

# Alteraciones psiquiátricas observadas en pacientes con enfermedades del tejido conjuntivo que asisten a un centro dermatológico \*

Ada P. Mendoza Bevide\*\*

Jorge J. Caraveo Anduaga\*\*\*

Ana Lilián Mendoza Bevide\*\*\*\*

## Summary

The connective tissue diseases, specially the Systemic Lupus Erythematosus, represent an interesting area of the interaction with the neuro-psychiatric disciplines. Few systematic studies have been reported on the psychiatric disorders presented by these patients. The objective of this investigation was to study the psychiatric symptomatology of patients presenting a connective tissue disease as compared to a control group, both selected from the population attended at the Dermatologic Center "Ladislao de la Pascua" in Mexico City. The clinical psychiatric information was obtained through the Standardized Psychiatric Interview and later on the rules of the ID-CATEGO Program were used in order to integrate syndrome units and evaluate the reliability of the clinical diagnoses.

Between the two groups significant statistical differences were found. The most frequent syndromes presented by the patients with a connective tissue disease were simple depression, general anxiety, worrying, irritability, loss of interest and concentration, hypochondriasis and organic symptoms. There were no psychotic features in the population under study, maybe because of the type of the medical center where the study was carried out.

The mean Kappa value for the diagnosis agreement was of 0.75.

The clinical findings are discussed as well as the convenience of doing similar studies, using the same instruments in other hospital populations.

## Resumen

Entre las afecciones dermatológicas, las enfermedades del tejido conjuntivo, y en especial el Lupus Eritematoso Sistémico, representan un área importante en la interacción con las disciplinas neuropsiquiátricas. Se han reportado pocos estudios sistemáticos de las alteraciones psiquiátricas en estos pacientes. La presente investigación se realizó con el objeto de estudiar las alteraciones psiquiátricas que se presentan en pacientes con enfermedades del tejido conjuntivo en comparación con un grupo control, seleccionados ambos de entre la población que es atendida en el Centro Dermatológico "Ladislao de la Pascua", de la ciudad de México. La información clínica fue recabada a través de la entrevista psiquiátrica estandarizada, aplicando las reglas del programa ID-CATEGO para integrar unidades sindromáticas y evaluar la concordancia en el diagnóstico clínico.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio. Los síndromes más frecuentes

en pacientes con colagenopatías fueron; depresión simple, ansiedad general, preocupaciones, irritabilidad, disminución del interés y de la concentración, hipochondriasis y síntomas orgánicos. No se presentaron alteraciones psicóticas en la muestra estudiada, probablemente por el tipo de centro hospitalario donde se verificó el trabajo.

El acuerdo diagnóstico entre el juicio clínico y el programa ID-CATEGO mostró un valor medio de Kappa de 0.75.

Los autores analizan los hallazgos clínicos, y subrayan la conveniencia de realizar estudios similares en otras poblaciones.

## Introducción

Si bien la psiquiatría es una rama de la medicina de la que se tuvieron conocimientos en forma empírica desde las culturas primitivas, no fue sino hasta el final del siglo pasado cuando se le dio un auge a este campo de la actividad médica, introduciéndolo dentro del conocimiento científico.

A lo largo del presente siglo se han perfeccionado las técnicas del diagnóstico y el tratamiento psiquiátricos y desde hace aproximadamente treinta años se despertó mucho interés en la llamada "Medicina Psicosomática" debido a que los médicos tomaron conciencia de que no existen "enfermedades", sino "enfermos" y que estos son personas con manifestaciones corporales de sus emociones, las que pueden devenir en trastornos funcionales y alteraciones orgánicas<sup>(53)</sup>.

La medicina psicosomática dejó de ser una especialidad para convertirse en un trasfondo de la medicina contemporánea, comprobándose que en todas las enfermedades existe una participación psíquica y mental<sup>(53)</sup>. Es por esto que en los últimos años se ha hecho imperiosa la contribución del psiquiatra en la consulta médica, entrelazando así a la psiquiatría con otras especialidades para brindar un manejo integral al paciente, constituyéndose así la llamada "Psiquiatría de Enlace".

En dermatología, como en otras áreas médicas, existen padecimientos de diversas etiologías, que afectan la vida personal, familiar y social de los pacientes, así como enfermedades de origen psíquico.

Entre las afecciones dermatológicas, las enfermedades del tejido conjuntivo y de éstas el lupus eritematoso sistémico, representan un área importante en la interacción con las disciplinas neuropsiquiátricas.

El término "Enfermedades de la Colágena", fue introducido en la literatura médica en 1942, cuando Klemperer, Pollak y Baher, reunieron un grupo de enfermedades de manifestación clínica polimorfa y varia-

\*Resumen de la tesis presentada por las Dras. Mendoza Bevide para obtener el Diploma de Especialistas en Psiquiatría, UNAM, 1985.

\*\*Psiquiatra adscrita al Centro Médico Naval.

\*\*\*Investigador Div. de Investig. Epidem. y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, 14370. México D.F.

\*\*\*\*Dermatóloga adscrita al Centro Dermatológico "Ladislao de la Pascua".

ble, que mostraban todas un denominador común: el sustrato anatomopatológico, esto es, una degeneración fibrinoide a nivel de las fibras de la colágena<sup>(1,3,13,19,31,32)</sup>. El hecho de agrupar a todas estas enfermedades de la colágena, se debe fundamentalmente a que existen muchos datos clínicos, serológicos, histoquímicos y ahora inmunológicos, indicativos de una estrecha relación entre ellas<sup>(34,38,58)</sup>.

