

TESIS
QUE PARA OBTENER LA SUBESPECIALIDAD DE
ALERGIA E INMUNOLOGIA CLINICA

PRESENTA

DR. JOSE ARTURO AVILES ROMAN

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES
ALÉRGICOS**

CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
MÉXICO DF. 2001



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.

INDICE

Resumen	1
Problema	3
Hipótesis	3
Antecedentes	3
Clasificación de trastornos psiquiátricos	8
Consideraciones históricas	9
Objetivo	30
Diseño	30
Grupo de estudio	31
Tamaño de muestra	31
Criterios de inclusión	31
Criterios de exclusión	31
Criterios de eliminación	32
Cédula de recolección de datos	32
Validez	34
Descripción general del estudio	37
Instrumentos	37
Resultados	38
Conclusiones	.41
Grafica1	44
Grafica 2, 3 y 4	45
Grafica 5	46
Bibliografía	.47

TESIS:

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES ALERGICOS

RESUMEN

Todavía es discutible si la ansiedad y depresión en pacientes afectados por enfermedades alérgicas (rinitis, asma, dermatitis y urticaria) pudieran jugar un papel en el génesis de la enfermedad, si ellos son una consecuencia de los síntomas. El objetivo de este estudio era evaluar niveles de ansiedad en las dos formas del rasgo, y estado, en pacientes afectados por enfermedades alérgicas. Un total de 102 pacientes, se compararon de acuerdo a la edad el sexo y los antecedentes de haber sido diagnosticados la enfermedad alérgica en la infancia. Se administraron a todos los pacientes el Inventario Estado y Ansiedad Rasgo (STAI). Los niveles que se presentaron fueron altos de ansiedad rasgo fueron significativamente más alto en (AR - <0.005) y (VMR - <0.01) encontrándose relación significativa en aquellos pacientes que tenía antecedente de diagnósticos de enfermedad alérgica durante la infancia (AR - <0.001) y Estado ansiedad. No había una diferencia significativa en estado de ansiedad relacionada con el antecedente de diagnóstico durante la infancia. Ninguna diferencia significativa se encontró en ansiedad estado, ansiedad rasgo, o depresión entre AR y VMR que se encontrara en forma por separado. En conclusión, la ansiedad en pacientes con enfermedades alérgicas es presente en al momento de que fueron encuestados ambos como un estado y como un rasgo,

DYSFUNCTIONS OF THE PERSONALITY IN PATIENT ALLERGIC

SUMMARY

It is still debatable if the anxiety and depression in patients affected by allergic illnesses (rhinitis, asthma, dermatitis and urticaria) they could play a paper in the genesis of the illness, if they are a consequence of the symptoms. The objective of this study was to evaluate levels of anxiety in the two forms of the feature, and state, in patients affected by allergic illnesses. A total of 102 patients, they were compared according to the age, the sex and the antecedents of having been diagnosed the allergic illness in the childhood. They were administered all the patients the Inventory and anxiety Rasgo (STAI). The levels that were presented were high of anxiety feature they were significantly higher in (AR - <0.005) and (VMR - <0.01) being significant relationship in those patients that she/he had antecedent of diagnoses of allergic illness during the childhood (AR - <0.001) and State anxiety. There was not a significant difference in state of anxiety related with the antecedent of diagnose during the childhood. No significant difference was in anxiety, anxiety feature, or depression among AR and VMR that it was in form for separate. In conclusion, the anxiety in patient with allergic illnesses is present in to the moment that both were interviewed as a state and as a feature.

PROBLEMA: Que relación existe en los pacientes que presentan padecimientos alérgicos, y cierto tipo de conductas de personalidad (rasgo- ansiedad- estado) que normalmente no se presenta en otros padecimientos o patologías

HIPÓTESIS: Existe relación de los padecimientos alérgicos(rinitis, asma , dermatitis y urticaria) y los trastornos de conducta rasgo- ansiedad- estado y depresión asociados a la edad de diagnóstico

ANTECEDENTES:

El asma, la rinitis la dermatitis y la urticaria, comúnmente relacionadas a enfermedades atópicas, constituyen en conjunto un importante problema de salud. El asma es la enfermedad bronco- pulmonar crónica más frecuente en los niños. La rinitis alérgica constituye la enfermedad crónica más común de las vías respiratorias altas; en los Estados Unidos de América (EUA) se presenta aproximadamente 10% de los niños y más de 20% de los adolescentes y adultos jóvenes, se calcula una proporción de la dermatitis atópica en EU y gran Bretaña se encuentra 1.9 y 5%.

Este tipo de enfermedades tiene además un amplio impacto sobre los niveles de actividad de los niños y adolescentes; Diferentes estudios señalan que las personas con algún tipo de padecimiento crónico tienen que permanecer 3 a 4 días en cama o faltar hasta 4 a 5 días a la escuela. Por otro lado, se ha visto, que las personas con enfermedades crónicas tienen 35% más problemas de conducta en comparación con las personas que no tiene esta condición, Manifestando principalmente síntomas depresivos. El impacto de la urticaria crónica en la calidad de vida se ha documentado y se ha asociado a estados depresivos

importantes. En muchos pacientes se han detectado problemas que afectan diferentes facetas de su vida cotidiana y que se encuentran relacionados al hogar, cuidado personal, recreación, interacción social, sueño y energía. Demostró aislamiento social con reacciones emocionales. (11) Han encontrado relación entre rasgos de ansiedad y la urticaria presentando mecanismos subyacentes entre los aparatos inmunológicos, nerviosos y endocrinos (12) Esto genera alteraciones constantes en su dinámica familiar y social.

PERSONALIDAD

Debemos observar al lactante en los brazos de su madre; debemos ver las primeras imágenes que el mundo externo proyecta sobre el espejo oscuro de su mente; los primeros eventos de que es testigo; debemos oír las primeras palabras que despiertan los poderes dormidos del pensamiento y apoyar sus primeros esfuerzos, sí queremos entender los prejuicios, los hábitos y las pasiones que regulan la "vida."(Alexis de Tocqueville, 1855)(12)

Desde el momento en que se funden las células germinales masculina y femenina hasta que se alcanza la madurez, cada organismo pasa por un proceso de desarrollo de su estructura biológica. En cualquier momento de este proceso de maduración, factores nocivos pueden limitar el crecimiento del organismo, producir deformaciones o impedir el funcionamiento de un órgano o de todo el ser viviente. La falta relativa de alimentos y nutrimentos apropiados, incluyendo los iones y las vitaminas necesarias, también limita el crecimiento corporal. En la actualidad ya está comprobado que el crecimiento también puede limitarse debido a una falta de

estimulación apropiada; en otras palabras, un déficit de experiencias durante períodos críticos en la maduración impide el florecimiento completo de un sistema o de un órgano. En consecuencia, los ambientes en los cuales están restringidas o empobrecidas la dieta disponible o la estimulación social tenderán a limitar el crecimiento cerebral y el desarrollo de la personalidad en el niño que crece. De igual manera, la falta de experiencias tempranas puede establecer una vulnerabilidad persistente ante las diversas causas de estrés a lo largo del resto de la vida.

