

11241

32

1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA  
 Y  
 SALUD MENTAL

TITULO:  
 PSICOPATOLOGIA. EN ADOLESCENTES CON LUPUS ERITEMATOSO  
 SISTEMICO

ALUMNO:  
 MIGUEL ANGEL JIMENEZ SANJUAN

TUTOR TEORICO  
 Dr. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCÍA

TUTOR METODOLOGICO  
 Dra. MARIA LUISA CUEVAS URIÓSTEGUI

*Juan Manuel Saucedo G.*

*Maria Luisa Cuevas Urióstegui*

**PSICOLOGIA  
 MEDICA**  
 TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"  
 DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
 SALUD MENTAL  
 U. N. A. M.

Vo. Bo. *Alejandro Díaz*  
 Dr. Alejandro Díaz  
 AÑO: 2000



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL  
SIGLO XXI

TUTORES

TEORICO:

Dr. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCÍA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL  
SIGLO XXI

DRA. MARIA LUISA CUEVAS URIOSTEGUI  
ADSCRITA A LA UNIDAD DE INVESTIGACION MEDICA EN EPIDEMIOLOGIA  
CLINICA. HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL  
SIGLO XXI. IMSS.

INDICE	pagina
1. - ANTECEDENTES.....	4-7
2. - JUSTIFICACIÓN.....	8
3. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
4. HIPOTESIS.....	10
5.-OBJETIVO.....	11
6. -TIPO DE ESTUDIO.....	12
7. - MATERRIAL Y METODO.....	12-14
8.-RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS.....	15
9.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	16
10.-ASPECTOS ETICOS.....	16
11 -ANALISIS Y RESULTADOS.....	17-20
12.-DISCUSION.....	21-22
13 - CONCLUSIONES.....	22
14.-ANEXO DE TABLAS.....	23-25
15.-ANEXO DE GRAFICAS.....	26
16.-ANEXO DE INSTRUMENTOS.....	27
17.- BIBLIOGRAFIA.....	28

## ANTECEDENTES:

Las enfermedades sistémicas se han incluido tradicionalmente en las denominadas colagenosis o enfermedades del tejido conjuntivo. Este término se aplica por que estos trastornos afectan el tejido conjuntivo, pero esto no era fisiopatológicamente adecuado, ya que su etiología y patogenia es mucho más compleja. Por ello se ha preferido utilizar la aceptación de enfermedades sistémicas o enfermedades inflamatorias generalizadas de etiología desconocida y autoinmune. Su etiología y patogenia es desconocida, pero los procesos autoinmunes se han implicado en la mayoría de ellas, por lo cual las determinaciones de laboratorio demuestran alteraciones inmunológicas tales como anti-DNA, anticuerpos antinucleares (ANA), cardiolipina, histona, etc.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es la más estudiada por ser la más frecuente de las enfermedades sistémicas y la que provoca alteraciones orgánicas mas variadas. El LES se diagnostica por la aparición de al menos cuatro criterios diagnósticos clásicos propuestos por el American College of Rheumatology (ACR) (1): eritema malar, lupus discoide, fotosensibilidad, úlceras bucales, artritis, serositis, (pleuritis) daño renal, neurológica, hematológica inmunológicas. La aplicación de estos criterios es de gran valor en la práctica clínica e investigación, y permite clasificar la mayoría de casos, puesto que posee una especificidad y sensibilidad de 96% (1).

La prevalencia en la edad pediátrica de la enfermedad varia de 4 a 250 casos por

100.000 habitantes (2). La enfermedad afecta con mayor frecuencia a mujeres en una proporción de 10:1 respecto a los varones y en los pacientes ancianos ésta se reduce a 5:1 (3). Es más frecuente en razas no caucásicas, en especial en la raza negra (2). Se inicia con más frecuencia en la juventud entre los 20 y 40 años. En el 86% de casos se inicia entre los 14 y 50 años, en el 8% antes de 14 años y en el 9% restante después de los 50 años (3).

La afección neuropsiquiátrica en pacientes con LES ha sido reconocida por más de un siglo y se calcula que hasta un 66% de los pacientes presentarán datos de afección al sistema nervioso en algún momento de su evolución.(12)

El espectro clínico del LES neuropsiquiátrico es muy amplio. Se puede presentar como cuadros afectivos o psicóticos, crisis convulsivas, accidentes vasculares, neuropatías centrales o periféricas, miastenia gravis, meningitis aséptica o afección al sistema nervioso autónomo.(13)

La ansiedad y la depresión son los más frecuentes trastornos que se presentan en el lupus eritematoso sistémico pues afectan a l 51% de los pacientes con LES (4). Las depresiones leves o moderadas serían las más frecuentes y representarían aproximadamente las dos terceras partes de éstas (4). Esta categoría correspondería a la depresión menor según los Research Diseases Criteria (RDC) y al trastorno distímico adaptativo del DSM-IV. La depresión grave, mayor según los criterios antes señalados, oscilarían entre el 7,14 y el 33% del total de las series , lo cual sería la tercera parte restante de trastorno afectivo (5,6,7-8).

Con el término de neurosis diversos autores han clasificado buena parte de los trastornos de ansiedad (9). Goodwin et al. (9) encuentra un 27% de pacientes con sintomatología ansiosa y un 32% depresiva al utilizar un cuestionario autoaplicado. Aunque todo lo anterior se ha hecho en adultos con LES se tiene poca información de estos trastornos en menores.

Los clínicos y los pacientes han apreciado de forma intuitiva que los factores emocionales pueden contribuir al inicio o agravamiento de cualquier enfermedad orgánica (10). El LES no es una excepción. En la década de los años 1950, McClay et al entrevistaron a 14 pacientes con lupus encontrando que en estos casos las pérdidas significativas (pérdida de un ser querido, etc.) provocaron exacerbación del dolor y la incapacidad física, dándonos así una idea de lo trascendente que puede ser la presencia de algún trastorno psiquiátrico en los pacientes con LES.

En general los adultos perciben mejor los problemas conductuales que se ven hacia el exterior, y el niño tiende a identificar mejor los problemas internos como sería la depresión, ansiedad, fobias entre otros.(14)

Aunque el CBCL no fue desarrollado para ser aplicado en niños médicamente enfermo, se ha convertido en el modelo a elegir debido a su amplio uso, se facilidad de administración, sus fundamentos empíricos de sondeo y sus normas disponibles. Es criticado debido a que la detección de síntomas somáticos relacionados con la enfermedad física fundamental, puede elevar inapropiadamente las puntuaciones y

producir resultados positivos falsos. La PARS( Personal Adjustment and Role Skills Scale) trata de solucionar esto eliminando los items somáticos, pero presenta el riesgo de subestimar el número de niños con trastornos de internalización que pueden tener componentes somáticos prominentes.(15,16,17).