Dentro de la historia natural del lupus eritematoso sistémico se mencionan anormalidades psiquiátricas entre el 10 y el 50% de los pacientes<sup>(6,7,23,35,41,54)</sup>. El intervalo entre la presentación del lupus y el primer síntoma psiquiátrico, varía desde algunos meses hasta varios años, pudiendo en ocasiones, presentarse incluso primero la sintomatología psiquiátrica<sup>(41)</sup>.

Se ha reportado una extensa variedad de síntomas psiquiátricos, incluyendo a la depresión en todas sus magnitudes, en un 29% de los pacientes<sup>(6,41)</sup>, pudiendo incrementarse este porcentaje con el uso de esteroides<sup>(41)</sup>. La depresión puede asociarse con otros síntomas, tales como manifestaciones histéricas, paranoides, graves reacciones de estrés, irritabilidad, ruptura social, ideas delirantes de referencia, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, insomnio terminal y temprano<sup>(12)</sup>.

La ansiedad ha sido un síntoma reportado ampliamente; otros son la despersonalización, las ilusiones, las alucinaciones visuales y auditivas, la incoherencia, la pérdida de la memoria, las celotipias, la inquietud psicomotriz, el insomnio, la perplejidad, el mutismo, las actitudes catatónicas, las estereotipias verbales, las ecolalias, la histeria, las fobias, el onirismo, la telepatía y la confusión<sup>(6,35,41,42)</sup>.

Casi todos los autores que se han dedicado a la investigación de estos padecimientos, reportan estados confusionales, síndromes orgánicos cerebrales, trastornos afectivos, psicosis esquizofreniformes, deterioro orgánico y neurosis<sup>(6,12,54)</sup>. Ropes menciona que el 74% de los episodios psicóticos aparecen antes de la administración de esteroides<sup>(41)</sup>.

Las alteraciones neurológicas se observan entre el 20 y el 75% de los casos<sup>(20)</sup> y son los trastornos convulsivos los más frecuentes. En el 16% asumen el carácter de gran mal y en el 4% el de crisis Jacksonianas, pequeño mal y síntomas del lóbulo temporal<sup>(20)</sup>; así mismo se reporta que la epilepsia puede permanecer por años como síntoma aislado.

Se han reportado varios trastornos motores, entre ellos el llamado "temblor inimitable", que consiste en mínimas sacudidas horizontales y verticales simultáneas de los dedos; el temblor con rigidez emejante al del parkinsonismo<sup>(18)</sup>; y el más frecuente, la corea, con las mismas características que el observado en la fiebre reumática y en la púrpura de Henoch-Schonlein, que sin embargo, responde rápidamente a los corticoides.

Los nervios craneanos más afectados son los vinculados a la motilidad ocular, ya sean intrínsecos o extrínsecos, esto es, segundo, tercero, cuarto y sexto pares; los demás casi nunca presentan anormalidades<sup>(17)</sup>.

El sistema nervioso periférico también es un sitio de alteraciones, aunque con menor frecuencia que el SNC. El compromiso de los nervios raquídeos puede confi-

gurar los cuadros de polineuropatía mixta, del síndrome de Guillain-Barré, de la mononeuropatía y también de la llamada mononeuritis múltiple, semejante a la que se observa en la poliarteritis nodosa<sup>(15)</sup>.

El LCR puede presentar alteraciones aun en ausencia de síntomas, entre éstas se observa: aumento en el contenido de proteínas, aumento en el número de células mononucleares, leucocitos, linfocitos<sup>(4,41)</sup>, aumento de la presión en el 30% de los casos<sup>(6)</sup> y aumento de la fracción C<sub>4</sub> del complemento durante la actividad, con niveles normales cuando ocurren las remisiones.

Los anticuerpos antineurona de las clases IgG e IgA, encontrados en el suero y el LCR de pacientes con lupus eritematoso sistémico, se han relacionado con la patogénesis de dicha enfermedad; sin embargo, no ha sido demostrado que los anticuerpos antineurona se presenten en el tejido cerebral de estos pacientes, por lo que no es claro aún su significado<sup>(21,28)</sup>.

En relación al EEG también son comunes las anormalidades aun en ausencia de síntomas, sin embargo éstas no tienen carácter específico<sup>(18,20)</sup>, a pesar de que se han reportado hasta en un 71% de los pacientes<sup>(6)</sup>.

En la interpretación de los cuadros neurológicos del lupus eritematoso sistémico, se debe tener siempre en mente que las intercorrelaciones ineficaces (meningoencefalitis, trombos sépticos, etc.) las acciones de los esteroides y antimaláricos a las perturbaciones metabólicas, pueden estar vinculadas al origen de estos cuadros clínicos. Por otra parte no hay que olvidar que la presencia de enfermedades neuropsiquiátricas puede no estar relacionada con la acción directa de la enfermedad, sino deberse a otra etiología.

En la enfermedad mixta del tejido conectivo, las afecciones neuropsiquiátricas son diversas, mencionándose la neuropatía del trigémino y la cefalea vascular, así como meningitis aséptica. Sharp estima que por lo menos el 10% de los pacientes tienen alteraciones neuropsiquiátricas leves<sup>(4,24)</sup>.