Cada persona, por tanto, tiene una estructura anatómica cuya conformación, aunque en general está hecha según el modelo de la especie, es única en algunos detalles. Son esta estructura y su funcionamiento fisiológico los que en parte determinan y limitan el desarrollo de la personalidad. El crecimiento del sistema nervioso central establece los límites del temperamento y la inteligencia. Se considera que las variaciones temperamentales, o sean las capacidades para una gama de respuestas activas ante el ambiente, influyen sobre el efecto que tiene el hecho de experimentar un cambio en el ambiente, y tal vez al mismo tiempo se modifican debido a dicho cambio. Esa propiedad especial del sistema nervioso, o sea la capacidad de grabar, almacenar e integrar las experiencias del organismo y así producir las respuestas de conducta más efectivas para la adaptación, hace posible que evolucione la personalidad humana. Así, conforme pasa el tiempo, gracias a una serie prolongada de experiencias sociales, se desarrollan actitudes, creencias, deseos, valores y pautas de adaptación más o menos perdurables y constantes, que le dan al individuo la cualidad de ser único. Se puede definir la

personalidad como ese particular conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes que son característicos de un individuo.

En cierto grado, algunas pautas ya están establecidas cuando el niño nace; sin embargo, en esa etapa sólo existen las potencialidades para el desarrollo de los componentes de la personalidad. Las etapas sucesivas de la personalidad en desarrollo pueden sucederse de una manera sana y en una secuencia normal y armoniosa hasta una madurez bio-psicológica y bio-social, a través de la lactancia, la niñez, la madurez y la senectud, con la realización de las potencialidades personales, satisfacciones subjetivas y ajuste social. Puede también haber una detención o un crecimiento desigual de distintos componentes de la personalidad; ambas posibilidades dependen de complicados factores genéticos, ambientales, sociales y emocionales.(13)

En el desarrollo de la personalidad hay normalmente una *progresión hacia la madurez* y cada etapa se desarrolla como una consecuencia lógica de la etapa previa; se trata de un crecimiento que emerge a través de diferentes etapas, cada una de las cuales tiene sus necesidades y problemas particulares. Si persisten restos de una etapa anterior en etapas subsecuentes, pueden provocar deformaciones de la personalidad y volverse el origen de una enfermedad psicológica. También las primeras experiencias continúan ejerciendo su influencia sobre la personalidad en desarrollo, aun cuando no pueden ser evocadas por la conciencia.

Los genes no pueden transmitir características adquiridas, y aunque el medio

el medio intrauterino puede influir en el desarrollo biológico del feto no hay razón para creer que la personalidad, tal y como se ha definido, sea influida de manera importante por la vida prenatal o siquiera que exista en el recién nacido. Esto no quiere decir que sé niegue un rudimento genético (*anlage*) o aspectos congénitos de bioquímica y reactividad que puedan crear predisposiciones biológicas a los componentes temperamentales de la personalidad en la vida posterior. No obstante, aunque las anomalías extremas en los sistemas vegetativo, nervioso, central y endocrino pueden tener una relación demostrable con características de la personalidad, parece haber muy poca relación entre dichas anomalías y los rasgos persistentes de la personalidad normal.

Las observaciones de Money y de Ehrhardt y Stoller pusieron en evidencia para los seres humanos la importancia que tiene supeditar las transacciones de las etapas tempranas de la vida para determinar, inclusive, aspectos importantes de la personalidad como sería la identidad sexual. Tales investigadores, quienes siguieron el desarrollo de lactantes que -tendrán alteraciones genéticas y hormonales, concluyeron que los cuidados que se tenía con ellos en los primeros dos años de vida constituían la fuerza principal para establecer la identidad sexual. Como ejemplo, un -grupo de lactantes con falta completa de hormonas gonadales en el periodo prenatal y que al momento de nacer se les consideró -varones desde el punto de vista genético, a pesar de que su fenotipo era femenino por la presencia de genitales con estas características, presentaban conductas femeninas si sus padres los consideraban como niñas en los primeros 18 meses de vida

Es conveniente pensar que la personalidad tiene partes o divisiones que llevan a cabo funciones específicas, es decir, que tiene una estructura. Este concepto facilita la idea de dinámica en el funcionamiento de la personalidad. Sin embargo, no se debe pensar que estas partes son realidades concretas o entidades que actúan por sí mismas, sino que son grupos de fuerzas y de funciones. En general, actualmente se sigue el concepto de estructura de la personalidad propuesto por *Freud*, quien postuló tres segmentos psíquicos. Aunque estas divisiones estructurales son hipotéticas, ofrecen una clasificación útil del sistema de impulsos coercitivos. Muchos de los términos que se usan al describir sus interrelaciones dinámicas son puramente simbólicos. (13)

Clasificación de los trastornos psiquiátricos

(Recientemente adoptado por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana)

"Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-11) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Esta aparición simultánea no permite la aplicación completa de la nueva nomenclatura oficial para el material de casos clínicos y las discusiones teóricas presentadas en este volumen; sin embargo, es posible relatar como llegó a existir la nueva clasificación. Indicar sus puntos principales de divergencia de la clasificación hasta hoy en vigor en Estados Unidos de Norteamérica, y comentar brevemente acerca de algunas de las aparentes ventajas y desventajas de estos cambios.

Consideraciones históricas

La nomenclatura de los trastornos psiquiátricos continúa presentando serios problemas, en parte como resultado de que el conocimiento de la etiología está aún muy lejos de ser completo, y en parte porque los fenómenos mentales tienden a ser de tal complejidad que requieren la aplicación en diversas ocasiones de diversos puntos de referencia. La clasificación oficial de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, empleada en Estados Unidos de Norteamérica hasta el momento en que se escribió este libro, queda registrada en el manual de diagnóstico y de estadística de los trastornos mentales (DSM-I), Asociación Psiquiátrica Norteamericana, Washington, DC, publicación que en la actualidad está agotada. Esta clasificación, que es la única a la que se hace referencia en las discusiones de este y de otros textos psiquiátricos corrientes en Estados Unidos de Norteamérica, fue en gran parte resultado del pensamiento de Dr. William Menninger y de un grupo representativo de sus colegas, al referirse a los problemas de nomenclatura durante la segunda guerra mundial e inmediatamente después de ella.

La clasificación de los trastornos psiquiátricos autorizada por la Organización Mundial de la Salud durante el periodo comprendido entre 1952 y 1968 en que se empleó el manual de DSM-I, ha discrepado considerablemente de la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Muchas de las naciones miembros de la Organización Mundial de la Salud expresaron insatisfacción con estas clasificaciones.

. Los últimos ocho años, se han hecho esfuerzos en algunos de los países más importantes de la Organización Mundial de la Salud, por medio de comité de prominentes psiquiatras, para idear mejora de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. En mayo de 1966 la XIX asamblea Mundial de la Salud, aprobó una *Clasificación Internacional de Enfermedades*, que comprendía una sección de los trastornos psiquiátricos que hacían evidentes estos esfuerzos. Simultáneamente, las asociaciones psiquiátricas de muchos países (incluso Estados Unidos de Norteamérica), que hasta la fecha usaban su propia nomenclatura, han tratado de poner estas clasificaciones locales en armonía con la clasificación nuevamente elaborada de la Organización Mundial de la Salud."