Se considera que la sensibilidad del CBCL es alta ya que éste instrumento es frecuentemente utilizado para estimar la prevalencia y para monitorear los problemas conductuales y emocionales . Sin embargo, debido a que incluye numerosos síntomas somáticos, se espera que su especificidad sea menor.

En algunos estudios (Harris Emil 1996) se ha demostrado que el CBCL tiene poca habilidad para detectar trastornos de internalización , los cuales predominan en la población de niños médicamente enfermos. Continúa siendo más confiable la información procedente de entrevistadores psiquiátricos experimentados y de entrevista estructurada.(15,18).

Para evaluar la adaptación social de niños y adolescentes se cuenta con la escala de adaptación psicosocial llamada Columbia Impairment Scale (CIS) , se trata de una escala que evalúa de manera global 4 áreas de funcionamiento psicosocial: empleo del tiempo libre, psicopatología, relaciones interpersonales y desempeño escolar y/o laboral, es una escala que se utiliza para dar una idea global del funcionamiento del niño o adolescente.(19)



## JUSTIFICACIÓN:

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad sistémica común y que provoca las alteraciones orgánicas variadas.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas de las enfermedades sistémicas son en general muy complejas, ya que pueden tener un origen en la reacción psicológica ante la enfermedad de los pacientes, la adaptación ante un estrés crónico, las manifestaciones psiquiátricas como consecuencia de la afectación directa del sistema nervioso central por parte de la enfermedad sistémica y el efecto secundario de tipo psiquiátrico debido a los medicamentos utilizados para control de la enfermedad sistémica

En México existen pocos estudios donde se demuestre una relación entre trastornos psiquiátricos en adolescentes y el lupus eritematoso sistémico.

Este estudio pretende demostrar la presencia de trastornos psiquiátricos así como cual es el más común de encontrar en los pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Esta información permitiría formular estrategias de intervención psiquiátrica en aquellos casos que muestren algún trastorno psiquiátrico.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- Conocer si existe psicopatología en un grupo de adolescentes con lupus eritematoso sistémico (LES).
- Conocer la psicopatología más frecuente en un grupo de adolescentes con lupus eritematoso sistémico (LES).

## HIPOTESIS

- Hay presencia de psicopatología en un grupo de adolescentes con lupus eritematoso sistémico (LES).
- La ansiedad-depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en adolescentes con lupus eritematoso sistémico (LES).

## OBJETIVO:

- Demostrar la presencia de psicopatología en un grupo de adolescentes con lupus eritematoso sistémico (LES).
- Demostrar si la ansiedad-depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en un grupo de adolescentes con lupus eritematoso sistémico (LES).

## TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo observacional, transversal y analítico

## MATERIAL Y METODO

- Este estudio se realizó en el Hospital de Pediatría del C.M.N. siglo XXI I.M.S.S. Se llevó a cabo en menores con edades comprendidas de los 10 a los 17 años, que acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional siglo XXI y que cumplen los criterios para lupus eritematoso sistémico. Tanto los menores como sus padres aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Se realizó una entrevista con alguno de los padres donde se aplicó un breve cuestionario para obtener información general sobre el paciente, sobre la enfermedad sistémica y tipo de tratamiento que recibe, datos demográficos después de lo cual se aplicaron las escalas de comportamiento del niño CBCL y Columbia Impairment Scale (ANEXOS DE INSTRUMENTOS)..
- Se excluyeron a los pacientes que no entren en las edades comprendidas de los 11 a los 17 años, y que no acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico

## TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo observacional, transversal y analítico

## MATERIAL Y METODO

- Este estudio se realizó en el Hospital de Pediatría del C.M.N. siglo XXI I.M.S.S. Se llevó a cabo en menores con edades comprendidas de los 10 a los 17 años, que acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional siglo XXI y que cumplen los criterios para lupus eritematoso sistémico. Tanto los menores como sus padres aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Se realizó una entrevista con alguno de los padres donde se aplicó un breve cuestionario para obtener información general sobre el paciente, sobre la enfermedad sistémica y tipo de tratamiento que recibe, datos demográficos después de lo cual se aplicaron las escalas de comportamiento del niño CBCL y Columbia Impairment Scale (ANEXOS DE INSTRUMENTOS)..
- Se excluyeron a los pacientes que no entren en las edades comprendidas de los 11 a los 17 años, y que no acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico

Nacional siglo XXI; y que no cumplen los criterios para lupus eritematoso sistémico. Así como los menores y/o sus padres que no quieran participar voluntariamente en el estudio.

- El instrumento que se aplicó para determinar la presencia de algún trastorno psiquiátrico es la escala de comportamiento del niño (CBCL) es el instrumento más utilizado mundialmente para obtener informes estandarizados sobre el comportamiento de los niños y de los adolescentes de 4 a 18 años de edad. Consiste de 120 reactivos que son contestados por los padres de acuerdo con una escala de tres puntos sobre el comportamiento del menor durante los seis meses precedentes de la siguiente forma: 0 si el reactivo problema no está presente en el caso del niño; 1 si el reactivo es cierto algunas veces; y 2 si es muy cierto o se presenta frecuentemente. La suma de los puntos produce un registro total de los problemas y es computada para determinar como casos clínicos aquellos situados por encima de la percentila 90. En este estudio se contará con la traducción oficial cuya confiabilidad y validez fueron confirmadas en Puerto Rico y Chile. A partir de los 120 posibles síntomas se pueden integrar ocho síndromes seis sencillos y dos compuestos.

Los síndromes posibles son los de aislamiento - somatización , ansiedad-depresión, problemas de socialización, problemas del pensamiento problemas de atención, delincuencia y conducta agresiva. Los tres primeros síndromes (aislamiento, somatización, y ansiedad-depresión) forman el síndrome de

internalización y los últimos síndromes (delincuencia y conducta agresiva) integran el síndrome de externalización.

La palabra síndrome se refiere a problemas que tienden a ocurrir juntos sin implicaciones sobre un modelo en particular en lo que respecta a la naturaleza o causa del problema (ANEXOS DE INSTRUMENTOS).

- La Columbia Impairment Scala (CIS) , la cual consta de 13 reactivos y proporciona una medición global de las disfunciones psicosociales durante la última semana. El instrumento comprende cuatro áreas: Relaciones interpersonales, psicopatología mayor, funcionamiento en la escuela y empleo del tiempo libre. Los reactivos al ser contabilizados dan una puntuación que va de 0-52 puntos. Este instrumento se diseñó en dos versiones una que contestó el niño o adolescente en edades comprendidas entre los 9-17 años y otra que fue contestada por uno de los padres o adulto que acompañó al paciente. La traducción utilizada para este estudio fue la oficial la cual está validada por su autor quien la puso a prueba en hispanohablantes de la ciudad de Nueva York y de Puerto Rico, y determinó que el punto de corte adecuado era "14" para considerar que arriba de esta puntuación existía disfunción psicosocial (ANEXOS DE INSTRUMENTOS).
- El tamaño de la muestra fue de 23 sujetos y sus respectivos familiares.