En la bibliografía médica mundial no existen reportes de alteraciones neuropsiquiátricas en el resto de las enfermedades de la colágena, tal vez porque la frecuencia de aparición de síntomas es baja comparada con la del lupus eritematoso sistémico.

La presente investigación se justifica así por la ausencia de estudios sistemáticos acerca de las alteraciones psiquiátricas en pacientes con enfermedades del tejido conectivo en nuestro país. Este es el primer objetivo del estudio; en segundo lugar, se compararon los hallazgos con un grupo de pacientes con otras afecciones dermatológicas y finalmente, se evalúa la validez del diagnóstico psiquiátrico comparando el DX clínico con el obtenido a través de las reglas del programa ID-CATEGO aplicado a la información clínica recabada en la entrevista psiquiátrica estandarizada<sup>(11,55)</sup>.

## Material y método

Para este trabajo se empleó un diseño trasversal, observacional y analítico, con los objetivos antes mencionados. La población estudiada procede de la Clínica de Colagenopatías del Centro Dermatológico "Ladislao de

la Pascua" de la SSA.

Se diagnosticó a los pacientes que acudieron al Centro Dermatológico en un periodo de 6 meses (del 1o. de abril al 20 de septiembre de 1984), seleccionando a quienes se les realizó el diagnóstico clínico de enfermedades difusas del tejido conjuntivo a través de los criterios de inclusión de la ARA (*American Rheumatism Association*), conjuntamente con exámenes de laboratorio y gabinete.

Una vez realizado esto, se pidió al dermatólogo tratante que comunicara a todos los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad difusa del tejido conjuntivo, la necesidad de investigar la presencia de síntomas psiquiátricos, pidiéndoles que permanecieran en la clínica para ser entrevistados por el psiquiatra, sin importar que se tratara del inicio de la enfermedad o que ésta tuviera ya una larga evolución. Del total de enfermos con colagenopatías registradas en el centro de estudio, el 60% aceptó participar en el estudio.

Para seleccionar al grupo control, se pidió a los dermatólogos tratantes que comunicaran a sus pacientes que se iba a efectuar una entrevista para saber si había o no alteraciones psiquiátricas. Para ello se tomaron al azar los pacientes que asistieron a la consulta general del mismo Centro Dermatológico, seleccionando sólo a los mayores de 18 años y a los que previamente se les hubiera hecho el diagnóstico dermatológico.

Para la valoración mental se eligió la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg (versión modificada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría)<sup>(11)</sup>, validada en pacientes mexicanos, y aplicable a individuos que no se consideraran a sí mismos enfermos psiquiátricos, por contener en su estructura el tipo de trastornos comúnmente encontrados en la comunidad. La entrevista genera información acerca de signos y síntomas individuales así como una evaluación diagnóstica global, y permite valorar grados de severidad de los trastornos psiquiátricos; además de ser relativamente económica en tiempo. Las características del instrumento han sido reportadas en otras publicaciones<sup>(9,10)</sup>. Al finalizar la entrevista, el clínico enuncia su diagnóstico utilizando la clasificación internacional, ICD-9.

Una vez obtenida toda la información, se usaron las reglas del programa diagnóstico PSE-ID-CATEGO, ya que la versión corta de este programa se parece en su estructura a la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada<sup>(11)</sup>. De esta manera, los datos clínicos se agruparon en síndromes que permiten su descripción y posteriormente se combinan de manera jerárquica para obtener un diagnóstico en base a la ICD<sup>(55,56,57)</sup>.

A través de la información clínica recabada se investigaron los siguientes síndromes del programa ID-CATEGO:

- Ideas delirantes depresivas.
- Síndrome obsesivo.
- Ansiedad situacional.
- Aplanamiento afectivo.
- Alucinaciones auditivas.
- Hiperactividad.
- Despersonalización.
- Ideas de referencia.
- Tensión.

- Preocupaciones.
- Pérdida de interés y concentración.
- Otros síntomas depresivos.
- Depresión simple.
- Ansiedad generalizada.
- Histeria.
- Hipomanía.
- Alucinaciones visuales.
- Lentitud.
- Síntomas especiales de la depresión.
- Agitación.
- Falta de energía.
- Irritabilidad.
- Hipocondriasis.
- Daño orgánico.

Posteriormente se procedió a aplicar la prueba de "T" para proporciones, en aras de comparar la frecuencia de síntomas presentados en cada grupo de pacientes.

$$T = \frac{P_1 - P_2 - 0}{p \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}$$

Para evaluar la concordancia entre los diagnósticos clínicos y los obtenidos a través del ID-CATEGO, ambos realizados en forma independiente, se utilizó la fórmula estadística Kappa<sup>(2)</sup>.

$$K = \frac{p_o - p_c}{1 - p_c}$$

## Resultados

En el cuadro 1 se muestran los diagnósticos asignados a los 30 pacientes con colagenopatías y en el cuadro 2 aparecen los diagnósticos dermatológicos del grupo control.