La nueva clasificación oficial de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana representa el producto de ambas líneas de esfuerzo. La clasificación de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en general, y de los trastornos psiquiátricos en particular, indudablemente ha mejorado. Además, la nueva clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana corresponde ahora muy de cerca a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, según queda comprendida en la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, octava revisión (Organización Mundial de la Salud. 1968). *Nomenclatura diagnóstica*. •(Ligeramente condensada; no damos los números de la clave.)

1. RETARDO MENTAL

Retardo mental límite

Retardo mental benigno

Retardo mental moderado

Retardo mental grave

Retardo mental profundo

Retardo mental de clase no especificada

Las subdivisiones citadas abajo deben ser empleadas con cada una de las categorías mencionadas arriba

Consecutivo a infección o intoxicación

Consecutivo a traumatismo o a la acción de agentes físicos

Con trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición

Asociado a enfermedad cerebral macroscópica (postnatal)

Asociado a enfermedades y a estados patológicos debidos a factores prenatales desconocidos

Con anomalías cromosómicas

Asociado al nacimiento prematuro

Después de los trastornos psiquiátricos de mayor importancia

Con privación del medio ambiente psicosocial

Con otros estados (no especificados)

11 SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS

(Trastornos causados por deficiencia de las funciones del tejido cerebral, o asociados a estas)

* Tomada del *Manual de Diagnóstico y de Estadística de los Trastornos Mentales*, Asociación Psiquiátrica Norteamericana, Washington, D. C. 1958.

LA PSICOSIS ASOCIADA A SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS

Demencia senil y presenil Demencia senil Demencia presenil

Psicosis alcohólicas

Delirium tremens

Psicosis de Korsakov (alcohólicas) Otras

alucinosis alcohólicas

Estado paranoide producido por el alcohol (paranoia alcohólica)

Intoxicación aguda por el alcohol

Intoxicación de índole patológica

Otras psicosis alcohólicas (y las no especificadas)

Psicosis asociadas a infección intracraneal Psicosis con parálisis general ("demencia paralítica") Psicosis con otras formas de sífilis del sistema nervioso

central Psicosis con encefalitis epidémica

Psicosis con otras encefalitis, y las de etiología no especificada

Psicosis con otras infecciones intracraneales (y las no especificadas) Psicosis asociadas a otros estados cerebrales patológicos

Psicosis con arteriosclerosis cerebral

Psicosis con otros trastornos cerebrovasculares

Psicosis con epilepsia

Psicosis con neoplasias intracraneales

Psicosis con enfermedad degenerativa del sistema nervioso central

Psicosis con traumatismo cerebral

Psicosis con otros estados cerebrales patológicos (y los no especificados}

Psicosis asociadas a otros estados físicos

Psicosis con trastornos endocrinos

Psicosis con trastornos metabólicos o nutritivos

Psicosis con infecciones generales

Psicosis con intoxicación por medicamentos o por venenos (que no sean el alcohol)

Psicosis asociadas al parto

Psicosis con otros estados físicos y los no diagnosticados

Psicosis con estados físicos no especificados

11-8. SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS NO PSICOTICOS

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos (los trastornos mentales no especificados como psicóticos, asociados a estados patológicos de orden físico).

Síndromes cerebrales orgánicos con infección intracraneal
Síndromes cerebrales no psicóticos, con intoxicación por medicamentos, venenos o de orden general

Síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos, con traumatismo cerebral

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos, con perturbación circulatoria.

Síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos, con epilepsia Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos, con enfermedad cerebral senil o presenil

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con neoplasias intracraneales

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con enfermedad degenerativa del sistema nervioso central

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con otros estados físicos (no especificados)

111. PSICOSIS NO ATRIBUIDAS A LOS ESTADOS PATOLÓGICOS FÍSICOS ENUMERADOS PREVIAMENTE

Esquizofrenia

Esquizofrenia de tipo simple

Esquizofrenia de tipo hebefrénico

Esquizofrenia tipo catatónico Esquizofrenia, tipo catatónico, con excitación

Esquizofrenia, tipo catatónico, con retraimiento

Esquizofrenia tipo paranoide

Episodio esquizofrénico agudo

Esquizofrenia tipo latente

Esquizofrenia tipo residual

Esquizofrenia tipo esquizoafectivo

Esquizofrenia tipo de la niñez

Esquizofrenia tipo crónico no diferenciado

Esquizofrenia de otros tipos (y líos no especificados)

Trastornos afectivos de mayor importancia (psicosis afectiva) Melancolía involutiva

Enfermedad maniaco depresiva de tipo maniaco (psicosis maniaco depresiva de tipo maniaco)

Enfermedad maniaco depresiva de tipo deprimido (psicosis maniaco depresiva de tipo deprimido)

Enfermedad maniaco depresiva tipo circular (psicosis maniaco depresiva tipo circular)

Otros trastornos afectivos de primera importancia Estados paranoides

Paranoia

Parafrenia involutiva

Otros estados paranoides

Otras psicosis

Reacción psicótica depresiva (psicosis reactiva depresiva)

Excitación reactiva

Confusión reactiva

IV. NEUROSIS

Neurosis de ansiedad Neurosis histérica

Neurosis histérica de tipo de conversión Neurosis histérica de tipo disociativo

Neurosis fóbica

Neurosis obsesivo compulsiva

Neurosis depresiva Neurosis

neurasténica (neurastenia)

Neurosis con despersonalización (síndrome de desperson

Neurosis hipocondriaca

Otras neurosis

Neurosis no especificadas

V. *TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS*

MENTALES NO PSICOTICOS NO MENCIONADOS PREVIAMENTE

Trastornos de la personalidad Personalidad

paranoide Personalidad ciclotímica

(personalidad afectiva) Personalidad

esquizoide

Personalidad explosiva

Personalidad obsesivo compulsiva (personalidad anancástica

Personalidad histérica

Personalidad asténica

Personalidad antisocial

Otros trastornos de la personalidad

- Personalidad pasivo agresiva
- Personalidad inadecuada

Desviaciones sexuales

Homosexualidad

Fetichismo

Pedofilia

Transvestismo

Exhibicionismo

Voyeurismo

Sadismo

Masoquismo

Otras desviaciones sexuales Alcoholismo

Ingestión episódica excesiva de bebidas alcohólicas Ingestión excesiva habitual de bebidas alcohólicas Adicción al alcohol (dependencia del alcohol. alcoholismo habitual)

Otras formas de alcoholismo (no especificadas) Estados de dependencia producidos por los medicamentos

Dependencia con respecto al opio, los alcaloides del opio y sus derivados

Dependencia con respecto a los analgésicos sintéticos con efectos

análogos a los de la morfina

Dependencia de los medicamentos barbitúricos

Dependencia de los medicamentos, producida por otros hipnóticos y sedantes o "tranquilizantes"

Dependencia producida por la cocaína

Dependencia producida por el cannabis sativa (hashish o mariguana)

Dependencia producida por otros medicamentos (psicoestimulantes)

Dependencia producida por medicamentos (alucinógenos)

