



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"
I. S. S. S. T. E.

36

2ej

"FRECUENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN
MEDIANTE LA ESCALA HAMILTON MODI-
FICADA PARA DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON ACNE, VITILIGO PSORIASIS Y ECCE-
MAS, EN LA CONSULTA EXTERNA DE DER-
MATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE TACUBA
DEL I.S.S.S.T.E."

T E S I S P R O F E S I O N A L
PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. JOSE ANGEL LOPEZ MARTINEZ



ISSSTE

FALLA DE ORIGEN



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 está 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

I.	IDENTIFICACION DEL PROYECTO	I
II.	MARGO TEORICO	2
II.1	ANTECEDENTES	2
II.2	PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	26
II.3	JUSTIFICACION	27
III.	OBJETIVOS	28
IV.	METODOLOGIA	29
V.	RESULTADOS	43
VI.	ANALISIS	52
VII.	CONCLUSIONES	54
VIII.	BIBLIOGRAFIA	56

I. IDENTIFICACION DEL PROYECTO**I.1 TITULO**

" FRECUENCIA Y GRADO DE DEPRESION MEDIANTE LA ESCALA ---
HAMILTON MODIFICADA PARA DEPRESION EN PACIENTES CON --
ACNE, VITILIGO, PSORIASIS O ECCEMAS, EN LA CONSULTA --
EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL TACUBA DEL ISSSTE "

I.2 NOMBRE DEL INVESTIGADOR PARTICIPANTE

LOPEZ MARTINEZ JOSE ANGEL, MEDICO RESIDENTE DEL TERCER --
GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR EN -
LA CLINICA MARINA NACIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y --
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

II. MARCO TEORICO

II.I ANTECEDENTES

En la literatura se ha reconocido que pacientes que presentan síntomas dermatológicos pueden tener problemas psicológicos fundamentales.

Autores como Hamilton (1955), Rorsman (1976), Wittkewer -- y Russel (1953), Coles y Ryan (1975), Seville (1977), sugieren que el stress y factores psicológicos juegan un rol importante en el curso de muchas enfermedades de la piel.

Ramos y Rodríguez (1977), utilizó la escala BPRS (Brief -- Psychiatric Relief Scale) y la prueba de Machover, para valorar la presencia de síntomas psiquiátricos en 25 pacientes con algunos padecimientos dermatológicos crónicos, quienes presentaban la siguiente sintomatología significativa; ansiedad y depresión en 94% de los casos, alteración de la imagen corporal en 64% de los casos, problemas de comunicación interpersonal o con el ambiente en 64% de los casos y trastornos de la identificación sexual y en la relación con el sexo opuesto en 64% de los casos (1).

Cotterill (1981) describe 28 pacientes con patología dermatológica en quienes el rasgo clínico común fué depresión (2).

Hardy y Cotterill (1982), midieron el grado de depresión y obsesión en pacientes con dismorfofobia, psoriasis y sujetos-control, los dismorfofóbicos presentaron significativamente ---

mayor depresión que los controles o los pacientes con psoriasis y estos últimos se encontraron significativamente más deprimidos que los controles (3).

Ferter y colaboradores (1986), para conocer el efecto psicosocial del vitiligo, efectuaron un estudio comparativo de --- pacientes con vitiligo con sujetos control normales, pacientes con psoriasis y pacientes con algún otro desorden pigmentario, quienes fueron clasificados por edad, sexo, raza, escolaridad y estado civil, observando que los pacientes con vitiligo mostraban mejor ajuste a su enfermedad y menor experiencia de discriminación social que los pacientes con psoriasis, sin embargo -- los dos grupos no difirieron significativamente en la escala de baja autoestima (4,16).

La incapacidad física y disfunción psicosocial en el lupus eritematoso sistémico fué el estudio que Hochberg y Sutton ---- (1988) realizaron en 106 pacientes ambulatorios con LES, evaluados mediante el cuestionario de salud de Stanford y la escala de ajuste psicosocial a la enfermedad, observando significativas correlaciones entre mayor incapacidad física, aumento de -- dolor y mal ajuste psicosocial en pacientes con LES (5).

Se han reportado prósperas intervenciones en el manejo del dolor crónico, obesidad y enfermedades cardiovasculares, pero-- se tienen datos limitados de trabajos en el tratamiento psicológico de enfermedades de la piel.

En (1928) los médicos de la Universidad de Viena usaron la hipnosis para aliviar la erupción del herpes oral (6).

Scott menciona en una extensa revisión, mejoría en padecimientos dermatológicos severos como el eccema atópico y discoides, dermatitis de contacto, verrugas, pruritos, neurodermatitis, psoriasis, urticaria, alopecia areata y acné rosácea tratados - mediante hipnosis (6).

Recientemente Taushima y colaboradores (1988) comentan notables cambios observados en la aplicación de terapias psicológicas en enfermedades dermatológicas y sugieren el uso de métodos comunes utilizados por psicólogos en el manejo del stress - relacionado con enfermedades de la piel.

Los métodos son: la hipnosis, disciplina en relajación, -- retroalimentación biológica, condicionamiento y terapia conciente del comportamiento.

Taushima en su estudio concluye que la hipnosis continua, es controversial porque el mecanismo por el cual opera no es -- bien conocido y es necesario demostrar la eficacia clínica de -- este método terapéutico.

El propósito del entrenamiento en relajación es reducir la ansiedad que causa la exacerbación de los síntomas dermatológicos, en adición la relajación parece incrementar la tolerancia a los síntomas y desviar la atención del enfermo lejos del --- dolor y comezón.

Muchas formas de relajación son usadas comúnmente, lo que implica el uso del método es conocer la tensión y relajación -- progresiva de grupos musculares. Otros métodos incluyen la meditación, respiración profunda y relajación visual por imágenes, - sonidos y música.

La disciplina en relajación como método en investigación, es criticado por su amplia variedad de procedimientos y a menudo descrito inadecuadamente por sus usuarios, sin embargo aparece como promesa en el tratamiento sintomático de ciertas enfermedades dermatológicas.

La retroalimentación biológica incluye el uso de aparatos y monitores electrónicos con eventos fisiológicos como tensión-muscular, temperatura, respuestas galvánicas en piel y provee retroalimentación de estas funciones al paciente. El paciente puede usar la información de retroalimentación para estar más-conciente de las funciones de su cuerpo y controlarlas. La retroalimentación puede ser aplicada a enfermedades de la piel, el paciente puede aprender a controlar y corregir estos desórdenes (6).

Los efectos y cambios específicos en el cuerpo son frescura de la piel y menor sudoración, los beneficios de la retroalimentación se han reportado en pacientes con psoriasis, acné-eccema dishidrótico, diabéticos con úlceras en piel y en pacientes con quemaduras y lesiones por frío (6,17).

El condicionamiento se refiere al desarrollo de comportamiento de consecuencia positiva, evitando consecuencias negativas. Un síntoma común dermatológico es el prurito y es considerado una función de reforzamiento social en una persona que recibe atención de otros por el rascado. El tratamiento consiste en que la familia y amigos ignoren el rascado o la queja verbal del prurito(6).

En algunos casos severos, la condición aversiva en forma de shock eléctrico de baja intensidad a pacientes, durante sesiones de tratamiento, conduce a eliminar la conducta de rascado.

Algunas técnicas de condicionamiento aparecen como inhumanas y su cumplimiento en un programa de tratamiento puede ser un obstáculo para el paciente y miembros de su familia (6).

La terapia conciente del comportamiento es el desarrollo más reciente de la psicología médica. La suposición básica es que la conciencia (pensamientos, actitudes, creencias, expectativas) que la persona tiene en ciertas situaciones, pueden determinar sus reacciones emocionales. En pacientes con alteraciones de la piel (actitudes hacia el desorden) y emociones (ansiedad) influyen en la experiencia de síntomas en la piel.

En la terapia conciente, el paciente aprende a identificar la creencia del defecto (el rash es más severo que ayer; por lo tanto, yo hago que sea peor) y se sustituye por ideas positivas (yo manejo la comezón). Los pacientes son adiestrados en conciencias específicas de la piel, como imágenes visuales (imágenes placenteras que son incompatibles con enfermedad) o distracciones (enfocándose en el medio ambiente o pensamientos interesantes) en comparación con eventos estresantes.

