

11227



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

UMAE Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret"  
Centro Médico Nacional La Raza

"Prevalencia de la Ansiedad en Pacientes con  
Esclerodermia"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA INTERNA

PRESENTA

DR. ROMÁN SAYNES MARÍN.

ASESOR: DR. JOSÉ ALFREDO ALFARO MEJÍA.



México, D.F. 2005

m346193



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.

HOJA DE APROBACION

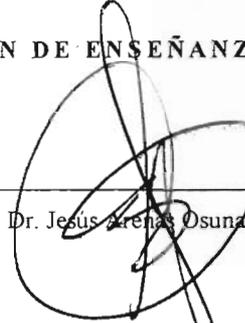
PROFESOR TITULAR



Dr. Raúl Ariza Andraca



JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Dr. Jesús Arenas Osuna



PROFESOR ASESOR



Dr. José Alfredo Alfaro Mejía

INVESTIGADOR ASOCIADO



Dr. Román Saynes Marín

**Agradecimientos**

A DIOS por concederme la oportunidad y guiarme hacia la meta que tiene planeada para mí.

A MIS PADRES y en especial a mi MADRE por darme la vida y prodigarme su amor y cuidados incondicionales, por los sacrificios realizados para verme convertido en una persona íntegra y un profesionalista cabal.

A MIS PROFESORES que con su tiempo, profesionalismo y guía me permiten ver culminada una fase más en mi vida.

En especial al DR. RAUL ARIZA ANDRACA por haber confiado en mí y haberme brindado la oportunidad de cursar mi residencia en esta sede.

A MIS COMPAÑEROS con quienes comparti días y meses difíciles y que hoy compartimos también la alegría de haber culminado nuestra

especialidad.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Román Sayres Marín  
FECHA: 27- July -05  
FIRMA: [Signature]

INDICE

Introducción.....	5
Resumen.....	8
Antecedentes Científicos.....	10
Esclerodermia.....	13
Material y Método.....	16
Análisis Estadístico.....	18
Resultados.....	18
Discusión.....	23
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	27
ANEXOS.....	30

### *Introducción*

La ansiedad se define como un estado de miedo o sentimiento subjetivo de aprehensión que se acompaña de signos y síntomas de sobre activación autonómica, alteraciones psicológicas y cognitivas, donde no existe un factor precipitante identificado <sup>(1)</sup>. De acuerdo a la psicología Freudiana, la ansiedad es un signo de un conflicto intrasíquico usualmente entre el inconsciente y una prohibición aprendida. Estudios más recientes han dado luz a la teoría de circuitos neuro-hormonales y biología molecular como causantes de muchas de las manifestaciones de ansiedad y la acción de los medicamentos ansiolíticos <sup>(1,3)</sup>.

En los estudios epidemiológicos, los Trastornos de ansiedad son los más frecuentes trastornos psiquiátricos en la población general. Heltzer et al (1987)<sup>(4)</sup> informaron una tasa de prevalencia de

Trastorno de estrés post traumático de 1% para la población general, 3,5% en expuestos a ataque físico o veteranos de Vietnam. Schwab et al (1966) informaron que 20% de los pacientes admitidos en una unidad médica presentaban algún grado de ansiedad <sup>(5)</sup>. Según el mayor estudio epidemiológico realizado hasta la fecha (Meyers, Weissman y Tischler, 1984; Weissman, 1985), los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población general afectando al 8,9% de la población. Si se tiene en cuenta que los síntomas son más frecuentes que los trastornos, otro 11% de la población padece síntomas de ansiedad importantes. Así, parece que, en total, un 20% de la población puede llegar a sufrir trastornos o síntomas significativos de ansiedad (Pasnau, 1987). <sup>(1)</sup>

DuPont y colaboradores en el Instituto para la Salud y Personalidad, en Meryland, Estados Unidos en un estudio de estimación de costos, reportaron que la ansiedad afecta en los Estados Unidos alrededor de 26,9 millones de personas que en 1990 representaban unos \$46,5 billones de dólares, de los cuales menos de la cuarta parte estaban destinados directamente a su tratamiento médico, y más de tres cuartas partes se atribuyó a pérdidas o disminución en la productividad laboral. <sup>(6)</sup>

La literatura además resalta que la prevalencia de trastornos siquiátricos está subestimada por falta de un diagnóstico oportuno, como lo demuestra el hecho de que solo un 30% de los pacientes con depresión o ansiedad se encuentran bajo tratamiento psicoterápico o farmacológico. <sup>(7)</sup>

La ansiedad y la depresión pueden ser el primer síntoma de una enfermedad

médica tanto psiquiátrico como no psiquiátrica. Wells (1988) encontró que la asociación entre Trastornos de ansiedad y condiciones médicas crónicas se desarrolla más rápido que con otros trastornos psiquiátricos <sup>(8)</sup>. Antes Hall (1980) describió condiciones médicas que ocasionaban ansiedad, predominantemente las neurológicas y endocrinológicas, trastornos reumáticos-vasculares y circulatorios (12%) <sup>(9)</sup>.

Kessler y colaboradores en un estudio multicéntrico realizado en los Estados Unidos de América en un estudio encaminado a detectar la prevalencia de trastornos siquiátricos en pacientes con enfermedades crónicas, encontraron una prevalencia de trastornos siquiátricos en 44.9% de los pacientes con artritis (enfermedades reumatológicas y osteoartritis) con un OR de 1.6-3.5 para los diferentes trastornos de ansiedad que además se relacionó con pérdidas

laborables de 4 días al mes en promedio.