Otras dependencias con respecto a medicamentos

VI. *TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS*

Trastornos cutáneos psicofisiológicos

Trastornos músculo esqueléticos psicofisiológico 5

Trastornos respiratorios psicofisiológicos

Trastornos psicofisiológicos de orden cardiovascular

Trastornos psicofisiológicos hemáticos y linfáticos

Trastornos psicofisiológicos gastrointestinales

Trastornos psicofisiológicos genitourinarios

Trastornos psicofisiológicos endocrinos

Trastornos psicofisiológicos de los órganos de los sentidos especiales

Trastornos psicofisiológicos de otro tipo

VII. *SINTOMAS ESPECIALES*

Trastornos del habla o del lenguaje

Trastornos específicos del aprendizaje

Tics

Otros trastornos psicomotores

Trastornos del sueño

Trastornos de la alimentación

Enuresis

Encopresis

Cefalalgia

Otros síntomas especiales

VIII. TRASTORNOS TRANSITORIOS DE SITUACION

Reacciones de adaptación que se presentan en la infancia

Reacciones de adaptación que se presentan en la niñez

Reacciones de adaptación que se presentan en la adolescencia

Reacciones de adaptación que se presentan en la vida adulta

Reacciones de adaptación propias de la edad avanzada

IX *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA*

Reacciones hipercinéticas de la niñez (o de la adolescencia)

Reacciones de retraimiento de la niñez (o de la adolescencia)

Reacciones de la niñez o de la adolescencia producidas por ansiedad
excesiva

Reacciones de guga en la niñez o la adolescencia

Reacciones agresivas antisociales, de la niñez o de la adolescencia

Reacciones de delincuencia en grupo, en la niñez o la adolescencia

Otras reacciones de la niñez o de la adolescencia

X. ESTADOS PATOLOGICOS SIN TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

MANIFIESTOS, Y ESTADOS NO ESPECIFICOS

Mala adaptación conyugal

Mala adaptación social

Mala adaptación para el trabajo

Conducta disocial

Otras desadaptaciones sociales

Comparación con la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana
usada hasta la actualidad

Es fácil darse cuenta de que la clasificación enunciada antes no contiene
diferencias radicales de la que ha estado siendo empleada en Estados Unidos de
Norteamérica durante los últimos 16 años. Por ejemplo, es evidente que los
grupos 11-A y 11-8 corresponden a la lista de los estados

orgánicos estudiados en el que el número III corresponde a la lista de las psicosis funcionales examinadas y que el número V corresponde a la lista de los trastornos de la personalidad estudiados en él. Es claro también que existe correspondencia bastante íntima entre IV ("Neurosis") y el grupo de las psiconeurosis discutidas y entre las del número VI y el grupo de los "estados psicósomáticos" discutidos en el Y así sucesivamente.

Por otra parte, sería un error no darse cuenta de ciertas diferencias existentes entre la nueva clasificación y la antigua. Algunas diferencias en la terminología son evidentes: hasta qué grado estas diferencias indican diferencias en la filosofía de la etiología del tratamiento que se puede suponer que forman la base de los términos empleados, es quizá un asunto que queda abierto a discusión. Por ejemplo, la palabra "reacción", que, como parte de una frase constituida por dos o tres palabras, era tan común en el sistema de clasificación anterior de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, brilla ahora por su ausencia. De esta manera, por ejemplo, "reacción esquizofrénica" queda reemplazada por esquizofrenia y "reacción de ansiedad" por "neurosis de ansiedad". Las frases basadas sobre el término "reacción", que parecía a muchos psiquiatras norteamericanos implicar en algunos casos una actitud liberal con respecto a la etiología y, en general, la inclinación a suscribir el aspecto etiológico multifactorial, que queda disminuido por los términos que ahora son corrientes. Cierta número de modificaciones probablemente parecerá anticuados a muchos psiquiatras norteamericanos: por ejemplo, el empleo del término "neurosis" en vez de

"psiconeurosis" y la inclusión que ahora se hace nuevamente de los términos "neurastenia" e "hipocondriasis" bajo este apartado general. Pocos psiquiatras echarán de menos la expresión "síndrome cerebral crónico", actualmente reemplazado por los diversos términos aceptados para las psicosis orgánicas, o por la expresión "síndrome cerebral orgánico no psicótico con (factor etiológico)."

Clasificación de los Trastornos

psiquiátricos

En general, pueden resumirse las desventajas de la nueva clasificación especial oficial, diciendo que parecen, en cierto número de casos, subrayar de manera desproporcionada los factores orgánicos en la etiología, desproporcionados con su probable significación y que parece implicar una etiología de un solo factor en casos en que esta actitud queda decididamente dudosa.

La gran ventaja de la nueva clasificación es indiscutible. La aceptación por todos los países que pertenecen a la Organización Mundial de la Salud de una nomenclatura uniforme para los trastornos psiquiátricos, es un gran paso hacia adelante en la cooperación internacional frente a la lucha para obtener mejor estado de salud mental. No es solo el hecho favorable de que los psiquiatras en muchas partes del mundo intenten emplear el mismo lenguaje para el diagnóstico, sino que los datos que provienen de todos estos países pueden ahora ser más fácilmente comparados y utilizados para uso general.(11)

ASMA BRONQUIAL

Se cree que factores psíquicos desempeñan un papel importante ya sea causando o agravando el asma. La respiración sibilante del asma ha sido comparada al grito solicitando a la madre, y es cierto que los asmáticos tienen historias de relaciones madre-hijo muy deficientes. Se dice que los ataques son precipitados por amenazas de pérdida o separación de la madre o del sustituto de la madre. La personalidad asmática ha sido descrita como "preoral" o "respiratoria", cuando la fijación en la madre antecede todas las demás relaciones y si es tan vital y de naturaleza

inmediata que aun la separación breve, si amenaza con ser permanente, es tomada como si fuese potencialmente fatal.

A veces los factores orgánicos son importantes en algunos casos de asma. Las infecciones pulmonares agudas o crónicas o las reacciones alérgicas pueden hallarse presentes. A menudo padecimientos menos comunes que producen respiración sibilante son el síndrome carcinoide y una obstrucción (tumor, cuerpo extraño). Los factores precipitantes además de la tensión, son la exposición al frío y a la humedad, la fatiga y el debilitamiento. Al viejo aforismo médico de "no todas las respiraciones sibilantes son asma", se le podría añadir, "ni todo lo sibilante representa un grito reprimido buscando a la madre".

En el manejo de un ataque agudo es vital la debida atención médica. Entre los ataques, deberá enfocarse la atención sobre la personalidad a menudo intensamente neurótica o psicótico latente del paciente. Si se observa que los

ataques son claramente precipitados por factores emocionales o si el paciente alcanza ganancias secundarias, podrá intentarse una psicoterapia prolongada. Si se sospecha que los ataques son equivalentes psicóticos (substitutos de depresión o de franca psicosis) se darán antidepresores o tranquilizadores en algunos casos, pero con extremo cuidado debido a su efecto anticolinérgico(13)

En todo el mundo se han realizado múltiples estudios predominantemente de tipo transversal, con la finalidad de determinar la proporción de estas enfermedades y observar su tendencia. Se ha demostrado un aumento progresivo de la morbilidad y mortalidad por asma entre niños y adolescentes en las dos últimas décadas. Las causas de este aumento no son claras, sin embargo se ha investigado que existe relación con el nivel socioeconómico, condiciones de salud, alimentación del niño. Las ambientales como la condición de vivienda, humedad, convivencia con animales, tabaquismo pasivo, y contaminación de ambiente entre otras.