Juntamente las terapias de conciencia y conducta reducen el stress general y ayudan disminuyendo desórdenes dermatológicos específicos como la tricotilomanía.

Si bien, poco es lo que se conoce sobre su efectividad en psicodermatología, la terapia consciente del comportamiento --- aparece como potencial o una alternativa en el tratamiento de --- enfermedades de la piel.

Se sigue estudiando la utilidad de estos métodos psicoló--- gicos, la cuál depende de investigación adicional, basada en --- procedimientos bien definidos y durante mayor tiempo (6).

Algunos autores como Gupta y Haberman (1986) apoyan el uso de drogas psicotrópicas en la práctica dermatológica, incluyendo antidepresivos, ansiolíticos y medicamentos hipnóticos, restringiendo su uso a condiciones dermatológicas claramente dis --- cernibles de síntomas psiquiátricos, como por ejemplo la psoria --- sis y el vitiligo donde prevalece la depresión y ansiedad res--- pectivamente. Mencionan que las propiedades dermatológicas de --- ciertos antidepresivos pueden ser benéficas en el tratamiento --- de síntomas dermatológicos como el prurito, ya que dolor y --- prurito comparten el sistema nervioso central (7).

Una futura disciplina que aún se encuentra en discusión --- son los programas de entrenamiento psicodermatológico, cuyo ob--- jetivo es preparar futuros dermatólogos con la capacidad de --- manejar aspectos psicosomáticos en su práctica.

Estos programas enfocan en la psicología, factores que pue --- den provocar, precipitar o agravar dermatosis, en particular la reacción secundaria a la enfermedad, la cuál es resultado de --- consecuencias somatopsíquicas de la visibilidad de la dermato--- sis, su repercusión en la imagen corporal del paciente y en su --- vida social y sexual (8).

ACNE

Padecimiento que ha dado margen a conceptos erróneos y conductas inadecuadas, derivado del mal conocimiento del mismo y de la falta de educación médica de quienes lo padecen, del médico tratante, de la cronicidad del padecimiento, las condiciones económicas y sociales del paciente y de la aplicación de remedios de toda índole para tratar de eliminarlo.

Es un trastorno inflamatorio crónico del folículo pilosebáceo(12). En la piel hay tres tipos de folículos que son el velloso, sebáceo y terminal, los folículos sebáceos predominan en ciertas áreas del cuerpo como cara y parte superior del tronco(10). La localización del acné puede ser en cara, cuello, hombros, tórax anterior, posterior y brazos (12).

El acné es la patología cutánea más frecuente de la segunda y tercera década de la vida, afecta a un 85% de los adolescentes, su distribución es universal y ocupa el séptimo lugar en frecuencia en la consulta dermatológica (12).

Su etiología es multifactorial y su expresión clínica depende de la interacción de diversos factores; genéticos, endocrinos, bacterianos, inmunológicos, nutricionales, profesionales, medicamentosos, cosméticos y psíquicos.

La ansiedad producida por la presencia de lesiones desfigurantes puede hacer que el paciente las presione causando mayor respuesta inflamatoria y perpetuando la enfermedad (10, -13, 14).

Los elementos diagnósticos del acné se encuentran presentes en las zonas mayormente seboreicas de la piel y con folículo - piloso poco desarrollado, el acné generalmente es una erupción - simétrica, polimorfa, caracterizada por comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes y cicatrices. Según el tipo de lesión - predominante se clasifica en comedónico, papuloso, pustuloso, - quístico, conglobata y queloideo.

Es importante señalar que la cara por ser el segmento más - visible de las áreas afectadas el enfermo reclama mayor aten--- ción, la presencia de lesiones en la zona del escote es también muy importante por las secuelas que puede dejar (10,13,14).

Se deberá establecer diagnóstico diferencial con aquellos - padecimientos que presentan elementos similares como las foli--- culitis de la barba, la rosácea, sifilides, tuberculides, adeng - ma sebáceo y algunas erupciones acneiformes por drogas (corti--- costeroides, isoniacida, derivados iodados, etc).

La finalidad de la terapéutica del acné consiste en limi--- tar las cicatrices tanto físicas como psicológicas y es nece --- sario explicar al enfermo empleando un lenguaje accesible, los - aspectos más importantes del acné y uno de los primeros pasos a seguir es la limpieza constante de su cara con agua y jabón, el tratamiento medicamentoso se puede dividir en comedolíticos, --- exfoliantes, bacteriostáticos orales, bacteriostáticos tópicos - y otros en los que se incluye la cirugía, estrógenos, predniso - na, zinc y antiandrógenos (10,12,14).

VITILIGO

Es una leucodermia adquirida y crónica cuya etiología se desconoce, en México ocupa entre el tercero y quinto lugar de todas las dermatosis, con un porcentaje del 3 al 5% y con predominio en el sexo femenino, se observa sobre todo en personas de edad media y su incidencia aumenta en padecimientos como el --- hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal y anemia perniciosa, es más frecuente en los trópicos y afecta con mayor frecuencia a los individuos de piel oscura (9).

Se han postulado diversas hipótesis para explicar su origen, como la teoría genética, teoría neuroendocrina, teoría inmunológica y teoría psicósomática, en esta última existe controversia si es causa o efecto del padecimiento, presentando los pacientes una serie de rasgos de personalidad como introversión, agresividad, llanto fácil, inestabilidad emocional y depresión- (9).

La topografía de las lesiones es muy variada, puede ser -- circunscrita a glánde o a un párpado, o bien diseminada, la cara se afecta preferentemente en las regiones de los párpados, comisuras labiales y preauriculares, el cuello en su cara posterior es el sitio de elección.

Su morfología es característica y son manchas acrómicas e hipocrómicas, con límites normales o hiperpigmentados, el pelo y vello de los sitios leucodérmicos se encuentra parcial o totalmente decolorado, observándose "mechones canosos" (poliosis) en la cabeza, cejas, pestañas, barba, axilas y pubis.

La evolución del cuadro es lenta, insidiosa y crónica y se distinguen dos formas, el vitiligo fijo y el progresivo.

Por microscopía electrónica se encuentra la epidermis con discretos fenómenos inflamatorios, se confirma la ausencia de células de pigmento y en los límites hay células pigmentadas -- que muestran un tamaño mayor y aumento en el número de dendritas, los queratinocitos están vacuolados, las células de Langerhans muestran en su citoplasma vacuolas y una membrana citoplásmica plegada (9,10).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, sin olvidar -- estudiar el tipo de persona y la influencia de la enfermedad -- sobre su vida y relaciones sociales (9).

El diagnóstico diferencial se debe hacer con padecimientos como el mal de pinto, nevo acrómico, albinismo, las leucodermias secundarias a sífilis o herpes zoster y con la pitiriasis alba en donde las manchas son más bien hipocrómicas que acrómicas (9).

El pronóstico es variable e impredecible, el problema radica básicamente en la estética (9).

Su tratamiento representa un problema para el médico, por la insistencia angustiosa del enfermo en sanar pronto.

La terapia medicamentosa comprende el tratamiento general y local cuando el caso sea adecuado. Si las manchas son escasas y de dimensiones no muy extensas se pueden usar tópicos que --- favorecen la melanogénesis como el 4,5,8 trimetilpsoraleno en dosis de 10 mg 2 a 4 horas antes de exponerse a los rayos ---- solares, aumentando el tiempo de exposición conforme la tolerancia, observándose resultados, alrededor de 9 meses de tratamien

to continuo; Kandil ha tratado satisfactoriamente el vitiligo - localizado con inyecciones intradérmicas de triascinolona (9).

En el centro hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE se -- utiliza la esencia de bergamota con la exposición al sol, al -- inicio durante 2 minutos, aumentando progresivamente el tiempo- de exposición hasta 5 a 10 minutos (9,10,11).

El fumarato o sulfato ferroso por vía oral se asocia al -- tratamiento, ya que el pelo contiene grandes cantidades de --- hierro, y al administrarlo este vuelve a pigmentarse, y en la - piel parece que favorece la migración de los melanocitos, esti mulando así la producción de melanina (9).

