

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

“PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES
DERMATOLÓGICOS AMBULATORIOS DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA
DEL C.M.N. S. XXI DEL IMSS”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA

PRESENTA: DRA. VERÓNICA ROSENDA AGUIRRE CABRERA

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Miguel Villavicencio Casildo

ASESOR TEÓRICO

Dr. Armando Anaya Segura



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.

Gracias

A mi hija

Natasha

Por ser mi inspiración

A mis padres

Por todo su apoyo

A mi hermano Christian

Por ser también mi amigo

A mi mejor amigo

Luis

Por ser y estar

Sin ti no lo hubiera logrado

A Laura y Marisela

Por todos estos años juntas

A mis maestros

A mis compañeros

ÍNDICE

Resumen	1
Antecedentes	2
Justificación	7
Objetivos	7
Hipótesis	7
Diseño de Trabajo	8
Resultados	9
Discusión	13
Conclusiones	15
Bibliografía	16
Anexo 1	18

RESÚMEN.

Las enfermedades dermatológicas con mayor comorbilidad psiquiátrica son acné, psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata y urticaria crónica. Los diagnósticos más frecuentes en las series publicadas son el trastorno adaptativo, trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, fobia social y paranoia. El presente estudio es observacional, transversal, descriptivo, en él se incluyó a los pacientes de la consulta externa de dermatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, cuyas edades eran de 6 a 15 años 11 meses de edad con enfermedad dermatológica crónica. Se aplicó la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (BPRS-C) para valorar la presencia de psicopatología infantil. Los resultados fueron analizados por la distribución de frecuencias y porcentajes. Se estudió un total de 55 pacientes, de los cuales 36 (65%) presentaron algún ítem sugestivo de psicopatología, siendo los más frecuentes los relacionados con ansiedad (27%), depresión (20%), trastornos de conducta (11%) y los de ansiedad y depresión (7%). En nuestro estudio, la incidencia de psicopatología fue similar a la de otros estudios con pacientes dermatológicos pediátricos y adultos, siendo la ansiedad lo más frecuentemente encontrado en nuestra población, seguida de depresión, concordando con los estudios realizados por otros investigadores, en los que los trastornos de ansiedad son los que más se correlacionan con las dermatopatías, sin encontrarse diferencia de género, aunque pudiera esperarse que en los adolescentes la prevalencia de trastornos depresivos fuera mayor en las mujeres en correlato al género más que con la presencia de alguna dermatopatía específica.

ANTECEDENTES.

La Psicodermatología es una disciplina de transición entre la psiquiatría y la dermatología, con unas bases biológicas, psicosociales, clínicas y terapéuticas bien establecidas en el momento actual. Para algunos autores, entre un 30% y un 40% del total de enfermos que acuden a las consultas dermatológicas tienen un componente psicológico o psiquiátrico, sin embargo otros autores refieren que dicha proporción es difícil de establecer ya que aquellos pacientes que pueden considerarse “psicodermatológicos” dependen principalmente de la habilidad y sensibilidad del dermatólogo tratante.^{4, 17, 18}

El origen embriológico ectodérmico de la piel y del Sistema Nervioso Central (SNC) hace que ambas estructuras tengan en común multitud de neuromoduladores, péptidos y sistemas bioquímicos de información interna.^{2, 4} La piel es, por ello, un órgano altamente reactivo a emociones como miedo, vergüenza, ansiedad, ira, etc. Las bases de la *Psicodermatología* se sitúan, de este modo, en los siguientes puntos:

—Interacciones entre el SNC, Sistema Nervioso Vegetativo-Autonómico y Sistema Inmune (bases etiopatogénicas y fisiopatológicas).

—Afectación de la piel por las enfermedades psiquiátricas primarias y afectación del funcionamiento psicológico por algunas dermatosis (bases clínicas y evolutivas).

—Papel de la piel en la expresión de las emociones, relaciones sociales e interacción con el medio externo (bases psicológicas y socioculturales). La piel expresa mensajes diversos y juega un papel esencial en el mantenimiento de la autoimagen.

—Papel terapéutico de la psicoterapia y los psicofármacos en las enfermedades dermatológicas, ya sea como coadyuvante o como tratamiento principal (bases terapéuticas).

Existen varias clasificaciones dentro de la psicodermatología, sin embargo, la elaborada por Blanch y cols.⁴, resulta la más útil desde el punto de vista clínico. Se trata de una clasificación etiológico-clínica que diferencia dos grandes grupos de psicodermatopatías:

- Enfermedades primariamente psiquiátricas que cursan clínicamente con manifestaciones dermatológicas. Se incluyen en este grupo el delirio de parasitación o *delusio parasitorum*, la dermatitis artefacta o facticia, la

tricotilomanía, el trastorno dismórfico corporal y los trastornos obsesivos o de ansiedad.

- Enfermedades primariamente dermatológicas que cursan clínicamente con manifestaciones psiquiátricas asociadas. Suele tratarse de trastornos dermatológicos crónicos, invalidantes o con una repercusión estética importante, factores que condicionan la aparición de síntomas ansiosos, depresivos o de fobia social: formas graves de alopecia areata, psoriasis, dermatitis atópica, acné, vitíligo, etc.

Koo¹² incluye además en su taxonomía un grupo que denomina trastornos de la sensibilidad cutánea, en el que clasifica al denominado *prurito sine materia*, el prurito anal y vulvar, la glosodinia y estomatodinia, la neurodermatitis circunscrita y el *prurigo nodularis*.