## RECURSOS HUMANOS FISICOS Y FINANCIEROS

- Se contó con ambos tutores metodológico y teórico, con un residente de psiquiatría de tercer año, Trabajadoras sociales del servicio de salud mental y personal del servicio de Reumatología del H. Pediatría del C.M.N. siglo XXI.
- Los recursos materiales como bolígrafos, papel para fotocopias, maquina de fotocopiado, computadora etc. se proporcionaron por parte del servicio de salud mental del H. Pediatría del C.M.N siglo XXI.
- Los recursos financieros para el proyecto fueron cubiertos por el investigador (Residente de Psiquiatría de tercer año).

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	29/05/99	24/09/99	26/12/99	26/01/2000
Planeación	xxxxxxx			
Reclutamiento		xxxxxxx		
Análisis de Resultados			xxxxxxx	
Comunicación de resultados				xxxxxxx

## ASPECTOS ÉTICOS

Las escalas se aplicaron únicamente si se contaba con en consentimiento tanto del familiar como del adolescente; después de una breve explicación por el aplicador acerca de las características y objetivos de la misma.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	29/05/99	24/09/99	26/12/99	26/01/2000
Planeación	xxxxxxx			
Reclutamiento		xxxxxxx		
Análisis de Resultados			xxxxxxx	
Comunicación de resultados				xxxxxxx

## ASPECTOS ÉTICOS

Las escalas se aplicaron únicamente si se contaba con en consentimiento tanto del familiar como del adolescente; después de una breve explicación por el aplicador acerca de las características y objetivos de la misma.

## ANÁLISIS Y RESULTADOS

Todos los sujetos acudieron al Hospital de Pediatría del Centro Médico siglo XXI I.M.S.S. al servicio de reumatología durante septiembre a noviembre de 1999.

Después de analizar la muestra se observó que de 23 pacientes estudiados el 13% (n=3) fueron de sexo masculino y 87% (n=20) fueron de sexo femenino. En cuanto a la edad se incluyeron sujetos desde 10 años y hasta 17 años, con una media de 14.96 años, una mediana de 15 años y una desviación estándar de 2 años. El mínimo nivel de escolaridad fue de 5° grado de primaria y el máximo bachillerato concluido, con una media de 9.3 años de estudios, una mediana de 9, con una desviación estándar de 2.3 años de estudio. También se observó que el tiempo promedio que tenían acudiendo a la consulta externa (CE) fue de 2.4 años con un 65.2% (n=15) menos del tiempo promedio y un 34.8% (n=8) más o igual que el promedio. En cuanto al tiempo en que fue dado el Diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico el promedio fue de 2.4 años teniendo 60.9% (n=14) menos del promedio y 39.1% (n=9) más o igual al promedio (Tablas 1,1.1).

Los 23 sujetos y sus familiares contestaron los instrumentos utilizados (CBCL, CIS Adulto, CIS Niño y la ficha de recolección de datos).

Las personas que respondieron el CBCL el mayor porcentaje fue por la madre

73.91% (n=17) y el 26.08% (n=6) por el padre. En todos los casos se trataba de personas directamente responsables del cuidado del niño. El CBCL tiene tres aspectos diferentes a evaluar, un total global, un total internalizante y otro conocido como total externalizante; los tres fueron valorados y usan un mismo valor de corte determinado por un score  $\geq 60$  para ser clasificado dentro del primer grupo con alguna psicopatología. Así encontramos los siguientes grupos.

*Total externalizante* CBCL. El primer grupo con psicopatología 34.8% n=8 con una media de 63.75 y una desviación estandar de 2.87 y el otro grupo se apreció sin psicopatología 65.2% n=15 con una media de 47.93 y una desviación estandar de 8.47. Ambos grupos presentaron una media de 53.43 y una desviación estandar de 10.37 con un mínimo de 33 y un máximo de 69. Al aplicar la prueba t para la igualdad de medias hallamos que ambos grupos eran diferentes estadísticamente con un nivel de significación  $p \leq 0.001$  y las varianzas se identificaron homogéneas a través de la prueba de Levene.

*Total internalizante* CBCL. El primer grupo con psicopatología 30.4% n=7 con una media de 69.57 y una desviación estandar de 10.52 y el otro grupo se apreció sin psicopatología 69.6% n=16 con una media de 52.19 y una desviación estandar de 6.07. Ambos grupos presentaron una media de 57.48 y una desviación estandar de 11.05 con un mínimo de 41 y un máximo de 87. Al aplicar la prueba t para la igualdad de medias hallamos que los grupos eran diferentes estadísticamente con un nivel de significación  $p \leq 0.001$  y las varianzas se identificaron homogéneas a través de la prueba de Levene.

*Total global CBCL* Se encontró un primer grupo con psicopatología 43% n=10 con una media de 65.90 y una desviación estandar de 5.38. Y otro grupo sin psicopatología 56.5% n=13 con una media de 49.46 y una desviación estandar de 6.55. Ambos grupos presentaron una media de 56.61 y una desviación estandar de 10.23 con un mínimo de 37 y un máximo de 77. Al aplicar la prueba t para la igualdad de medias hallamos que los grupos eran diferentes estadísticamente con un nivel de significancia  $p < 0.05$  y las varianzas se identificaron homogéneas utilizando la prueba de Levene (Tabla 2).

Con respecto a la escala de adaptación psicosocial en niños y adolescentes (CIS niños y adultos) los 23 sujetos y sus familiares la respondieron en forma correcta y completa registrando valores para el CIS adultos de una media igual a 15.35 con una desviación estandar de 9.11 con un mínimo de 4 un máximo de 37 puntos totales. El punto de corte  $\Rightarrow 15$  con el cual se detectaron problemas de desadaptación psicosocial por parte del adulto en el adolescente separando la muestra en dos grupos con y sin psicopatología donde con psicopatología 56.5% n=13 con una media de 21.77 y una desviación estandar de 6.56 y sin psicopatología encontramos 43.5% n=10 sujetos con una media de 7.00, una desviación estandar de 2.91. Posteriormente se aplicó la prueba t para la igualdad de medias y se encontraron como diferentes ambos grupos con una  $p < 0.001$  y la prueba de Levene para igualdad de varianzas fue significativa.

Los valores del CIS niños tuvo una media de 16 con una desviación estandar de

6.26 con un mínimo de 7 un máximo de 31 puntos totales. Donde sin psicopatología encontramos 47.8% n=11 sujetos con una media de 11.09, una desviación estandar de 2.21, y con psicopatología 52.2% n=12 con una media de 20.50 y una desviación estandar de 5.27. Donde al aplicar la prueba t para la igualdad de medias la  $p < 0.05$  y la prueba de Levene para igualdad de varianzas fue significativa (tabla 2.1 / graficas hoja 2).