Los sedantes y tranquilizantes están aconsejados cuando el paciente se encuentre en mayor estado de angustia y stress (10).

PSORIASIS

Es una enfermedad de la piel crónica, recidivante, caracterizada por placas eritematoescamosas, de varios tamaños y formas donde la escama es de color blanco grisáceo o blanco plateado.

La psoriasis es universal, sin embargo varía considerablemente dependiendo de la raza, geografía y ambiente. Se observa frecuentemente en personas caucásicas de Europa y Estados Unidos, menos frecuente en Asia, Africa y Latinoamérica; en México se presenta aproximadamente en el 2% de la consulta dermatológica. No tiene predilección por la edad y sexo, pero predomina o se presenta con más frecuencia entre la segunda y quinta décadas de la vida, en los niños poco se le observa y aparece en el 33% de los enfermos antes de los 20 años de edad (10,15).

Hasta la fecha se desconoce la causa de la psoriasis, Rook y cols. señalan tres factores; predisposición, provocación y --patogénesis.

Respecto al primero se acepta que un mecanismo determinado por circunstancias genéticas causa algunas reacciones psoriásicas. En cuanto al segundo, es muy común observar que un traumatismo, un piquete de insecto o la presión constante de la piel aparentemente sana, produzcan lesiones psoriásicas, denominándose reacción isomórfica o fenómeno de Koebner. También existe el fenómeno de Koebner invertido que es cuando se lastima una lesión de psoriasis, ésta va hacia la resolución (10,11,15).

En relación al tercer factor, algunos autores aceptan la teoría del defecto primario que considera que la psoriasis se inicia mediante cambios bioquímicos, con un aumento en la capacidad de reproducción epidérmica y disminución del tiempo del ciclo celular de tres semanas a sólo tres días.

Los pacientes con psoriasis y cuadro infeccioso presentan agravamiento de la dermatosis en un 15 a 76%, principalmente en infecciones de vías aéreas superiores producidas por estreptococo, el sarampión puede preceder a la psoriasis.

Es importante mencionar que en un 30 a 40% de los pacientes adultos con psoriasis empeoran con la presencia de stress y los niños en un 90%.

Se ha visto que posterior a un rash secundario a una droga, aparece la psoriasis, y que el litio y los betabloqueadores ---exacerban la psoriasis (10,11,15).

Existen diversos signos y síntomas que permiten al clínico orientarse hacia el diagnóstico y éstos son la presencia de -- lesiones eritematosas que a menudo forman placas infiltradas -- cubiertas por escamas grandes, gruesas, blanquecinas, que se -- forman y eliminan constantemente. Las áreas de predilección son los codos, rodillas, piel cabelluda, áreas lumbares y umbilicales, en las formas eritodérmicas las lesiones son generalizadas o universales.

En la llamada psoriasis invertida los elementos aparecen -- en palmas, plantas y axilas, lugares de ordinario respetados -- (10,11).

En relación a su morfología las lesiones son eritematoescamosas, hay escamas micáceas y se presenta el signo de Auspitz, - que consiste en raspar una lesión y al desprenderse la escama - totalmente se aprecia un puntillero hemorrágico que también se denomina signo del "rojo sangrante". Otro signo que se encuentra es el de la "parafina"; al raspar la lesión se desprenden - las escamas en forma de polvo, como si se raspara una vela.

Morfológicamente la psoriasis se clasifica en psoriasis -- gutata o en gotas, psoriasis en placas, psoriasis cartográfica - por las figuras caprichosas que forman las placas, semejando un mapa (II,18).

Las uñas de las manos están afectadas en un 50% y en un -- 35% las de los pies. El prurito se presenta en un 92% de los -- pacientes.

La evolución de la psoriasis es crónica por brotes, puede - desaparecer espontáneamente o empeorar, pero rara vez pone en -- peligro la vida (11,15).

De ordinario el diagnóstico se establece por los datos --- clínicos, la topografía es muy orientadora, pero en ocasiones - lo limitado de las lesiones hace necesario el estudio de biop - sia.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con la dermatitis seborreica, pitiriasis rosada, el liquen plano, eccema y el --- lupus eritematoso discoide (10,11,15).

La eritrodermia es una forma generalizada de la psoriasis que afecta todo el cuerpo y puede ser consecuencia de algunos tratamientos tópicos (antralina, rayos ultravioleta B, esteroides), el eritema es el más prominente y la escama es menos severa comparada con la psoriasis crónica.

La artritis psoriásica es poco observada en México (1 a 3%) o quizá se le confunda con otros procesos articulares como la artritis reumatoide (11,15).

Como medidas generales, en el manejo de la psoriasis es conveniente explicar al paciente lo que se sabe del padecimiento, los limitados recursos terapéuticos útiles de que se dispone, de su curso caprichoso, de su no contagiosidad y de aquellos medicamentos que no sólo no ayudan sino que son contraproducentes (10).

Como tratamiento local se recomienda queratolíticos como vaselina salicilada de 3 a 6% durante el día y pomadas con reductores, como alquitrán de hulla de 1 a 5% por las noches, con una respuesta adecuada en cuatro a seis semanas, durante la aplicación de este producto debe evitarse la exposición a la luz solar por el riesgo de fototoxicidad (15).

En pacientes con la variedad pustulosa y eritrodérmica se usan retinoides aromáticos orales como el etretinato en dosis de 0.4 a 1 mg por Kg al día durante cuatro a seis semanas y posteriormente disminuir dosis (15,18).

La diaminodifenilsulfona se utiliza a dosis de 100 a 200 mg al día; el alopurinol, 200 mg al día; o el meclofenamato de sodio, 100 mg dos veces al día durante varias semanas (10,15).

Se ha utilizado también cimetidina (como posible inmunoregulador) y se han obtenido resultados aún no bien valorados con nistatina, ketoconazol, colchicina y leucoféresis. Los glucocorticoides están contraindicados en este padecimiento.

En caso necesario usar sedantes y antidepresivos en personas que por lo general llegan a estar angustiadas o deprimidas por el padecimiento que poca mejoría experimenta.(11,15).

ECCEMA

El término eccema parece haberse originado en el año 543- a. J.C. y deriva de la palabra griega "ekzein", que significa- "hervir" o "hacer efervescencia" (15).

A medida que se han ido ampliando los conocimientos sobre las enfermedades cutáneas, han ido apareciendo nuevas entida-- des englobadas dentro de este término de eccema, abarcando aún numerosos tipos de trastornos cutáneos en los que la alergia - o la hipersensibilidad parece desempeñar cierto papel (13,15).

En el eccema y desde el punto de vista clínico se describen cuatro fases:

1.- La fase de eritema, constituida por placas edematosas, muy pruriginosas, de bordes más o menos precisos y que debe -- diferenciarse de placas de urticaria.

2.- La fase exudativo-costrosa, cuyo sustrato anatómico - es la vesícula intraepidérmica que deriva del edema intercelu- lar procedentes de las capas superficiales de la dermis.

3.- Cuando por el rascado se elimina la costra y la parte superficial de la epidermis, se desarrolla una fase de muy --- corta duración conocida como de "piel lisa".

4.- Finalmente la piel puede curar dejando huellas de -- tipo pigmentario o bien pasar a la fase número cuatro o de --- eccema crónico o "liquenificado". Esta fase es con cierta fre- cuencia confundida por el médico general con la enfermedad de-

origen psicosomático conocida como neurodermatitis, la cual -- desarrolla placas liquenificadas secundarias al rascado que -- acompaña al prurito psicógeno. El predominio de una de las --- fases descritas o bien la presentación de eczema en regiones-- especiales de la piel, así como la morfología de las placas de éste, dan lugar a la descripción de diferentes tipos de eczema, ya sea por su origen o bien por su aspecto clínico. (10,13,15).

Dentro del gran grupo sintomático del eczema tenemos: --- a) el eczema de contacto; b) el eczema solar; c) el eczema --- atópico; d) el eczema seborreico y e) eccemas en relación con funciones internas.

a) Eczema de contacto. Las lesiones de eczema producidas por sustancias que entran en contacto con la piel pueden ser de dos tipos: 1.- el eczema de contacto por agentes irritantes primarios (solventes, sustancias vegetales urticantes, etc) - esta sustancia no necesita haber sensibilizado previamente al individuo. 2.- El eczema de contacto por alérgenos.

