos que nos encontramos en otras áreas, debido al desconocimiento de los síntomas psiquiátricos que pueden expresar estos niños y de sus métodos de detección.

Por ello consideramos de suma importancia adentrarnos en este tema en pacientes con DA, vitiligo y AA, patologías dermatológicas ligadas con mayor frecuencia a trastornos emocionales y psiquiátricos.

## ANTECEDENTES

Como dermatólogos es frecuente que en la práctica diaria nos enfrentemos con diversos trastornos cutáneos que paradójicamente nos llevan a involucrarnos con áreas más profundas, como es la psiquiatría.

Son numerosos los estudios de diversos centros dermatológicos y diferentes países que confirman que los padecimientos dermatológicos en general se encuentran fuertemente relacionados con patología psiquiátrica, bien sea por que son la consecuencia de dicha patología como sería el caso de las dermatosis ficticias y la tricotilomanía, bien por que la patología dermatológica sea la causante de las alteraciones psiquiátricas como en el caso de el vitiligo ya que afecta la imagen corporal y el paciente será señalado, estigmatizado e incluso en ocasiones hasta evitado socialmente. O bien por que existe una interacción constante entre ambas esfera como es el caso de la dermatitis atópica <sup>3,4,5</sup>.

En términos generales podríamos decir que las patologías cutáneas tienen implicaciones psiquiátricas por alguno de los siguientes mecanismos:

- Porque la piel da lugar a trastornos psiquiátricos.
- Por que se encuentran influenciadas por factores psicógenos.
- Por que son la manifestación de trastornos psiquiátricos subyacentes. En este último grupo encontramos a la somatización que se define como “la expresión corporal” del conflicto mental.

Esta interacción tan evidente entre piel y psique, algunos autores la atribuyen a que ambos comparten el mismo origen embriológico, que es el ectodermo <sup>1</sup>.

La enfermedad crónica tanto en niños como en adultos se asocia con diversos riesgos psicológicos. Dentro de las patologías dermatológicas asociadas con mayor frecuencia a comorbilidad psiquiátrica se encuentra la AA, el vitiligo y la DA. Todas ellas comparten el ser consideradas como de etiología multifactorial.

Hablando específicamente de AA, la cual como sabemos es la pérdida localizada de cabello, que deja placas ovales o circulares principalmente en piel cabelluda sin ningún signo visible de inflamación <sup>8</sup>. Se ha estudiado ampliamente y en una revisión de la literatura de los últimos cincuenta años revela estudios, que correlacionan claramente la AA con alteraciones psiquiátricas, como los ya clásicos de Cormia <sup>9</sup> y Greenbert <sup>10</sup> realizados durante los años cincuenta, y que encuentran un 90% de alteraciones psiquiátricas en pacientes con AA. La mayoría de estos enfermos presentaban ansiedad, depresión, insomnio o síntomas obsesivo-compulsivos; la mayoría de ellos eran también

tímidos, mostraban signos de inseguridad y de inferioridad. Por otro lado Koblenzer <sup>11</sup>, afirma que un gran porcentaje de pacientes con AA, debido a dificultades en su entorno, han desarrollado un tipo de configuración de su personalidad que les confiere una labilidad frente a situaciones estresantes. Cuando estos niños se ven sometidos a una situación estresante por encima de la media, la patología somática aparecerá en esta ocasión bajo la forma clínica de AA. Muchos dermatólogos aseguran que la mayoría de sus pacientes refieren la presencia de un episodio reciente estresante como el desencadenante del cuadro clínico dermatológico <sup>12</sup>.

Con respecto al vitiligo, alteración pigmentaria adquirida caracterizada por el desarrollo clínico de manchas hipocrómicas o acrómicas en cualquier parte del cuerpo <sup>13</sup>. También ha sido motivo de diversos estudios entre los cuales se reporta una comorbilidad psiquiátrica que va desde el 15 hasta el 25 %<sup>14</sup>. Mostrando ser una de las patologías dermatológicas con mayor comorbilidad psiquiátrica, sin poder establecer si en realidad los síndromes identificados son la causa o el resultado de las alteraciones cutáneas, ya que en la mayoría de los estudios, las evaluaciones psiquiátricas se realizan cuando el paciente ya está enfermo, es decir ya cursa con el cuadro clínico dermatológico.

En cuanto a la DA, también conocida como neurodermatitis y definida como una dermatosis reactiva, pruriginosa crónica y recidivante que afecta principalmente los pliegues y que se caracteriza por xerosis generalizada<sup>13</sup>. Sabemos que su etiología es multifactorial, por lo que actualmente se acepta la influencia de los factores psicológicos en el agravamiento y la perpetuación de este trastorno. Algunos artículos describen no solo la personalidad perfeccionista, egoísta y demandante de estos niños si no también de sus madres, las cuales se reportan como sobreprotectoras, dominantes, ansiosas y manipuladoras<sup>14,15</sup>. Desde un punto de vista somatopsicológico, se considera que problemas como la ansiedad y la depresión, frecuentemente encontrados en estos pacientes, son más un resultado que la causa de los trastornos cutáneos en los pacientes con DA<sup>12</sup>.