(11)

La esclerosis sistémica o esclerodermia es otra enfermedad sistémica del tejido conectivo la cual puede afectar a múltiples órganos y sistemas y que a su vez puede influir en aspectos emocionales de los pacientes portadores de la enfermedad; se caracteriza por alteraciones microvasculares y depósitos masivos de colágena en diferentes partes del cuerpo <sup>(13,14)</sup>, con una evolución

variable pudiendo afectar a la piel, sistema músculo esquelético, riñones, pulmones, corazón y tracto gastrointestinal <sup>(13,14,15)</sup>.

La esclerodermia comparte características clínicas de incapacidad, alteraciones estéticas y dolor como otras enfermedades reumatológicas asociándose a su vez a alteraciones siquiátricas como depresión y ansiedad <sup>(17,18)</sup>.

## “Prevalencia de la Ansiedad en Pacientes con Esclerodermia “

### Resumen.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de la ansiedad en los paciente con esclerodermia, en el Servicio de Medicina Interna de la UMAE Especialidades “ Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Medico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social

**Material y Método:** Se captaron a los pacientes con diagnóstico clínico de esclerosis sistémica entre el mes de Enero y Abril del 2005 en el área de Consulta Externa del Servicio de Medicina Interna de la UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se calculó un tamaño muestral de 68 pacientes permitiendo un error de 0.05 y una potencia del 80 %. A cada paciente se le aplicó la escala de Ansiedad de Hamilton; así mismo, se registraron los datos demográficos y clínicos de la esclerodermia y enfermedades comórbidas registrados en el expediente clínico. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión así como una prueba de correlación de Spearman entre las variables analizadas.

**Resultados:** Se analizaron 98 pacientes 90 (91.8 %) de los cuales fueron mujeres y 8 (8.2 %) fueron hombres, la media de edad fue de 49.99 años (SD 12.8, Rango de 22-80 años) con una distribución no normal como lo muestran los percentiles P25 (39 años), P50 (51 años) y P75 (57 años); 51 pacientes (52 %) presentaron algún grado de ansiedad, y de estos 20 (20.4 %) presentaron Ansiedad Leve, 13 (13.3 %) ansiedad moderada y 14 (14.3 %) Ansiedad Severa.

**Discusión:** Las características epidemiológicas en nuestros pacientes es compatible con los datos reportados en la literatura universal, los hallazgos del estudio apoya que la ansiedad en un trastorno muy frecuente en los pacientes con esclerodermia. Se intentó correlacionar las diferentes variables epidemiológicas y de comorbilidad con la presencia del trastorno psiquiátrico sin embargo no se obtuvieron grupos lo suficientemente homogéneos para su correcto análisis; sin embargo este análisis sugirió que la presencia de comorbilidad y la extensión del involucro orgánico pudiesen estar relacionadas con la presencia de este trastorno.

**Conclusiones:** Se concluye que no existen en nuestro país estudios al respecto sobre ansiedad en pacientes con esclerosis, que en la literatura Universal el presente es el estudio más grande a este respecto, que la ansiedad es un trastorno psiquiátrico muy frecuente en los pacientes con esclerosis sistémica y se sugiere la realización de un estudio de cohorte o una serie de casos y controles más amplia para determinar posibles correlaciones.

**Palabras claves:** Ansiedad, Esclerodermia, comorbilidad.

**Summary.**

**Objective:** To know the frequency of anxiety in the patient with scleroderma in the Internal Medicine Service of the UMAE " Dr Antonio Fraga Mouret ", Centro Medico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Material and Method:** We collected the patients with clinical diagnosis of Systemic sclerosis between January and April 2005 from external consultation in the Internal Medicine Service of the UMAE Specialties " Dr Antonio the Fraga Mouret ", who fulfilled the inclusion and exclusion criteria. A so large sample of 68 patients calculated allowing an error of 0,05 and power of 80 %. We applied the Hamilton's Anxiety scale to each patient; both the demographic and clinical data of scleroderma and comorbidity were registered. We calculated measures of central tendency and dispersion as well as a correlation of Spearman test between the analyzed variables.

**Results:** We collected and analyzed 98 patients, 90 (91,8 %) were women and 8 (8,2 %) were men, the age average was of 49,99 years (SD 12,8, Rank of 22-80 years) with a non normal distribution as they show the percentiles P25 (39 years), P50 (51 years) and P75 (57 years); 51 patients (52 %) presented some degree of anxiety, 20 (20,4 %) of them displayed slight anxiety, 13 (13,3 %) moderate anxiety and 14 (14,3 %) severe anxiety.

**Discussion:** The epidemiological characteristics in our patients are compatible with the records reported in universal literature, the findings of the study supports that the anxiety is a very frequent ill in patients with systemic sclerosis. It was tried to correlate between both epidemiological variables and from comorbidity with the presence of the psychiatric ill nevertheless groups did not obtain themselves the sufficiently homogenous thing for their correct analysis; nevertheless this analysis suggested that comorbidity and the extension of organic involve could be related to the presence of anxiety.

**Conclusions:** We conclude that it does not exist any study of anxiety in patients with systemic sclerosis in our country , in Universal Literature it is the greatest study in this respect, the anxiety is a very frequent psychiatric ill in the patients with scleroderma and we suggest an accomplishment study of cohort or cases and controls studies to determine possible correlations.