Los alérgenos toman un tiempo variable para sensibilizar la piel y son de origen muy diverso.

Los eccemas de contacto alérgicos deben ser valorados por medio de las pruebas inmunológicas (pruebas de parche, MIP, -- rosetas, etc.) Su tratamiento consiste en la supresión del con tactante y según la fase de la erupción con fomentos (fase agu da), cremas hidrosolubles (fase subaguda), pomadas y ungamentos (fase crónica), que pueden ser inertes o adicionados menos --- frecuentemente de corticoides en las lesiones de dimensiones - pequeñas. Si existe infección agregada, está se tratará pero-- deberá evitarse el empleo de antibióticos locales, cuyo uso es

muy común y puede crear sensibilización (neomicina).

b) **Ecceema solar.** También es conocido como dermatitis polimorfa lumínica, actinodermatitis, etc. Es muy común en nuestro medio y la forma más frecuente es la de eccema crónico, con --placas liquenificadas en zonas expuestas al sol, pruriginosas y que se acompañan de conjuntivitis solar. Su manejo consiste en la protección del sol, el empleo de cloroquinas y en varones y mujeres fértiles, la talidomida puede emplearse cuando--ha existido problemas con las cloroquinas.

c) **Ecceema atópico.** -- También conocido como dermatitis atópica, eccema constitucional, etc. Se presenta en sujetos con antecedentes familiares de atopia (rinitis alérgica, asma bronquial, hipersensibilidad a drogas, etc.) En el niño las lesiones se localizan de preferencia en la extremidad cefálica ---- (mejillas, barbilla, pliegues cutáneos, piel cabelluda) y en los adultos adopta una topografía flexural. Dentro de las ---- características comunes que presentan los sujetos con eccema -- está el estrés psicológico que agrava el cuadro debido al prurito (por lo que se le consideró como una neurodermatitis).

Su manejo es complicado y deberá evitarse la prescripción de esteroides sistémicos, o locales en grandes superficies.-- Se evitarán los irritantes externos y se aplicarán medicamentos tópicos según la fase evolutiva de las lesiones (10,15).

d) **Ecceema seborreico.** -- También denominado dermatitis --- seborreica, cuando se presenta en el recién nacido produce el llamado casco seborreico (escamas seborreicas, paraqueratósis en la piel cabelluda) y se asocian lesiones eccematosas en los pliegues del periné, cuello, etc.

Las escamas de la cabeza se desprenderán empleando champús con reductores (alquitrán de hulla, ácido salicílico), las lesiones de los pliegues requerirán la aplicación de cremas -- con yodoclorohidroxiquinoleína. En el adulto el eccema seborreico se presenta como placas eritematosas recubiertas por escamas de aspecto oleoso en piel cabelluda, en cejas, surco nasogeniano, surco retroauricular, región interciliar y en pliegues inguinales. El tratamiento de la dermatitis seborreica del adulto se hace con cremas como yodoclorohidroxiquinoleína y champús antiseborreicos y reductores.

e) Algunos eccemas aparecen en relación con funciones cíclicas normales del organismo, como el eccema catamenial y algunos adolescentes varones pueden presentar eccema numular enpezones durante su maduración sexual.

El esquema de tratamiento local deberá adaptarse al empleo de formas farmacéuticas según en la fase de evolución.---
(13, 15).

DEPRESION

La depresión es una experiencia universal y sólo desde --- los años cincuenta fué reconocida como una entidad patológica - bien definida.

La palabra depresión se ha empleado en muy diversos sentidos; para describir alteración en el estado de ánimo, un síntoma, un síndrome, así como para designar un grupo específico de - enfermedades.

Los síndromes depresivos comprenden el diagnóstico psiquiátrico más común en la práctica médica general y es posible que cinco de cada cien adultos lleguen a estar significativamente - deprimidos en alguna de las épocas de su vida. En México los -- cuadros depresivos ocupan 16.6 por ciento de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas

Para facilitar su exposición, los síntomas de la depresión se pueden dividir en cuatro grupos;

- a) Trastornos de la esfera afectiva.
- b) Trastornos de la esfera intelectual.
- c) Trastornos de la esfera volitiva (conjunto de funciones de la voluntad, que abordan desde el impulso intencional hasta la realización práctica de la acción propuesta).
- d) Trastornos somáticos (constituyen en la gran mayoría - de los casos, el motivo de la consulta del paciente, -- quien no manifiesta al médico su problemática emocional, ya por que la desconoce, o por que la cree debida al -- padecimiento orgánico.

Los datos que más pueden ayudar para establecer el diagnóstico de depresión, son los que recoge el médico por la inspección general, la cual se inicia desde que el paciente entra en el consultorio: su modo de vestir, su arreglo personal, su interés en el interrogatorio, su atención, su memoria y su actitud(no es raro observar desolación, desesperanza o llanto,-- al relatar sus síntomas).

La Universidad de Washington define el síndrome depresivo-utilizando ocho criterios diagnósticos, el paciente debe presentar al menos cinco, por un período de evolución de más de un mes, para ser considerado dentro de esta categoría diagnóstica- (19).

- 1.- Hiporexia o pérdida de peso.
- 2.- Insomnio o hipersomnia.
- 3.- Astenia y adinamia.
- 4.- Agitación o retardo psicomotor.
- 5.- Pérdida de interés en actividades usuales.
- 6.- Dificultad para concentrarse, pensamiento confuso.
- 7.- Sentimientos de reproche o culpabilidad.
- 8.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, incluyendo el deseo de morir.

Una aportación importante en el campo de la psiquiatría -- fué hecha por M. Hamilton (1960), al elaborar una escala de medición para cuantificar la severidad y determinar el tipo de -- trastorno depresivo (20).(21).

La escala Hamilton para depresión ha demostrado tener ---- mayores índices de confiabilidad ($r=0.84$) en la evaluación del grado de severidad de los síntomas depresivos, sin embargo --- requiere de una amplia experiencia clínica por parte del investigador (22).

Miller y cols. en el año de (1984), modificaron la escala Hamilton para depresión con índices de confiabilidad interobservador ($r = 0.90$) con la ventaja de que puede ser aplicada por personal médico o paramédico sin experiencia clínica en la aplicación de escalas de medición (23).

La escala valora el estado de ánimo depresivo, la culpa,-- el suicidio, las diversas clases de insomnio, la lentitud, la - hipocondría y varios síntomas de tipo somático (22).

Se puntúa cada ítem con una escala que va de 0 a 4, en la que 0 representa ausencia de rasgos, 1 indica tristeza, 2 señala el llanto ocasional, 3 representa el llanto frecuente y 4, - los síntomas extremos. De acuerdo a la calificación final se -- asigna el grado de depresión con los siguientes parámetros;

6 - 18 puntos (grado leve).

19 - 29 puntos (grado moderado).

30 - 42 puntos (grado severo).

En relación a la clasificación más útil, por lo práctica, - es la que divide la depresión en;

Primaria

a) Monopolar.

b) Bipolar o enfermedad maniaco depresiva.

Secundaria

- a) Con otras enfermedades psiquiátricas, como el alcoholismo, la esquizofrenia.
- b) Con enfermedades orgánicas graves, principalmente el --cáncer, padecimientos cardíacos, aunque la lista puede-- ser enorme, consideramos importante mencionar a las enfermedades crónicas de la piel.
- c) Con la ingesta de medicamentos como la reserpina, metil--dopa, propranolol, esteroides, anovulatorios, etc.

La hipótesis aceptada actualmente en relación a la fisiopatología de la depresión es que existe un trastorno bioquímico en el sistema nervioso central debido a deficiencia de los --- neurotransmisores norepinefrina y serotonina (19).

Por último mencionaremos que el tratamiento de la depresión incluye a la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.

II.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y el grado de depresión en pacientes con acné, vitiligo, psoriasis y eccemas, estudiados en la consulta externa de dermatología ?