Para el estudio de las enfermedades psiquiátricas, se han desarrollado diferentes tipos de entrevistas, tanto estructuradas como semiestructuradas. Actualmente el Dr. Caraveo desarrolló y validó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) <sup>16,17</sup>. El cual incluye los criterios diagnósticos internacionales del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV.

Dicho cuestionario tiene las características de ser una entrevista corta, simple, clara y fácil de aplicar. El cuestionario tiene una sensibilidad del 87%, una especificidad del 98%, un Valor Predictivo Positivo del 90%, un Valor Predictivo Negativo del 97%, y una tasa de clasificación errónea del 3.7%.

El nuevo instrumento fue aplicado en un estudio entre la población general de la Ciudad de México. Y en una muestra de 136 niños y adolescentes atendidos en la consulta general de un Centro de Salud <sup>18</sup>. De acuerdo a la puntuación global el 48.6% (n=820) de la población de niños y adolescentes en la ciudad de México resultó asintomática; el 17% se reportó con la presencia de un solo síntoma, y en el 16% se reportaron 4 o más síntomas.

Estos resultados indicaron que el instrumento tiene una consistencia interna adecuada y que puede emplearse como una escala. El autor propone su uso para estudios epidemiológicos <sup>16,17,19</sup>.

Considerando éstos aspectos y que dicho instrumento permite identificar los siguientes síndromes:

Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad	ADHDT (4 subgrupos)
Ansiedad generalizada	ANGER2
Ansiedad con predominio de inhibición (2 subgrupos)	ANIHBT
Trastorno específico del lenguaje	ELD
Enuresis (con otros síntomas pero sin otro síndrome)	ENUSR
Epilepsia y probable epilepsia	EPILE
Explosividad probablemente con daño orgánico	EXPLOO
Explosividad probablemente caracterológica	EXPLOP
Depresión (4 subgrupos)	IDEPTR
Trastorno por conducta oposicionista	ODDR
Trastorno de conducta (2 subgrupos)	TCOND, MR
Trastorno de alimentación con bajo peso	ALIBAE
Trastorno de alimentación con sobrepeso	ALISOE

Lo consideramos como el instrumento de medición ideal para contestar la pregunta de investigación que nos llevo a la realización del presente trabajo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente sabemos que al menos el 30 de los pacientes que consultan al dermatólogo tienen algún componente psiquiátrico o psicológico<sup>3</sup>. Lo que significa que tres de cada 10 pacientes que atendemos presentan alguna alteración psiquiátrica asociada.

La A.A, el vitiligo y la DA, son de las patologías dermatológicas ligadas con mayor frecuencia a trastornos emocionales, sin embargo dicha asociación varía dependiendo de la bibliografía consultada.

No conocemos cual es la frecuencia en niños mexicanos con estos diagnósticos.

Es por ello que consideramos importante contestar la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de trastornos psiquiátricos determinada mediante el CBTD en pacientes pediátricos con alopecia areata, vitiligo y dermatitis atópica en el HIMFG?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes pediátricos con alopecia areata, vitiligo y dermatitis atópica en el HIMFG mediante el CBTD.

## **OBJETIVO SECUNDARIOS**

1. Identificar cuales son los trastornos psiquiátricos específicos en preescolares, escolares y adolescentes con DA.
2. Identificar cuales son los trastornos psiquiátricos específicos en preescolares, escolares y adolescentes con AA.
3. Identificar cuales son los trastornos psiquiátricos específicos en preescolares, escolares y adolescentes con vitiligo.

## **HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Se omite por ser un estudio descriptivo.

## JUSTIFICACIÓN

Como ya se mencionó, muchos de los padecimientos dermatológicos cursan con patologías psiquiátricas, sin embargo un estudio realizado por Costello sobre envío de los niños a los servicios de salud mental, reflejó que los pediatras identifican solo a la mitad de los niños con problemas mentales y derivan solamente al 50% de los casos a los servicios especializados de salud mental infantil <sup>21</sup>.

El conocer cual es la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en escolares y adolescentes con enfermedades dermatológicas crónicas en nuestro hospital, y el identificar el tipo específico de trastornos psiquiátricos comórbidos nos permitirá tener un mayor conocimiento de nuestros pacientes y de las patologías psiquiátricas con las que cursan, para poder así identificarlas y canalizarlas tempranamente proporcionando así una atención integral del paciente con lo cual se lograra un máximo beneficio en el manejo de nuestros niños.

## MATERIAL Y METODOS

**Tipo de Estudio:** Transversal descriptivo.

**Universo:** Niños de 4 a 17 años, de cualquier sexo que fueron atendidos en la consulta externa de dermatología del HIM, durante el periodo comprendido de marzo a julio del 2007. Que contaran con el diagnóstico de AA, Vitiligo o DA.

### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes de 4 a 17 años de edad.
- Cualquier sexo.
- Con el diagnóstico de: AA, Vitiligo o DA.
- Atendidos en la consulta externa del HIMFG.

### **Criterios de No Inclusión:**

- Que cursaran con alguna otra condición médica crónica.
- Todos aquellos que no acepten participar en el estudio.

### **Criterios de Eliminación:**

- Aquellos en quienes no se pudo completar la entrevista.

## DESARROLLO DEL PROYECTO

Mediante muestreo de casos consecutivos, durante el período comprendido de marzo a julio del 2007, en la consulta externa de Dermatología Pediátrica del HIMFG, se invitó a participar al estudio titulado “Comorbilidad psiquiátrica en Pacientes Pediátricos con alopecia areata, vitiligo y dermatitis atópica” a todos los pacientes de entre 4 y 17 años de edad, de cualquier sexo y que contaran con los diagnósticos de AA, Vitiligo ó DA.

Al aceptar la invitación se procedió a firmar la hoja de consentimiento informado, en la cual se explicó ampliamente en que consistía el estudio y se aclararon todas las dudas pertinentes.

En la hoja de recolección de datos se registró el nombre, edad, sexo, número de expediente, diagnóstico y en caso de tener DA la severidad de la enfermedad de acuerdo al SCORAD.

Posteriormente se aplicó el CBTD (Anexo 1), el cual fue validado en población pediátrica mexicana mostrando una alta sensibilidad y especificidad con una tasa de clasificación errónea del 3.7% <sup>16</sup>. Dicho cuestionario explora 27 síntomas claves para entidades diagnósticas incluidas en los criterios diagnósticos del DSM-IV, permitiendo colocar al niño dentro de alguno de los siguientes grupos:

INHIBICION, ANSIEDAD, CEFALEAS, DISOCIAL, RETRASO, ATENCIÓN, ANIMO y CONDUCTA.

Con base a las asociaciones encontradas entre los síntomas, y de acuerdo a las descripciones de los trastornos siguiendo la clasificación del DSM IV, se pueden clasificar a los niños en alguno de los siguientes síndromes:

Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad (4 subgrupos)

Ansiedad generalizada

Ansiedad con predominio de inhibición (2 subgrupos)

Trastorno específico del lenguaje

Enuresis (con otros síntomas pero sin otro síndrome)

Epilepsia y probable epilepsia

Explosividad probablemente con daño orgánico

Explosividad probablemente caracterológica

Depresión (4 subgrupos)

Trastorno por conducta oposicionista

Trastorno de conducta (2 subgrupos)

Trastorno de alimentación con bajo peso

Trastorno de alimentación con sobrepeso

Todos los niños fueron canalizados al servicio de Paidosiquiatría del HIMFG, para la realización de una entrevista estructurada con el fin de corroborar los diagnósticos y en caso necesario dar tratamiento y seguimiento.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE RESULTADOS**

Posteriormente los datos obtenidos en los cuestionarios, se registraron en el programa de SPSS versión 15. Para el análisis estadístico de los mismos se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como estadística descriptiva.

## RESULTADOS

Se aplicó la encuesta a un total de 135 niños, todos ellos provenientes del Distrito Federal y el Estado de México con una edad comprendida entre los 4 y 17 años, 37 de ellos (27%) fueron preescolares, 39 (29%) escolares y 59(44%) adolescentes. Gráfica 1.

Setenta y tres (54%) de los pacientes estudiados correspondieron al sexo femenino, mientras que el sexo masculino correspondió al 49% de la población estudiada.

El mayor número de pacientes entrevistados correspondió al diagnóstico de DA, 92 pacientes, el 54% de los cuales correspondió a un estadio leve, 35% a un estadio moderado y 11% a un estadio severo de la enfermedad.

Treinta y dos pacientes contaban con el diagnóstico de vitiligo (24%), y once pacientes (8%) con el diagnóstico de AA.

La distribución por sexos de acuerdo al diagnóstico dermatológico se muestra en la Gráfica 2. El diagnóstico dermatológico por grupos de edad se muestra en la Gráfica 3.

Del total de pacientes analizados, el 61.5% (n=135) presentó uno o más trastornos psiquiátricos, mientras que en el 38.5% no se detectó comorbilidad psiquiátrica. Gráfica 4 y Tabla.1.

De acuerdo a la puntuación global del 62% de la población de niños con trastornos psiquiátricos; el 20% se reportó con la presencia de un solo síndrome, el 6% se reportó con la presencia de dos síndromes, el 10% con tres síndromes y el 31.1% con más de 3 síndromes. Por lo cual el número total de síndromes reportados en la tabla 1 es de 187, aún que en realidad el total de pacientes afectados es de 83 (n=135).

La comorbilidad psiquiátrica encontrada en pacientes con DA fue del 58.6%, para pacientes con vitiligo fue del 65.6% y de los once pacientes con AA el 73% (8) presentó algún trastorno, Por lo que podemos concluir que dicha patología dermatológica es la que cursa con una mayor morbilidad psiquiátrica. Gráfica 5.