En cuanto a las bases psicológicas y socioculturales de la psicodermatología debemos tomar en cuenta las repercusiones estéticas de las enfermedades dermatológicas que afectan a regiones corporales descubiertas son intensas. Muchas enfermedades dermatológicas que afectan estas áreas y provocan desfiguración se acompañan de interferencias en el funcionamiento y la adaptación del individuo a las actividades de su vida diaria: trabajo, estudio, relaciones de amistad y de pareja, etc. De aquí la importancia de la psiquiatría de enlace en el hospital general o de especialidades. Este enfoque interdisciplinario parece ser el más apropiado, por tanto, para el manejo de los pacientes psicodermatológicos resistentes a la visita al psiquiatra. De este modo, es fundamental una buena relación psiquiatra-dermatólogo.⁴

Hablando ya de psicodermatopatías encontramos que las dermatosis autoprovocadas, las alucinaciones táctiles, el delirio de parasitación, la tricotilomanía, el trastorno dismórfico corporal y los síntomas dermatológicos en las obsesiones y en las fobias son, básicamente, los trastornos psiquiátricos primarios con clínica dermatológica más representativos. Las dermatosis autoinducidas, conocidas en dermatología como patomimias, son un grupo heterogéneo de lesiones dermatológicas polimorfas, de aspecto lineal y variado, localizadas en lugares accesibles y habitualmente en idéntico estadio evolutivo. Suelen corresponder a un trastorno facticio tipo Munchausen, una simulación pura o un estado disociativo histérico y ocupan un lugar importante debido a

las consecuencias negativas que tienen para el que se las infringe y quienes le rodean ⁵,
⁸. Las alucinaciones táctiles sugieren psicosis toxicoinducida (cocaína, anfetaminas, alucinógenos, drogas de diseño), estado confusional agudo o esquizofrenia, aunque han sido también descritas en carcinomas de pulmón y mediastino. El delirio de parasitación, *delusio parasitorum* o síndrome de Eckbom es un trastorno delirante crónico de tipo somático, en el que el paciente tiene la certeza de que es colonizado por parásitos cutáneos, que se mueven e incluso creen ver.⁵

La tricotilomanía, se considera en la actualidad como un trastorno del control de los impulsos y se encuadra en el denominado espectro obsesivo-compulsivo. En el adulto suele ser tributaria de tratamiento psiquiátrico, a diferencia de las formas benignas infantiles, de curso transitorio y habitualmente autolimitadas. El trastorno dismórfico corporal (TDC) dermatológico (rubeosis facial excesiva, cicatrices sobrevaloradas, acné sobrevalorado, mínimos nevus o telangiectasias, exceso de vello facial, etc.) debería ser sospechado por dermatólogos y cirujanos plásticos ante las quejas inconsistentes y repetitivas sobre el aspecto físico.⁹

Las enfermedades dermatológicas en las que se ha descrito mayor comorbilidad psiquiátrica son acné, psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata y urticaria crónica. Los diagnósticos más frecuentes recogidos en las series publicadas son el trastorno adaptativo, trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, fobia social y paranoia. El estrés psicosocial puede también actuar como desencadenante de reagudizaciones en la rosácea, líquen plano, eccema dishidrosiforme, eccema numular y dermatitis seborreica, además de las dermatosis anteriormente citadas. En la génesis de patología psiquiátrica en las enfermedades dermatológicas intervienen múltiples factores: severidad de la dermatosis, cronicidad, repercusiones estéticas, acontecimientos vitales, autoimagen corporal y autoconcepto, ansiedad social, atractivo interpersonal percibido, etc.⁶

En un elevado porcentaje de casos de urticaria crónica se desconocen los factores precipitantes, jugando la ansiedad y el estrés un papel importante. En la dermatitis atópica también se ha descrito una elevada ansiedad. Las formas severas de psoriasis presentan, por su parte, una elevada prevalencia de depresión mayor, siendo frecuentes asimismo el abuso de sustancias y la ideación suicida. El estrés puede actuar

como desencadenante en un 40-50% de los brotes, o actuar como mantenedor de los mismos. El acné compromete la imagen corporal en un periodo vital especialmente significativo (adolescencia), aunque parece que un tratamiento precoz de las formas severas con isotretinoína podría disminuir significativamente las tasas de ansiedad y depresión asociadas. La *alopecia areata* presenta con frecuencia psicopatología asociada (60-70% de los casos), por lo que es probable que la comorbilidad psiquiátrica en esta enfermedad se encuentre infradiagnosticada e infratratada.^{1,6}

Comparada con la literatura referente a los adultos, los factores psicológicos de las enfermedades cutáneas en los niños no se han explorado bien; los niños con padecimientos dermatológicos son singulares debido a la necesidad de enfocar su valoración y tratamiento tanto al niño como a su familia. A pesar del reconocimiento de un vínculo entre ciertos padecimientos dermatológicos y factores psicológicos, esos problemas psicológicos rara vez se tratan.³

En estudios de niños con padecimientos dermatológicos se ha examinado la participación el ambiente familiar en la exacerbación de la sintomatología y la persistencia de los mismos. Gil y colaboradores³ examinaron la participación de diversas clases de estrés y de funcionamiento/organización familiar sobre la intensidad de los síntomas dermatológicos en niños con dermatitis atópica grave. Los síntomas de eccemas menos graves se relacionaron con una estructura familiar más organizada/independiente. Los síntomas más graves se relacionaron con puntuaciones más altas en la lista de verificación de problemas de dermatitis atópica y familias con una orientación religiosa/moral más alta; dichas familias pueden ser más rígidas y tener menos probabilidades de ayudar al niño a ajustarse al régimen médico. Esos factores psicológicos predijeron intensidad de los síntomas por arriba de la predicha por la concentración de IgE y la edad del niño.³