II.3 JUSTIFICACION

Es importante mencionar que alrededor del treinta por ciento de los pacientes que llegan al consultorio de medicina general familiar, presentan alguna enfermedad de la piel o lesión dérmica que en un buen porcentaje pueden ser diagnosticados y tratados en este nivel y sólo uno a dos por ciento son los que requieren hospitalización y atención médica en un tercer nivel de atención médica (12).

El estudio del paciente con dermatosis en la consulta de medicina familiar se enfoca generalmente al diagnóstico, evolución y tratamiento farmacológico del padecimiento, sin embargo muy poco se piensa en las repercusiones que este tipo de enfermedades puede tener en la vida del paciente.

Como ya se mencionó en los antecedentes de este estudio, varios autores valoran a la depresión como rasgo clínico común en pacientes con enfermedades crónicas de la piel, por lo que surge el interés de realizar el presente estudio en pacientes atendidos en la consulta externa de dermatología, lugar en donde se atienden la mayoría de los padecimientos crónicos de la piel, más sin embargo el médico general familiar tiene la posibilidad de prevenir o limitar las repercusiones psicológicas que provocan las enfermedades crónicas de la piel en el paciente.

III OBJETIVOS

OBJETIVO INMEDIATO

" Conocer la frecuencia y el grado de depresión en pacientes con acné, vitiligo, psoriasis y eccemas en la consulta externa de dermatología "

OBJETIVOS MEDIATOS

- " La posibilidad de prevenir o limitar la alteración psicológica y sus repercusiones en el paciente con dermatosis crónica, mediante la información y orientación adecuada de su padecimiento en la consulta externa de medicina general familiar "
- " Facilitar mediante la información y orientación adecuada el tratamiento médico subsecuente "

IV. METODOLOGIA

IV.1 TIPO DE ESTUDIO

" Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional "

IV.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

El estudio se llevó a cabo con una muestra no aleatoria - de 36 pacientes de 16 a 65 años de edad, de ambos sexos, - derechohabientes del ISSSTE que acudieron a la consulta - externa subsecuente al servicio de dermatología en el --- periodo comprendido de septiembre de 1989 a enero de 1990 y que cursaban con acné, vitiligo, psoriasis o eccema.

CRITERIOS DE INCLUSION;

- pacientes de 16 a 65 años de edad.
- pacientes de ambos sexos.
- pacientes de cualquier escolaridad.
- pacientes de cualquier nivel socioeconómico.
- pacientes que acudieron a la consulta externa subsecuente de dermatología, ya diagnosticados y que presentaron acné, vitiligo, psoriasis o eccemas.

CRITERIOS DE EXCLUSION;

- Pacientes que además de la dermatosis crónica cuenten - con el diagnóstico y tratamiento de enfermedad psiquiátrica u otra enfermedad crónico - degenerativa.

IV.3 DEFINICION DE VARIABLES

- a) Cualitativas nominales; sexo, estado civil y ocupación.
- b) Cualitativas ordinales; grado de depresión en pacientes con acné, vitiligo, psoriasis y eccemas, medido mediante la escala modificada de Hamilton para depresión.
- c) Cuantitativas discontinuas; edad y número de pacientes con acné, vitiligo, psoriasis, eccemas y depresión.

IV.4 PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

Cuando los pacientes asistieron a la consulta externa de dermatología, el responsable del estudio los invitó a participar en el mismo, previa confirmación del diagnóstico por revisión del expediente.

La información a recolectar está contenida en el instrumento de recolección (anexo I) que corresponde a la ficha de identificación del paciente y que corresponde al nombre, edad, sexo, estado civil y ocupación.

Además se valoró la frecuencia y el grado de depresión -- mediante la escala modificada de Hamilton para depresión, la -- cual corresponde a las escalas de estimación per observador y -- está formada por 17 ítems de síntomas como el estado de ánimo -- depresivo, la culpa, tendencia al suicidio, las diversas cla-- ses de insomnio, la lentitud, la hipocondría y varios síntomas de tipo somático (anexo 2).

El grado de depresión se expresa de acuerdo a la suma --- total de la estimación obtenida mediante la siguiente puntua-- ción (23):

- 6 a 18 puntos - grado leve.
- 19 a 29 puntos - grado moderado.
- 30 a 42 puntos - grado severo.

anexo I

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

- Nombre:
- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:
- Ocupación:

ESCALA MODIFICADA DE HAMILTON PARA DEPRESION

I ANIMO DEPRESIVO

- ¿ Cómo se ha sentido últimamente ?
- ¿ Se ha sentido desanimado, triste o deprimido ?
- ¿ Qué porcentaje de tiempo se ha sentido así ?
1. Leve.- Actitud de pesimismo que puede estar acompañada de episodios de llanto, de tristeza y de disminución de los --- intereses habituales.
 2. Moderado.- Puede estar acompañado de sentimientos de inadecuación, de autoreproche, de preocupación, una disminución - en los intereses sociales y del nivel de actividad, pesimismo, "encerrado en sí mismo", llanto ocasional y menor capacidad para experimentar placer.
 3. Severo.- Puede estar caracterizado por desesperanza, una --- mayor tendencia al aislamiento social, ausencia casi total - en el interés para participar en otras actividades que no -- sean las esenciales; difícilmente algo produce placer, el -- llanto puede ser frecuente.
 4. Síntomas extremos.- Aislamiento total.

II DISTINTA CALIDAD DE ANIMO

- ¿ Puede describir sus sentimientos un poco más ?
- ¿ Es este sentimiento diferente a aquél que podría tener, o ha tenido, si leyera una historia sentimental (o visto una --- película sentimental) ?
- ¿ Este sentimiento es distinto a aquél que podría tener si alguien allegado a Ud. hubiera muerto ?

0. Sin diferencia en la calidad.

1. Leve - moderado.- Ligeramente diferente.

2. Severo.- Definitamente diferente.

III FALTA DE REACTIVIDAD

¿ Encuentra difícil alejar su atención de su estado de ánimo -- (depresión) ?

¿ Han existido ocasiones, durante la semana pasada, en que su - ánimo haya cambiado ?

¿ Han existido ocasiones en que se haya sentido mejor ?

¿ Puede pensar en algo que le haya ocurrido la semana pasada (a- parte de tomar sus medicamentos) que le haya hecho sentirse - mejor ?

¿ Cuánto tiempo duró este sentimiento ?

0. Animo reactivo. (el ánimo varia de acuerdo a la situación).

1. Falta de reactividad leve o moderada.

2. Falta de reactividad severa.

IV VARIACION DIURNA

¿ Regularmente, su depresión es más importante en algún momento del día ?

¿ En la mañana ?

¿ En la tarde ?

¿ En la noche ?

0. Sin variación en el estado de ánimo.

1. Variación leve entre am. y pm.

2. Variación definitiva entre am y pm.

V SENSACION DE DEPRECIACION

- ¿Cuál es la opinión de Ud. mismo, si se compara con otras personas ?
 - ¿ Se considera a Ud. mismo mejor, no tan bueno, o igual que la mayoría de las personas ?
 - ¿ Se siente inferior o más despreciable, comparándose con los demás ?
 - ¿ Existen cosas de Ud. mismo que le agradan ?
0. No está presente.
1. Sentimientos leves de baja autoestimación, evidentes sólo al preguntar.
 2. Sentimientos de autodesprecio.
 3. Sentimientos fuertes de desprecio, (no soy tan bueno, soy inferior a los demás).
 4. Delirio de depreciación (" soy un montón de basura", soy un pecador").

VI CULPABILIDAD

- ¿ Se califica a Ud. mismo por sus debilidades y errores ?
 - ¿ Se culpa Ud. mismo por las cosas que andan mal a su alrededor, aún cuando otros piensen que Ud. no tiene nada que ver con --
ello ?
 - ¿ Cree que su enfermedad actual es algún tipo de castigo por --
algo ?
 - ¿ Escucha UD. voces amenazándolo o acusándolo ?
0. Ausente
1. Sentimientos de autculpa y auto reproche en situaciones específicas.
 2. Pensamientos de que las situaciones y reacciones negativas -

fueron causadas por él mismo. Se siente culpable en general, ---
convicción de culpa más fuerte.

3. Creencia de que la enfermedad puede ser un castigo, posible-
delirio de culpabilidad.
4. Delirio de culpabilidad con alucinaciones.