Los trastornos más frecuentes encontrados en la muestra de pacientes fue el déficit de atención con hiperactividad e impulsividad (ADHDT), y la ansiedad generalizada (ANGER), Trastornos que se mantuvieron a la cabeza en los pacientes con DA y vitiligo. Seguidos de Depresión (IDEPTR), principalmente en los niños con DA. Mientras que los

pacientes con AA mostraron predominio de hiperactividad y cabe destacar que ninguno de los pacientes con AA mostró trastornos de alimentación ni enuresis.

Se realizó una correlación entre los síndromes psiquiátricos, el género y las edades de los pacientes, para tratar de identificar algún tipo de asociación, encontrando que los trastornos específicos del lenguaje (ELD) se presentan dos veces más frecuentemente en hombres que en mujeres. En el resto de los trastornos psiquiátricos ambos géneros se afectaron con la misma frecuencia.

Encontramos una relación directamente proporcional entre la edad y el número de síntomas psiquiátricos, es decir a menor edad menor número síntomas psiquiátricos y por lo tanto menos síndromes integrados.

Con respecto a la severidad de la enfermedad en los casos de DA, no fue posible detectar una asociación estadísticamente significativas entre los trastornos psiquiátricos y la severidad, afectándose de manera proporcional tanto los niños con DA leve, DA moderada, como los que cursaban con formas severas de DA al momento de la entrevista.

Dentro del cuestionario (Anexo 1) se interrogó a los padres sobre si consideraban necesario que se apoyara a su hijo con algún tipo de ayuda por parte del servicio de Salud Mental, a los cual solo el 13% de los padres respondió de manera afirmativa.

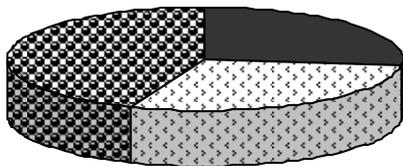
No obstante al momento de realizar la entrevista, en el expediente se encontró que el 16% de los pacientes ya habían sido canalizados por parte de su médico tratante al servicio de Psiquiatría o Psicología y se encontraban recibiendo algún tipo de apoyo por parte de dichos servicios.

Dentro del proyecto se consideró necesario enviar a todos los pacientes al servicio de Paidopsiquiatría de nuestro hospital con el propósito de corroborar el diagnóstico y en caso de verificarse, dar apoyo médico y continuar con el seguimiento en dicho servicio.

Hasta la fecha, de las entrevistas realizadas, se ha encontrado que en los niños con DA predominan los trastornos de hiperactividad (25%) seguidos por la depresión (29%). Los pacientes con vitiligo presentan trastornos de atención en un 50% seguido por ansiedad generalizada y depresión en un 16% cada uno. En los pacientes con AA se han corroborado los diagnósticos de depresión, déficit de atención y trastornos de conducta. No obstante estos son sólo resultados preliminares que se reportarán posteriormente.