Al correlacionar los resultados del CIS tanto adulto como niño con CBCL en sus tres totales encontramos que estos tuvieron una correlación significativa con excepción de la correlación entre CIS adulto- CBCL TI. (tabla 3 / Anexo de graficas)

Se formaron dos grupos tomando como punto de corte el promedio de edad obteniendo un primer grupo menor o igual al promedio 14.95 y otro mayor que el promedio. Ambos grupos se compararon con los resultados de CBCL-internalizante y del CIS utilizando la prueba de chi-cuadrada encontrando para CBCL-internalizante que un 50% tenían una frecuencia esperada inferior a 5 y la frecuencia mínima esperada era de 2.43, para CIS adulto de 3.48 y para CIS niño de 3.83. En todos los casos los intervalos de confianza eran amplios lo que se explica por el tamaño reducido de la muestra. De igual manera se hizo con sexo encontrando similar resultado. Sin encontrar para ambos casos significancia estadística que nos indicara alguna relación entre edad y psicopatología y/o sexo y psicopatología (gráficas hoja 1).

## DISCUSIÓN.

En este estudio se encontró significancia estadística en seis correlaciones por medio de las cuales se demuestra.:

Los familiares de los adolescentes con LES observan alteraciones en la adaptación psicosocial en aspectos tales como gasto del tiempo libre, relaciones interpersonales, actividades escolares y presencia de psicopatología medido con la CIS y la correlación con presencia de ansiedad y depresión medida con la CBCL aplicada al familiar.

Datos que concuerdan con lo descrito en la literatura extranjera y se demuestra que también está presente en nuestro hospital.

Por otra parte los familiares de los adolescentes con LES detectaron grados significativos de ansiedad-depresión así como conducta agresiva y delincuencia situaciones que indudablemente alteran el funcionamiento familiar evidenciado en los resultados del CBCL.

Los adolescentes con LES vivencian cambios psicológicos que los llevan a manifestar grados de ansiedad-depresión detectados con la CBCL y corroborados por las observaciones de los familiares, hechos que se postulan tanto en estudios anteriores como en el presente.

Con este estudio no se pretendió determinar si los problemas identificados en los adolescentes con LES antecedieron a la enfermedad. Es posible que tales problemas hayan existido desde antes de padecer LES.

La concordancia en la evaluación sintomatológica referida por el paciente y su familiar fue buena según se muestra en las tablas 2 y 2.1 pero fue mayor el considerar el síndrome externalizante que con el internalizante, lo que



significa que es más fácil coincidir en la evaluación de la conducta (externalizante) que coincidir en la evaluación de síntomas subjetivos (o internalizantes).

## CONCLUSIONES.

En los adolescentes con LES existe psicopatología global en un 43% de los casos según la evaluación hecha por el familiar con el CBCL.

La desadaptación psicosocial de los adolescentes con LES según la apreciación del familiar al tamiz de la CIS es de 56.5% de los casos. Y los pacientes consideraron una desadaptación de 52.2%, lo que muestra una similitud en las respuestas del familiar con las del adolescente.

La psicopatología más identificada tanto por el familiar como por el paciente fue la de tipo internalizante, es decir problemas de naturaleza ansiosa y depresiva encontrándose en casi una tercera parte de la muestra.

La presencia de síntomas externalizantes (agresividad, destructividad, delincuencia, etc.) correlacionan con una dinámica familiar disfuncional en los adolescentes con LES.

Es posible que el estrés crónico al que están sujetos los adolescentes con LES, y la afectación del sistema nervioso por la misma enfermedad sea el determinante fundamental para generar la presencia de psicopatología detectado en esta muestra con predominio en síntomas de angustia y depresión, esto determina a su vez la necesidad de proporcionar apoyo psiquiátrico a estos pacientes y sus familiares.

significa que es más fácil coincidir en la evaluación de la conducta (externalizante) que coincidir en la evaluación de síntomas subjetivos (o internalizantes).

## CONCLUSIONES.

En los adolescentes con LES existe psicopatología global en un 43% de los casos según la evaluación hecha por el familiar con el CBCL.

La desadaptación psicosocial de los adolescentes con LES según la apreciación del familiar al tamiz de la CIS es de 56.5% de los casos. Y los pacientes consideraron una desadaptación de 52.2%, lo que muestra una similitud en las respuestas del familiar con las del adolescente.

La psicopatología más identificada tanto por el familiar como por el paciente fue la de tipo internalizante, es decir problemas de naturaleza ansiosa y depresiva encontrándose en casi una tercera parte de la muestra.

La presencia de síntomas externalizantes (agresividad, destructividad, delincuencia, etc.) correlacionan con una dinámica familiar disfuncional en los adolescentes con LES.

Es posible que el estrés crónico al que están sujetos los adolescentes con LES, y la afectación del sistema nervioso por la misma enfermedad sea el determinante fundamental para generar la presencia de psicopatología detectado en esta muestra con predominio en síntomas de angustia y depresión, esto determina a su vez la necesidad de proporcionar apoyo psiquiátrico a estos pacientes y sus familiares.

## ANEXO DE TABLAS

TABLA 1 Descripción de Adolescentes de acuerdo a Edad y Escolaridad

Mediciones	Edad	Escolaridad
No. de Sujetos	23	23
Media	14.96	9.43
Desviación Estandar	1.94	2.31
Mínimo	10	5
Máximo	17	12

TABLA 1.1 Descripción de Adolescentes de acuerdo a Sexo, tiempo de acudir a la Consulta Externa y tiempo de Diagnóstico

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
SEXO		
Masculino	3	13.0
Femenino	20	87.0
Tiempo Consulta Externa		
<2.4 años	15	65.2
>=2.4 años	8	34.8
Tiempo de Diagnóstico		
<2.41	14	60.9
>=2.41	9	39.1

TABLA 2 Resultados de CBCL Internalizante/ Externalizante/ Total

CBCL	Porcentaje	n	Media	Desviación Estandar	Máximo	Mínimo	p
Externalizante con psicopatología	34.8%	8	63.75	2.87			
Externalizante sin Psicopatología	65.2%	15	47.93	8.47			
Ambos grupos			53.43	10.37	69	33	$\leq 0.001$
Internalizante con Psicopatología	30.4%	7	69.57	10.52			
Internalizante sin Psicopatología	69.6%	16	52.19	6.07			
Ambos grupos			57.48	11.05	87	41	$\leq 0.001$
Global con Psicopatología	43%	10	65.90	5.38			
Global sin psicopatología	56.5%	13	49.46	6.55			
Ambos grupos			56.61	10.23	37	77	$\leq 0.05$