**Key words:** Anxiety, scleroderma, comorbidity.

### Antecedentes Científicos

La ansiedad se define como un estado de miedo o sentimiento subjetivo de aprehensión que se acompaña de signos y síntomas de sobre activación autonómica, alteraciones psicológicas y cognitivas, donde no existe un factor precipitante identificado <sup>(1)</sup>. La ansiedad y el miedo comparten características psicológicas y subjetivas y existe un gran debate sobre como distinguirlos. El miedo, fue descrito por Walter Cannon en 1920's y es generalmente vista como una reacción de pánico, mientras que la ansiedad es un sentimiento de miedo fuera de toda proporción a cualquier situación identificable o no<sup>(2)</sup>. Jaspers definió la ansiedad como "un estado psicológico primario, análogo a la angustia vital y ligada a sensaciones corporales y a un sentimiento vivaz de inquietud, estado afectivo de excitación interior" <sup>(3)</sup>. La

ansiedad puede presentarse de forma aguda o crónica, la primera como una señal de alarma o pánico, severa y de corta duración, y la segunda como una experiencia constante, crónica, que produce en la persona un estado de hipervigilancia. Cuando la ansiedad es persistente y recurrente se define como un Trastorno de ansiedad generalizada; cuando se manifiesta como episodios súbitos y repetitivos de pánico se denomina trastorno de Pánico <sup>(1,3)</sup>.

De acuerdo a la psicología Freudiana, la ansiedad es un signo de un conflicto intrasíquico usualmente entre el inconsciente y una prohibición aprendida. Estudios más recientes han dado luz a la teoría de circuitos neuro-hormonales y biología molecular como causantes de muchas de las manifestaciones de

ansiedad y la acción de los medicamentos ansiolíticos<sup>(1,3)</sup>.

En los estudios epidemiológicos, los Trastornos de ansiedad son los más frecuentes trastornos psiquiátricos en la población general. Heltzer et al (1987)<sup>(4)</sup> informaron una tasa de prevalencia de Trastorno de estrés post traumático de 1% para la población general, 3,5% en expuestos a ataque físico o veteranos de Vietnam. Schwab et al (1966) informaron que 20% de los pacientes admitidos en una unidad médica presentaban algún grado de ansiedad<sup>(5)</sup>. Según el mayor estudio epidemiológico realizado hasta la fecha (Meyers, Weissman y Tischler, 1984; Weissman, 1985), los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población general afectando al 8,9% de la población. Si se tiene en cuenta que los síntomas son más frecuentes que los trastornos, otro 11% de

la población padece síntomas de ansiedad importantes. Así, parece que, en total, un 20% de la población puede llegar a sufrir trastornos o síntomas significativos de ansiedad (Pasnau, 1987).<sup>(1)</sup>

DuPont y colaboradores en el Instituto para la Salud y Personalidad, en Meryland, Estados Unidos en un estudio de estimación de costos, reportaron que la ansiedad afecta en los Estados Unidos alrededor de 26,9 millones de personas que en 1990 representaban unos \$46,5 billones de dólares, de los cuales menos de la cuarta parte estaban destinados directamente a su tratamiento médico, y más de tres cuartas partes se atribuyó a pérdidas o disminución en la productividad laboral.<sup>(6)</sup>

La literatura además resalta que la prevalencia de trastornos siquiátricas está subestimada por falta de un diagnóstico oportuno, como lo demuestra el hecho de

que solo un 30% de los pacientes con depresión o ansiedad se encuentran bajo tratamiento psicoterápico o farmacológico.<sup>(7)</sup>

La ansiedad y la depresión pueden ser el primer síntoma de una enfermedad médica tanto psiquiátrica como no psiquiátrica. Wells (1988) encontró que la asociación entre Trastornos de ansiedad y condiciones médicas crónicas se desarrolla más rápido que con otros trastornos psiquiátricos<sup>(8)</sup>. Antes Hall (1980) describió condiciones médicas que ocasionaban ansiedad, predominantemente las neurológicas y endocrinológicas, trastornos reumáticos-vasculares y circulatorios (12%)<sup>(9)</sup>. La comorbilidad de enfermedades psiquiátricas entre las que la depresión y la ansiedad son las más frecuentes está presente en casi la tercera parte de los pacientes con enfermedades reumatológicas. Está se ha asociado

fuertemente a la presencia de discapacidad, incremento en los costos de atención en salud y mayor riesgo de mortalidad, sin embargo los estudios hasta el momento han sido muy heterogéneos. Un estudio realizado por Lowe Bernd y colaboradores en la Universidad de Heidelberg, Alemania, que incluyó a 356 pacientes con enfermedades reumatológicas encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad o depresión en el 24,3% de ellos. Así mismo se observó que la severidad del trastorno psiquiátrico moderado o severo incrementaba la discapacidad de un 4,8% a un 16.7% y de un 24.6% a un 50% respectivamente en los pacientes con enfermedades reumatológicas.<sup>(7)</sup>

En el estudio de Enfermedades Neuropsiquiátricas en Pacientes con Lupus Eritematoso sistémico de San Antonio (SALUD) que incluyó 128 pacientes, se

encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad en 27 de ellos (24%).<sup>(10)</sup>

Kessler y colaboradores en un estudio multicéntrico realizado en los Estados Unidos de América en un estudio encaminado a detectar la prevalencia de trastornos siquiátricos en pacientes con enfermedades crónicas, encontraron una prevalencia de trastornos siquiátricos en 44.9% de los pacientes con artritis (enfermedades reumatológicas y osteoartritis) con un OR de 1.6-3.5 para los diferentes trastornos de ansiedad que además se relacionó con pérdidas laborales de 4 días al mes en promedio.<sup>(11)</sup>

