

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MADRES DE NIÑOS CON DERMATITIS ATOPICA DE MODERADA A SEVERA

Dres. Elizabeth Núñez Sánchez,* Francisco González Otero, Ernesto Rodríguez, *** José Miguel Avilán R.****

E. Sánchez Núñez, F. González Otero, E. Rodríguez, JM. Avilán R. **Trastornos de Ansiedad en Madres de Niños con Dermatitis Atópica de Moderada a Severa.** Derm. Venez, 1999, 37: 22-27

RESUMEN

La presencia de ansiedad materna está comúnmente asociada con la dermatitis atópica severa en la niñez y adolescencia. Este trabajo investiga la prevalencia de trastornos de ansiedad en madres de niños con dermatitis atópica severa y la relación con la severidad de los síntomas en sus hijos.

Se realizó un estudio no experimental, transversal y comparativo. El grupo de casos (N= 21) conformado por madres de niños con dermatitis atópica severa y el grupo control (N= 21) por madres de niños libres de dermatosis. Se administró la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta C.I.D.A. (Versión 1.1, módulos A,D,K,) para determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM III-R. La severidad de la dermatitis en los niños fue cuantificada utilizando el scoring index of atopic dermatitis SCORAD.

Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de trastornos de ansiedad del grupo de casos y control, 62% de las madres de los niños con

dermatitis atópica severa presentaron al menos un diagnóstico de trastornos de ansiedad, los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos fóbicos.

El grado de severidad de la dermatitis fue mayor en el grupo de niños cuyas madres tuvieron diagnóstico de trastornos de ansiedad.

Los resultados sugieren que la presencia de trastornos de ansiedad en las madres de niños con dermatitis atópica puede ser un factor de riesgo para desarrollar la forma severa de la enfermedad.

Palabras clave: Dermatitis atópica severa, trastornos de Ansiedad CIDI.

ABSTRACT

This paper explores relationships between anxiety disorders in mothers of children with severe atopic dermatitis and the actual severity of symptoms in the children. Results suggest that the presence of anxiety disorders in the mothers may be a risk factor for the development of the severe form of atopic dermatitis in the offspring.

Key words: Anxiety disorders, atopic dermatitis CIDI.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es un trastorno inflamatorio de la piel, pruriginoso, crónico, caracterizado por exacerbaciones y remisiones de lesiones que

tienen una morfología y distribución característica. Su inicio es temprano, generalmente comienza en la lactancia y tiende a desaparecer en la edad escolar, en algunos casos evoluciona con recurrencias por períodos de meses hasta llegar a la vida adulta. Es una enfermedad genéticamente determinada, de etiología multifactorial, donde intervienen factores inmunológicos, ambientales y psicológicos.¹

La mayor parte de los atópicos responden bien al tratamiento; sin embargo, hay un grupo que evoluciona tórpida-

damente con manifestaciones clínicas severas causando disturbios a nivel personal, familiar y social. El manejo de las formas severas es generalmente poco satisfactorio y ha ameritado el uso de corticoesteroides por vía sistémica e inmunomoduladores.²

La dermatitis atópica es considerada como una enfermedad psicósomática, es decir, una enfermedad en la cual los estímulos psicológicamente significativos están temporalmente relacionados con la iniciación y/o exacerbación de los síntomas.³ El síntoma-

* Especialista en psiquiatría.

** Profesor asistente, Servicio de Dermatología del HUC, Hospital Universitario Caracas.

*** Especialista en psiquiatría, Servicio de Reumatología HUC, Hospital Universitario Caracas.

**** Profesor titular, Facultad de medicina U.C.V. (Asesor Estadístico).

ma cardinal de esta afección es el prurito que antecede al acto de rascado, evitar el rascado es una de las medidas más importantes en el tratamiento y mejora el pronóstico a largo plazo.⁴ Hay evidencias de que el prurito es un síntoma psicossomático, la excitación del sistema nervioso central por una perturbación emocional puede intensificar la respuesta vasomotora y de sudoración de la piel y conducir a la respuesta prurito-rascado. La perturbación emocional disminuye el umbral del prurito y desencadena la respuesta de rascado.⁵

Se ha encontrado que en adultos atópicos ciertos factores emocionales se asocian a empeoramiento de los síntomas, la presencia de depresión clínica,⁶ el manejo inadecuado de la rabia⁷ y el estrés.^{5,8} Asimismo, se ha reportado mejoría de los síntomas con tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico^{9,10} recibidos con-juntamente con un adecuado trata-miento dermatológico.