CUADRO 1

PACIENTES CON COLAGENOPATIAS

| DIAGNOSTICO                            | No. DE PACIENTES |
|--|------------------|
| Lupus eritematoso puramente cutáneo    | 6                |
| Lupus eritematoso sistémico            | 11               |
| Esclerodermia localizada               | 7                |
| Esclerosis sistémica progresiva        | 3                |
| Dermatomiositis                        | 2                |
| Enfermedad mixta del tejido conjuntivo | 1                |
| TOTAL                                  | 30               |

**CUADRO 2**

**DIAGNOSTICO DERMATOLOGICO DE LOS PACIENTES CONTROL**

| DIAGNOSTICO                    | No. DE PACIENTES |
|--------------------------------|------------------|
| Acné                           | 8                |
| Tiña de los pies               | 4                |
| Melasma                        | 3                |
| Síndrome urticarioso           | 2                |
| Queratosis pilar               | 2                |
| Dermatitis por contacto        | 2                |
| Prúrigo solar                  | 1                |
| Epitelioma espinocelular       | 1                |
| Lupus puramente cutáneo        | 1                |
| Liquen simple de Vidal         | 1                |
| Foliculitis                    | 1                |
| Verruga seborreica             | 1                |
| Foto sensibilidad              | 1                |
| Dermatitis solar hipocromiante | 1                |
| Neurodermatitis                | 1                |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>30</b>        |

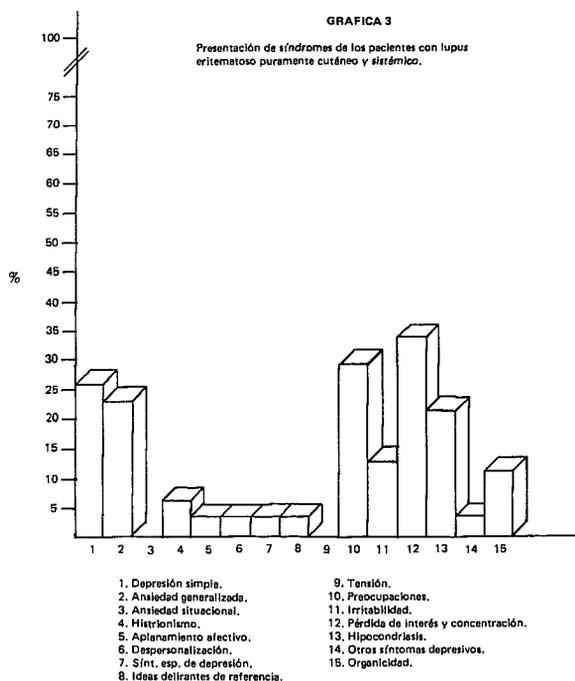
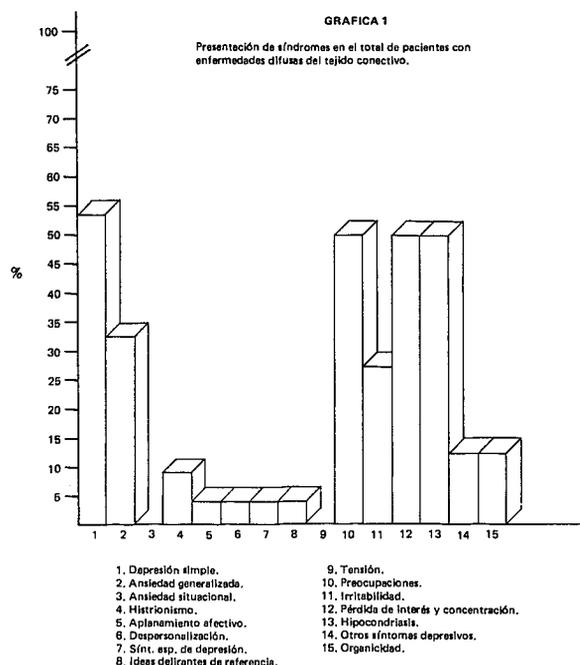
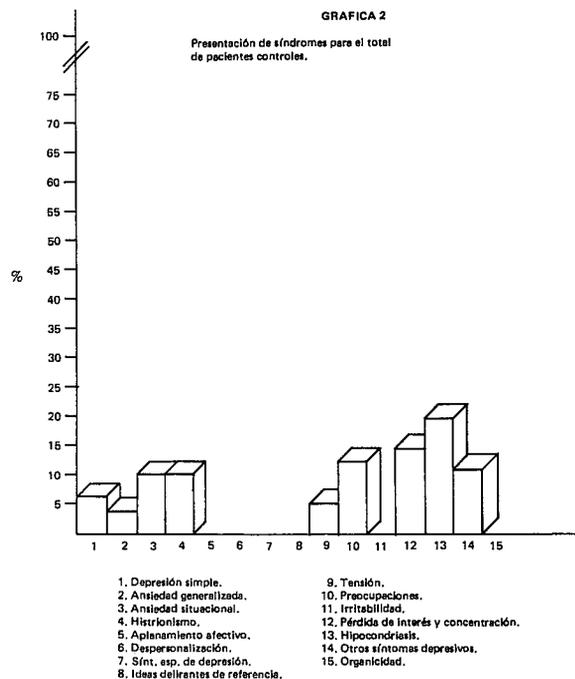
En el grupo de pacientes con colagenopatías, 27 fueron del sexo femenino y 3 del masculino, mientras que en el grupo control, 28 fueron femeninos y 2 varones. Las edades oscilaron en el grupo de pacientes con colagenopatías entre los 18 y los 65 años, siendo el promedio de 39 años, con desviación estándar de  $\pm 14.26$  y en los pacientes control entre los 18 y los 64 años con un promedio de 33 y desviación estándar de  $\pm 14.51$ .