La psoriasis es otra enfermedad inmunológica crónica de la piel y las articulaciones que tiene un impacto negativo sobre el aspecto físico, mental y psicosocial de los pacientes. Aunque generalmente la psoriasis no se considera una enfermedad con alta mortalidad, el

paciente se siente estigmatizado lo que lo lleva a presentar depresión e ideación suicida en más del 5% de los casos, así como ansiedad hasta en una tercera parte de los pacientes.<sup>(12)</sup>

### **Esclerodermia.**

La esclerosis sistémica o esclerodermia es otra enfermedad sistémica del tejido conectivo la cual puede afectar a múltiples órganos y sistemas y que a su vez puede influir en aspectos emocionales de los pacientes portadores de la enfermedad; se caracteriza por alteraciones microvasculares y depósitos masivos de colágena en diferentes partes del cuerpo<sup>(13,14)</sup>, con una evolución variable pudiendo afectar a la piel, sistema músculo esquelético, riñones, pulmones, corazón y tracto gastrointestinal<sup>(13,14,15)</sup>. Su presentación es a partir del tercer y quinto decenio, pero también puede parecer en la edad

pediátrica, afecta preferentemente al sexo femenino teniendo una relación 3:1 sobre los hombres, afecta también a la raza negra. No se ha encontrado una etiología de la misma, sin embargo se ha asociado a carga genética<sup>(13,15)</sup>, ha trabajado en carbón y oro, exposición a resinas epoxi e hidrocarburos aromáticos, como benceno, tolueno, tricloroetileno (como lo demuestra un Metanálisis realizado por Aryal, Khuder y Schuab en los estados Unidos de Norteamérica en el año 2001, los cuales encontraron un riesgo relativo estimado del 2,91)<sup>(16)</sup>.

La clasificación de la esclerodermia incluye una clara distinción entre una enfermedad localizada y una enfermedad generalizada.

I. *La esclerodermia cutánea limitada*, aquí existe un engrosamiento cutáneo simétrico limitado a las zonas distales de las extremidades y la cara, por lo regular esta forma

suele presentar características del síndrome de CREST (calciosis, fenómeno de Raynaud, alteraciones en la motilidad esofágica, esclerodactalia y telangiectasias). Existe una alta incidencia de hipertensión pulmonar con o sin fibrosis pulmonar. Así como una alta incidencia de anticuerpos anticentrómero (ACA) en un 70-80 %. Estos pacientes tienen una supervivencia de un 90% a los 5 años y 75% a los 10 años con una buena evolución.

II. *La esclerodermia cutánea difusa*, en la que hay un engrosamiento cutáneo simétrico en las zonas proximales y distales de las extremidades, la cara y el tronco. Existe de manera temprana una alta incidencia de afectación pulmonar intersticial, renal, intestinal y miocárdica; una ausencia de ACA

pero con presencia de Anticuerpos anti-topoisomerasa en un 30% de los casos. Teniendo una supervivencia a 5 años de un 70% y a los 10 años de un 55%

III. Otra forma menos frecuente es *esclerosis sistémica sin esclerodermia*, caracterizada por la presencia de manifestaciones vasculares típicas y fibrosis visceral sin esclerosis de la piel, la cual afecta principalmente órganos internos y se manifiesta como hipertensión arterial pulmonar ó cirrosis biliar. Tiene una supervivencia del 80% a 5 años (13,15).

Para su identificación se han identificado criterios publicados en *American Collage Of Rheumatology*.

#### A. CRITERIOS MAYORES

a) Alteraciones cutáneas esclerodermiformes de ambas

manos y afectación de alguna articulación metacarpofalángicas proximal o de toda la extremidad, cara, cuello, tórax y abdomen

#### B. CRITERIOS MENORES

a) Esclerodactilia

b) Cicatrices con fóvea en los dedos, perdida de tejido blando de la punta de los dedos como resultado de la isquemia.

c) Fibrosis pulmonar basal bilateral, no atribuible a otra enfermedad pulmonar primaria.

El diagnostico se establece con un criterio mayor y dos menores.<sup>(13,14,15)</sup>

Estos criterios tienen una especificidad del 98% y una sensibilidad 97% más sin embargo muchos pacientes presentan la enfermedad y no cumplen los criterios en la clínica diaria, así fue demostrado en un estudio multicéntrico, prospectivo publicado por *Arthritis and Rheumatism*, en donde esta enfermedad también puede

presentarse con otro tipo de enfermedades reumatológicas del tejido conectivo, teniendo un síndrome de superposición.<sup>(14)</sup>

La esclerodermia comparte características clínicas de incapacidad, alteraciones estéticas y dolor como otras enfermedades reumatológicas asociándose a su vez a alteraciones siquiátricas como depresión y ansiedad<sup>(17,18)</sup>. Un estudio realizado por Cécile Legendre y colaboradores en Francia realizado a 42 pacientes con esclerodermia sistémica demostró una asociación del 64% de ansiedad en este tipo de pacientes, de los cuales 19% correspondía a una ansiedad severa, sin embargo los autores no encontraron que ésta se encontrara en relación con la extensión del involucro dérmico, orgánico o la incapacidad funcional<sup>(20)</sup>. En nuestro medio no existen estudios específicos de prevalencia de estos trastornos en

pacientes con esclerodermia lo que nos ha motivado a la realización del presente estudio, el cual pretende determinar *¿Cual es la prevalencia de ansiedad en pacientes con esclerodermia?*

### **Material y Método**

Se captaron a los pacientes con diagnóstico clínico de esclerodermia a través de la clínica de esclerodermia de la Consulta externa del servicio de Medicina Interna de la UMAE Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza. Se revisó expediente clínico para la recopilación de datos entre los cuales se incluirán características demográficas (edad, género) y clínicas de la enfermedad (tiempo de diagnóstico, clasificación, grado de esclerodermia), enfermedades concomitantes y estudios anatomopatológicos en el caso de existir.