Tabla 2.1 Resultados de CIS Adulto/ Niño

CIS	Media	Desviación Estandar	Mínimo	Máximo	Porcentaje	n	p
CIS Adultos con psicopatología	21.77	6.56			56.5%	13	
CIS Adultos Sin psicopatología	7.00	2.91			43.5%	10	
Ambos	15.35	9.11	4	37			$< 0.001$
CIS niños con psicopatología	20.50	5.27			52.2%	12	
CIS niños sin psicopatología	11.09	2.21			47.8%	11	
Ambos	16	6.26	7	31			$< 0.05$

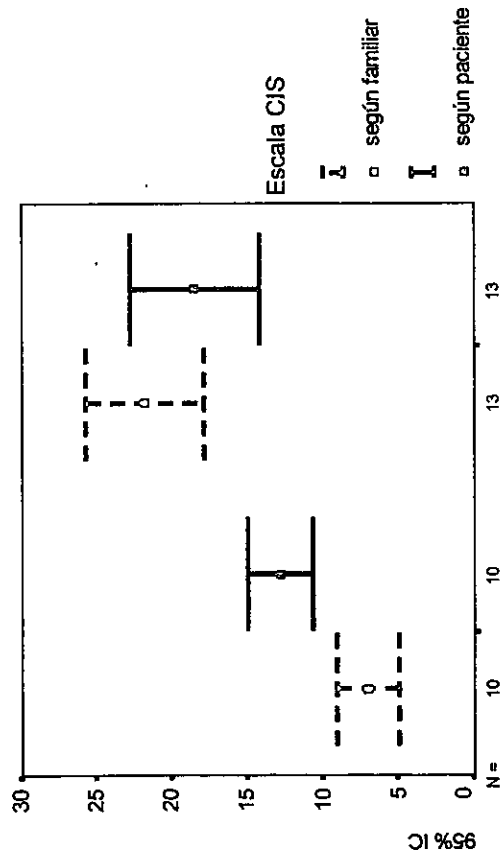
TABLA 3 CORRELACIONES CIS -CBCL

Correlaciones	r	p
CIS adulto- CIS niño	0.46	0.028
CIS adulto- CBCL TT	0.37	0.041
CIS adulto- CBCL TE	0.45	0.016
CIS adulto- CBCL TI	0.23	NS
CIS niño- CBCL TT	0.52	0.006
CIS niño- CBCL TE	0.36	0.48
CIS niño- CBCL TI	0.55	0.003

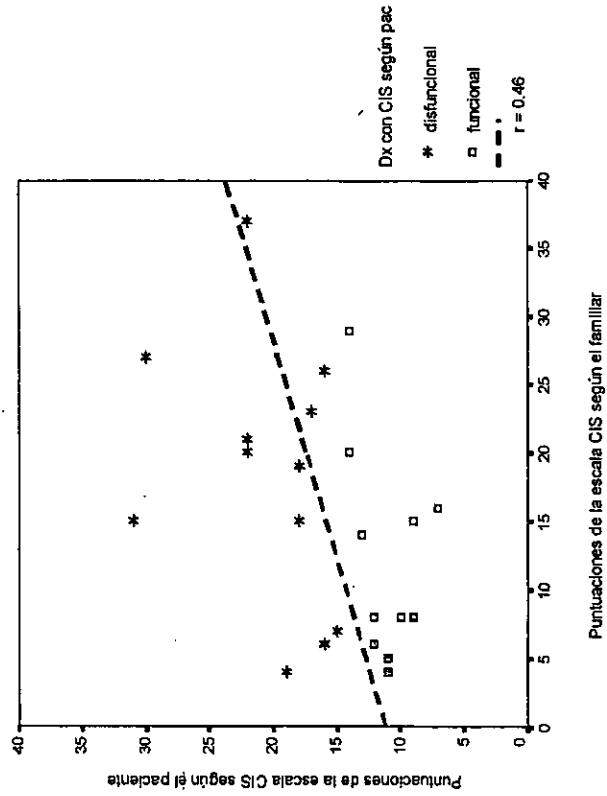
## ANEXO DE GRAFICAS

## ANEXO DE INSTRUMENTOS

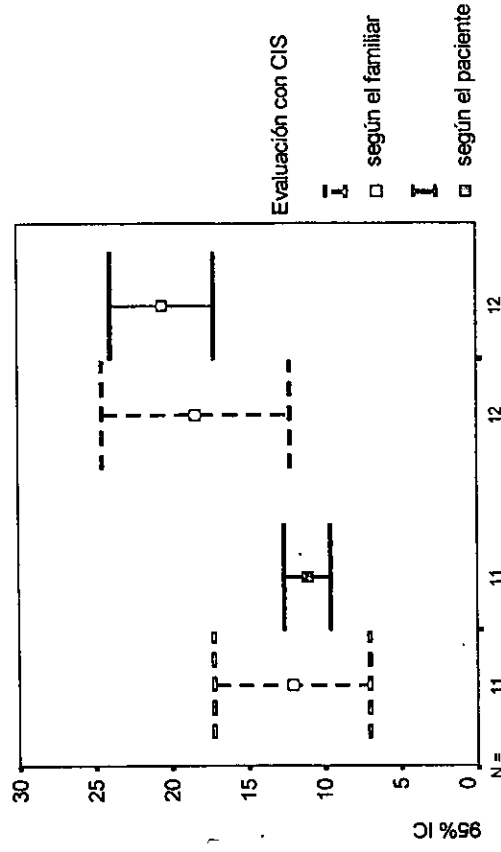
Comparación de la escala de disfunción psicossocial entre paciente y familiar



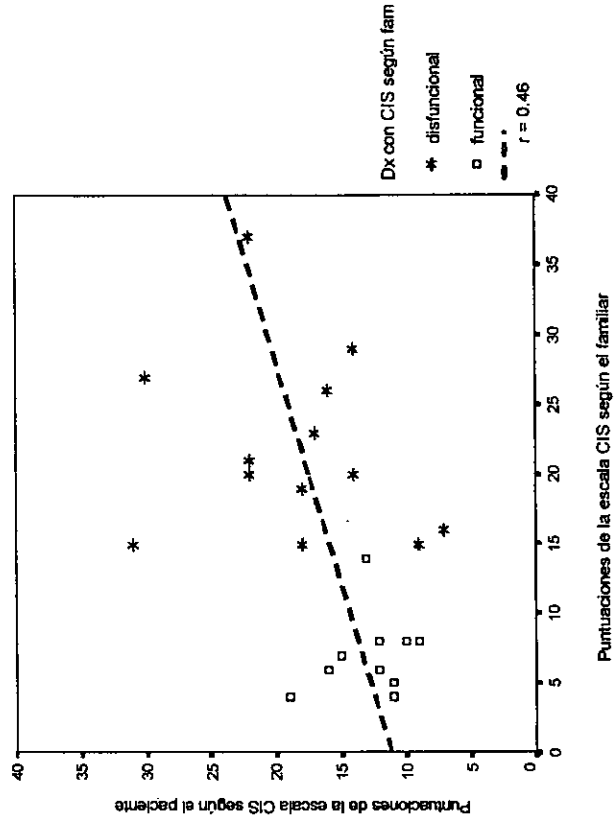
Correlación con CIS según el paciente y su familiar