Los tratamientos psicológicos dirigidos a reducir la gravedad de trastornos cutáneos han incluido el elemento de reducción del estrés o de conductas de rascado. El rascado y el escozor propios de la dermatitis atópica suelen conducir a otros problemas conductuales que en sí justifican intervención. Dahl y colaboradores³ encontraron que los niños con dermatitis atópica tienen sueño más inquieto, despertamientos nocturnos más frecuentes, dificultad para quedar dormidos, dificultad para despertar por la

mañana, temor a la oscuridad y menos sueño total; para los autores dichos resultados refuerzan la hipótesis de que la sintomatología conlleva problemas para permanecer despierto y aumento de problemas en la disciplina.³

Laikopoulou y colaboradores¹⁴, realizaron un estudio en pacientes pediátricos con alopecia areata y encontraron que los pacientes con dicho padecimiento presentaban mayor porcentaje de síntomas de ansiedad, depresión o ambos, sin poder relacionar la aparición de la alopecia a algún evento adverso en la vida. Los autores sugieren que debe evaluarse dicha sintomatología en los pacientes pediátricos con alopecia areata, así mismo, también a aquellos que presenten alteraciones en la atención, tendencia a la somatización, dificultad para control de la agresividad y para establecer relaciones interpersonales.¹⁴

Entre los trastornos dermatológicos con consecuencias psiquiátricas, el que más se ha estudiado en la población pediátrica es el acné. Algunos estudios reportan que las consecuencias emocionales y sociales del acné en la población pediátrica no hospitalizada son comparables con aquellas que presentan los pacientes con enfermedades crónicas graves como la artritis y la epilepsia. En un estudio realizado en Inglaterra con población adolescente entre los 14 y los 16 años, se encontró una correlación entre la gravedad del acné y las alteraciones emocionales y de conducta, lo cual era independiente del género. Dichas alteraciones sólo reflejan los efectos negativos que tiene la alteración en la apariencia de la cara sobre el autoconcepto. Otros estudios sugieren que las mujeres se afectan emocionalmente más ante la presencia del acné, esto relacionado con la presencia de una mayor prevalencia de los trastornos afectivos en las mujeres después de la pubertad.^{11, 19}

JUSTIFICACIÓN

Debido a la presencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes dermatológicos, independientemente de su etiología o si son primarios o secundarios, es de suma importancia para ambas especialidades el conocer la prevalencia de los mismos en la población pediátrica de nuestra unidad, ya que de esta manera se podrá ofrecer el beneficio del tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico, mejorando de esta manera las expectativas y el pronóstico de nuestros pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia de psicopatología en los pacientes tratados en la consulta externa de dermatología del hospital de pediatría del CMN SXXI?

OBJETIVOS:

General:

Conocer la prevalencia de psicopatología en los pacientes tratados en la consulta externa del servicio de dermatología del hospital de pediatría del CMN S XXI del IMSS.

Específico:

1. Conocer los trastornos psiquiátricos mas frecuentes en los pacientes ambulatorios del servicio de dermatología del hospital de pediatría del CMN SXXI del IMSS.

Hipótesis general.

Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más frecuentes en los pacientes ambulatorios del servicio de dermatología del Hospital de Pediatría del CMN S XXI del IMSS.

DISEÑO DE TRABAJO

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo, en el cual se incluyó a los pacientes de la consulta externa de dermatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyas edades eran de 6 a 15 años 11 meses de edad con enfermedad dermatológica crónica (de más de seis meses de evolución) y que aceptaran participar en el estudio; se excluyó a todos los pacientes que no cumplieran estas características y a aquellos que tuvieran otras patologías médicas no psiquiátricas.

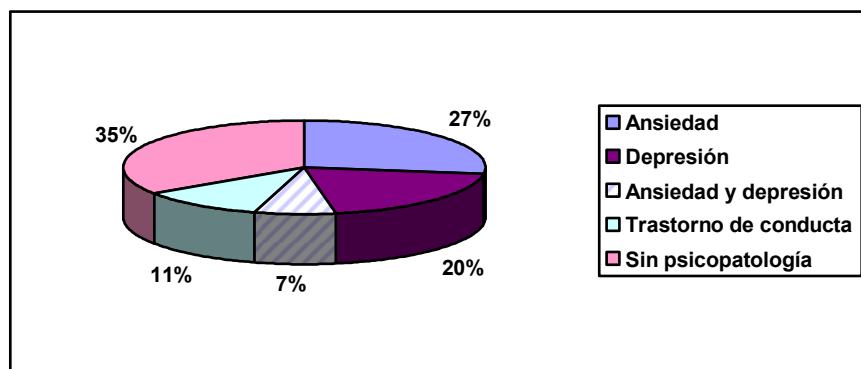
Una vez seleccionados para el estudio se solicitó el consentimiento informado de los padres para participar en el mismo, posterior a lo cual se aplicó la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (BPRS-C) para valorar la presencia de psicopatología infantil. (Anexo 1). La BPRS-C fue desarrollada para aportar un perfil descriptivo de síntomas y es aplicable a un amplio rango de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, consiste en 21 ítems, agrupados en siete subescalas: problemas de conducta, depresión, alteraciones cognitivas, excitación psicomotora, retraso en el desarrollo, ansiedad y organicidad^{7, 10}; la versión original fue traducida al español y validada por Lozano Leal en 1988¹⁵; en la versión modificada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” por González y cols.⁷ los ítems se califican de 0 = ausente a 3 = severo. Lachar et al¹³ encontraron una consistencia interna de > 0.69 para la calificación total de dicha escala, el ANOVA fue de $F_{6, 469} = 30.85$, $p < 0.0001$.

Una vez aplicada la BPRS-C se calificó y se concentraron los datos en hojas de trabajo del programa Excel de Microsoft, divididos en dos grupos: escolares y adolescentes. Los pacientes cuyas escalas mostraron resultados sugerentes de psicopatología fueron entrevistados por el médico residente responsable de la investigación para confirmar o descartar el diagnóstico psiquiátrico, en los casos confirmados el paciente fue derivado a la consulta externa del servicio de salud mental del hospital en que se está realizando el estudio.