En niños atópicos, que constituyen la mayor parte de la población afectada, se ha estudiado el papel de la familia y del vínculo madre-hijo y su relación con el empeoramiento de los síntomas. El infante obtiene la habilidad de manipular el ambiente mediante el rascado, se ha descrito que cierto tipo de disfunción en las interacciones familiares refuerza esta conducta.^{4,11}

También se ha encontrado que un clima familiar estresante se asocia a mayor severidad de los síntomas en el niño atópico.¹²

Estudios de orientación psicoanalítica hacen énfasis en las características psicológicas de la madre. La hipótesis psicodinámica plantea que las conductas maternas generadas por sentimientos de hostilidad reprimidos y dirigidos al niño, se expresan como rechazo más o menos manifiesto o con actitudes de sobreprotección ocasionando interacciones distorsionadas en la relación madre-hijo.^{13,14}

En base a esto, se ha buscado el perfil psicológico de la madre del atópico pero no se ha encontrado un tipo de personalidad característico y constante,¹⁵ aunque sí, algún tipo de disturbio emocional que perturba la relación madre hijo.^{15,16}

La observación clínica de la presencia de ansiedad en las madres de los niños atópicos es frecuente.^{13,15,16}

Daud y col.¹⁷ encontraron que las madres de niños con dermatitis atópica severa tenían niveles de ansiedad más altos que sus contrapartes del grupo control y que altos niveles de ansiedad estaban asociados a mayor severidad de los síntomas en sus hijos.

Observaciones clínicas efectuadas en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas sugieren que las madres de los niños con dermatitis atópica severa son muy ansiosas.

El propósito de esta investigación fue determinar si estas madres tienen mayor prevalencia de trastornos de ansiedad que las madres de la población general y si existe relación entre la presencia de trastornos de ansiedad en las madres y la severidad de los síntomas dermatológicos en sus hijos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se plantearon dos hipótesis de trabajo:

Hipótesis 1- Las madres de niños con dermatitis atópica severa tienen una prevalencia mayor de trastornos de ansiedad que las madres de niños sin dermatitis.

Hipótesis 2- La presencia de trastornos de ansiedad en las madres se asocia a mayor severidad de la dermatitis atópica en sus hijos.

Para verificar las hipótesis se efectuó un estudio no experimental, transversal y comparativo de casos y controles.

Población y Muestra

La muestra fue recolectada en los meses agosto-septiembre 1996 y agosto-septiembre 1997.

El grupo de casos quedó constituido por 21 madres de niños con dermatitis atópica severa. El especialista en dermatología seleccionó los niños atópicos entre aquellos que acuden a control en la consulta de dermatología pediátrica del Hospital Universitario de Caracas y determinó el grado

de severidad de la dermatitis, utilizando para ello, el scoring index atopic dermatitis SCORAD.

El grupo control quedó constituido por 21 madres de niños libres de dermatitis en control por la consulta de niños sanos del Ambulatorio del Hospital Universitario de Caracas.

En ambos grupos la edad de las madres fue igual o mayor a 18 años, pertenecían al estrato socioeconómico III o IV (medio y medio-bajo según el método Graffar modificado) y vivían con sus hijos.

PROCEDIMIENTO

Se registró la edad de cada niño. Asimismo, se registró la edad de las madres y su nivel socioeconómico que se determinó por el método de estratificación social Graffar modificado.

Se administró la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta C.I.D.I. (versión modular 1.1, módulos A,D,K) a cada una de las madres que participaron en el estudio.

INSTRUMENTOS

Método Graffar modificado: es un instrumento diseñado para determinar la estratificación social, validado y adaptado a la población venezolana. Es un método compuesto que combina variables cualitativas y cuantitativas. Se obtienen 5 estratos socioeconómicos: I alto, II medio alto, III medio, IV medio-bajo y V marginal.¹⁸

Entrevista diagnóstica internacional compuesta C.I.D.I.