Comparación de las puntuaciones obtenidas por el familiar y su paciente con la escala de Disfunción Psicossocial (CIS)

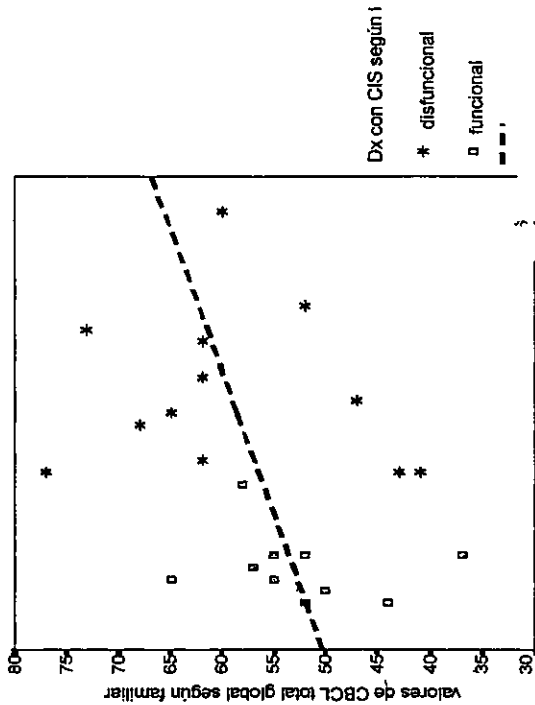


Correlación de la escala CIS según el paciente y su familiar

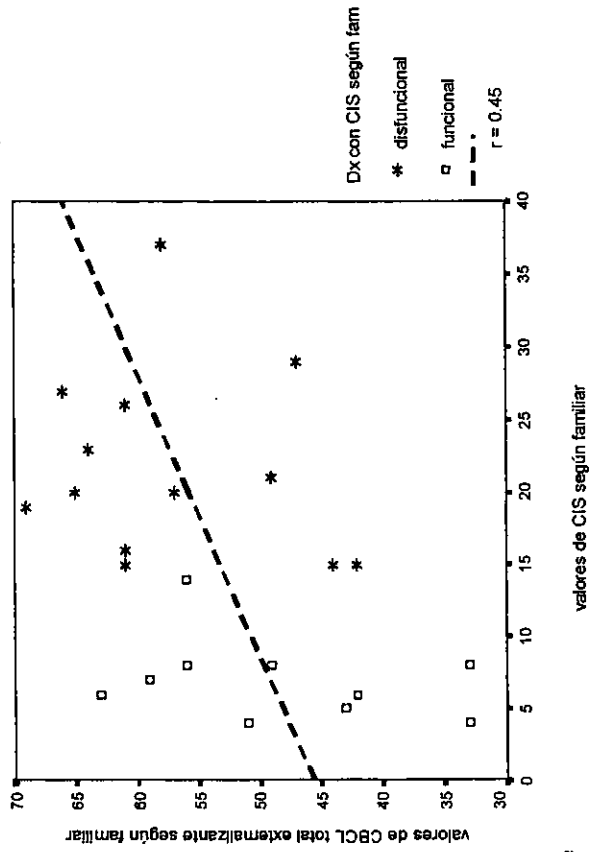




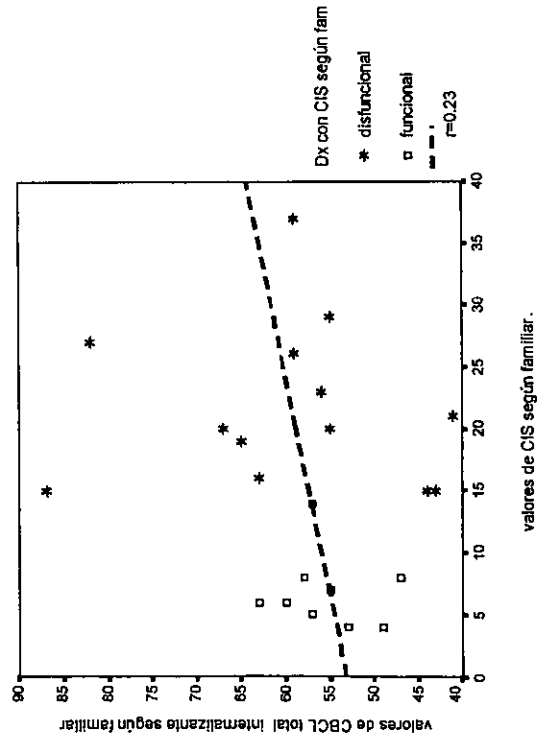
Correlación entre la escala de CBCL total global y la escala CIS según el familiar



Correlación entre CBCL externalizante y la escala de CIS según el familiar



Correlación entre CBCL internalizante y la escala de CIS según el familiar



valores de CIS obtenidos por el far

0 = Falso(hasta donde ud. sabe)

1 = De alguna manera ó algunas veces es verdad

2 = Muy cierto ó a menudo cierto

- 0 1 2 57. Ataca físicamente a otras personas.
- 0 1 2 58. Se mete los dedos en la nariz, se raspa la piel u otras partes del cuerpo con las uñas. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 59. Juega con sus partes sexuales (genitales) en público.
- 0 1 2 60. Juega demasiado con sus partes sexuales.
- 0 1 2 61. Rendimiento escolar bajo.
- 0 1 2 62. Es torpe, poco coordinado.
- 0 1 2 63. Prefiere jugar con niños(as)/muchachos(as) mayores que él(ella).
- 0 1 2 64. Prefiere jugar con niños(as)/muchachos(as) menores que él(ella).
- 0 1 2 65. Rehusa hablar.
- 0 1 2 66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 67. Se fuga de su casa.
- 0 1 2 68. Grita mucho.
- 0 1 2 69. Es reservado; mantiene sus cosas en secreto.
- 0 1 2 70. Ve cosas que no están. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 71. Muy vergonzoso, se avergüenza con facilidad.
- 0 1 2 72. Prende fuegos. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 73. Problemas sexuales. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 74. Le gusta lucirse, llamar la atención o hacerse el gracioso.
- 0 1 2 75. Tímido.
- 0 1 2 76. Duerme menos que la mayoría de los niños(as)/muchachos(as).
- 0 1 2 77. Duerme más que la mayoría de los niños(as)/muchachos(as) durante el día y/o la noche. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 78. Embarra ó juega con excremento (caca).
- 0 1 2 79. Tiene problemas para hablar o de pronunciación. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 80. Se queda mirando al vacío.
- 0 1 2 81. Roba en la casa.
- 0 1 2 82. Roba fuera de la casa.
- 0 1 2 83. Almacena o guarda cosas que no necesita. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_