Se ha encontrado una proporción significativa y relacionada con diversos rangos de edad: el asma fue de 57% (6 a 8 años) y 59 % (11 a 14 años) concluyéndose que la proporción de asma, rinitis y dermatitis atópica fue significativamente mayor en los niños con antecedentes familiares de asma y nivel socioeconómico bajo. (2)

En algunos estudios realizados en México las incidencias de las enfermedades alérgicas, no tienen predominio de sexo y el grupo etario más afectado por enfermedades alérgicas es de menores de 10 años. Los antecedentes familiares alérgicos y la eosinofilia periférica y nasal son marcadores auxiliares útiles para el diagnóstico del padecimiento. Dentro de los diagnósticos más frecuentes se

encuentran rinitis y asma, seguida de rinitis con asma. Aunque existe abundante información epidemiológica acerca de las enfermedades alérgicas en diversos países, en México aún no hay información concluyente (3)

El stress se define como un estado anormal fisiológico con efectos adversos que se relaciona a calidad de vida, presenta un impacto muy alto en jóvenes y se encuentra relacionado con síntomas rasgos y estado de ansiedad, lo que lleva al adolescente a buscar ayuda medica. Como muchos de estos síntomas no tiene explicación de origen orgánico, se busca una evaluación psicológica y psiquiátrica. (5-7)

La fisiología del estrés responde a factores endocrinos simpáticos adrenergicos-medulares y los cambios más importantes se presentan en la conducta secundaria a estímulos específicos y que puede desencadenar daño orgánico (7) El estrés es un factor desencadenante de hiperventilación en paciente con asma (6)

Aun no se sabe de acuerdo algunos investigadores acerca que la ansiedad y la depresión en pacientes en pacientes alérgicos y juegan un importante papel en la génesis de la enfermedad y como consecuencia los síntomas alérgicos.

Se ha llegado ha demostrar una alta proporción de estados de ansiedad en pacientes con síntomas alérgicos comparados con los sujetos sanos asintomático. Aumentar los mediadores debido a un alérgeno se presenta una reacción cruzada entre la célula cebadas de superficie y la IgE, y se tiene como

consecuencia una alergia secundaria regulada por SNC y nervios periféricos. la presencia de factores psicológicos y alérgicos en la patogénesis de las enfermedades alérgicas se demostró que los altos niveles de IgE pueden estar presentes en pacientes psiquiátricos y probable intervención de sistema límbico durante las reacciones alérgicas, además se encontraron algunos neurotransmisores (Serótina, Péptido vasoactivo intestinales Etc.) (1)

La sintomatología asmática en muchas ocasiones no corresponde a un estado clínico, sino un estado afectivo y se mantiene una relación de acuerdo a su grado de afectación encontrándose vinculado con el trastorno de la personalidad. Rasgos ansiedad en todos los pacientes (8) hay estudios que relaciona al asma e impotencia sexual y se concluye que si existe una relación con la sintomatología psicósomática. (10)

En un estudio realizado en el Distrito Federal se encuentra que los trastornos de la personalidad, son significativos por frecuencia y por la asociación de enfermedades alérgicas, principalmente los trastornos ansioso-dependiente $p=0.002(\%)$

La ansiedad es un sentimiento común a otros desórdenes y puede presentar síntomas que se mimetizan con otras enfermedades médicas como por ejemplo: enfermedades cardiacas, asma, hipertiroidismo, etc.

En el SFCIEM el paciente puede sentir un indefinido y persistente estado de inquietud sin motivo aparente y sin posibilidad de encontrar alivio.

Los cambios de humor y accesos de irritabilidad ocurren sin que aparentemente, alguna situación interna o externa pueda desencadenarla. Esta labilidad emocional podría ser explicada por los múltiples efectos que la enfermedad misma causa en el paciente y en quienes lo rodean:

- El paciente queda en un estado de indefensión y de alta exposición social por la falta de conocimiento y legitimidad de la enfermedad.

Los niveles de tolerancia a la frustración se alteran frente a la imposibilidad de seguir con el ritmo y el estilo de vida anterior a la aparición de la enfermedad

- El paciente está impedido para desarrollar una vida autónoma e independiente de las personas que lo rodean

- La tendencia al aislamiento social es consecuencia de la dificultad en comunicar las propias vivencias y, a su vez, no sentirse comprendido en el intercambio con otros.

- El menor rendimiento físico e intelectual disminuye las posibilidades laborales del paciente, con el consiguiente déficit económico.

- o El paciente ve limitada su posibilidad de proyectar situaciones de vida futuras, por el estado de incertidumbre en que vive.
- o Los vínculos familiares y sociales se ven empobrecidos por la necesidad del paciente de auto centrarse para dar prioridad a las demandas de la enfermedad.

El estado de vulnerabilidad física y emocional del paciente se puede ver acentuado por estos y tantas otras causas y/o efectos de la misma enfermedad.

La ansiedad -Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con la elevación en la intensidad de la ansiedad estado. Como concepto psicológico, la ansiedad rasgo tiene las características del tipo de locución que *ATKINSON (1964)* llama "motivos" y que *CAMPBELL (1963)*

conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que hay señales de una situación lo activa. Las disposiciones conductuales adquiridas de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes". Enfermedades crónicas adquiridas desde la infancia

Los conceptos de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos, en ciertos sentidos, a los conceptos de cinética y potencial en la física. La Ansiedad-Estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La Ansiedad-Rasgo como la energía potencial indica la diferencia en grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre objetos físicos, respetando la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se dispara a través de una fuerza apropiada. La Ansiedad-Rasgo implica las diferencias entre las personas en las disposiciones para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad-Estado

Hay pocos estudios en México han demostrado que si hay una relación entre padecimiento alérgico y algunos trastorno de personalidad. Por lo anterior descrito es importante realizar un estudio en CMN 20 de Noviembre que identifique

la relación de algunos trastornos de la personalidad en pacientes alérgicos, para poder dar manejo de manera integral con el servicio de psiquiatría.

OBJETIVO:

Identificar la relación que existe en los padecimientos alérgicos y algunos trastornos de la personalidad.

Justificación : Por que en México no hay estudios que identifiquen la relación entre patología alérgica y algunos trastornos de personalidad y se considera importante realizar un estudio que nos indique que si hay relación para poder otorgar un manejo integral paciente.