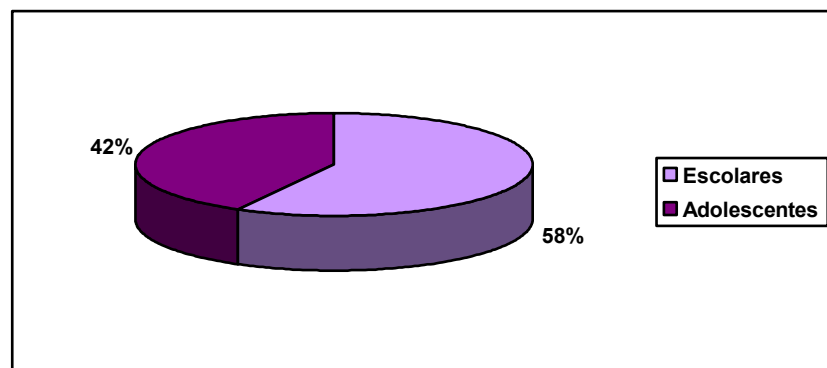
Los resultados obtenidos fueron analizados por la distribución de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS.

Se estudió un total de 55 pacientes, 28 (51%) del sexo femenino y 27 (49%) del sexo masculino, de los cuales 36 (65%) presentaron algún ítem sugestivo de psicopatología, siendo los mas frecuentes los relacionados con ansiedad (27%), seguidos por los de depresión (20%), trastornos de conducta (11%) y los de ansiedad y depresión (7%) (Gráfica 1). De la población total, 32 (58%) pertenecían al grupo de escolares (de 5 a 12 años) y 23 (42%) al de adolescentes (13 a 15 años 11 meses). (Gráfica 2)



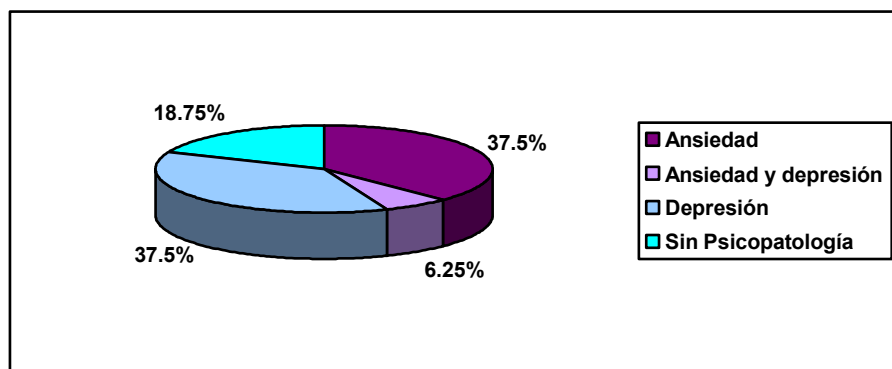
Gráfica 1. Prevalencia de psicopatología en la población estudiada.



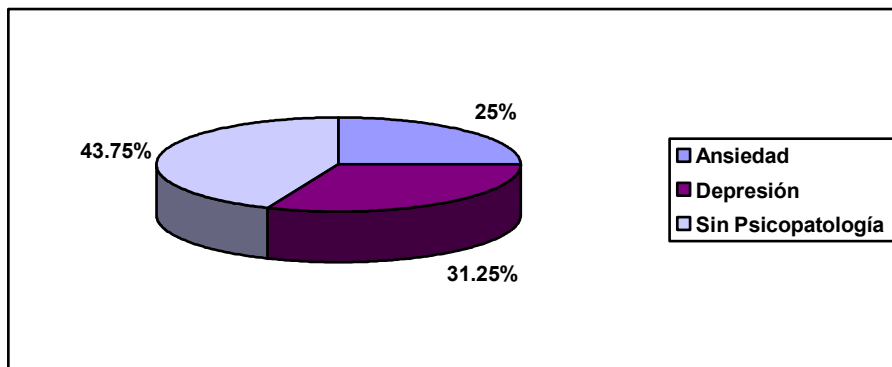
Gráfica 2. Distribución en grupos de la Población Total del Estudio

En el grupo de escolares se estudiaron 16 hombres, de los cuales 6 (37.5%) presentaron puntajes en el BPRS sugestivos de trastorno de ansiedad, confirmándose el diagnóstico en 3 de ellos, 1 (6.25%) con datos de ansiedad y depresión, confirmándose

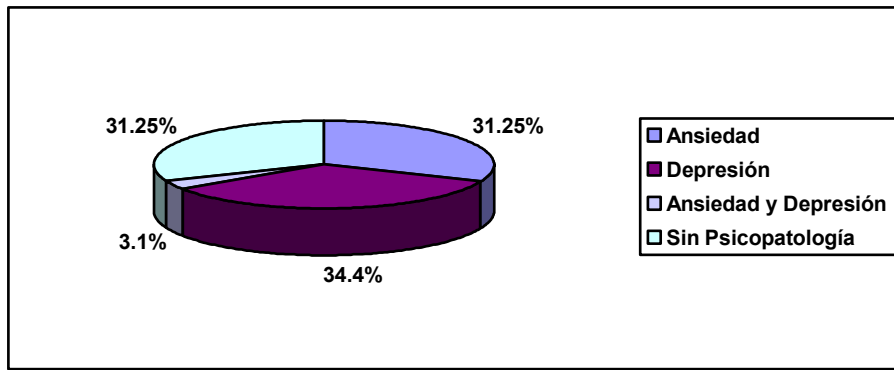
el diagnóstico y 6 (37.5%) con trastorno depresivo, siendo confirmado el diagnóstico en 4 de ellos, 3 pacientes (18.75%) sin datos sugestivos de psicopatología (Gráfica 3). En el mismo grupo se estudiaron 16 mujeres, 5 (31.25%) presentaron puntaje sugestivo de trastorno depresivo, confirmándose el diagnóstico, 4 (25%) con trastorno de ansiedad, confirmándose el diagnóstico en 2 de ellas, 7 de ellas sin datos sugestivos de psicopatología (43.75%) (Gráfica 4). Estudiando al grupo en conjunto, los trastornos depresivos fueron los más frecuentes, presentes en 11 pacientes (34.4%), seguido de los trastornos de ansiedad en 10 de ellos (31.25%), 1 con ansiedad y depresión (3.1%) y 10 sin psicopatología (31.25%). (Gráfica 5)



Gráfica 3. Distribución de psicopatología en hombres del grupo de escolares.