- 0 1 2 84. Se comporta de una manera extraña. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 85. Tiene ideas raras. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 86. Testarudo, malhumorado, de mal genio o irritable.
- 0 1 2 87. Su estado de ánimo o sentimientos cambia rápidamente.
- 0 1 2 88. Refunfuña mucho.
- 0 1 2 89. Desconfiado, receloso.
- 0 1 2 90. Blasfema o dice malas palabras.
- 0 1 2 91. Habla de quererse matar.
- 0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 93. Habla demasiado.
- 0 1 2 94. Se burla mucho de los demás.
- 0 1 2 95. Le dan rabieta o tiene mal genio.
- 0 1 2 96. Piensa demasiado sobre temas sexuales.
- 0 1 2 97. Amenaza a otros.
- 0 1 2 98. Se chupa el dedo.
- 0 1 2 99. Se preocupa demasiado por la limpieza y el orden.
- 0 1 2 100. No duerme bien. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 101. Falta a la escuela sin motivo.
- 0 1 2 102. Poco activo, lento o falto de energía.
- 0 1 2 103. Infeliz, triste o deprimido.
- 0 1 2 104. Ruidoso o "bocón".
- 0 1 2 105. Toma alcohol; usa drogas. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 106. Vandalismo como destruir ventanas, carros u otras cosas.
- 0 1 2 107. Se orina encima durante el día.
- 0 1 2 108. Se orina en la cama.
- 0 1 2 109. Se queja o lamenta mucho.
- 0 1 2 110. Desearía ser del sexo opuesto.
- 0 1 2 111. Ensimismado, retraído, no se relaciona con los demás.
- 0 1 2 112. Se preocupa demasiado por todo.
113. Dígame cualquier otro problema que su hijo(a) tenga y que no ha sido mencionado.
- 0 1 2 \_\_\_\_\_
- 0 1 2 \_\_\_\_\_
- 0 1 2 \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación hay una lista de comportamientos o de sentimientos que se observan en los niños. Si alguno de ellos describe a su hijo(a) durante los últimos seis meses, haga un círculo alrededor del número 2 si ocurre frecuentemente o si es bien cierto, y un círculo alrededor del número 1 si le aplica a su hijo(a) solamente algunas veces. Si según usted puede afirmar que no es cierto o no se ha observado nunca durante los últimos seis meses, haga un círculo alrededor del 0. Por favor conteste todas las frases lo mejor que Ud. pueda, aunque algunas frases parezcan no relacionadas a su niño(a).

falso(hasta donde ud. sabe)

1 = De alguna manera ó algunas veces es verdad

2 = Muy cierto ó a menudo cierto

1	2	1.	Actúa como un niño menor de su edad.	0	1	2	30.	Le da miedo ir a la escuela.
1	2	2.	Padece de alergias (diga a qué): _____.	0	1	2	31.	Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo.
1	2	3.	Discute mucho.	0	1	2	32.	Siente que tiene que ser perfecto.
1	2	4.	Padece de asma.	0	1	2	33.	Siente o se queja de que nadie lo quiere.
1	2	5.	Se comporta como si fuera del sexo opuesto.	0	1	2	34.	Siente que los demás le quieren perjudicar o fastidiar.
1	2	6.	Se hace pupu o caca fuera del baño.	0	1	2	35.	Se siente inferior y como que no vale nada.
1	2	7.	Es jactancioso, engreído.	0	1	2	36.	Se da golpes a menudo, tiene muchos accidentes.
1	2	8.	No se puede concentrar o prestar atención por mucho rato.	0	1	2	37.	Se mete mucho en peleas.
1	2	9.	No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos: está obsesionado (DESCRIBA): _____	0	1	2	38.	Los demás lo fastidian o se burlan de él a menudo.
1	2	10.	No se puede estar quieto es inquieto o hiperactivo.	0	1	2	39.	Se junta con niños/muchachos(as) que se meten en problemas.
1	2	11.	Es demasiado dependiente o apegado a los adultos.	0	1	2	40.	Oye cosas que no existen. (DESCRIBA): _____
1	2	12.	Se queja de que se siente solo.	0	1	2	41.	Es impulsivo o actúa sin pensar.
1	2	13.	Confuso, como en las nubes.	0	1	2	42.	Le gusta estar solo.
1	2	14.	Llora mucho.	0	1	2	43.	Dice mentiras o hace trampas.
1	2	15.	Es cruel con los animales.	0	1	2	44.	Se muerde las uñas.
1	2	16.	Es abusador, cruel o malo con los demás.	0	1	2	45.	Es nervioso, tenso.
1	2	17.	Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos.	0	1	2	46.	Tiene movimientos nerviosos, tics, (DESCRIBA): _____
1	2	18.	Se hace daño a sí mismo deliberadamente o intenta suicidarse.	0	1	2	47.	Le dan pesadillas.
1	2	19.	Exige mucha atención.	0	1	2	48.	No le cae bien a otros niños/muchachos(as).
1	2	20.	Destruye sus propias cosas.	0	1	2	49.	Padece de estreñimiento.
1	2	21.	Destroza las pertenencias de sus familiares o las de otros niños.	0	1	2	50.	Es demasiado ansioso o le da mucho miedo.
1	2	22.	Desobedece en la casa.	0	1	2	51.	Se siente mareado.
1	2	23.	Desobedece en la escuela.	0	1	2	52.	Se siente culpable por cualquier cosa.
1	2	24.	No come bien.	0	1	2	53.	Come demasiado.
1	2	25.	Ne se lleva bien con otros niños/ muchachos(as).	0	1	2	54.	Se cansa demasiado.
1	2	26.	No parece sentirse culpable después de portarse mal.	0	1	2	55.	Exceso de peso.
1	2	27.	Se pone celoso fácilmente.	0	1	2	56.	Problemas físicos sin causa médica conocida:
1	2	28.	Come o bebe cosas que no son comida (diga qué): (no incluya golosinas) _____	0	1	2	a.	Dolores o molestias.
1	2	29.	Tiene miedo a ciertos animales, situaciones, o lugares (NO INCLUYA LA ESCUELA) (DESCRIBA): _____	0	1	2	b.	Dolores de cabeza.
				0	1	2	c.	Ganas de vomitar, náusea.
				0	1	2	d.	Problemas con sus ojos (Describe)
				0	1	2	e.	Urticaria o erupciones de la piel
				0	1	2	f.	Dolores de estómago o retortijones.
				0	1	2	g.	Vómito.
				0	1	2	h.	Otros (Describe): _____