DISEÑO:

Longitudinal: Se va dar seguimiento del fenómeno durante el desarrollo

Prospectivo: Se planea a futuro y se define con precisión las condiciones de estudio

Descriptivo: Estudio que se establece sin comparaciones

GRUPO DE ESTUDIO:

Problema: Todos los pacientes que presenten patología alérgica (asma, rinitis dermatitis atópica y urticaria}

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

No hay un tamaño de muestra debido que se captaran a todos los pacientes que acudan al servicio de alergia . El universo blanco es la población total de cobertura de derechohabientes al Centro Medico Nacional 20 de Noviembre dependiente del I.S.S.S.TE. Ubicada en la Delegación Benito Juárez de la Ciudad de México, Distrito Federal. Tomándose como muestra aleatoria y poliétapico, : Serán todos los pacientes que acudan al servicio de alergia con patología alérgica durante seis meses.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Derechohabientes (I.S.S.S.TE}

Ambos sexos

Que curse con patología alérgica

Que acepte contestar en cuestionario previa consentimiento Todas los pacientes de 8 a 65 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Paciente no derechohabiente

Con antecedentes de retraso mental Pacientes menores de 8 años y mayores de 65 años Que no acepte la encuesta

Que se encuentre ya con Dx y tratamiento de patología

psiquiátrica

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Los que iniciaron el estudio y no lo concluyeron la encuesta

Los que no aceptaron participar

Los que no regresaron a consulta

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

El IDARE es un cuestionario diseñado para ser auto administrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas de A. Rasgo como la de A-estado. El inventario no tiene limite de tiempo los estudiantes universitarios generalmente requieren de 6 a 8 min. Para contestar sea la escala A-Rasgo o la A-estado y menos de 15 min. Para contestar ambas: las personas con menor nivel educativo y, o con disturbios emocionales pueden requerir 10 a 12 min. Para contestar una sola escala y aproximadamente 20 min. Para contestar las dos.

El inventario de la ansiedad rasgo estado (IDARE versión español del STAI State Trait-Anxiety Inventory) constituido por dos escalas separadas de auto-evaluación que utiliza para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad 1.- La llamada ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2. la llamada ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando originalmente se desarrollo este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto en pacientes neuro-psiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo inventario de la ansiedad consistente de veinte afirmaciones en la que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indique cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra del otro. una copia de protocolo del inventario para el estudio de la ansiedad. La escala A- Estado es designada SXE y la escala A-Rasgo es designada SXR. La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición al responder a la tensión psicológica como niveles de intensidad distintos A-Estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducido por procedimientos experimentales de tensión. o bien como un índice de nivel de pulsión (T). tal como este concepto es definido por Hull (se refiere al concepto de drive (O) de Hull 1943 y Spence, en 1958). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen, como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE a resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo es utilizada para identificación de estudiantes de bachillerato y profesional. que sean propensos a la ansiedad; y para evaluar el grado hasta el cual, los estudiantes que solicitan los servicios de consejos psicológico o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótico. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes

en orientación . psicoterapia . terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de ansiedad en A-Estado que ocurren en estas situaciones . las características esenciales que pueden evaluarse en la escala A-Estado Involucran sentimientos de tensión , nerviosismo , preocupación y aprensión.

Una versión anterior del STAI ha sido descrita y evaluada por Levitt (1969) en su libro : la psicología de la ansiedad . en un capítulo acerca de la medición experimental de la ansiedad . Levitt compara y contrasta en STAI con otros instrumentos psicológicos que ha sido desarrollados como medidas de ansiedad.

VALIDEZ

El IDARE provee medidas operacionales de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo tal cual estas locuciones empíricas fueron definidas con anterioridad. En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez descritos . para la Ansiedad-Estado y para la Ansiedad-Rasgo , en cada una de las etapas del proceso de construcción el inventario a fin de poder ser conservados para la evaluación y validación . Ver Spielberger y Gorsuch, (1966), Spielberger. et al .(1968).

La evidencia acerca de la validez concurrente de la escala A-Rasgo de IDARE se observa las correlaciones con la escala de ansiedad IPAT (Cattell and S  ller, 1963), la escala de ansiedad manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de objetivos efectivos de Zuckerman (1960). (MCL) en su forma general es de notarse que la correlaciones entre el IDARE, el IPAT y el TMAS son moderadamente altas tanto para los estudiantes universitarios como para los pacientes. Dado que las ínter correlaciones entre estas escalas se acercan a las confiabilidades de las escalas es razonable concluir que las tres escalas pueden ser consideradas como medidas alternativas de A-Rasgo. encostraste el MCL

forma general. resulta sólo moderadamente correlacionado con otras medidas de A-Rasgo

Otra evidencia respecto a la validez de locuciones de la escala A-Estado existe para una muestra de 977 estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida a estos estudiantes se les aplicó primero la escala A-estado con las instrucciones estándar (condición de norma). Se les pidió que respondiesen de acuerdo a la forma que ellos creyeran que se sentirán "inmediatamente antes de un examen final en uno de los cursos mas importantes" (condición de examen).

Las correlaciones de las escala de IDARE con el minnesota inventario multifacético de personalidad (MMPI) queda reportada en un grupo de pacientes varones hospitalizados en dos hospitales de veteranos. las correlaciones entre la escala A-Rasgo y las diferentes escalas clínicas individuales del MMPI fueron mas o menos comparable en las dos muestras.

. En cambio, las correlaciones de A-Estado y el inventario multifacético de la personalidad del Minnesota fueron consistentemente más alta para los pacientes del hospital de Clarkburg que para los paciente del hospital de Gulfport. Este hallazgo puede atribuirse al hecho que los pacientes del Clarkburg eran pacientes con disturbios mentales mucho más agudos, estos pacientes obtuvieron calificaciones promedio más altas en todas las escalas clínicas sustancialmente más altas que los pacientes de Gulfport en las escalas 0, Pt es del MMPI, cuyas elevaciones reflejan niveles altos de ansiedad aguda (A-Estado). el contraste, la muestra de Gulfport consistió fundamentalmente de paciente esquizofrénicos crónicos, con una larga historia de hospitalización aun cuando las calificaciones promedio A-Rasgo para las muestras de Clarkburg de Gulfport no fueron significativamente diferentes las clasificación promedio de A-Estado de 50.07 para los pacientes de Clarkburg resulto significativamente más alta que la calificación promedio de A-Estado de 46.20 para los pacientes de Gulfport ($p < .01$) las correlaciones entre las escalas de IDARE, el índice médico de Cornell y la prueba de inteligencia Army-Beta, queda también reportada para los pacientes de Clarkburg. el hallazgo de que el índice de Cornell correlaciono .70 tanto con escala A-Rasgo como la A-Estado, indica que un mayor número de síntomas médicos está asociado con calificaciones altas en el IDARE. la ausencia de correlación entre las escala del IDARE y la prueba ARMY-Beta es consistente con el hallazgo de que el IDARE no esta esencialmente relacionado a medidas de inteligencia o de aptitud escolar.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE ESTUDIO:

Se seleccionara pacientes derechohabientes al CMN 20 de Noviembre dependiente del I.S.S.S.TE que acudan a la consulta externa de alergia. Se les invitara se les explicara que se va aplicar una serie de encuestas, validadas para detectar algunos trastornos de la personalidad

Estudio que se llevara acabo en un periodo de seis meses de recolección de datos del 15 de Abril del 2000 al 15 de Septiembre 2000, con criterios de elegibilidad que puedan contestar los instrumentos diagnósticos y sean portadores de patología alérgica.