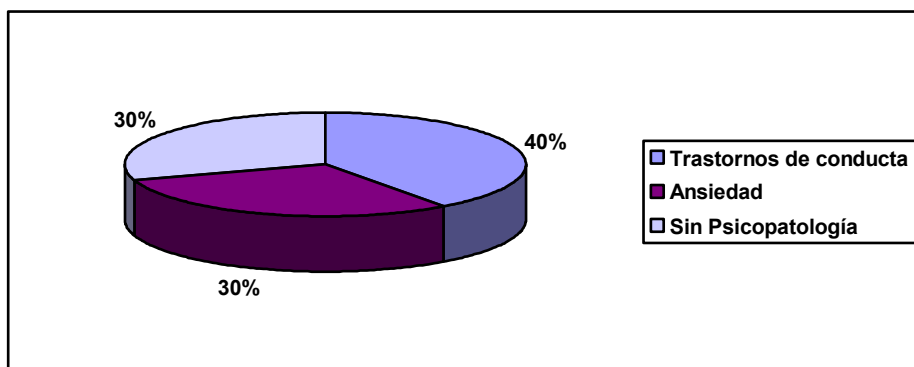


Gráfica 4. Distribución de psicopatología en mujeres del grupo de escolares.

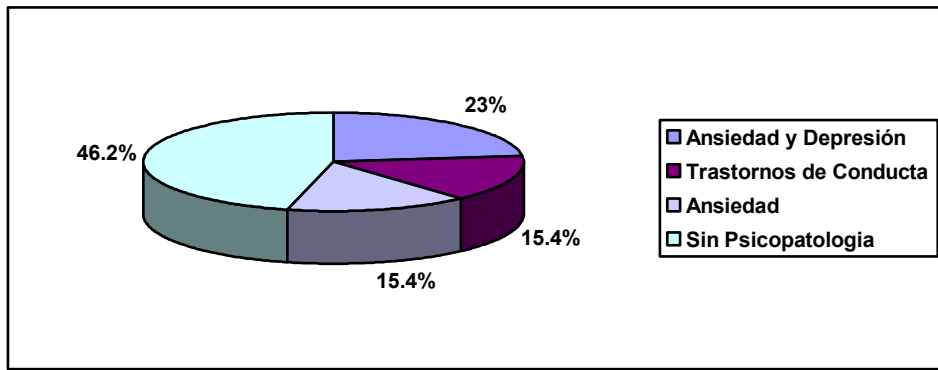


Gráfica 5. Distribución de psicopatología en el grupo de escolares.

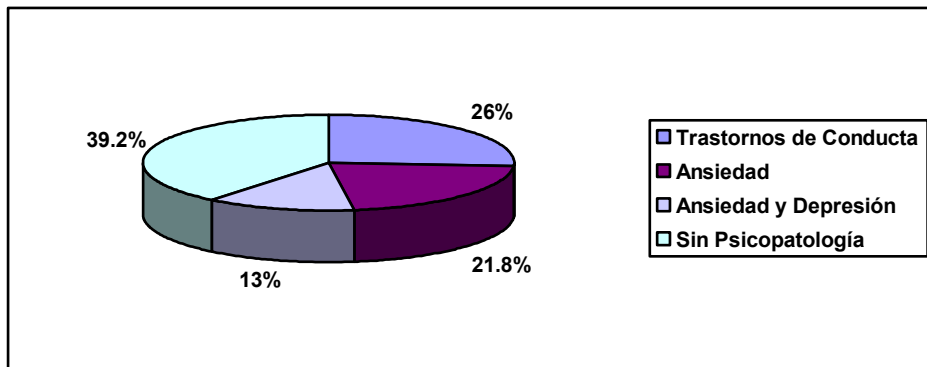
En el grupo de adolescentes se estudiaron 10 hombres, 4 (40%) de ellos con puntaje sugestivo de trastorno de conducta, 3 (30%) con trastorno de ansiedad, 3 (30%) sin datos de psicopatología (Gráfica 6). En el mismo grupo se estudiaron 13 mujeres, 3 (23%) con puntaje sugestivo de ansiedad y depresión, 2 (15.4%) con puntaje sugestivo de trastorno de conducta y 2 (15.4%) con puntaje para trastorno de ansiedad, 6 (46.2%) sin datos de psicopatología (Gráfica 7). En este grupo todos los diagnósticos fueron confirmados. Al hacer el estudio del grupo se encontró que los trastornos de conducta son los más frecuentes, presentes en 6 de los pacientes (26%), seguido de los trastornos de ansiedad en 5 (21.8%), ansiedad y depresión en 3 (13%), 9 sin psicopatología (39.2%) (Gráfica 8).



Gráfica 6. Distribución de psicopatología en hombres del grupo de adolescentes.



Gráfica 7. Distribución de psicopatología en mujeres del grupo de adolescentes.



Gráfica 8. Distribución de psicopatología en el grupo de adolescentes.