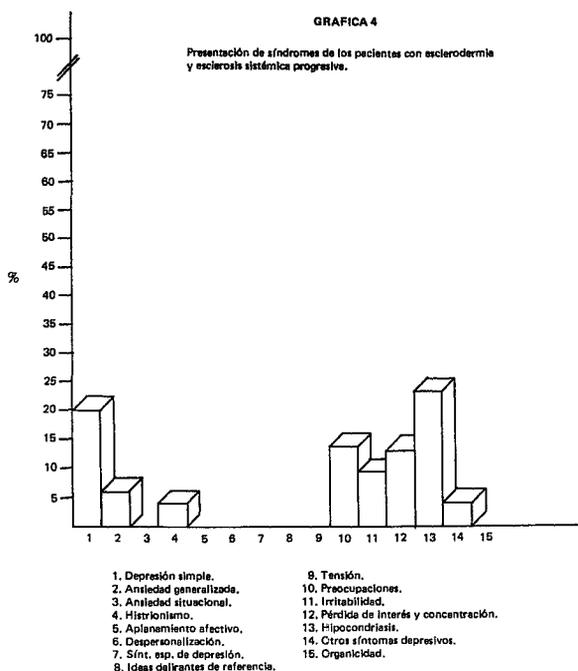
A cada sujeto del estudio se le preguntó acerca del motivo que lo había llevado a consulta, encontrándose que en los pacientes con colagenopatías, 25 acudieron por problemas estéticos, es decir por considerar como motivo principal el aspecto físico, y 5 por otros motivos, tales como signos y síntomas de daño visceral. En los pacientes control, 29 acudieron por problemas es-

téticos y 1 por creer padecer CA de piel.

El tiempo de evaluación de la enfermedad fue, para los pacientes, de 58.8 meses promedio y para el grupo control, de 40.4 meses promedio; en los pacientes con colagenopatías el promedio educacional fue de 6.1 años mientras que para el grupo control fue de 8.3 años.

De acuerdo a los síndromes del PSE, se obtuvieron 15 síndromes para ambos grupos pudiendo recibir cada paciente uno o más diagnósticos (gráficas 1,2,3 y 4).





A través de la prueba de "T" para proporciones, se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre ambos grupos de estudio, en lo referente a los siguientes síndromes: depresión simple, ansiedad generalizada, preocupaciones, irritabilidad, baja en el interés y concentración, hipocondriasis y organicidad; fue mayor la frecuencia en el grupo de pacientes con enfermedades difusas del tejido conjuntivo. También se encontró diferencia estadísticamente significativa para la ansiedad situacional, pero en este rubro fue mayor la frecuencia para los pacientes control.

En cuanto a la confiabilidad del diagnóstico clínico, en comparación con el obtenido a través del programa ID-CATEGO, se encontró una Kappa de 0.75, considerándola como un buen grado de acuerdo<sup>(2)</sup>.

**CUADRO 3**  
DISTRIBUCION DE SINDROMES EN PACIENTES CON O SIN TRATAMIENTO DE CORTICOIDES

| Síndrome                        | n = 11                      |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                                 | Tratamiento con corticoides | Tratamiento sin corticoides |
| Depresión simple                | 7                           | 9                           |
| Ansiedad generalizada           | 5                           | 5                           |
| Irritabilidad                   | 3                           | 6                           |
| Preocupaciones                  | 6                           | 9                           |
| Histeria                        | 2                           | 1                           |
| Hipocondriasis                  | 6                           | 10                          |
| Baja en interés y concentración | 7                           | 8                           |
| Organicidad                     | 2                           | 2                           |
| Otros síndromes depresivos      | 2                           | 2                           |
| Sin diagnóstico psiquiátrico    | 2                           | 1                           |

Del total de pacientes con colagenopatías, 11 estaban bajo tratamiento corticoideo; la frecuencia de síndromes en uno y otro grupo de pacientes se presenta en el cuadro 3, no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas. La bibliografía médica al respecto reporta que el uso de corticoides, a largo plazo, puede incrementar la sintomatología psiquiátrica o incluso ser un factor determinante para que ésta se manifieste cuando aún no aparecen datos de psicosis<sup>(41)</sup>. Dado que la muestra es pequeña, no es posible llegar a obtener conclusiones.

**CUADRO 4**  
DIAGNOSTICO DE ACUERDO A LA ICD-9

| Diagnóstico                                | No. de pacientes | No. de controles |
|--|------------------|------------------|
| 294.8 Otras psicosis orgánicas             | 1                | —                |
| 300.0 Trast. neurótico de ansiedad         | 9                | 9                |
| 300.4 Trast. neurótico depresivo           | 6                | 1                |
| 301.5 Trast. histérico de la personalidad  | 1                | 3                |
| 300.7 Trast. neurótico hipocondríaco       | —                | 1                |
| 309.1 Reacción de adaptac. depresivo prol. | 3                | 4                |
| 311 Trast. depresivo no clasificado        | 5                | —                |
| 317 Retraso mental discreto                | 13               | 6                |
| 318.0 Retraso mental moderado              | 1                | 1                |
| 345.1 Epilepsia convulsiva generalizada    | 2                | —                |
| 0.18 Sin diagnóstico emocional             | 5                | 2                |