**Grafica 1.**

**PORCENTAJE DE PACIENTES  
ENTREVISTADOS POR GRUPOS DE EDAD**



PRESCOLARES



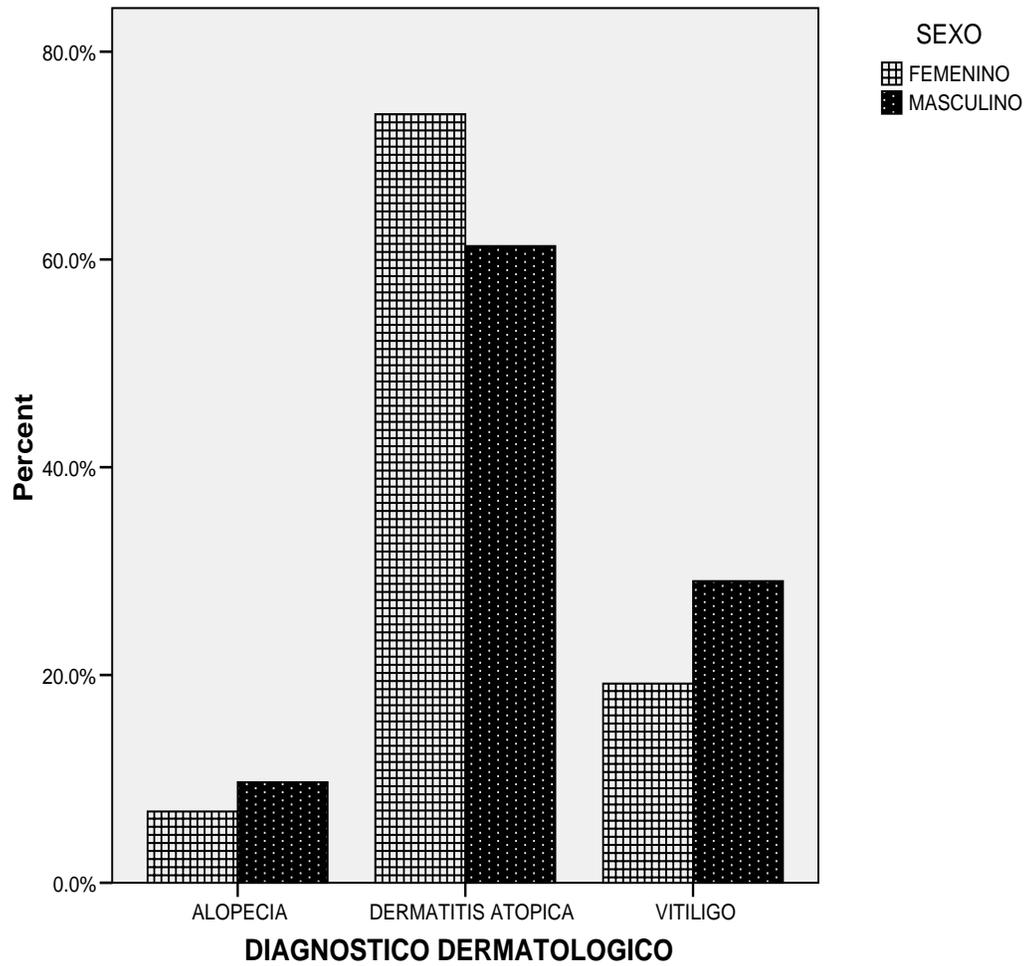
ESCOLARES



ADOLESCENTES

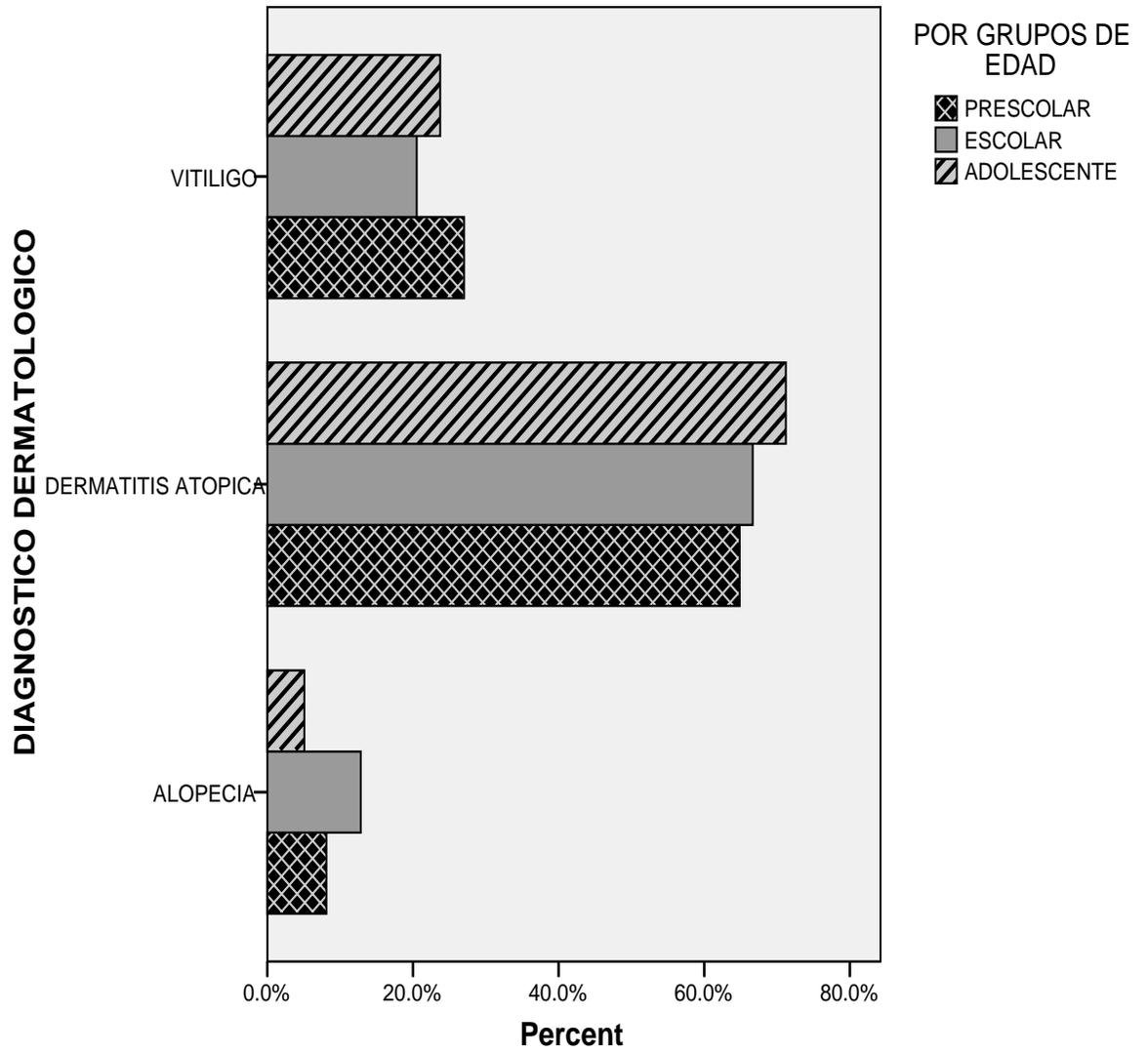
**Grafica 2.**

**DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO.**



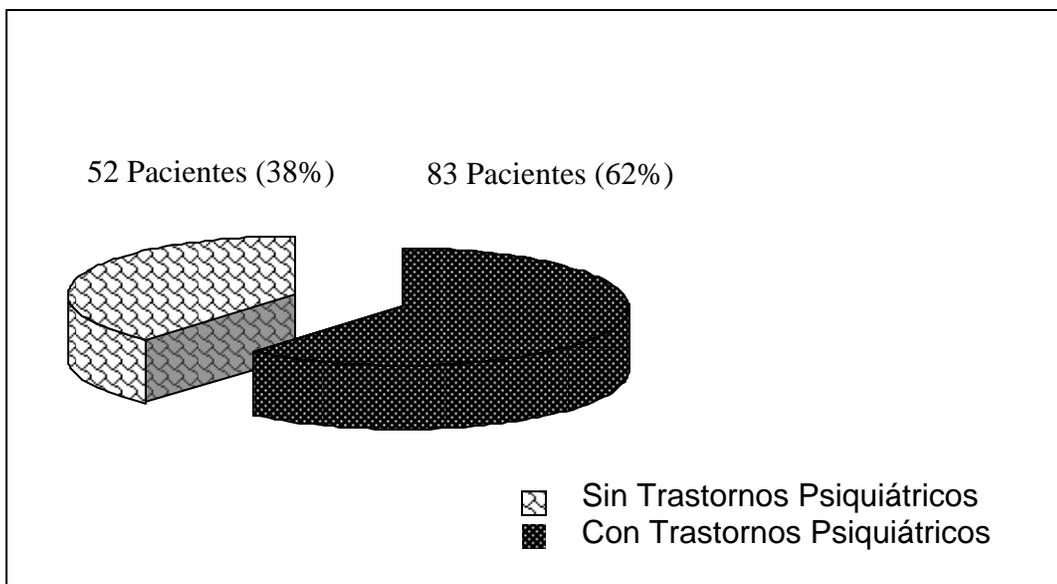