DISCUSIÓN.

Uno de los principales inconvenientes para la realización de este estudio es que en nuestro país no se encontraron antecedentes de estudios similares, que permitieran la comparación de los resultados obtenidos en este, con una población similar. Existe el antecedente de un estudio en población mexicana utilizando la versión original del BPRS-C en el Instituto Nacional de Pediatría en 1997, aplicada en pacientes con diabetes insulino dependiente, encontrándose en el 90.6% de la población estudiada al menos un inciso sugestivo de psicopatología.¹⁵

En nuestro estudio, la incidencia de psicopatología fue similar a la de otros estudios con pacientes dermatológicos pediátricos y adultos, la ansiedad fue lo más frecuentemente encontrado en nuestra población, seguida de la depresión, lo cual concuerda con los estudios realizados por otros investigadores, en los que los trastornos de ansiedad son los que más se correlacionan con las dermatopatías, sin encontrarse diferencia de género, aunque pudiera esperarse que en los adolescentes la prevalencia de trastornos depresivos fuera mayor en las mujeres en correlato al género más que con la presencia de alguna dermatopatía específica. En un estudio realizado por Liakopoulou y cols. en pacientes pediátricos con alopecia areata encontraron en el 21.2% de los pacientes síntomas de ansiedad, 15.2% tuvieron síntomas de depresión, y 63.3% tuvieron síntomas de ambos trastornos.¹⁴

En un estudio realizado en pacientes adolescentes con acné se encontró que hasta el 38% presentaban un trastorno psiquiátrico; Smithard y cols.¹⁹ realizaron un estudio en pacientes adolescentes con acné encontrando que la gravedad del acné se relacionaba directamente con el desarrollo de trastornos afectivos y conductuales, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos. Kellet y Gawkrödger¹¹ realizaron un estudio en pacientes adultos con acné encontrando en el 44% niveles de ansiedad clínicamente significativos y en 18% datos de depresión.

En pacientes adultos con tricotilomanía se encontró que el 15% presentaban trastorno de ansiedad, el 14% trastorno depresivo, 13% trastorno obsesivo compulsivo y 7% abuso de sustancias; por otra parte varios estudios han reportado que la tricotilomanía se asocia a la presencia de trastorno depresivo mayor, ansiedad severa,

psicosis y distimia, sin embargo la tricotilomanía de inicio en la niñez tiene un curso diferente y por lo general es benigna y autolimitada.⁹

En un estudio de psiquiatría de enlace Woodruff⁶ recogió una tasa de interconsultas cercana al 5% en las cuales predominaron los trastornos afectivos (44%) y de ansiedad (35%); por otra parte, las formas severas de psoriasis además de ser con frecuencia desencadenadas por el estrés, presentan una prevalencia significativamente elevada de depresión mayor. En pacientes adultos con alopecia areata Colon y cols. encontraron que hasta el 74% presentaban psicopatología, predominando los trastornos afectivos y el trastorno de ansiedad generalizada, García-Hernández y cols. en un estudio similar encontraron psicopatología en 66% de los pacientes estudiados, siendo el diagnóstico más frecuente el trastorno adaptativo ansioso o depresivo (25.9%), el trastorno de ansiedad generalizada (22.2%) el episodio depresivo (2.2%) y la fobia social (7.4%).⁶

Una de las limitantes de este estudio es que no se realizó la correlación entre la presencia de psicopatología y las dermatopatías específicas, por otro lado las características de la población de atención del Hospital de Pediatría, al ser un hospital de concentración, no permite extender los resultados en población abierta, sin embargo el presente trabajo sienta el precedente para que en un futuro se realicen mayores investigaciones, encaminadas a profundizar en los hallazgos encontrados así como en la búsqueda de mejores programas de atención para nuestros pacientes.

CONCLUSIONES.

Los trastornos de ansiedad constituyen la comorbilidad más frecuentemente encontrada en los pacientes con dermatopatías, lo cual fue corroborado en nuestro estudio, confirmando la hipótesis general del mismo. La presencia de ansiedad puede ser un factor precipitante o perpetuante de las dermatopatías, por lo cual es importante el enfoque multidisciplinario de éstas, mejorando así el pronóstico de los pacientes. Dicho enfoque multidisciplinario deberá incluir tratamiento psicofarmacológico en caso de confirmarse la presencia de un trastorno psiquiátrico, así como psicoterapia en la que se trabaje en conjunto al niño y su familia.

Por otra parte, el impacto de las enfermedades dermatológicas en la vida cotidiana de los niños y adolescentes puede provocar disfunción en sus relaciones familiares y sociales, así como en su desempeño académico, lo que hace aún más necesaria la intervención psicoterapéutica. Dicha intervención bien podría ser individual o grupal, ya que los niños y adolescentes al compartir experiencias con sujetos con características similares en edad y enfermedad se darían cuenta que no son los únicos que enfrentan una enfermedad que afecta su imagen corporal y podrían encontrar mejores soluciones y estrategias de afrontamiento hacia su enfermedad de base, mejorando así su desempeño en todas las áreas, proporcionando una mejor y mas rápida recuperación, así como su reintegración social.