A cada uno de los pacientes se les practicó de manera dirigida el cuestionario para diagnóstico de ansiedad de Hamilton el cual cuenta con 14 reactivos evaluados en diversos estudios de la literatura universal<sup>(18)</sup>.

Los Criterios de Inclusión fueron: 1) género masculino o femenino, 2) edad mayor o igual a 16 años, 3) que contaran con diagnóstico comprobado de esclerodermia, 4) todos los pacientes deberán ser tratados en la consulta Externa del Servicio de Medicina Interna de la UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” CMN La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social y 5) que contara con autorización de la carta de conocimiento informado. Los Criterios de no Inclusión fueron: 1) aquellos pacientes que se rehusaron al llenado del cuestionario, 2) que contaran con enfermedad psiquiátrica conocida no incluyendo ansiedad y/o depresión., 3)

pacientes en los cuales se encontrasen en estado crítico, como: con apoyo mecánico ventilatorio, con inestabilidad hemodinámica o que presenten alteraciones del estado de conciencia que les imposibilite contestar el cuestionario.

El presente protocolo ha sido diseñado en base a los principios éticos para la realización de Investigaciones Médicas en seres Humanos, adoptados por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendado por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea general Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y 52ª Asamblea general Edimburgo Escocia, octubre 2000.

Se calculó inicialmente un tamaño de muestra tomando en cuenta que la

población de pacientes con esclerodermia en el servicio de Medicina Interna de la UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” es de 250 pacientes, permitiendo un error estándar de 0.05; dándonos en tamaño de muestra de 68 pacientes.

**Análisis Estadístico.** Se utilizaron las mediciones de moda, media aritmética y desviación estándar y percentiles 25, 50 y 75 para la descripción de las variables demográficas (edad y género) así como el tipo de Esclerodermia, la presencia de comorbilidad y la frecuencia de ansiedad. Se estadificó así mismo el porcentaje de los grados de ansiedad y comorbilidad. Por último se realizó un análisis de correlación de Spearman para determinar las posibles relaciones entre variables. Para la realización de los análisis estadísticos enumerados previamente se utilizó el programa estadístico SPSS

versión 11 del 2001, y para la presentación de tablas y gráficos se emplearon los programas Excel XP y Hartad Graphics Versión 4.

### Resultados

Se analizaron un total de 98 pacientes con el diagnóstico de esclerosis sistémica (esclerodermia) en el periodo del mes de Enero a Abril del 2005 y que cumplían satisfactoriamente los criterios de inclusión y exclusión del presente protocolo, 90 (91.8 %) de los cuales fueron mujeres y 8 (8.2 %) fueron hombres con una relación Hombre:Mujer de 11.25:1 (Gráfico No.1). La media de edad fue de 49.99 años (SD 12.8, Rango de 22-80 años) con una distribución no normal como lo muestran los percentiles P25 (39 años), P50 (51 años) y P75 (57 años). El diagnóstico de esclerodermia se realizó exclusivamente por clínica en 18

pacientes (18.4%) y en el resto (80 pacientes, 81.6 %) se complementó por medio de biopsia de piel. En cuanto el tiempo de haberse realizado el diagnóstico la media fue de 8.36 años, con una SD de 6.45 años (Rango de 1-30 años) con percentiles P25 (4 años), P50 (7 años) y P75 (12 años), en las Tablas No.1 y 2 se resumen las características epidemiológicas de la muestra estudiada.

Desde el punto de vista del tipo de esclerodermia 29 pacientes (29,6 %) tenía una E. Cutánea Limitada, 64 pacientes (65.3 %) presentaban E. Difusa y 5 pacientes (5.1 %) tenían E. Localizada (Ver Tabla No. 3).

En cuanto a afectación a otros órganos diferentes de la piel, 55 pacientes (56 %) presentaron involucro, la media fue de 1.30 órganos afectado (SD 0.65, Rango de 1 a 4); por frecuencia los órganos involucrados fueron: Tubo digestivo 40 (40.8%) pacientes, Pulmón 25 (25.5 %)

pacientes, Riñón 15 (15.3 %) pacientes y Corazón 5(5.1 %) pacientes. (Ver Tabla No. 4).

En cuanto a comorbilidad, 75 pacientes (76.5%) presentaban patologías concomitantes con una media de 2.19 enfermedades (SD 1.59, Rango de 1-10) y una distribución no normal como lo muestran los P25, p50 y P75 (1 patología en los tres percentiles). El resumen de las mismas se encuentra en la Tabla No. 5.

En cuanto a la ansiedad 51 pacientes (52 %) presentaron algún grado de ansiedad, y de estos 20 (20.4 %) presentaron Ansiedad Leve, 13 (13.3 %) ansiedad moderada y 14 (14.3 %) Ansiedad Severa (Ver Gráfico No. 3). Se intentó correlacionar las diferentes variables epidemiológicas, de afectación a otros órganos y comorbilidad mediante prueba R de Spearman sin embargo no se obtuvieron grupos lo suficientemente homogéneos para su correcto análisis.