El C.I.D.I. es una entrevista diagnóstica totalmente estandarizada para la evaluación de trastornos mentales según los criterios diagnósticos y definiciones de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) y según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R; APA 1987). Su desarrollo fue posible por el esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud y la Administración de Salud Mental para el Abuso de Alcohol y

Drogas (O.M.S./A.S.M.A.A.D.); ha sido diseñada para ser utilizada en una amplia variedad de culturas y contextos.⁷⁹ La entrevista está estructurada en 15 secciones diagnósticas cubriendo un amplio rango de trastornos: de ansiedad, afectivos, somatoformes, etc.

Scoring index of atopic dermatitis S.C.O.R.A.D.

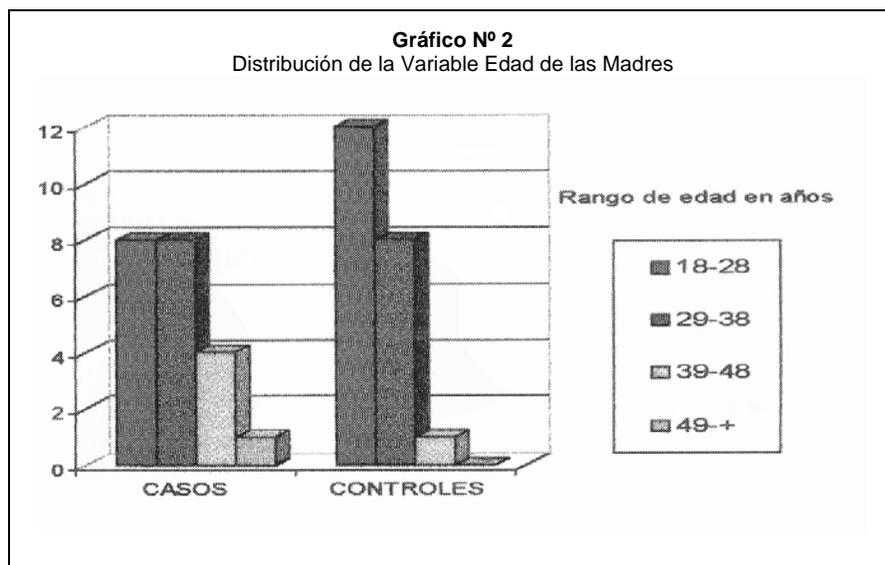
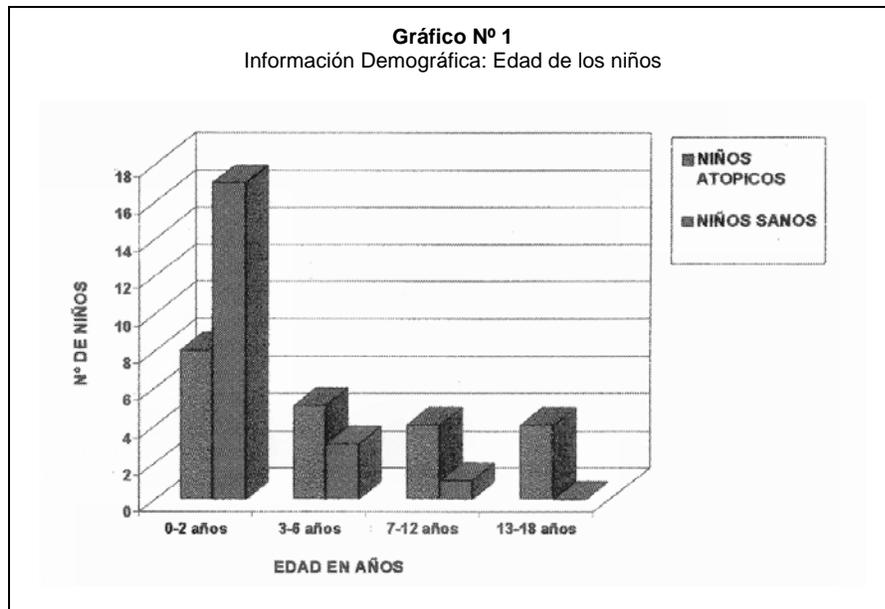
El SCORAD.²⁰ es un instrumento diseñado para determinar el grado de severidad de la dermatitis atópica. Formado por tres escalas, dos para síntomas objetivos (extensión de las lesiones e intensidad) y una para síntomas subjetivos (prurito e insomnio). La escala que corresponde a extensión de las lesiones es calculada con la regla de los nueve aplicada a las lesiones inflamatorias. La escala de intensidad evalúa seis síntomas: eritema, edema/pápulas, exudado/costras, excoりación, liquenificación y sequedad. La escala de síntomas subjetivos evalúa la intensidad del prurito e insomnio obtenida por la observación del paciente en los últimos 3 días.