**CUADRO 5**  
DIAGNOSTICO DE ACUERDO AL ID-CATEGO

| Diagnóstico sindromático                 | Pacientes | Controles |
|--|-----------|-----------|
| Depresión simple                         | 7         | —         |
| Depresión simple probable o limítrofe    | 5         | —         |
| Neurosis depresiva                       | 3         | 1         |
| Neurosis depresiva probable o limítrofe  | —         | —         |
| Depresión retardada                      | 3         | —         |
| Ansiedad neurótica                       | 1         | 2         |
| Ansiedad neurótica probable o limítrofe  | 3         | 4         |
| Histrionismo                             | —         | 1         |
| Histrionismo probable o limítrofe        | 1         | 2         |
| Obsesivo compulsivo limítrofe o probable | 1         | —         |
| Síndromes no específicos                 | 5         | 13        |
| No casos                                 | 2         | 7         |

Con base en la clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud ICD-9, se establecieron los diagnósticos que se ilustran en el cuadro 4.

De acuerdo con el sistema ID-CATEGO, se establecieron los diagnósticos sindromáticos que aparecen en el cuadro 5.

## Discusión

Se han demostrado alteraciones neurológicas y psiquiátricas en pacientes con lupus eritematoso sistémico<sup>(4,6,7,12,15,23,28,35,40,41,42,54)</sup> y enfermedad mixta del tejido conjuntivo<sup>(4,24)</sup>; asimismo, se ha hablado de un origen neurogénico en la esclerosis sistémica progresiva, sin que esto haya sido comprobado<sup>(14)</sup>. También en los últimos años se ha dado importancia a la teoría inmunológica para explicar la presencia de los síntomas psiquiátricos en estos pacientes; sin embargo se sabe poco sobre la etiopatogenia de las alteraciones mentales, encontrando en la bibliografía médica pocos estudios dedicados a este campo y de ellos, la mayoría referentes solamente al lupus eritematoso sistémico, dejando a un lado el resto de las colagenopatías.

En este breve estudio se encontraron resultados similares a los reportados en la bibliografía médica mundial, en cuanto a la aparición de síntomas depresivos, ansiosos, disminución en la concentración e intereses, irritabilidad y preocupaciones; sin embargo, están reportados muchos otros síntomas que en el presente trabajo no se detectaron (tales como sintomatología psicótica), muy probablemente porque estos síntomas aparecen en otro momento de la historia natural de la enfermedad. Otro fue el caso de la sintomatología orgánica, detectándose dos personas con crisis convulsivas, pero sin asociación con la aparición de la colagenopatía. Hasta aquí no es posible predecir si el resto de los pacientes presentará síntomas orgánicos, pues en este trabajo sólo se realizó un corte trasversal de su enfermedad, por lo que en otro momento de la misma se pueden encontrar diferentes síntomas psiquiátricos. Igualmente, es posible encontrar diferentes hallazgos sintomatológicos en otras poblaciones, por ejemplo en los servicios de medicina interna de los hospitales generales.

En los resultados de este estudio se observa mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas en los pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico y puramente cutáneo, que en aquellos con esclerodermia y esclerosis sistémica progresiva; sin embargo, no fue posible aplicar pruebas estadísticas, para corroborar si esta diferencia es significativa, dado lo pequeño de la muestra. A pesar de esto, sabemos que es el lupus eritematoso la colagenopatía más frecuente y la que se asocia con mayor número de alteraciones psiquiátricas, lo que nos hace pensar que muy probablemente si aumentáramos el número de observaciones, los resultados serían similares a los aquí expuestos.

En este estudio se compararon dos grupos, cada uno de treinta pacientes que acudieron a un Centro de la Secretaría de Salud, que pertenece al tercer nivel de atención, desconociéndose qué tipo de alteraciones

psiquiátricas se encuentran en el primer y segundo niveles de atención (Centros de Salud, Hopistales Generales). No obstante, podemos suponer por los datos de la bibliografía médica mundial, que los pacientes van a presentar alteraciones psiquiátricas en cualquier momento de su enfermedad, por lo que si estudiáramos otros niveles de atención de la Secretaría de Salud u otra dependencia, los resultados probablemente serían similares a los presentados aquí.

Dado que en los pacientes estudiados el tiempo de evolución de la enfermedad era diverso no fue posible determinar la etapa de la misma en que se presentan con mayor frecuencia las alteraciones psiquiátricas, lo cual pudiera ser objeto de otro estudio.

Se sabe que el uso de corticoides puede incrementar los síntomas psiquiátricos o hacer que éstos aparezcan<sup>(8,41)</sup>; algunos autores mencionan que el uso de estos fármacos puede disminuir los síntomas psicóticos e incluso hacerlos desaparecer. En el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes bajo tratamiento con corticoides y aquellos que no los habían recibido, sin embargo, la muestra es pequeña para obtener conclusiones al respecto.