**Tabla No. 1. Epidemiología de Grupo Muestral**

	Edad (Años)	Tiempo de Diagnóstico (Años)	Involucro visceral (No. Órganos)	Comorbilidad (No. Enfermedades)
N (Pacientes)	98	98	98	98
Media	49.99	8.36	1.53	2.19
Mediana	51	7	2	2
Desviación Estándar	12.87	6.44	0.635	1.593
Mínimo	22	1	1	1
Máximo	80	30	4	10
Percentiles	25	39	4	1
	50	51	7	2
	75	57	12	3

**Gráfico No.1. Distribución por Género en Pacientes con Esclerosis Sistémica**

### Distribución por Género en Pacientes con Esclerodermia

*Servicio de Medicina Interna  
UMAE "Dr. Antonio Fraga Mouret"*

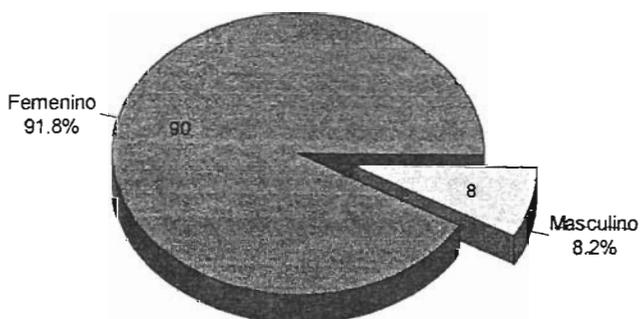
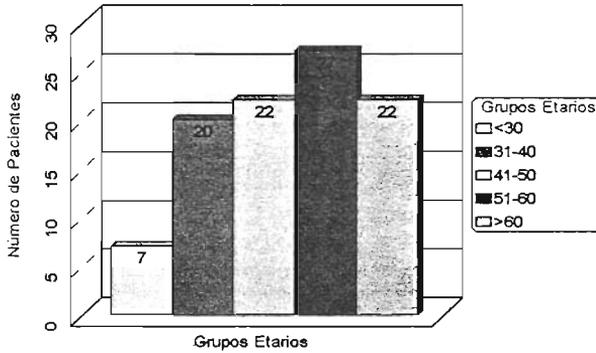


Grafico No. 2 Distribución por grupos etarios en Pacientes con Esclerosis Sistémica

**Distribución por Grupos de Edad en Pacientes con Esclerodermia**

Servicio de Medicina Interna  
UMAE "Dr. Antonio Fraga Mouret"



**Tabla 2. Tiempo de Diagnóstico de la Esclerodermia**

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1	4	4.1	4.1
2	11	11.3	15.4
3	5	5.1	20.5
4	8	8.23	28.73
5	6	6	34.73
6	8	8.23	42.96
7	10	10.2	53.16
8	7	7.1	60.26
9	4	4.1	64.36
10	8	8.23	72.59
11	1	1	73.59
12	5	5	78.59
13	2	2.1	80.69
14	4	4.1	84.79
15	5	5	89.79
16	1	1	90.79
17	2	2.1	92.89
18	1	1	93.89
22	1	1	94.89
25	3	3.1	97.99
29	1	1	98.99
30	1	1	99.99
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>99.99</b>	<b>99.99</b>

Tabla No. 3. Clasificación de Esclerosis Sistémica

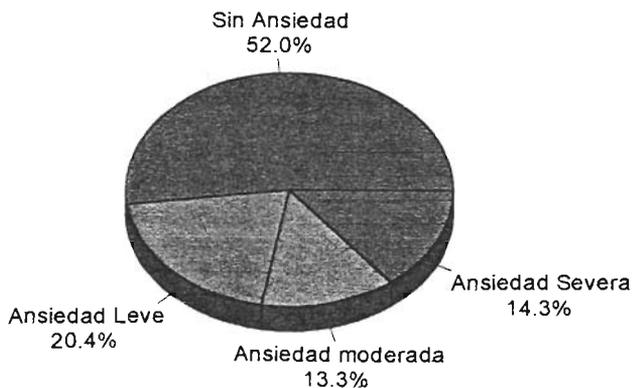
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Cutánea Limitada	29	29.6	29.6
Difusa	64	65.3	88.3
Limitada	5	5.1	100
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Gráfico No. 3. Frecuencia de Grados de ansiedad en Pacientes con Esclerosis

Sistémica

## ***Ansiedad en Pacientes con Esclerodermia***

*Sevicio de Medicina Interna  
"Dr. Antonio Fraga Mouret"*



**Discusión.**

El presente estudio encontró que las características epidemiológicas en nuestros pacientes es compatible con los datos reportados en la literatura universal, con discretas diferencias; así tenemos que la media de edad en nuestra población estudiada fue de 51 años (SD 12.8 años, Rango 22-80 años) comparado con las edades entre 35 – 65 años de la literatura <sup>(15)</sup> (Tabla No. 1 y 2). En lo referente a la relación de género se encontró en la población estudiada que esta es de 1:11,25 con predominancia en el sexo femenino la cual se ha reportado desde 1:4,2 en Pensilvania, E.U.A. (Steen y

colaboradores, 1963-1982) hasta 1:14,5 en Tokio, Japón (Tamaki y colaboradores, 1988); esta relación tan amplia pudiese estar explicada en parte por los cambios en los criterios diagnósticos de escleroderma de 1980 (Gráfico No. 1).