Debido a las limitantes de nuestro estudio se vuelve evidente que hacen falta nuevos trabajos donde se estudie la relación directa de enfermedades dermatológicas específicas con trastornos psiquiátricos para poder identificar así a pacientes dermatológicos con mayor riesgo de presentar psicopatología, en quienes se enfocaría la atención multidisciplinaria desde el inicio de su enfermedad, mejorando su pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alam M, Moossavi M, Ginsburg I, Scher R. A psychometric study of patients with nail dystrophies. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45 (6): 851-856.
2. Consoli SG. *Psychiatrie et dermatologie*. *Encycl Méd Chric*. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, 1997 : 37-670-B-10.
3. Czyzewski D, Lopez M. Clinical psychology in the management of pediatric skin disease. *Dermatol Clin* 1998; 16 (3): 619-629.
4. García MJ, Ruiz S, Caballero R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (I): concepto, bases biológicas, psicológicas y sociales. *An Psiquiatria* 2000; 16 (9): 366-371.
5. García MJ, Ruiz S, Caballero R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (II): trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones dermatológicas. *An Psiquiatria* 2000; 16 (9): 372-382.
6. García MJ, Ruiz S, Caballero R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (III): enfermedades dermatológicas con alta comorbilidad psiquiátrica. *An Psiquiatria* 2000; 16 (9): 393-400.
7. González M, De la Peña F, Higuera F, Palacios L, Cortés J. Validación y confiabilidad de la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para niños y Adolescentes BPRS-C. Tesis de postgrado para Médicos Especialistas. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz. Clínica de Adolescentes. México, febrero, 2003.
8. Hasson A, Valdés R, Umaña A. Manifestaciones cutáneas del trastorno facticio y de la simulación. *Piel* 2001; 16: 506-510.
9. Hautmann G, Hereogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46 (6): 807-826.
10. Hughes C, Rintelmann J, Emslie G, Lopez M, MacCabe N. A revised anchored version of the BPRS-C for childhood psychiatric disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacology* 2001; 11 (1): 77-93.
11. Kellet SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoína. *Br J Dermatol* 1999; 140 (2): 273-282.
12. Koo J, Do J, Lee Ch. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43 (5): 848-853.

13. Lachar D, Randle S, Harper A y col. The brief psychiatric rating scale for children (BPRS-C): validity and reliability of an anchored version. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (3): 333-340.
14. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A y col. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (5): 678-684.
15. Molina D, Jaimes A, Dolengevich H, Altamirano N, Calzada R. Escala breve de valoración psiquiátrica para niños (BPRS-C): uso en diabetes insulino dependiente. *Acta Pediatr Mex* 1997; 16 (5): 203-207.
16. Niemeier V, Nippesen M, Kupfer J, Schill WB, Gieler U. Psychological factors associated with hand dermatoses: wich subgroup needs additional psychological care? *Br J Dermatol* 2002; 146 (6): 1031-1037.
17. Paconesi E. Psychosomatic dermatology: past and future. *Int J Dermatol* 2000; 39: 732-734.
18. Picardi A, Abeni D, Melchl CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143: 983-991.
19. Smithard A, Glazebrook C, Williams HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mild-adolescence: a community-based study. *Br J Dermatol* 2001; 145: 274-279.

ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Nombre _____ Edad ____ Sexo ____ Dx Dermatológico _____

No.	Criterios	Calif.
1	<p>Falta de cooperación, negativista, reservado, evade respuestas, resistencia pronunciada a la entrevista o al manejo</p> <p>0 = Ausente: Cooperador, tranquilo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente se rehúsa a cumplir normas o expectativas en un lugar o situación (casa, escuela, etc)</p> <p>2 = Moderado: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en mas de un lugar o situación; genera deterioro en el funcionamiento.</p> <p>3 = Severo: Constantemente se rehúsa a cumplir, conducta delictiva, escapa de casa, causa severos problemas en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.</p>	
2	<p>Hostil: afecto suspicaz, poco tolerante, beligerante, acusa a otros, acciones violentas contra otros.</p> <p>0 = Ausente, cooperador, tranquilo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente sarcástico, gritón, cauteloso; pendenciero. Causa ligera disfunción en un lugar o situación.</p> <p>2 = Moderado: Con frecuencia causa deterioro en algunos lugares o situaciones.</p> <p>3 = Severo: Insulta, destructivo. Causa severo deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.</p>	
3	<p>Manipulador: mentiras, trampas, explota a los demás para obtener ganancias.</p> <p>0 = Ausente, no del todo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente se mete en problemas por mentir, a veces hace trampa</p> <p>2 = Moderado: Frecuentemente miente o manipula a personas que conoce. Causa frecuente deterioro en el funcionamiento de algunos lugares o situaciones.</p> <p>3 = Severo: Constantemente se relaciona con otros con una conducta explotadora y manipuladora; defrauda a extraños con dinero. Causa severo deterioro en el funcionamiento de diferentes lugares o situaciones.</p>	
4	<p>Deprimido: tristeza, llanto, labilidad, desamparo (considerar irritabilidad y anhedonia)</p> <p>0 = Ausente: A veces, rápidamente desaparece.</p> <p>1 = Leve: Periodos sostenidos, excesivos para el evento desencadenante.</p> <p>2 = Moderado: La mayor parte del tiempo se siente infeliz sin factor precipitante.</p> <p>3 = Severo: Todo el tiempo infeliz / dolor psíquico. Causa severo deterioro en el funcionamiento.</p>	
5	<p>Sentimientos de inferioridad: pobre confianza en si mismo, sentimientos de culpa, autorreproches, inadecuación</p> <p>0 = Ausente: Se siente bien, positivo sobre si mismo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente no se siente tan bien como otros / déficits en un área</p> <p>2 = Moderado: Siente que otros son mejores que él. Da respuestas negativas, planas y no puede pensar en algo bueno acerca de sí mismo.</p> <p>3 = Severo: Siempre siente que los otros son mejores. Se siente devaluado, indigno de amor.</p>	
6	<p>Conducta suicida: ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), intentos suicidas.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Lo piensa cuando esta enojado.</p> <p>2 = Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio.</p> <p>3 = Severo: Intento en el último mes.</p>	
7	<p>Fantasías peculiares: Ideas o historias inusuales, raras o autísticas (considerar la etapa de desarrollo)</p> <p>0 = Ausente: No del todo</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria</p> <p>2 = Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad.</p> <p>3 = Severo: Con frecuencia esta absorto por sus fantasías, tiene dificultad para distinguir la realidad de la fantasía.</p>	