La puntuación total del SCORAD es calculada por una fórmula matemática que considera las tres escalas, la máxima puntuación es 103. La severidad de la dermatitis atópica se puede estimar con la puntuación total o tomando en cuenta sólo el SCORAD objetivo.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el Gráfico Nº 1 se muestra la distribución por edad de los niños atópicos y sanos (no se incluyen recién nacidos). Los niños sanos son en su mayoría lactantes, grupo etario más numeroso en la consulta de niños sanos en nuestro medio. La distribución por edad de los niños atópicos muestra que el grupo más numeroso es el grupo etario de los lactantes, sin embargo, esta diferencia no es muy marcada con el resto de los grupos etarios (pre-escolares, escolares y adolescentes), hallazgo esperado en los casos de dermatitis atópica severa.

En el gráfico Nº 2 se muestra la distribución por edad de las madres. Tan-



to en el grupo de casos como en, el control, la mayoría de las madres tiene edades comprendidas entre 18 y 38 años, sin existir diferencia estadística-mente significativa entre ambos ($X^2 = 2.15$, $P = 0,541$).

En el gráfico Nº 3 se muestra la distribución de los grupos de acuerdo al estrato socioeconómico. Las madres de ambos grupos son de estrato III y IV, no existe diferencia estadísticamente significativa entre ellos ($X^2 = 0,0$, $P = 1,0$).

En la Tabla Nº 1 se muestra el número total de madres con diagnóstico de trastornos de ansiedad; en el grupo control (N=21) 4 madres y en el grupo de casos (N=21) 13 madres. Esta dife-

rencia es estadísticamente significativa, prueba exacta de Fisher (dos colas) $P = 0,0187$. Esto permite afirmar que la prevalencia de trastornos de ansiedad en las madres de niños con dermatitis atópica severa es mayor que en sus contrapartes del grupo control.

De las 13 madres del grupo de casos con diagnóstico de trastorno de ansiedad, 11 presentaban dicha patología antes del nacimiento del hijo atópico. Además 8 presentaron más de un diagnóstico de trastorno de ansiedad, mostrando una alta comorbilidad entre estos trastornos (Gráfico Nº 4). En el Gráfico Nº 5 se muestra la distribución por diagnóstico según los