Grafica 3.

DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO POR GRUPOS DE EDAD



Grafica 4.

### COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN GENERAL



Grafica 5.

**COMORBILIDAD PSIQUIATRICA DE  
ACUERDO AL DIAGNOSTICO  
DERMATOLOGICO EN PORCENTAJE**

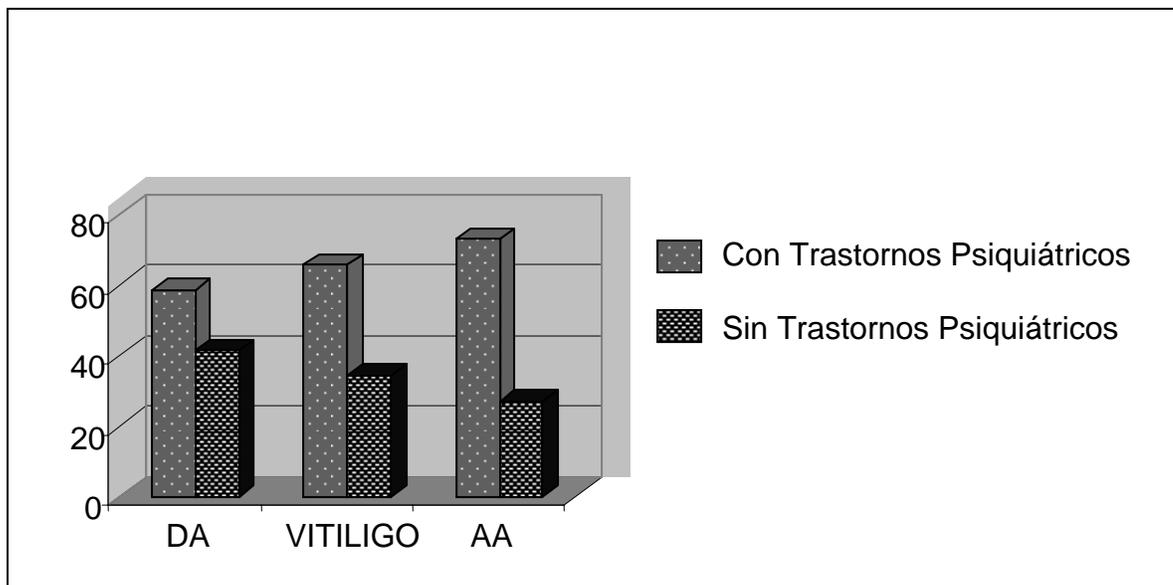


Tabla 1.

**SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS ENCONTRADOS, DE ACUERDO A LAS  
PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS**

<b>SINDROME</b>	<b>DA</b>	<b>VITILIGO</b>	<b>AA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ADHDT</b>	24	9	4	37
<b>ANGER2</b>	26	9	3	38
<b>ANIHBT</b>	6	4	2	12
<b>ELD</b>	10	1	1	12
<b>ENUSR</b>	2	2	0	4
<b>EPILE</b>	6	3	3	12
<b>EXPLOO</b>	4	2	0	6
<b>EXPLOP</b>	13	3	2	18
<b>IDEPTR</b>	16	3	2	21
<b>ODDR</b>	9	2	3	14
<b>TCONDNR</b>	3	1	0	4
<b>ALIBAE</b>	4	0	0	4
<b>ALISOE</b>	4	1	0	5

\* ADHDT, Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad. ANGER2, Ansiedad generalizada. ANIHBT, Ansiedad con predominio de inhibición. ELD, Trastorno específico del lenguaje. ENUSR, Enuresis. EPILE, Epilepsia y probable epilepsia. EXPLOO, Explosividad probablemente con daño orgánico. AXPLOP, Explosividad probablemente caracterológica. IDEPTR, Depresión. ODDR, Trastorno por conducta oposicionista. TCONDNR, Trastorno por conducta moderado o severo. ALIBAE, Trastorno de alimentación con bajo peso. ALISO, Trastorno de alimentación con sobrepeso.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que tanto la AA, el vitiligo como la DA mostraron una importante comorbilidad psiquiátrica, mayor a la reportada en pacientes con enfermedades crónicas<sup>2</sup>, siendo evidente que la AA fue la patología dermatológica en la cual se observó una mayor frecuencia de asociación.

Independientemente de la edad, tanto niños como niñas manifiestan de manera similar síntomas psiquiátricos.

Con el presente estudio no fue posible demostrar una correlación entre la severidad del cuadro dermatológico y el número de síntomas psiquiátricos.

De manera indirecta sabemos que la mayoría de los padres, 87% y de los médicos 84% que atienden a estos niños no identifican los síntomas de estos niños como componentes de probables síndromes psiquiátricos y por lo que en la mayoría de los casos esta es la causa de que no se canalicen oportunamente al servicio de Paidosiquiatría.

Evidentemente, la mayoría de los estudios realizados en pacientes afectados de algún padecimiento dermatológico se realizan cuando el sujeto ya está enfermo y, como es el caso de nuestro trabajo, en consecuencia el paciente se encuentra ya sometido a la presión de un aspecto físico que en ocasiones puede ser socialmente inadecuado. Discernir entre los pacientes que dan positivos en las pruebas psiquiátricas por una situación previa a la patología cutánea o por la manifestación dermatológica en sí misma, es una ardua labor.

En realidad creemos que determinar qué fue primero, si el huevo o la gallina, no es determinante en esta ocasión; ya que el mensaje que se desprende de nuestro estudio es entender que el paciente precisa ser tratado de su estado de ánimo, debido a la alta comorbilidad psiquiátrica encontrada, independientemente de si éste se ha alterado antes o después de la aparición de su patología dermatológica.

Consideramos que el CBTD es una herramienta útil y práctica que puede ser utilizada por el dermatólogo pediatra en su práctica diaria ya que por un lado permite tener un panorama general de las conductas del niño y por otro lado da la oportunidad de canalizar tempranamente a aquellos pacientes que pudieran tener la presencia de síndromes

psiquiátricos para corroborar los probables diagnósticos e iniciar un manejo, lo cual consideramos indispensable ya que como se mencionó anteriormente debida a la alta comorbilidad psiquiátrica encontrada en estos niños, es imperante el manejo de manera conjunta por los servicios de Dermatología y Psiquiatría, para ofrecer un máximo beneficio y probablemente un mejor control de la patología de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Koo J. Skin Disorders. Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, 1995;1528-1538.
2. Pedreira y cols. Los Trastornos psicomaticos en la Infancia y la Adolescencia. Rev Psiquiatr Psicol. Niño y Adolesc. 2001;3:26-51.
3. Mattoo S y cols. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. J Europ Acad Dermatol & Venereol 2002;16:573-578.
4. De Pierini R. y cols. The Psychiatric and psychophysiologic aspects of Atopic Dermatitis. Pediatric Dermatol 2004;21:301-06.
5. Ruiz-Doblado S y cols. Alopecia Areata: psychiatric comorbidity Int J Dermatol 2003;42:434-437.
6. Caraveo A.J. y cols Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. Psiquiatría. 1993; 9:137-151.
7. Caraveo A.J. y cols. Detección de problemas de salud mental en la infancia. Salud Pública De México. 1995; 37(5):445-451.
8. Kane M y Cols. Color Atlas and synopsis of pediatric Dermatology. Mc Graw Hill 2002: 434-437.
9. Cormia FE. Basic concepts in the production and management of the psychosomatic dermatoses II. *Br J Dermatol* 1951; 63:129-151.
10. Greenberg SI. Alopecia areata a psychiatric survey. *Arch Dermatol* 1955; 72:454-457.
11. Koblenzer CS. Alopecia Areata, Telogen Effluvium, and Hirsutism in: Psychocutaneous disease. Grune and Stratton eds. London 1987; 248-263.
12. Garcia-Hemández MJ,y cols. Multivariate analysis in alopecia areata: Risk factors and validity of clinical forms. *Arch Dermatol* 1999; 135:998-999.
13. Arenas R. Atlas de Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. Mc Graw Hill 3ra ed. 2005:76-77.
14. Staab D, y cols. The impact of childhood atopic dermatitis on quality of life of the family. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:173-178.
15. Cotterill JA: Psychotherapeutic approaches in the treatment of atopic eczema. En: Ruzicka T, Ring J, Przybilla B: Handbook of atopic eczema. Springer, 1991; 459-465.
16. Caraveo A.J. y cols Cuestionario breve de tamizaje y Diagnostico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Confiabilidad, estandarización y Validez de construcción. Primera parte. Salud Mental 2006;29:65-72