VII INCAPACIDAD

¿ Siente Ud. que controla su vida ?

¿ Hay cosas de su vida que le gustaría cambiar, pero que es in-
capaz de hacer ?

¿ Han existido ocasiones en su vida últimamente, en las que --
parece que sin importar lo que Ud. haga no puede mejorar las-
cosas ?

0. No está presente.

1. El paciente refiere sentimientos leves de incapacidad al pre-
guntarle. ("Hay algunas cosas que no puedo cambiar").
2. Sentimientos moderados de incapacidad. ("no puedo cambiar la
mayor parte de las cosas de mi vida").
3. Sentimientos fuertes de incapacidad y ha dejado sus activida-
des cotidianas en cierta forma. ("no puedo cambiar nada de -
mi vida").
4. Fuertes sentimientos de incapacidad y ha dejado definitiva-
mente sus actividades cotidianas. (falta de higiene, perma-
nece en la cama casi todo el tiempo, dificultad para alimen-
tarse por sí mismo).

VIII DESESPERANZA

¿ Cómo ve Ud. el futuro ?

¿ Siente que las cosas no podrán mejorar ?

¿ Son estos sentimientos fugaces, ocurren por momentos y después desaparecen o son continuos (no puede quitárselos de la mente) ?

¿ Cuando habla con otras personas sobre estos sentimientos se tranquiliza? Puede ser reconfortado ?

0. No está presente.

1. Presenta dudas intermitentes de que las cosas mejorarán, --- pero puede ser reconfortado.

2. Se siente desesperanzado constantemente, pero acepta ser reconfortado.

3. Expresa sentimientos de desaliento, desesperación, pesimismo sobre el futuro que no pueden ser disipados.

4. Persevera espontáneamente e inapropiadamente. ("nunca estaré bien").

IX SUICIDIO

¿ Cree Ud. que la vida no merece vivirse ?

¿ Quisiera estar muerto ?

¿ Tiene pensamientos acerca de suicidarse ?

¿ Ha tratado de matarse Ud. mismo ?

0. Ausente

1. Siente que la vida no merece vivirse.

2. Desea estar muerto, o cualquier pensamiento acerca de su --- posible muerte.

3. Ideas suicidas, gesto y planes.

4. Intento suicida.

X INSOMNIO

Temprano (inicial)

- ¿ Tiene dificultad para conciliar el sueño ?
- ¿ Cuánto tiempo tarda en dormirse ?
- ¿ Que tan frecuentemente ?

0. Ausente.

1. Ocasional (menos de 3 días a la semana), leve (menos de 1 -- hora para conciliar el sueño).
2. Frecuentemente (3 o más veces por semana) y severo (una --- hora o más para poder conciliar el sueño).

A la mitad

Una vez que se duerme; ¿ Despierta durante la noche?

- ¿ Qué hace cuando despierta ?
- ¿ Puede dormirse nuevamente ?

0. Ausente.

1. Ocasional (menos de 3 veces por semana), leve (menos de una- hora para conciliar el sueño).
2. Frecuente (varias veces por noche, aunado a dificultades para dormir nuevamente, o más de tres veces por semana) y severo- (tarda una hora o más para volver a dormirse)

Terminal

- ¿ Se despierta Ud. más temprano que lo acostumbrado (antes del- inicio de la depresión) por las mañanas ?
- ¿ Puede volver a dormirse ?

0. ausente.

1. Ocasional (menor de tres veces por semana), leve (menos de una hora más temprano).

XI APETITO Y PESO

¿ Como esta su apetito comparado con lo que solía ser ?

¿ Tiene Ud. problemas de estreñimiento, o algún otro relacionado con el estómago o intestinos ?

¿ Como esta su peso comparado con el que tenía a la enfermedad actual ?

0. Ausente.

1. Falta de apetito, come poco sin atractivo por la comida, pérdida de peso más de 0.5 Kg./semana.
2. Tiene que ser estimulado para comer, requiere laxantes y otros medicamentos gastrointestinales, pérdida de peso más de 1.0--Kg./semana.

XII Pérdida de la libido.

¿ Durante el mes pasado existió algún cambio en su interés por el placer sexual ?

¿ Representa esto un cambio en la forma en que usualmente se siente con respecto al sexo ?

0. Sin cambios.

1. Pérdida parcial del interés y de la ejecución.
2. Pérdida casi total del interés y de la actividad sexual.

XIII ANSIEDAD .

Ansiedad psíquica ; ansioso, tenso, nervioso, inquieto, aprehensivo, miedoso, irritable, asustado, preocupado.

- ¿ Han existido últimamente ocasiones en las que se ha sentido - muy ansioso o temeroso ?
- ¿ Son estas sensaciones fugaces, aparecen por un momento y ---- luego se van o son continuas ?
- ¿ Qué porcentaje de tiempo podría decir que se ha sentido así ?
- ¿ En qué tipo de situaciones se siente Ud. ansioso ?

O. Ausente.

1. Tensión transitoria, irritabilidad ocasional, exageración -- leve de la preocupación.
2. Tensión regularmente constante, irritable con mayor frecuencia, algo hiperactivo o inquieto.
3. Aprehensivo, intensa y profunda tensión, irritabilidad, constante preocupación rumiante.
4. Ataques de pánico, fobias que restringen la actividad.

... Ansiedad somática: estos síntomas se valoran en base al reporte de síntomas en los siguientes sistemas; a) respiratorio (dificultad para respirar, sensación de falta de aire, sensación - de sofoco, o ahogo, etc.), b) cardiovascular (bochornos, taquicardia, palpitaciones, sensación de desmayo, desmayos ligeros, - precordalgia, molestias en el pecho, etc.), c) gastrointestinal (indigestión, malestar estomacal, agruras, calambres estomaca-- les, diarreas, etc.), d) frecuencia urinaria , e) sudoración, -- f) vértigo (visión borrosa, tinnitus). g) neuromuscular (temblor, dolor de cabeza, tensión muscular, mareos, etc).

- ¿ Cuando se sintió ansioso, qué fué lo que sintió ?
- ¿ Notó que su corazón latía más rápido ?
- ¿ Estos cambios en su cuerpo han impedido su desempeño en alguna forma ?

0. Ausente.

1. Leve.- Uno o más síntomas somáticos, se queja de cierto malestar, pero continúa participando en sus actividades cotidianas.
2. Moderado.- Síntomas de más de uno de los sistemas, el paciente no participa en sus actividades diarias por " malestar -- corporal ".
3. Severo.- Síntomas tan desagradables que frecuentemente el -- paciente tiene problemas para tomar parte en cualquier actividad.
4. Extremo.- Incapacidad sistémica múltiple.

XIV HIPOCONDRIASIS

- ¿ Cómo esta su salud física ?
- ¿ Tiende a preocuparse por su salud ?
- ¿ Está tan preocupado por su salud que le cuesta trabajo pensar en otras cosas ?

0. Ausente.

1. Preocupación por su salud, el funcionamiento de su cuerpo, -- síntomas triviales o dudosos.
2. Mucha preocupación por síntomas físicos, pensamiento de enfermedad orgánica.
3. Fuerte convicción de la presencia de enfermedad física.
4. Ideas delirantes y alucinaciones hipocondríacas.

XV INTROSPECCION

- ¿ Cree Ud. que algo anda mal consigo mismo ?
 - ¿ Qué cree que puede ser ?
 - ¿ Pudiera ser que Ud. tiene problemas emocionales ?
0. Está conciente de estar deprimido o enfermo .

1. Acepta la enfermedad, pero la atribuye a factores poco probables, (ej. mala comida, clima, exceso de trabajo, etc).
2. Niega estar enfermo.

XVI RETARDO (observación directa)

0. Ausente.

1. Leve retardo en la entrevista; aplanamiento del afecto y ---
fijesa en la expresión .
2. Retardo obvio en la entrevista; voz monótona, demora al con-
testar, baja motilidad espontánea.
3. Entrevista difícil y prolongada.
4. Estupor completo.