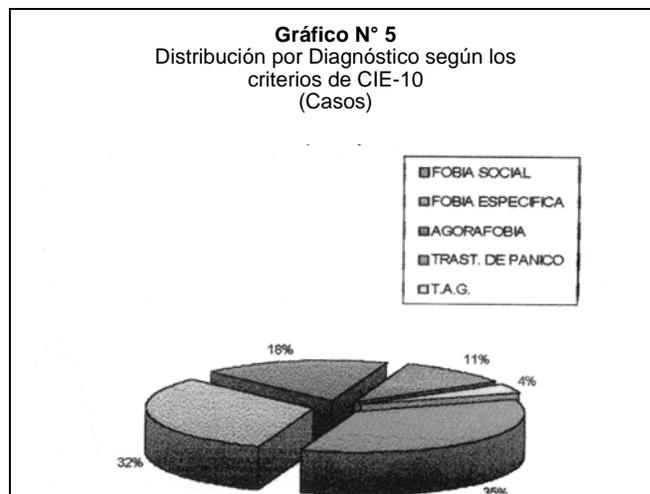
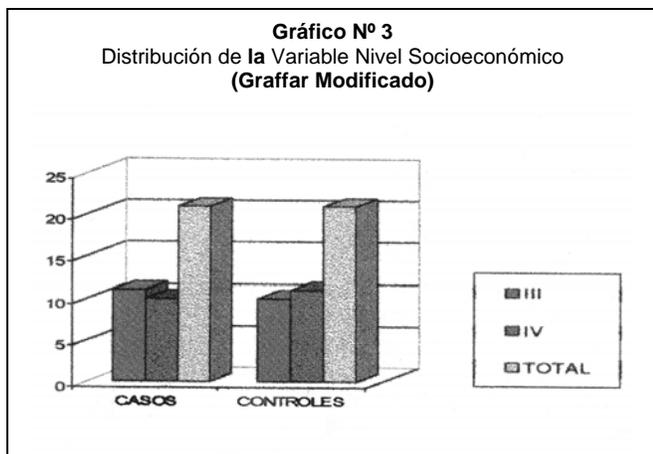
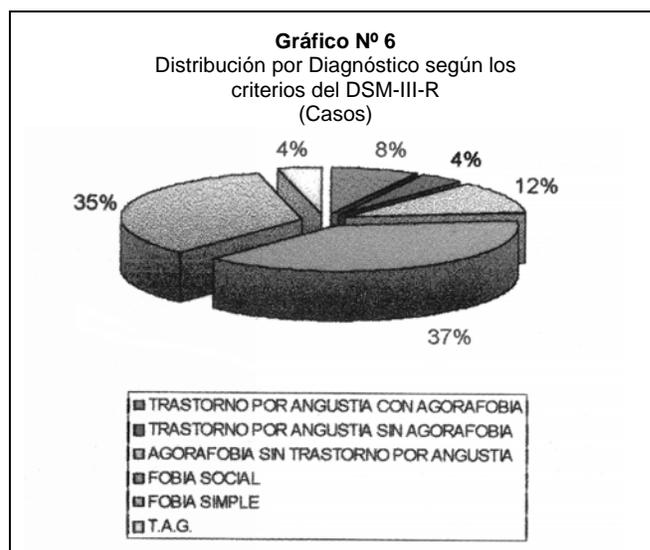
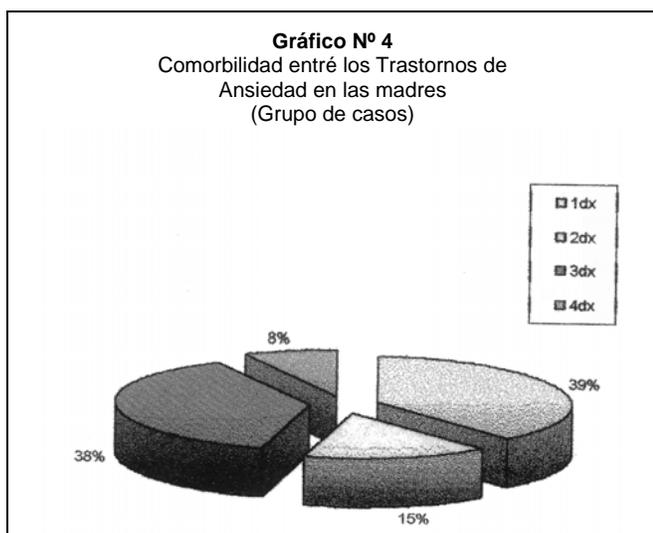


Tabla N° 1
Trastornos de Ansiedad en las Madres

	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD	TOTAL
CASOS	13	8	21
CONTROLES	4	17	21
TOTAL	17	25	42

criterios del CI E-1 0, se registraron 10 diagnósticos de fobia social, 9 de fobia específica, 5 de agorafobia, 3 de trastorno de pánico y 1 de trastorno de ansiedad generalizada. De manera que, los trastornos más frecuentes son los trastornos fóbicos.

En el gráfico N° 6 se muestra la distribución por diagnóstico según los criterios del DSM III-R, se registraron 10 diagnósticos de fobia social, 9 de fobia simple, 3 de agorafobia sin trastorno por angustia, 2 de trastorno por angustia con agorafobia, 1 de trastorno por angustia sin agorafobia y por último, 1 de trastorno de ansiedad ge-



neralizada. Según esta clasificación los diagnósticos más frecuentes son de fobia social y simple.

Se hizo la comparación entre el SCORAD total de los niños atópicos hijos de madres con trastornos de ansiedad y el de los atópicos hijos de madres sin dicho diagnóstico.