Por otra parte, al considerar los motivos de estos grupos de pacientes para solicitar atención, se encontró que daban la mayor importancia al problema estético, denotando una gran preocupación en torno a su imagen corporal y no a sus manifestaciones internas, las que se diagnosticaron concomitantemente. Esto pudo traer como consecuencia que los síntomas depresivos fueran mayores en frecuencia, pero de tipo reactivo y no como manifestaciones primarias del efecto, lo que los hace candidatos a tratamiento psicoterapéutico, mismo que ayudaría a que el paciente lograra una mayor autoestima, mejorara sus síntomas ansiosos y depresivos, comprendiera mejor sus sentimientos y emociones y resolviera algunos conflictos presentes o evitara que se manifestaran otros. No obstante, este hallazgo debe tomarse con cautela, pues al ser pacientes de un centro dermatológico, esto conlleva un sesgo en el motivo de consulta. Se debe tener presente que las manifestaciones psiquiátricas pueden surgir previamente al resto de la sintomatología o durante la evolución de la enfermedad, por lo que debemos tenerlas siempre presentes, para diagnosticarlas y dar un tratamiento en forma interdisciplinaria a los pacientes.

Finalmente, resaltaremos que la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg es un instrumento útil para la detección de alteraciones psiquiátricas en pacientes que acuden a otros servicios médicos no psiquiátricos, por lo que debe extenderse su uso a los hospitales generales y de otras especialidades, con la finalidad de sistematizar la información clínica psiquiátrica y así ayudar al mejor manejo de los pacientes, a través de la participación de la psiquiatría de enlace en la medicina contemporánea.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARMAS C y COLS: Clinical diagnosis of SLE' *Am J Med* 25: 408-412, 1958.

2. BARTKO J J, CARPENTER T W: On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis* 163 (5):

- 307-317, 1976.
3. BARNETT E V, LEDDY JR Y COLS: Gamma 2, Gamma 1A and Gamma 1M Antinuclear Factors in human Sereia. *J Clin Invest* 43: 1104-1107, 1964.
  4. BEUNET R M, BONG D A: Neuropsychiatric problems in mixed connective tissue disease. *Am J Med* 65: 955, 1979.
  5. BLACK C: Mixed connective tissue disease. *Br J Dermatology*. 104: 713-717, 1981.
  6. BORESTEIN G D Y COLS: Aqueducta stenosis: A possible late sequela of central nervous systemic Inflammation in systemic lupus erithematosus. *Southern Med J* 75(4): 475-477, abril, 1982.
  7. BRIOLE M M G Y COLS: Présentation d'un cas clinique de lupus erythémateux aigu disséminé avec manifestations psychiatrique. Seance du Lundi 6 Juliet Societe Medico Psychologique (París). *Ann Med Psychol* 139(8): 905-912, septiembre-octubre, 1981.
  8. CABRERA H: Corticoides en dermatología. La Semana Médica 19 de marzo 213-219, 1979.
  9. CAMPILLO S C, CARAVEO A J y COLS: Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg" en una versión mexicana. *Acta Psiq Am Lat* 27: 44-53, 1981.
  10. CARAVEO A J Y COLS: Clinical indicators of psychiatric disorders in the elderly in hospital's general practice service. *Clin Gerontologist* 3(1): 3-14, 1984.
  11. CARAVEO A J, RAMOS L L, GONZALEZ F C: Comparabilidad entre criterios diagnósticos. *Salud Mental* 8(4): 65-70, diciembre 1985.
  12. DOUGLAS C J Y COLS: FCT for depression caused by lupus cerebritis: A case report. *Am J Psychiatry* 139(12): 1631-1632, diciembre 1982.
  13. CARPENTER R P Y COLS: The course of SLE. *J Chronic Dis* 19: 117-126, 1966.
  14. CHANDA J: Esclerodermia y otras enfermedades que se acompañan de esclerosis cutánea. *Clinicas Médicas de Norteamérica*, 5: 963-976, ed Interamericana, 1980.
  15. Clark E C y COLS: Neurological and Psychiatric signs associated with SLE, *JAMA*, 160(3): 455-456, 1956.
  16. DIAZ L: *Int Med* 97(5): 664-665, 1982.
  17. DUBOIS E L Y COLS: Lupus erithematosus, computer analysis of 520 cases. *JAMA* 190(2): 112-118, octubre 1964.
  18. DUBOIS E L Y COLS: Lupus erythematosus. A Review of the current states of discoïd and systemic lupus erythematosus and the variants. Ed McGraw-Hill Book Co, 1966.
  19. ERLICH W E: Nature of collagen disease. *Am Heart J* 45: 121, 1952.
  20. FITZPATRICK T: *Dermatology in General Medicine*. 2a. ed, 1280-1297, 1979.
  21. INOUE T, OKAMURA M Y COLS: Antineural antibodies in brain tissue of patient with systemic lupus erythematosus. Letter *Lancet* Ap 10:1(1276), 852, 1982.
  22. GOLDMAN L S Y COLS: Lupus like illness associated with chlorpromazine. *Am J Psychiatry* 137 (12): 1613-1614, diciembre, 1980.
  23. GURLAND B J Y COLS: The study of the psychiatric symptoms of systemic lupus erythematosus. *Psychosomatic Med* 34(3): 199-205, mayo-junio, 1972.
  24. IMES 5o. 1976: El síndrome de Sharp, Enfermedad Mixta del Tejido Conjuntivo, Imes 765 Madrid España, 1976.
  25. JAMES C A Y COLS: Limits of "Mini-Mental State" as a Screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychological Med* 12: 397-408, 1982.
  26. JIMENES S A: Impotence in progressive systemic sclerosis. *Ann Int Med* 96(1): enero, 1982.
  27. KARSH J Y COLS: Comparative effects of aspirin and ibuprofen in the management of systemic lupus erythematosus. *Art and Rheu* 23(12): 1401-4, diciembre 1980.
  28. KATZ D A Y COLS: Fatal pulmonary and cerebral fat embolism in systemic lupus erythematosus. *JAMA* 50(19): 2666-2669, 18 noviembre, 1983.
  29. KEYE W Y COLS: Visual loss as the initial symptom of systemic lupus erythematosus. *Am J Ophthalmology* 92: 238-244, 1981.
  30. KIRKPATRICK R A: Witchcraft and lupus erithematosus. *JAMA* 245(19): 1937, mayo 1981.
  31. KLEMPERER R, POLLACK A D, BAEHR C: Diffuse collagen disease. *JAMA* 119: 331, 1942.
  32. KLEMPERER P: The significance of the intermediate substances of the connective tissue in human disease. *Harvey Lecturas* 49: 100, 1954.
  33. KOHLER P, VAUGHAN J: The autoimmune disease. *JAMA* 248(20): 2646-2657, noviembre 1982.
  34. LAVALLE C: *Reumatología* Capítulo XXXI. Lupus Eritematoso Generalizado I, 113-6.
  35. LOZANO M S Y COLS: Trastornos psiquiátricos en el lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 11 (3): 213-218, 1983.
  36. MENDOZA BEIVIDE A L, ORTIZ C S: Cuarenta casos de LES, Trabajo libre presentado en el V Congreso Internacional de Dermatología Tropical. México, octubre 1984.
  37. MENDOZA BEIVIDE A L: Tesis de Postgrado en Dermatología, Leprología y Micología, Anticuerpos Antinúcleo en Lupus Eritematoso Sistémico, 1981-1983.
  38. OROZCO A J: *Reumatología* Capítulo XXXII, Lupus Eritematoso Generalizado II: 137-140.
  39. PEARLMAN T: Screening for systemic lupus erythematosus. *Am J Psychiatry* 140 (5): 656-657, mayo 1983.
  40. PHILLIP P, O'DONNELL Y COLS: Recurrent herpes zoster encephalitis, a complication of systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 38: 49-51, enero 1981.
  41. ROPES M W: *Systemic Lupus Erythematosus*, Harvard University Press. Cambridge Massachusetts y Londres Inglaterra 1976.
  42. RAVINDRAN M B Y COLS: Systemic lupus erythematosus presenting as morbid jealousy postgraduate *Med J* 56: 419-420, junio 1980.