XVII AGITACION (observación directa)

0. Ausente.

1. Bajo nivel de agitación, pero la inquietud es obvia, (ej. --
frotándose las manos, movimientos de piernas) durante la en-
trevista.
2. Alto nivel de agitación, incluye el moverse constantemente,-
inquietud obvia, ya que el paciente se levanta constantemen-
te durante la entrevista.

R E S U L T A D O S

Se utilizó la escala modificada de Hamilton para medir el grado de depresión en pacientes con acné, vitiligo, psoriasis y eccemas, los datos obtenidos se mencionan a continuación:

Un grupo de 10 pacientes con acné representan el 28% de la muestra estudiada, en este grupo 6 pacientes cursaron con depresión leve, 3 pacientes con depresión moderada y 1 paciente con depresión severa.

Un total de 10 pacientes con eccema representan el 28% de la muestra estudiada, en este grupo la depresión leve se observó en 6 pacientes, depresión moderada en 3 pacientes y depresión severa en 1 paciente.

El grupo de 9 pacientes con vitiligo integran el 25% de la muestra estudiada y en este grupo la depresión leve se manifestó en 4 pacientes y depresión moderada en 5 pacientes.

Finalmente 7 pacientes con psoriasis representan el 19% de la población estudiada; el grado de depresión leve se observó en 2 pacientes, depresión moderada en 4 pacientes y datos clínicos de depresión severa se observaron en 1 paciente (cuadro No. 1).

R E S U L T A D O S

Cuadro No. 1

Pacientes con dermatosis crónica y grado de depresión estudiados en la consulta externa de dermatología del hospital Tacuba del ISSSTE en México, D.F. Septiembre de 1989 a enero de 1990.

Dermatosis	años	Grados de depresión			total	%
		leve	moderado	severo		
acné	I	6	3		10	28
vitiligo		4	5		9	25
eccemas		6	3	1	10	28
psoriasis		2	4	1	7	19
Total	I	18	15	2	36	100

Fuente: instrumentos de recolección de datos (anexos 1 y 2).

A continuación mencionaremos la distribución por grupos de edad de la muestra estudiada.

El grupo de edad de 16 a 25 años con 14 pacientes representa el 39% de la muestra estudiada, en este grupo 7 pacientes cursaron con depresión leve, 5 pacientes con depresión moderada, 1 paciente con depresión severa y 1 paciente se encontró sano.

El siguiente grupo de edad de 26 a 35 años con 12 pacientes, constituye el 33% de la muestra estudiada, en este grupo 7 pacientes presentaron depresión leve, 4 pacientes depresión moderada y 1 paciente depresión severa.

Los pacientes de 36 a 45 años de edad fueron 9 y él 25% de la muestra estudiada, en 3 pacientes de este grupo se presentó depresión leve y en 6 pacientes depresión moderada. Finalmente 1 paciente que corresponde al grupo de edad de 56 a 65 años, presentó ---- datos clínicos de depresión severa (cuadro No.2).

Cuadro No. 2

Edad de los pacientes con dermatosis crónica y depresión ----
 estudiados en la consulta externa de dermatología del hospital ---
 Tacuba del ISSSTE en México, D.F. Septiembre de 1989 a enero de --
 1990.

Grupo de edad	sanos	Grados de depresión			total	%
		leve	moderado	severo		
16 - 25	1	7	5	1	14	39
26 - 35		7	4	1	12	33
36 - 45		3	6		9	25
46 - 55						
56 - 65		1			1	3
Total	1	18	15	2	36	100

Fuente: instrumentos de recolección de datos (anexos 1 y 2).

La distribución por ocupación de los 36 pacientes con dermatosis crónica y depresión es la siguiente: en el grupo de estudiantes con un total de 9 pacientes que representaron el 25% del total de la muestra estudiada, 1 paciente no manifestó datos clínicos de depresión, 6 pacientes cursaron con depresión leve y 2 pacientes con depresión en grado moderado.

Los pacientes con ocupación en labores domésticas fueron 7 -- que integran el 19% de la muestra estudiada, en este grupo 1 paciente cursó con depresión leve, 5 con depresión moderada y en 1 --- paciente se observó depresión severa.

El grupo de pacientes clasificados como empleados está integrado por personal administrativo y secretarias con un total de -- 15 pacientes que representan el 42% de la muestra estudiada, en -- este grupo 10 pacientes cursaron con depresión leve y 5 pacientes con depresión moderada.

Finalmente el grupo de pacientes profesionistas formado por -- personal de enfermería, profesores de educación escolar y personal médico con un total de 5 pacientes que corresponden al 14% de la -- muestra estudiada; en este grupo 2 pacientes se encontraron con -- depresión leve, 2 pacientes con depresión moderada y 1 paciente -- con datos clínicos de depresión severa (cuadro No 3).

Cuadro No. 3

Ocupación de los pacientes con dermatosis crónica y depresión estudiados en la consulta externa de dermatología del hospital --- Tacuba del ISSSTE en México, D.F. Septiembre de 1989 a enero de --- 1990.

ocupación	sanos	Grados de depresión			total	%
		leve	moderado	severo		
estudiante	1	6	2		9	25
doméstica		1	5	1	7	19
empleados		10	5		15	42
profesional		2	2	1	5	14
Total	1	19	14	2	36	100

Fuente: instrumentos de recolección de datos (anexos 1 y 2).

La distribución por sexo de los pacientes que integran la muestra de estudio es la siguiente: 19 pacientes del sexo femenino y 17 pacientes del sexo masculino.

La depresión en grado leve se observó en 6 pacientes del sexo femenino y 12 pacientes del sexo masculino, depresión en grado moderado se presentó en 10 pacientes del sexo femenino y 5 pacientes del sexo masculino, la depresión en grado severo se presentó en 2 pacientes del sexo femenino (cuadro No.4).

Con respecto al estado civil de los pacientes que forman la muestra de estudio, se encontraron clasificados únicamente en 2 grupos; 16 pacientes solteros que representan el 44% del total de la muestra y 20 pacientes casados que representan el 36% del total de la muestra estudiada. La depresión en grado leve se encontró en 9 pacientes solteros y 9 pacientes casados, la depresión en grado moderado en 5 pacientes solteros y 10 pacientes casados y finalmente la depresión en grado severo se presentó en 1 paciente soltero y 1 paciente casado (cuadro No.5).

Cuadro No. 4

Sexo de los pacientes con dermatosis crónica y depresión es -
tudiados en la consulta externa de dermatología del hospital Tacu-
ba del ISSSTE en México, D.F. Septiembre de 1989 a enero de 1990.

Sexo	sanos	Grados de depresión			total	%
		leve	moderado	severo		
femenino	1	6	10	2	19	53
masculino		12	5		17	47
Total	1	18	15	2	36	100

Fuente: instrumentos de recolección de datos (anexos 1 y 2).

Cuadro No. 5

Estado civil de los pacientes con dermatosis crónica y depresión estudiados en la consulta externa de dermatología del hospital Tacuba del ISSSTE en México, D.F. Septiembre de 1989 a enero de 1990.

Edo.civil	sanos	Grados de depresión			total	%
		leve	moderado	severe		
solteros	1	9	5	1	16	44
casados		9	10	1	20	36
viudos						
divorciado						
Total	1	18	15	2	36	100

Fuente: instrumentos de recolección de datos (anexos 1 y 2).

ANÁLISIS

En base al objetivo inmediato de este estudio que es conocer la frecuencia y el grado de depresión en pacientes con acné, vitiligo, psoriasis y eccemas, mediante la aplicación de la escala -- modificada de Hamilton para depresión, se encontraron los siguientes resultados: el grado de depresión leve se presentó en el 50% -- de los pacientes, 41% de los pacientes cursaron con depresión ---- moderada y en forma específica corresponde en su mayoría a los pacientes con psoriasis y vitiligo, finalmente, el 6 % de los pacientes presentó depresión severa, observada en pacientes con eccema y psoriasis, éstos hallazgos tienen correlación con datos aportados por otros estudios en pacientes con algunos padecimientos dermatológicos crónicos, quienes presentaron como sintomatología significativa ansiedad, angustia, depresión, alteraciones en la imagen -- corporal, problemas de comunicación interpersonal y trastornos de la identificación sexual y en la relación con el sexo opuesto. En algunos de éstos pacientes se ha comentado la existencia de fac--- tores como el stress, que pueden provocar, precipitar o agravar la dermatosis, en otros la ansiedad puede ser causada por la exacer--- bación de síntomas dermatológicos como el prurito.