Posteriormente se recolectaran los datos se analizaran y se medirán mediante frecuencia relativa

INSTRUMENTOS:

1. Asesoramiento en cuanto al diagnostico de trastornos de la personalidad por medico psiquiatra adjunto ala servicio de psiquiatria del CMN. 20 de noviembre I.S.S.S.TE

2. Pacientes alérgicos con los diagnósticos:

- a. Asma
- b. Rinitis
- c. Dermatitis atópica
- d. Urticaria

RESULTADOS

De 102 pacientes alérgicos (Rinitis, asma, dermatitis y urticaria) con un rango de edad de 12 a 69 años de edad quienes fueron encuestados. Una mayor frecuencia en la en los grupos de edad de los 15 a los 28 años grafica (1).

De acuerdo por grupo etario fue significativo de los 41 a los 69 años (40 pacientes) de 12 a 20 años (39 pacientes) y 21 a 40 (23 pacientes) grafica (2).

El sexo femenino fue mas encuestados con 70(68.6%) pacientes y 32 (31.4%) masculinos grafica (3)

por frecuencia en patologías rinitis 39 (38.2%), asma 37 (36.3%), urticaria 14 (13.7%) y dermatitis 12 (11.8%) por lo que la rinitis y el asma presenta un porcentaje similar siendo las de mayor importancia grafica (4)

Y de acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a 102 pacientes con antecedentes alérgicos se encontró una estrecha relación con estado y rasgo de ansiedad presentando los siguientes resultados los siguientes resultados: Estado de Ansiedad 10 (9.8%) Rasgo Ansiedad 72 (70.6%) Normal 20 (19.6%) grafica (5)

LOS RANGOS DE ANSIEDAD

Se presentaron con mayor frecuencia y se encuentra una estrecha relación con pacientes con antecedentes de haber sido diagnosticado con una enfermedad alérgica durante la infancia de 49 (66.6%) pacientes que cuenta con antecedentes de diagnósticos de enfermedad alérgica en la infancia se demostró con rasgo de ansiedad el porcentaje de los sujetos que contaba antecedentes es mayor que en aquellos pacientes que no contaban con antecedentes de diagnóstico 23 (34%) durante la infancia el rasgo de ansiedad son significativamente superior aquellos que presentaron rasgo de ansiedad sin haber tenido antecedentes diagnósticos de enfermedad alérgica durante la infancia $X^2 = 10.179$; $P < 0.005$ (66.6%) contra 19.6% $X^2 = 17.833$; $P < 0.001$ esto no significa diferencia significativa comparado con pacientes normales o estado de ansiedad

ESTADO DE ANSIEDAD

Los hallazgos psicológicos con datos de estado de ansiedad 10 (9.8%) se muestran una diferencia significativa con aquellos pacientes que contaron con antecedentes de ser alérgicos durante la infancia 4 (40%) ya aquellos que no fueron alérgicos durante la infancia 6 (60%) el porcentaje de sujetos con estados de ansiedad sin antecedentes de diagnóstico durante la infancia sobre aquellos no fueron alérgicos durante la infancia 6 (60%) el porcentaje de sujetos con estados de ansiedad sin antecedentes de diagnóstico durante la infancia sobre aquellos no que contaban con antecedentes de enfermedad fue significativamente superior con un 60 % contra 23.4% $X^2 = 6.805$ $P < 0.01$ esta

fue una diferencia significativa en el estado de ansiedad sin antecedentes de diagnósticos de enfermedad alérgica durante la infancia en aquellos pacientes que contaron con antecedentes de diagnóstico durante la infancia. En aquellos pacientes fue una diferencia significativa rasgo de ansiedad y estado de ansiedad 18.1 % $\chi^2 = 4.452$; $p < 0.05$) Esto no significa una diferencia entre estado de ansiedad y rasgos (23.8% vs. 10.9 % ; $\chi^2 = 1.230$ P = No significativo

No se encontró un valor predominante en cuanto estado y rasgo de ansiedad con relación al sexo F (94.3%) y M (93.8%) P = 4.422 No significativa

En grupo etario y rasgos de ansiedad no se encontraron diferencias significativas 12 a 20 años 38 (97.4%) de 41 a 69 años (92.5 %) con una P valorada 0.5237 4312 Chi cuadrada 129 no siendo un valor significativo y para estado de ansiedad de 12 a 20 años 1 (2.6%) 21 a 40 años (8.7%) de 41 a 69 años 3 (7.5%) con p valorada 0.62666666 con un Chi. Cuadrada de 1.25333 valor esperado no valido la relación proporcionado entre asma rinitis , dermatitis y urticaria y rasgo de ansiedad en sexo femenino no guarda proporción con una Chi cuadrada de 3.14 la cual no es significativa y en el sexo masculino no se encuentra diferencias

significativas guardando una proporción para Chi. cuadrada de 0.2179218 por lo que el valor esperado no es significativo

Grupos etarios relacionado con rasgos y estados de ansiedad y diagnósticos de asma, rinitis , dermatitis y urticaria presentaron los siguientes valores de importancia de 12 a 20 años de edad con diagnóstico de asma y rasgo de ansiedad (33.3%) y estado de ansiedad 35.1 de 21 a 40 años de edad con rasgos.

rasgo de ansiedad 30.3% estado de ansiedad 17.9% de 41 a 69 años de edad con datos de rasgos de ansiedad 42.5% y estado de ansiedad 43.6 en la dermatitis de 12 a 20 años Con rasgo de ansiedad es de 10.3% con estado de ansiedad 33.3% de 21 a 40 años con rasgos de ansiedad 13.0 % y estado de ansiedad 25% de 41 a 69 años 12.5% con rasgos de ansiedad y 41.7% con estado de ansiedad en la urticaria en la edad de 12 a 20 años con rasgos de ansiedad 17.9 % con estado de ansiedad 50% de 21 a 40 años con rasgos de ansiedad 13.0% y con estado de ansiedad de 21.4% de 41 a 69 años de edad con rasgos de ansiedad 10.0 % y estado de ansiedad 28 % de acuerdo a datos obtenidos no se encuentran valores significativos relacionados con rasgos de ansiedad y asma, rinitis a diferencia de los que se proporcionan con dermatitis y urticaria encontrando significado importante a estado de ansiedad y dermatitis y urticaria

CONCLUSIONES

En este estudio se mostró una alta prevalencia de rasgos de ansiedad en pacientes alérgicos y que se encontró estrechamente relacionado con pacientes que con antecedentes de haber sido diagnosticado su enfermedad alérgica durante la infancia. A diferencia de quienes cursaron con estado de ansiedad que no se encontró con un valor significativo relacionado con el antecedente de haber sido diagnosticado con enfermedad alérgica durante su infancia.

Esto puede estar relacionado con la presencia de enfermedad crónica con consecuencia que repercute sobre la condición psicológica sustentados por los estudios previos que mostraron trastornos de ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas que afecta a los pacientes en la calidad de vida .

Los pacientes alérgicos mostrarán prevalencia superior a rasgo de ansiedad con antecedentes de haber sido diagnosticados durante la infancia a diferencia de aquellos que presentaron estados de ansiedad que no se encontró valor significativo con antecedentes .