8	<p>Ideas delirantes: de control, de referencia, celos, persecutorias, religiosas, expansivas, sexuales.</p> <p>0 = Ausente: No delirios.</p> <p>1 = Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él.</p> <p>2 = Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento, desconfiado, suspicaz hacia otros.</p> <p>3 = Severo: Desconfiado, suspicaz de cualquier persona o cosa. No puede distinguir las ideas de la realidad</p>	
9	<p>Alucinaciones: auditivas, visuales, olfatorias, somáticas, etc.</p> <p>0 = Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales</p> <p>1 = Leve: Escucha su nombre, experiencias después de un evento, imaginación vivida o activa</p> <p>2 = Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico).</p> <p>3 = Severo: Experiencias auditivas constantes (voces de comando); visuales (las imágenes están presentes durante la entrevista) u otras experiencias o percepciones.</p>	
10	<p>Hiperactividad: inquietud, cambios frecuentes de postura, levantarse de su asiento, movimientos continuos.</p> <p>0 = Ausente: Ligera inquietud, movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento.</p> <p>1 = Leve: Ocasional inquietud, movimiento mas notorio, frecuentes cambios de postura, perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento.</p> <p>2 = Moderado: Energía excesiva, movimiento constante, no puede estar quieto o sentado, causa disfunción en numerosas circunstancias, busca ayuda para sus conductas.</p> <p>3 = Severo: Excitación motora continua, no puede estar quieto, ocasiona gran interferencia en el funcionamiento.</p>	
11	<p>Distraibilidad: pobre concentración, períodos cortos de atención, distracción ante estímulos irrelevantes</p> <p>0 = Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente distraído, fácilmente distraible, capaz de concentrarse rápidamente.</p> <p>2 = Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración, evade las pruebas mentales, disruptivo, necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro.</p> <p>3 = Severo: Constante. Necesita asistencia uno a uno para estar atento.</p>	
12	<p>Discurso o lenguaje acelerado: habla muy fuerte o apresuradamente, habla en exceso.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Perceptible, mayor verbalización de lo normal, la conversación no es forzada.</p> <p>2 = Moderado: Muy verborreico o rápido, es difícil mantenerle la conversación.</p> <p>3 = Severo: Habla rápidamente de forma continua y no puede ser interrumpido. La conversación es extremadamente difícil o imposible.</p>	
13	<p>Lenguaje poco productivo: mínimo, discurso escaso, parco, voz baja.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil.</p> <p>2 = Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil, al menos ¼ o ½ de la conversación no se comprende o está deteriorada.</p> <p>3 = Severo: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación esta deteriorada.</p>	
14	<p>Retraimiento emocional: relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con otros compañeros, hipoactividad.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente no responde, algunas veces rehúsa interacción con compañeros.</p> <p>2 = Moderado: Frecuentemente no responde, evita la interacción, hipoactivo. Interfiere con las relaciones.</p> <p>3 = Severo: Constantemente no se percata de quienes lo rodean, expresión facial de preocupación. No responde las preguntas ni mira al entrevistador.</p>	
15	<p>Afecto aplanado: expresión emocional deficiente o vacía.</p> <p>0 = Ausente: No del todo o explicable por ánimo depresivo.</p> <p>1 = Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto).</p>	

	<p>2 = Moderado: Aplanamiento considerable, con frecuencia no muestra respuesta emocional.</p> <p>3 = Severo: Aplanamiento constante, no muestra respuesta emocional.</p>	
16	<p>Tensión: nerviosismo, inquietud, movimientos nerviosos de manos y pies (síntomas somáticos)</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse</p> <p>2 = Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico.</p> <p>3 = Severo: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y / o pies.</p>	
17	<p>Ansiedad: dificultad para separarse de la figura de apego, se “aferra” de ella; preocupación con síntomas de ansiedad, miedos o fobias, así como obsesiones o compulsiones.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente preocupado (por lo menos tres veces a la semana) anticipadamente o durante la separación, miedos o fobias. Las preocupaciones parecen excesivas al evento.</p> <p>2 = Moderado: La mayor parte del día o del tiempo se preocupa por lo menos en dos circunstancias de la vida, o por eventos donde anticipa la separación o durante esta.</p> <p>3 = Severo: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.</p>	
18	<p>Alteraciones del dormir: insomnio inicial, despertares intermitentes, reducción del tiempo del sueño. Valorar hipersomnia.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal).</p> <p>2 = Moderado: Definitivamente tiene dificultad (al menos dos horas de insomnio inicial, algo de insomnio intermedio o terminal, superior a media hora). Sentimiento de sueño no reparador, evidencia de ciclo circadiano invertido.</p> <p>3 = Severo: Nunca consigue dormir, se siente exhausto durante el día, severa inversión del ciclo circadiano.</p>	
19	<p>Desorientación: confusión sobre personas, lugares o cosas.</p> <p>0 = Ausente: No del todo</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado, reacciona fácilmente cuando se le orienta.</p> <p>2 = Moderado: Frecuentemente luce desorientado, confuso, le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas.</p> <p>3 = Severo: Constantemente confuso, perplejo</p>	
20	<p>Alteraciones del habla: nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrásico, ligera dificultad para comprenderle.</p> <p>2 = Moderado: Frecuentes períodos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión.</p> <p>3 = Severo: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.</p>	
21	<p>Estereotipias: posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos.</p> <p>0 = Ausente: No del todo.</p> <p>1 = Leve: Ocasionalmente presenta manierismos,, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas.</p> <p>2 = Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p> <p>3 = Severo: La mayor parte del tiempo (>50%) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p>	

Puntuación total _____