El objetivo principal del estudio fue el de identificar la presencia de ansiedad en pacientes con esclerosis sistémica para lo cual se incluyeron a 98 pacientes de la consulta de medicina interna de la UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”. Nuestra hipótesis principal - La frecuencia de ansiedad es mayor en pacientes con esclerodermia en relación a la reportada según la literatura médica en

**Tabla No. 4. Involucro Visceral en Pacientes con Esclerodermia**

Organos Involucrados	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado	Porcentaje Acumulado
Uno	35	35.7	63.6	63.6
Dos	12	12.2	21.8	85.4
Tres	7	7.1	12.8	98.2
Cuatro	1	1	1.8	100
<b>Subtotal</b>	<b>55</b>		<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Sin Involucro</b>	<b>43</b>	<b>44</b>		
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>		

población general – se derivó de otros estudios sobre trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades crónicas la cual oscila entre un 12 % 44.9 % <sup>(7-11)</sup>. Un estudio previo realizado en Francia que incluía a 42 pacientes con esclerodermia detectó la presencia de ansiedad hasta en 64% de los mismos <sup>(20)</sup> (Grafico No. 3).

Los hallazgos de nuestro estudio apoyan nuestra hipótesis, en nuestro grupo de pacientes encontramos que 51 pacientes (52 %) cumplían criterios según la escala de Hamilton para ansiedad y de éstos 13 pacientes (13,3%) presentaban ansiedad severa, lo cual es un poco menor a los datos encontrados en el estudio Francés, sin embargo la muestra empleada en el presente estudio es mayor a la estudiada por el grupo europeo lo que le confiere un mayor grado de precisión.

Se intentó correlacionar las diferentes variables epidemiológicas y de comorbilidad con la presencia del

trastorno psiquiátrico mediante el coeficiente de correlación de Spearman sin embargo no se obtuvieron grupos lo suficientemente homogéneos para su correcto análisis; sin embargo este análisis si nos orienta a que la presencia de comorbilidad y/o la extensión del involucro visceral pudiesen estar relacionados con la presencia y el grado de ansiedad con una  $p < 0.001$ . Ya lo inferíamos al momento de realizar el estudio, pero debido a que en nuestro país no se tenían estudios de proporciones o prevalencia de trastornos psiquiátricos en este tipo de pacientes era primeramente necesario medir la magnitud de los mismos y un análisis preliminar para el diseño de un nuevo estudio encaminado a determinar las posibles correlaciones involucradas; para lo cual se sugiere la realización de un estudio de cohorte a largo plazo.

Tabla No. 5. Comorbilidad en Pacientes con Esclerosis Sistémica				
Patología	No. Pacientes (n)	Porcentaje (%)	Pacientes c/ Ansiedad (n)	Pacientes s/Ansiedad (n)
Hipertensión Arterial Sistémica	21	21.42	13	8
Diabetes Mellitus	8	8.16	5	3
Artritis Reumatoide	3	3.06	1	2
Lupus Eritematoso	8	8.16	3	5
Dermatomiositis	3	3.06	0	3
Polimiositis	3	3.06	1	2
Síndrome de Sjögren	21	21.42	10	11
Menopausia	62	63.26	28	34
Otros	39	39.79		
• Adenoma Hipofisiario	8	-	-	-
• Hipotiroidismo	10	-	-	-
• Hipogonadismo	1	-	-	-
• Insuficiencia Suprarrenal	2	-	-	-
• Síndrome de malabsorción	1	-	-	-
• Cirrosis Biliar	2	-	-	-
• Gastritis	1	-	-	-
• ERGE	1	-	-	-
• Colitis	1	-	-	-
• Hernia Hiatal	2	-	-	-
• Hepatitis Autoinmune	1	-	-	-
• Litiasis Renoureteral	1	-	-	-
• Quiste Renal	1	-	-	-
• Miomatosis Uterina	2	-	-	-
• Quiste Ovárico	1	-	-	-
• Dislipidemias	4	-	-	-
• Osteoporosis	5	-	-	-
• Cardiopatías	3	-	-	-
• Insuficiencia Vascular	2	-	-	-
• Vitiligo	2	-	-	-
• Osteoartritis	2	-	-	-
• Atopias	1	-	-	-
• Hipoacusia Bilateral	1	-	-	-
• Hipotensión	2	-	-	-

### Conclusiones

Se pueden concluir los siguientes puntos:

1. No existen en nuestro país estudios al respecto sobre ansiedad en pacientes con esclerosis sistémica por lo que el presente trabajo es el primero en su tipo.
2. Dentro de la literatura Universal el presente es el estudio más grande que aborda la frecuencia de ansiedad en pacientes con esclerodermia.
3. La ansiedad es un trastorno psiquiátrico muy frecuente en los pacientes con esclerosis sistémica

en el servicio de Medicina Interna de la UMA Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”.

4. Se sugiere una correlación entre la presencia del involucro visceral, la presencia de comorbilidad y la edad y la presencia de ansiedad en estos pacientes, sin embargo no fue posible un análisis estadístico más asertivo debido a la falta de grupos más homogéneos que cumplan con los criterios estadísticos para su análisis. Por lo que se sugiere un estudio de cohorte o una serie de pacientes más amplia para su corroboración.

**Bibliografía.**

- 1.- Secin DR. Definition and Epidemiology. In: Secin DR, Rivera MB. *PAC Psiquiatría-2*. México: Intersistemas S.A. de C.V; 2000. p 8-14.
- 2.- Weinbeger DR. Anxiety at the frontier of molecular Medicine. *N Engl J Med* 2001;344(16):1247-49.
- 3.- Jaspers K. *Psicopatología General*. Tercera Edición. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- 4.- Heltzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987;317(26):1630-4.
- 5.- Schwab JJ, McGinnis NH, Marder L, Clemmons RS. Evaluating anxiety in medical patients. *J Chronic Dis* 1966;19(10):1049-57.
- 6.- DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders [abstract]. *Anxiety* 1996;2(4):167-72.
- 7.- Lowe B, Willand L, Eich W, Zipfel S, Hö ADHerzog W, Fiehn C. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom Med* 2004;66(3):395-402.
- 8.- Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988;145(8): 976-981.
- 9.- Hall RC. *Anxiety. Psychiatric presentations of medical illness*. New York: Spectrum; 1980.