El rasgo de ansiedad representa un estado relativamente continuo a una disposición hacia la ansiedad caracterizado por un incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo . Los síntomas de alergia están mediados por la célula cebada . La célula cebada esta localizada en la mucosa humana entre las fibras nerviosas .

Psicológicamente el stress , particularmente en sujetos con rasgos de ansiedad pueden aumentar la liberación de mediadores debido a un alérgeno de reacción cruzada de IgE y célula cebada y las manifestaciones alérgicas pueden ser secundarias a la activación del mastocito que es regulada que se encuentra regulada por el sistema nervioso central via los nervios periféricos . La acción coexiste por los factores psicológicos y el alérgeno de la enfermedad alérgica también es apoyado por Surgerman et al. Quien mostró que la IgE cuenta con niveles altos circulantes a los alergenos especificos en pacientes psiquiátricos . Es posible que se encuentre involucrado el sistema limbico durante las

reacciones alérgicas por lo que deben de ser considerados . En estos casos, las alteraciones psicológicas durante las reacciones alérgicas pueden deberse ala presencia de algunos mediadores con funciones neurotransmisoras (serótina , péptido intestinal vasoactivo etc) en el CNS.

Por otro lado es concebible que los rasgos de ansiedad puedan variar con estado y nuestros hallazgos puedan , por lo menos en parte con un incremento en rasgo ansiedad asociado con enfermedad .

Finalmente con los informes anteriores la prevalecía fue significativa para aquellos pacientes con rasgo de ansiedad y antecedentes de diagnostico durante la infancia , así mismos son aquellos que de igual manera pueden cursar con estados de ansiedad y depresión . El alérgico sintomatológico y asintomático pueden presentar irritabilidad sin que curse con estados depresivos (rasgo-ansiedad-estado) y los estados de ansiedad se encuentran estrechamente relacionados con dolor y limitaciones laborales asi como el estado estético del paciente.

Grafica 1

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado.
12.0	1	1.0%	1.0%
13.0	1	1.0%	2.0%
14.0	2	2.0%	3.9%
15.0	5	4.9%	8.8%
16.0	4	3.9%	12.7%
17.0	18	17.6%	30.4%
18.0	3	2.9%	33.3%
19.0	5	4.9%	38.2%
21.0	1	1.0%	39.2%
25.0	2	2.0%	41.2%
27.0	3	2.9%	44.1%
28.0	9	8.8%	52.9%
30.0	2	2.0%	54.9%
31.0	3	2.9%	57.8%
35.0	1	1.0%	58.8%
36.0	2	2.0%	60.8%
41.0	1	1.0%	61.8%
46.0	1	1.0%	62.7%
47.0	1	1.0%	63.7%
48.0	2	2.0%	65.7%
49.0	1	1.0%	66.7%
50.0	1	1.0%	67.6%
51.0	2	2.0%	69.6%
52.0	2	2.0%	71.6%
53.0	1	1.0%	72.5%
54.0	1	1.0%	73.5%
55.0	5	4.9%	78.4%
56.0	5	4.9%	83.3%
58.0	1	1.0%	84.3%
61.0	2	2.0%	86.3%
63.0	2	2.0%	88.2%
64.0	3	2.9%	91.2%
65.0	5	4.9%	96.1%
66.0	1	1.0%	97.1%
68.0	1	1.0%	98.0%
69.0	2	2.0%	100.0%
Total	1102	100.0%	

Grafica 2

GPO. ETARIO Frecuencia Porcentaje %Acumulado.

	Frecuencia	Porcentaje	%Acumulado.
12 a 20	39	38.2%	38.2%
21a40	23	22.5%	60.8%
41 a 691	40	39.2%	100.0%
Total	102	100.0%	

Grafica 3

SEXO! Porcentaje Frecuencia acum.

	Porcentaje	Frecuencia	acum.
FI	70	68.6%	68.6%
MI	32	31.4%	100.0%
Total	102	100.0%	

Grafica 4

DXALERGIA Frecuencia Porcentaje % acumulada.

	Frecuencia	Porcentaje	% acumulada.
ASMA	137	36.3%	36.3%
DERMATITIS	112	11.8%	48.0%
RINITIS	139	38.2%	86.3%
URTICARIA	14	13.7%	100.0%
Total	102	100.0%	

Grafica 5

TIPO ANSIEDAD	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado.
A-ESTADO	110	9.8%	9.8%
A-RASGO	172	70.6%	80.4
NORMAL	120	19.6%	100.0%
Total	1102	100.0%	

BIBLIOGRAFÍA

1. GIOVANI ADDOLORATO, * CARLO ACONA, *ESMERALDA CAPRISTO, * COLS. State and trait anxiety in Women affected by allergic and vasomotor rinitis. Journal of psychosomatic research vol. 46 n.3 PP 283-289 1999
2. MARIA ISABEL TATTO-CANO LE.. SANIN AGUIRRE MC VICTOR GONZALEZ, Prevalencia de asma, rinitis y eczema en escolares de la ciudad de Cuernavaca, México, Salud publica de México 1997 Volumen 39(6)497-506
3. RODRIGUEZ MEDINA, * MARIA ISABEL ROJO Gtz. Incidencia de enfermedades alérgicas y marcadores atópicos en un hospital de tercer nivel Revista de Alergia México 1997 Volumen 54 (6) PP. 146-149
4. FRANCISCO PAEZ, * ROGELIO APIQUIAN, * HUMBERTO M. COLINI, * Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad resultado de un estudio piloto. Rev. mexicana de salud mental 1999 volumen 20 (SUPL3): PP. 19-23
5. JOHN W. GREEN E MD. * LYNN S. WALKER Ph') * Psychosomatic problems and stress in adolescence. Pediatric clinics of North America volume 44 Number 6 Dic. 1997.
6. KARIN e RINGSBERG PhD INGEMAR AKERLING PhD DMSc Asthma rhinitis, other respiratory diseases Journal allergy and Clinical Immunology volume 103 Number 4 April 1999.

7. EMILIANO PANCONESI MD Giuseppe hautmannMD * Psycho dermatology: Psychophysiology stress in dermatology the psychobiologic pattern of psychosomatics* dermatology clinics Volume 14* Number 3 July 1996.

8. PUT C DEMEOTS, * VAN DEN BERGH, * asthma symptoms: influence of personality versus clinical status. * European respiratory journal 13(4): 751-756 BRIL 1999

9. Department de enfermedades respiratorias de la Universidad de PARMA. : Personality profiles and breathlessness Perception in outpatients with different gradients of asthma, * American Journal of respiratory * critical care medicine 157 (1): 116-122 enero1998

10. BARBOM E PERATORNER A ROCCO PL

SABADINIP: Near fatal asthma and psychopathological characteristics; a group -control study* Monaldi archives for chest disease 52(4). 339-42 1997 argots.

11. BF DONNEL F. LAWLQR, J SIMPSON* the impact of chronic urticaria on the quality of life British journal of dermatology 1997:136: PP 197-20!

12. Manual de Diagnóstico y de Estadística de los Trastornos Mentales, Asociación Psiquiátrica Norteamericana, Washington, D. C. 1958.

13. McFadden ,ER Jr Other ; The Mechanism Of action of suggestion in induction of acute asthma attacks . Psychosom Med . 31: 134-143 1969 48