Existe asociación con los resultados observados en otros es--- tudios donde se menciona que los pacientes con psoriasis presentan un grado de depresión importante en comparación con sujetos con--- trol sanos, igualmente en otro estudio comparativo los pacientes -

con vitiligo mostraron mejor ajuste a su enfermedad y menor experiencia de discriminación social que los pacientes con psoriasis, sin embargo ambos grupos presentaron baja autoestima.

En relación a la edad de los pacientes estudiados, un 72% se encuentran incluidos en los grupos de 16 a 35 años de edad, existiendo relación con la mayor frecuencia de presentación del acné, vitiligo, psoriasis y eccema en edades medias de la vida. En éstos grupos de edad la depresión en grado leve y moderado se observó con más frecuencia.

Una variable más de estudio en los pacientes con dermatosis crónica fué el sexo: los pacientes del sexo femenino presentaron con mayor frecuencia depresión en grado moderado y severo y en los pacientes masculinos se observó más frecuentemente depresión en grado leve, la prevalencia de depresión en grados importantes en el sexo femenino, se puede asociar con las alteraciones en la imagen corporal y en la estética que causan este tipo de padecimientos.

Analizando la ocupación de la muestra de pacientes de estudio, el grupo de empleados que forma la mayoría de la muestra, cursó con depresión leve y moderada, la depresión severa se manifestó en pacientes dedicados a labores domésticas y profesionistas. En este aspecto es importante mencionar la incapacidad física y disfunción psicosocial que se presentan en algunos padecimientos crónicos como los dermatológicos.

CONCLUSIONES

1.- Los pacientes de este estudio forman una muestra no aleatoria, no representativa para hacer inferencias hacia la población, sin embargo existe la posibilidad de llevar a cabo este estudio con un mayor número de pacientes.

2.- Los trastornos del afecto son una de las entidades nosológicas psiquiátricas mas frecuentemente observadas en la población mundial.

3.- La depresión puede evaluarse mediante escalas de estimación, la escala Hamilton modificada para depresión fué usada en este estudio por tener un alto grado de confiabilidad en la evaluación y grado de severidad de los trastornos del afecto.

4.- La escala Hamilton modificada para depresión está formada por preguntas estandarizadas y no requiere que el aplicador tenga que ser un investigador con experiencia clinica en la rama de psiquiatría.

5.- La escala Hamilton modificada para depresión fué de utilidad en la evaluación de frecuencia y grado de severidad del cuadro depresivo en pacientes con dermatosis crónica.

6.- En algunos casos la depresión puede considerarse como un fenómeno normal de acuerdo al estímulo.

7.- La depresión puede presentarse frecuentemente en pacientes con enfermedades crónicas de la piel.

8.- El grado y frecuencia de depresión en el paciente con dermatosis crónica depende de la edad, sexo, ocupación y estado civil.

9.- La frecuencia y el grado de depresión que presenta el paciente se asocia con la cronicidad del padecimiento, la desintegración de la imagen corporal, la incapacidad física y la discriminación social que cause la dermatosis.

10.- Los pacientes con eccema, vitiligo y psoriasis cursan con ansiedad y depresión importante, la cuál depende de los síntomas y visibilidad de las lesiones dermatológicas.

11.- Los pacientes con dermatosis crónica y depresión severa pueden expresar desesperanza, ansiedad e ideas suicidas, existiendo como fondo las repercusiones que impone el padecimiento en el desempeño laboral y social.

12.- En su mayoría, los pacientes de este estudio desconocían la causa, el diagnóstico y evolución del padecimiento.

13.- Una de las finalidades terapéuticas sería limitar las cicatrices tanto físicas como psicológicas, explicando al enfermo en un lenguaje accesible, los aspectos más importantes de la dermatosis.

14.- La aplicación de terapias psicológicas como la relajación, retroalimentación biológica, condicionamiento y terapia conciente del comportamiento aparecen como una promesa en el tratamiento sintomático de enfermedades dermatológicas.

15.- En algunas dermatosis como la psoriasis y el vitiligo donde prevalece la depresión y ansiedad respectivamente, el uso de drogas como los antidepresivos, ansiolíticos y medicamentos hipnóticos puede ser benéfico en el tratamiento de síntomas dermatológicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ramos y Rguez, R. "Síntomas psiquiátricos en pacientes con algunos padecimientos dermatológicos" Tesina, Departamento de Salud Mental de la UNAM, 1977.
- 2.- Cotterill, J.A. "Dermatological non disease; a common and-potentially fatal disturbance of cutaneous body image" --- British Journal of Dermatology. 104: 611-619,1981.
- 3.- Hardy, G.E., Cotterill, J.A. "A study of depression and -- obsessionality in Dysmorphophobic and Psoriatic patients " British Journal of Psychiat. 140: 19-22,1982.
- 4.- Porter, J.R., Beuf, A.H., Lerner, A., Nordlund, J. " Psy--chosocial effect of vitiligo " J. Am Acad. Dermatol. 15: - 220 - 224, 1986.
- 5.- Hochberg, H.C., Sutton, J.D. " Physical disability and --- psychosocial dysfunction in systemic lupus erythematosus " J. Rheumatol, 15 (6): 959 - 964. Jun - 1988.
- 6.- Tsushima, T.W. " Current Psychological Treatmensts for --- stress - related skin disorders " Cutis. 42: 402 - 404, -- 1988.
- 7.- Gupta, M.A., Gupta, A.K., Haberman, H.F. "Psychotropic --- drugs in dermatology. A review and guidelines for use" --- J. Am Acad. Dermatol 1986; 14(4): 633-645.
- 8.- Van Moffaert M. " Training future dermatologists in psycho dermatology " Gen Hosp Psychiatry. 8 (2): 115-118. 1986.
- 9.- Juárez, M.M. " Vitiligo " Revista médica del ISSSTE. 2,4:- 13-14. 1988.

- 10.- Magaña, G.M. "Introducción a la Dermatología" México, D.F. - 1986.
- 11.- Demonkos, A. "Tratado de Dermatología" Segunda Edición, --- Salvat. 1009 - 1011, 1984.
- 12.- Gutiérrez, O.P. "Acné Vulgar" Revista Médica del ISSSTE --- 2,10: 13 - 15, 1988.
- 13.- Arenas, R. "Dermatología" Atlas. Diagnóstico y tratamiento- Acné Vulgar. México, D.F. 24 - 29. 1987.
- 14.- Demonkos, A. "Tratado de Dermatología" Segunda Edición, --- Salvat. 276 - 294, 1984.
- 15.- Demonkos, A. "Tratado de Dermatología" Segunda edición, -- Salvat. 136 - 149, 1984.
- 16.- Gaston, L., Lassonde, M. "Psoriasis and stress; a prospective study" J Am. Acad. Dermatol. 17 (1): 82-6, 1987.
- 17.- Cole, W.C., Roth, H.L., Sachs, L.B. "Group psychotherapy as an aid in the medical treatment of eczema" J. Am. Acad. -- Dermatol, 18; 286 - 291, 1988.
- 18.- Pohls, P.E. "Psoriasis" Revista Médica del ISSSTE. 2,10: 13-15, 1988.
- 19.- Frances A, Cooper AM. Descriptive and dynamic psychiatry. - "A perspective on DSM III" Am J Psychiatry 1981; 138: 1198-1202.
- 20.- Hamilton M. "Development of a Rating Scale for Primary --- Depressive illness" Brit. J. of Soc Clin Psychol. 1967, 6 : 278 - 296.

- 21.- Edincott J, Cohen J, Nee J. "Hamilton Depression Rating -- Scale" Arch Gen Psychiatry 1981, 38: 98-103.
- 22.- Overall JE, Rhoades HM, "Use of Hamilton rating scale ---- classification of depressive disorder" Comprehensive Psy--ch. 1982, 23: 4, 370-376.
- 23.- Miller W, Bishops, Norman WH, Maddewer H. " The modified -- Hamilton scale for depression, reliability and validity "-- Psychiatr Res. 1984, 14: 132-142.