- 10.- Brey RL, Holliday SL, Saklad AR, Navarrete MG, Hermosillo-Romo D, Stallworth CL, et al. Neuropsychiatric syndromes in lupus. Prevalence using standardized definitions. *Neurology* 2002; 58(8):1214-20.
- 11.- Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003;45(12):1257-66.
- 12.- Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005;64 Suppl 2:ii8-ii23.
- 13.- Le Roy c, Black C, Fleischmejer R, Jablonska S, Krieg T, et al Scleroderma (Systemic Sclerosis) : Classification, Subsets And Pathogenesis. *J Rheumatol* 1998; 28: 202-5.
- 14.- Subcommittee for Scleroderma Criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria of the classification of systemic sclerosis (Scleroderma). *Arthritis Rheum* 1980;23(5): 581-90.
- 15.- Klippel J. Primer on the Rheumatic Disease. Edition 12. Georgia, EUA: Arthritis Foundation; 2001.
- 16.- Aryal BK, Khuder SA, Schuab EA. Meta-Analysis of systemic sclerosis and exposure to solvents. *Am J Ind Med* 2001;40(3):271-4.
- 17.- Benrud-Larson LM, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Bolong C, Reed J, White B, Wigley FM. The impact of pain and symptoms of depression in scleroderma. *Pain* 2002;95(3):267-70.

- 18.- Roca RP, Wigley FM, White B. Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis Rheum* 1996;39(6):1035-40.
- 19.- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.
- 20.- Legendre C, Allanore Y, Ferrand I, Kahan A. Evaluation of depression and anxiety in patients with systemic sclerosis. *Joint Bone Spine* 2005;72(3):192-7.

ANEXOS

**Anexo No. 1.** La presente es una carta de información y consentimiento para el paciente acerca de los fines y propósitos del presente protocolo científico, especificando la aceptación a participar en el mismo sin repercusiones en su atención en caso de que rechace la misma.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret"  
Centro Médico Nacional La Raza**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: \_\_\_\_\_ con número de Afiliación:  
\_\_\_\_\_ paciente perteneciente al Servicio:  
\_\_\_\_\_ acepto: que he sido informada que se esta realizando el

protocolo de "Prevalencia de la Ansiedad en Pacientes con Esclerodermia" y en virtud de que yo padezco dicha patología y me encuentro en manejo y control de la misma en esta unidad, se me solicita que de manera voluntaria conteste una escala encaminada a determinar la presencia de ansiedad en mi persona. Se me ha aclarado que esto no me conlleva ningún posible riesgo para mi salud o integridad física; así mismo, que de los resultados obtenidos obtendré como beneficio la detección oportuna de este trastorno siquiátrico con el consiguiente manejo y/o envío al profesional de la salud correspondiente para dicho fin.

Se me ha garantizado además el respeto a mi intimidad y confidencialidad en relación a la enfermedad que me aqueja. Además, proporciono de contar con ello un teléfono donde contactarme para posibles aclaraciones (LADA + Número): \_\_\_\_\_.

PACIENTE: \_\_\_\_\_

TESTIGO No. 1 \_\_\_\_\_

TESTIGO No. 2 \_\_\_\_\_

Investigador Principal: Dr. José Alfredo Alfaro Mejía. Médico De Base

Investigador Asociado: Dr. Román Saynes Marín. Residente de Cuarto Año

Adscritos Al Departamento De Medicina Interna. UMAE Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret". Centro Medico Nacional La Raza. Domicilio Y Teléfono Del Investigador Principal: Seris Y Zaachila Sin Numero, Colonia La Raza, Azcapotzalco, México, D.F Teléfono 57 24 59 00 Ext. 23161

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



**Anexo No. 3.** Escala que explora los signos y síntomas asociados a la ansiedad, está expresado y avalado por el estudio de Hamilton en 1959<sup>(19)</sup> y empleado en múltiples estudios desde entonces sobre todo en estudios prospectivos y de evaluación terapéutica.

**CUESTIONARIO DE EVALUACION CLÍNICA**

**(Basado en la Escala de Ansiedad de Hamilton)**

La siguiente escala enumera síntomas asociados a ansiedad y cada uno de los cuales presenta 5 posibles respuestas dependiendo de la intensidad con que se percibe por parte del paciente. Se le solicita marque con una "X" la respuesta con la que más se identifique. Es importante que usted conteste el cuestionario de una manera sincera y honesta. Los datos obtenidos son estrictamente confidenciales. Por favor conteste todas las preguntas.

			Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse.						
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a animales, al tráfico, a las aglomeraciones.						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.						
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6	Humor depresivo	Pérdida del interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna.						
7	Síntomas Somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular.						
8	Síntomas Somáticos (Sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación.						
9	Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho, pulsaciones, sensación de desvanecimiento.						
10	Síntomas Respiratorios	Sentido de pesantez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, falta de aire.						
11	Síntomas Gastrointestinales	Dificultad para la deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso.						
12	Síntomas Genitourinarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida del interés sexual, impotencia.						
13	Síntomas del SN Autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, dolor de cabeza, piloerección ("piel de gallina").						
14	Comportamiento del Paciente Durante el Examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.						
		PUNTUACION TOTAL:						