En el Gráfico N° 7 se realizó el análisis estadístico utilizando el test de student no pareado, se obtuvo un $t = 1,99$ para 19 grados de libertad y la diferencia ocurre con una probabilidad de 0,062- es decir, no menor de 0,05. Sin embargo, se trata de una probabilidad pequeña, por lo cual aceptamos que la severidad de los síntomas se asocia a la presencia de trastornos de ansiedad en las madres.

no de ansiedad en la madre altera la calidad del vínculo madre-hijo y constituye un factor generador de estrés crónico en el niño atópico contribuyendo probablemente a la aparición y mantenimiento del ciclo prurito-rascado.

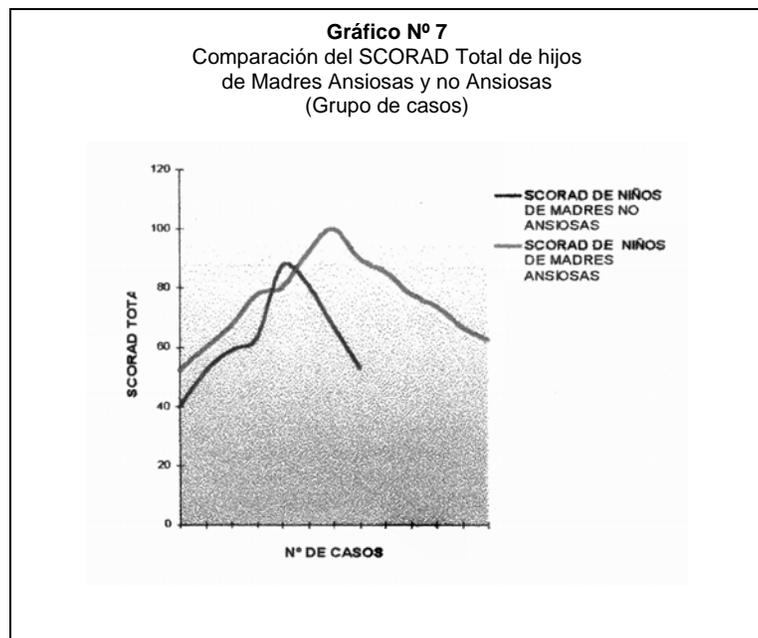
Se encontró que la patología materna más frecuente fue la fobia social, lo que abre paso a la interrogante: ¿Qué relación existe entre la fobia social de la madre y la severidad de los síntomas en el hijo atópico?

Una primera hipótesis estaría dada por una probable interferencia en el tratamiento del niño atópico. La presencia de fobia social implica dificultades ante situaciones sociales, esto puede interferir a la hora de solicitar

ro de estos trastornos en los padres se correlaciona con el número de trastornos en los hijos. Esto sugiere que los niños cuyos padres tienen fobia social tienen un alto riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad. Podemos decir entonces, que los niños con dermatitis atópica severa del presente estudio tienen riesgo de padecer trastornos de ansiedad. Esto es importante, sabemos que los individuos atópicos son generalmente ansiosos,^{7,9,16} la ansiedad excesiva se correlaciona con facilidad de condicionamiento y los atópicos quedan condicionados con mayor facilidad a respuestas de rascado que sus contrapartes testigo pareadas.'

En base a los resultados obtenidos proponemos que la presencia de trastornos de ansiedad en la madre puede actuar de diferentes maneras dando como resultado el empeoramiento de los síntomas en el hijo atópico. Por un lado, tiene la relación madre-hijo causando ciertos grados de disturbio emocional, dependiendo del momento de aparición y del curso del trastorno materno; además, al aparecer la crisis de dermatitis atópica en el niño, esta madre será menos eficiente en el manejo y contención de la ansiedad del hijo enfermo generando más angustia en el infante y propiciando el ciclo prurito-rascado.

Concluimos que la interacción de los factores psicológicos relacionados con la severidad de la dermatitis atópica es compleja y amerita la evaluación del niño atópico, su madre y en algunos casos, la familia. Nuestros hallazgos sugieren que la presencia de trastornos de ansiedad en las madres de niños con dermatitis atópica puede ser un factor de riesgo para desarrollar la forma severa de la enfermedad en la infancia.