17. Caraveo A.J. y cols Cuestionario breve de tamizaje y Diagnostico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda parte. Salud Mental 2007;30:48-55
18. Caraveo A.J. y cols Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. Salud Publica Mexl 2002;44:445-451.
19. Caraveo A.J. y cols un modelo para estudios epidemiologicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiatrica. Salud Mental 1998;21:48-57.
20. Costello y cols. Primary care Pediatrics and Chile Psychopathology: A review of diagnostic, treatment and referral practices. Pediatrics 1986;78:1044-1051.

**Anexo 1.**

**Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnostico de problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes.**

FOLIO: \_\_\_\_\_

1. NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE SE APLICA EL CUESTIONARIO DIAGNOSTICO  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ

1a. NOMBRE DEL NIÑO (A): \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_.

Por favor dígame si en los últimos 12 meses, su hijo(a) se ha comportado frecuentemente así o no, y/o si hace mas de un año que se comporta de esa manera.

No. Hijo: _____	Últimos 12 meses	Mas de un año	Edad inicio	Ultima vez conducta	No conducta
Q6. ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)?					
Q7. ¿Tiene problemas para dormir?					
Q8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?					
Q9. ¿Se fuga de la casa?					
Q10. ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?					
Q11. ¿Es muy nervioso(a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?					
Q12. ¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños / jóvenes?					
Q 13. ¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?					
Q14. ¿Se orina en la cama en la noche?					
Q15. ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?					
Q16. ¿Le da miedo ir a la escuela?					
Q17. ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?					
Q18. ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?					
Q19. ¿Muchas veces esta de mal humor; es irritable y genioso(a)?					
Q20. ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?					
Q21. ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?					
Q22. ¿Tiene pesadillas con frecuencia?					
Q23. ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?					
Q24. ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?					
Q25. ¿Es muy desobediente y peleonero(a)?					
Q26. ¿Dice muchas mentiras?					

Q27. ¿Se niega a trabajar en la escuela?					
Q28. ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?					
Q29. ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?					
Q30. ¿Se queda mirando al vacío, se queda en Babia?					
Q31. ¿Se junta con niños / muchachos(as) que se meten en problemas?					
Q32. ¿Toma alcohol o usa drogas?					

Q34. Anteriormente mencionó que su hijo(a), tiene alguna de las conductas que revisamos. ¿Considera que se le debería proveer de servicio de salud mental para ayudarlo(a)?

1. Si                      5. No

Q35. ¿El(ella) ha sido llevado a consulta con el médico, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, espiritista, u otro profesional para ayudarlo?

1. Si                      5. No

Q35a. ¿Con quiénes?

- 1.- Médico general/ Médico familiar.
- 2.- Psiquiatra.
- 3.- Psicólogo.
- 4.- Consejero.
- 5.- Cardiólogo/ Ginecólogo/ Internista.
- 6.- Hierbero.
- 7.- Curandero.
- 8.- Espiritista.
- 9.- Trabajador social.
- 10.- Quiropráctico.
- 11.- Sacerdote.
- 12.- Otro profesional. Especifique:\_\_\_\_\_.

**Anexo 2.**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ**

**DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA**

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2007

Por medio de la presente yo (Nombre del padre o tutor) \_\_\_\_\_ autorizo que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ participe en el protocolo de investigación titulado: "COMORBILIDAD PSIQUIATRITA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ALOPECIA AREATA, VITILIGO Y DERMATITIS ATOPICA".

Se me ha informado que el objetivo del estudio es conocer si existe algún trastorno psiquiátrico en mi hijo asociado a su problema de la piel. También se me informo que toda la información obtenida será confidencial y que en caso de encontrarse algún trastorno psiquiátrico o psicológico será canalizado al servicio de Salud Mental, donde recibirá la atención y manejo requeridos. Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi hijo del estudio en el momento que yo lo decida, sin que esto afecte la atención médica que recibe en este hospital.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Madre  
Padre o Tutor.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Investigador  
Dra. Verónica Susana Ramírez Romero  
97799