**ESCALA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE COLUMBIA  
(ADULTOS)**

**INSTRUCCIONES: LEA CON CUIDADO LAS FRASES QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION Y MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE INDIQUE LO QUE USTED CREE QUE LE OCURRE A SU HIJO EN CADA SITUACION.**

**SU HIJO (A)**

1. CUANDO HACE ALGO QUE NO DEBE HACER, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
2. PARA LLEVARSE BIEN CON SU MAMA, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
3. PARA LLEVARSE BIEN CON SU PAPA, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
4. CON LA TRISTEZA Y CON LA INFELICIDAD, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
5. CON SU CONDUCTA EN LA ESCUELA (O EL TRABAJO), TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
6. PARA DIVERTIRSE, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
7. PARA LLEVARSE BIEN CON PERSONAS MAYORES QUE NO SON SUS PAPAS, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
8. CON LA PREOCUPACION O EL NERVIOSISMO, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
9. PARA LLEVARSE BIEN CON SU(S) HERMANOS(AS), TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
10. PARA LLEVARSE BIEN CON OTROS NIÑOS DE SU MISMA EDAD, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
11. PARA PARTICIPAR EN DEPORTES Y PASATIEMPOS, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
12. PARA HACER SUS TAREAS ESCOLARES (SU TRABAJO), TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS
13. CON SU CONDUCTA EN LA CASA, TIENE  
A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

NOMBRE DEL NIÑO(A) \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

CONTESTO: PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

**ESCALA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE COLUMBIA  
(NIÑOS)**

**INSTRUCCIONES: LEE CON CUIDADO LAS FRASES QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACION Y MARCA CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE INDIQUE LO QUE TU CREEES QUE OCURRE EN LAS DIFERENTES SITUACIONES QUE SE MENCIONAN**

1. CUANDO HAGO ALGO QUE NO DEBO HACER, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

2. PARA LLEVARME BIEN CON MI MAMA, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

3. PARA LLEVARME BIEN CON MI PAPA, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

4. CON LA TRISTEZA E INFELICIDAD, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

5. CON MI CONDUCTA EN LA ESCUELA (O EL TRABAJO), TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

6. PARA DIVERTIRME, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

7. PARA LLEVARME BIEN CON LAS PERSONAS MAYORES QUE NO SON MIS PAPAS, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

8. CON LA PREOCUPACION O EL NERVIOSISMO, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

9. PARA LLEVARME BIEN CON MI(S) HERMANOS(AS), TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

10. PARA LLEVARME BIEN CON OTROS NIÑOS DE MI EDAD, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

11. PARA PARTICIPAR EN DEPORTES Y PASATIEMPOS, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

12. PARA HACER MIS TAREAS ESCOLARES (MI TRABAJO), TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

13. CON MI CONDUCTA EN CASA, TENGO

A) MUY POCOS PROBLEMAS B) POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E) MUCHOS PROBLEMAS

NOMBRE DEL NIÑO(A) \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL PARA PACIENTES CON LUPUS  
ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)

Para ser contestado por el Padre o Tutor.

1. Sobre el paciente:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

2. Sobre el Padre o tutor

Nombre completo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

3. Sobre la enfermedad

Hace cuanto le dieron el diagnostico? \_\_\_\_\_

Desde cuando acude a la Consulta externa? \_\_\_\_\_

Hace cuanto fue el último internamiento? \_\_\_\_\_

Qué motivo el último internamiento? \_\_\_\_\_

Ha presentado recaídas en los últimos seis meses?

Conoce el tratamiento de su paciente? \_\_\_\_\_

Que tratamiento esta recibiendo? \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Tan Em , Cohen AS, Fires JF, et al The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 1271-1277.
- 2.-Villardell M, Ordi J, Lupus Eritematoso Sistémico. En: Rozman C, Farreras P, eds. *Medicina Interna*. Madris Mosby/Doyma, 1995: 1090-1096.
- 3.-Cervera R, Khamashta M, Fonst J, et al. Sustemic lupus erythematosus clinical and inmunologic patterns of disaese expersion in cohor of 1000 patients. *Medicine* 1971; 50:85-95.
- 4.-Seguí J, Trastornos psicopatológicos en el LES [tesis doctoral] Barcelona: Universidad de Barcelona. 1980
- 5.-Carbotte R, Denburg S, Prevalence of cognitive impairment in SLE. *J Nerv Ment Dis*. 1986; 174: 357-364.
- 6.-Lim L, Ron MA, Ormenrod IEC et al. Psychiatric and neurological amnifestation in SLE *QJ Med* 1988; 249: 27-38.
- 7.-Lim L., Lee T, Poey M. Psychiatric manifestation of systemic lupus erythematosus in Singaopuore. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 520-523.
- 8.-Nollel D, Herreman G, Pette JC, Les troubles psychiques au cour de l' evolution du LES *Press Med* 1985; 14: 401-404.
- 9.-Goodwin JM, Goodwin JS, Keller R, Psychiatric syntoms in disliked medical patients *JAMA* 1979 ; 241: 1117-1121.
- 10.-Engel GL, A life setting to illnes : The giving-up\_given-up. *Ann Intern Med* 1968; 69 : 293-2
- 11.- Saucedá JM, Lara TO, Fajardo A, et al. La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malfomaciones craneales. *Gac Med Mex Vol* 133 No. 3 : 203-209
- 12.-McCune JM, Globus J: Neurpsychiatric Lupus. *Rheum Dis Clin North Am*, 14(1): 149-167, 1988.
- 13.-Bersnihan B. *CNSLupus Clin Rheum Dis*, 8:188-195, 1982.
- 14.-Montenegro H. Salud Mental del escolar . Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años Santiago: Centro de Estudios de desarrollo y Estimulación Psicosocial.
- 15.-Harris E, Canning R, Keller K. A comparison of measures of adjustment, symptoms, and impariment among children with chronic medical conditions. *J.Am.Acad Child psychology* 1982, 10.325-326.
- 16.- Costello E, Costello A, Edelborock C. Y col. Psychiatric disorders en peditric primary care (prevalence and risk factors). *Arch Gen Psychiatry*.188.45:1107-1116
- 17.-Cicheti D. Assessing inter-rater reliability for rating scales resolving some basic issues, *Br J Psychoatry* 1976, 129: 452-456.
- 18.-Bird HR, Canino G, Gould Ms y col. Use of the child behavior checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*. 1987,26: 207-213.
- 19.-Hector R. Bird: The Columbia Impairmente Sacale(CIS): Pilot Findings On A Measure of Global Impairment For Children And Adolescents; *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3; 167-176.1993.