43. SCHOEN R T Y COLS: Drug-induced lupus: An adjuvant disease. *Am J Med* 71: 5-8, julio 1981.
44. SMITH B E Y COLS: Scanning the skin for signs of connective tissue disorders. *Geriatrics* 36 (3): 47-66, marzo 1981.
45. SONTHEIMIRE E D Y COLS: Antinuclear and anticytoplasmic antibodies. *J Am Ac Dermatology* 9 (3): 335-342, septiembre 1983.
46. STEEN V D Y COLS: D-Penicillamine therapy in progressive systemic sclerosis (Scleroderma) a retrospective analysis. *Ann Int Med* 97: 652-659, 1982.
47. STEPHEN MCNEVIN Y COLS: Chlorprothixene-induced systemic lupus erythematosus. *J Clin Psychopharmacology* 2 (6): 411-412, 1982.
48. STOUDEMIRE A Y COLS: Neuro-ophthalmic systemic lupus erithematosus misdiagnosed as hysterical. *Am J Psychiatry* 139 (9): 1194-1196, septiembre 1982.
49. STURT E: Hierarchical patterns in the distribution of psychiatric symptoms *Psychological Med* 11: 783-794, 1981.
50. SURTEES P G Y COLS: The hierarchy model of psychiatric symptomatology. An investigation based on present state examination ratings. *Br J Psychiat* 135: 438-443, 1979.
51. SYNKOWKI D R Y COLS: Lupus eritematoso, estudios de laboratorio y subgrupos clínicos en la valoración de los enfermos. *Clínicas Médicas de Norteamérica* 5: 913-932, ed Interamericana, 1980
52. TAKATOSHI I Y COLS: Antineural antibodies in brain tissue of patient with systemic lupus erythematosus. *Lancet* 10: 852, abril 1982.
53. VALLEJO NAJERA K A: *Introducción a la Psiquiatría*. ed Científico Médica, Barcelona, España, 1981.
54. VAZQUEZ-BARQUERO J L Y COLS: Manifestaciones psiquiátricas del lupus eritematoso sistémico. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 10 (4): 229-234, 1982.
55. WING J K, COOPER J E, SARTORIUS N: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press, 1974.
56. WING J K Y COLS: Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population study. *Psychological Med* 7: 505-516, 1977.
57. WING J K: At the research front standardizing clinical diagnostic judgments, The PSE-CATEGO System. *Aus and New Zealand J of Psychiatry* 14: 17-20, 1980.
58. VERTZMAN L, DE PAOLA D: *Enfermedades Difusas del Tejido Conectivo*. E Laborat Schering, México, 1974.

**Respuestas de la sección**

**AVANCES EN LA PSIQUIATRIA**

**Autoevaluación**

1. B
2. E
3. D
4. E
5. D
6. A
7. B
8. E
9. B
10. A
11. E
12. A
13. C