DISCUSIÓN

El 62% de las madres de niños con dermatitis atópica severa presentaron por lo menos 1 diagnóstico de trastorno de ansiedad, de éstas, el 85% pre-sentó al menos 1 diagnóstico antes del nacimiento del hijo atópico, lo que muestra que en gran parte de los casos la relación madre-hijo estuvo perturbada desde su inicio por la patología materna. La presencia del trastor-

ayuda, pedir explicaciones sobre las indicaciones médicas u otro contacto social que la madre requiera para cumplir con el tratamiento del hijo.

La segunda hipótesis estaría dada por la influencia tanto genética como ambiental que ejercería la fobia social de la madre. Se ha encontrado²¹ que los hijos de padres con fobia social tienen un alto porcentaje de trastornos psiquiátricos, con predominio de los trastornos de ansiedad y que el núme-

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Santiago Ilse. Etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Derm Venez* 1992; 30:38-40.
2. González Otero F., Milella O., Seivane D., Gómez I. Cyclosporina sistémica en niños con dermatitis atópica severa. *Derm Venez* 1992; 30: 7-10.
3. Ortega Sánchez M. El paciente con síntomas somáticos funcionales: explo-

- ración, diagnóstico, y manejo. Archivos venezolanos de Psiquiatría y Neurología 1991; 77(39): 52-60.
4. Koblenzer C., Koblenzer P. Chronic intractable atopic eczema. Arch Dermatol 1988; 124:1673-1677.
 5. Panconesi E., Hautmann G. Aspectos psicofisiológicos del estrés en dermatología: Patrón psicobiológico de los aspectos psicósomáticos. Clínicas Dermatológicas. Edit McGraw-Hill Interamericana 1996; 3:413-435.
 6. Gupta M., Gupta A., Schork N., Ellis C. De-pression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. Psychosomatic Medicine 1994; 56: 36-40.
 7. Ginsburg I., Prystowsky J., Kornfeld D., Wolland H. Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. Int J. Dermatol 1993; 32: 656-660.
 - S. Ametz B., Fjellner B., Eneroth P., Kellner A. Endocrine and dermatological con-comitants of mental stress. Acta Derm Venereol (Stockh) 1991; Suppl 156: 9-12.
 9. Cotterill J.A. Psychophysiological aspects of eczema Seminars in Dermatology 1990; 9 (3): 216-219.
 10. Folks D., Cleveland K The Role of psycho-logical factors in dermatologic conditions. Psychosomatic 1992; 33(1): 45-54.
 11. Koblenzer P. Temas vinculados con los progenitores, en el tratamiento del eczema infantil crónico Clínicas Dermatológicas. Edit McGraw-Hill Interamericana 1996; 3: 437-440.
 12. Gil K, Keefe F., Sampson H., Caskill C., Rodin J., Crisson J. The relation of stress and family enviroment to atopic, dermatitis syptoms in children. J. Psychol. Res. 1987; 31(6): 673-684.
 13. Békei Martha Trastornos, psicósomáticos en la niñez y adolescencia Edit Nueva Visión, Buenos Aires, 1986: 67-72.
 14. Prochazka P., Uslar A. Mother and child relations in patients with atopic dermatitis. Zeitschrift Fair Hautkrankheiten 1989; 64(10): 863-865.
 15. Ring J., Palos E. Psychosomatische aspekte der Efern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem in Kindersatter. Der Hautarzt 1986; 37: 609-617.
 16. Blomquist K., Sakki M.L. Children with dermatological disease and their mothers. Acta Derm Venereol (Stockh) 1991; Suppl 156: 28-36.
 17. Daud L., Garralda M., David T. Psychosocial adjustment in preschool children with stopic eczema Arch Dis Child 1993; 69: 670-676.
 18. Méndez Castellano H., De Méndez M. Estratificación social y biología humana. Archivos venezolanos de Puericultura y Pediatría 1986; 49(3-4) 93-101.
 19. Vitchen H. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Di-agnostic Interview (C.I.D.I.): A critical re-view. J. Psychot Res. 1994; 28:57-84.
 20. Kunz B., Oranje A., Labréze L., Salder J., Ring J., Taled A. Clinical validation and guidelines for the S.C.O.R.A.D. Index, Consensus report of the European task force on atopic dermatitis. Dermatology 1997; 195:10-19.
 21. Mancini C., Van Amerigen M., Szatmani P., Fugere C., Boyle M. A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. J. Am. Aced. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35(11):1511-1617.