

ARTICULO DE REVISION

Psicodermatología: una introducción a sus conceptos, nosología y modelos de abordaje

Psychodermatology: An introduction to its concepts, nosology and approach models

Torales, Julio César¹; Malatesta, Estela María²; González, Lourdes Lorena³; González, Israel Alcides¹; López, Rubén Darío¹; Barrios, Juan Iván¹; García, Oscar Enrique¹; O'Higgins, Marcelo Gerardo¹; Castaldelli-Maia, João Mauricio^{4,5}; Ventriglio, Antonio⁶

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría. San Lorenzo, Paraguay.

²Centro de Salud Mental "Dr. Arturo Ameghino". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Dermatología. San Lorenzo, Paraguay.

⁴Fundación de ABC, Escuela de Medicina, Departamento de Neurociencias. Santo André, Brasil.

⁵Universidad de São Paulo, Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría. São Paulo, Brasil.

⁶Universidad de Foggia, Departamento de Medicina Clínica y Experimental. Foggia, Italia.

RESUMEN

Es imposible separar la enfermedad física de la enfermedad mental, puesto que la fisiopatología de cualquier enfermedad contiene a la esfera psicológica dentro de sus múltiples elementos. En ese sentido, muchas especialidades médicas pueden reclamar su relación con la Psiquiatría, puesto que son innumerables las enfermedades que tienen nexo con signos y síntomas psiquiátricos (por ejemplo, la enfermedad inflamatoria intestinal en Gastroenterología; el asma bronquial en Neumología, entre otras). No obstante, con la Dermatología la relación es mucho más evidente. La Psicodermatología es una especialidad que surge de la conjunción de dos ramas aparentemente divergentes de la Medicina: la Psiquiatría y la Dermatología. En Psicodermatología, algunos pacientes presentan enfermedades principalmente dermatológicas con comorbilidades psicosociales secundarias, mientras que otros tienen trastornos psiquiátricos primarios con sintomatología cutánea significativa. Así también, debido a que varias enfermedades dermatológicas no solo se acompañan frecuentemente de dolor e incomodidad, sino que son inmediatamente visibles para los demás, las personas afectadas por estas condiciones pueden sufrir consecuencias sociales y emocionales. Con base en lo anterior, este artículo de revisión presenta los conceptos, nosología y modelos de abordaje de esta ciencia médica, haciendo hincapié que, debido a la interacción permanente entre la mente y la piel, se hace necesario que el paciente sea tratado como una unidad constituida por varios niveles, incluyendo aspectos cutáneos, emocionales y mentales.

Palabras Clave: Psiquiatría, Dermatología, Psicodermatología.

Autor correspondiente: Prof. Dr. Julio César Torales. Profesor Adjunto de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Campus Universitario de la UNA. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: jtorales@med.una.py

Fecha de recepción el 13 de Abril del 2020; aceptado el 3 de Junio del 2020

ABSTRACT

It is impossible to separate the physical illness from the mental illness, since the pathophysiology of any disease contains the psychological sphere within its multiple elements. In this sense, many medical specialties can claim their relationship with Psychiatry, since there are innumerable diseases that have a link with psychiatric signs and symptoms (for example, inflammatory bowel disease in Gastroenterology; bronchial asthma in Pneumology, among others). However, with Dermatology the relationship is much more evident. Psychodermatology is a specialty that arises from the conjunction of two apparently divergent branches of Medicine: Psychiatry and Dermatology. In Psychodermatology, some patients present mainly dermatological diseases with secondary psychosocial comorbidities, while others have primary psychiatric disorders with significant cutaneous symptoms. Also, because various dermatologic diseases are not only frequently accompanied by pain and discomfort, but are immediately visible to others, people affected from these conditions can suffer social and emotional consequences. Based on the above, this review article presents the concepts, nosology, and approach models of this medical science, emphasizing that due to the permanent interaction between the mind and the skin, it is necessary for the patient to be treated as an unit made up of several levels, including cutaneous, emotional and mental aspects.

Keywords: Psychiatry, Dermatology, Psychodermatology.

INTRODUCCION

A lo largo de la historia, la relación entre la mente y las enfermedades de la piel ha sido objeto de estudio y de debate por parte de muchos investigadores de diversas épocas y distintos lugares del mundo. Existe una conexión entre la psique y el soma, siendo la relación entre la mente y la piel (Psicodermatología) un ejemplo paradigmático de esa conexión. La piel es el límite entre lo interno y lo externo, de manera que es el lugar de expresión del estado del ambiente interno, así como del ambiente externo, de un individuo (1). El impacto de los factores de estrés en la piel es interesante: desde los agentes físicos hasta los factores de estrés psicosociales, todos están relacionados con la historia natural de varias dermatosis. El deseo de entender esta relación bidireccional entre los trastornos mentales y las enfermedades cutáneas ha llevado al surgimiento de la Psicodermatología como especialidad bien constituida en los últimos años.

La Psicodermatología es el resultado de la integración íntima de dos especialidades médicas principales: la Psiquiatría y la Dermatología (2). Debido a que la piel es la parte más accesible del cuerpo humano, no es raro que muchas personas manifiesten impulsos agresivos, ansiedad o comportamiento autodestructivo a través del órgano cutáneo, provocando síntomas dermatológicos. De otra manera,

personas con enfermedades dermatológicas que comprometen su autoimagen pueden sentirse deprimidas, avergonzadas o ansiosas como resultado de sus enfermedades (3). Hoy entendemos a la Psicodermatología como una fusión entre la Psiquiatría y la Dermatología que se ocupa de la influencia del estrés psicosocial en la génesis, mantenimiento y cronicidad de varias enfermedades de la piel (4, 5).

Este artículo de revisión explora los elementos conceptuales y nosológicos y los modelos de abordaje de la Psicodermatología, haciendo hincapié en que, debido a la interacción permanente entre la mente y la piel, se hace necesario que el paciente afectado por un cuadro "psicodermatológico" sea tratado como una unidad constituida por varios niveles (cutáneos, emocionales y mentales).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El tema de la relación mente-cuerpo ha sido materia de profunda discusión y reflexión a lo largo del tiempo. Hipócrates, el padre de la Medicina, fue el primero en describir una relación entre el cuerpo humano y los procesos mentales (6). Mencionó en sus escritos la relación entre el estrés y sus efectos en la piel, citando casos de personas que se arrancaban el cabello en respuesta a estrés emocional.

Aunque dicho de esta manera por Hipócrates en la antigüedad, el término "Tricotilomanía" no apareció hasta 1889, cuando el médico dermatólogo francés François Henri Hallopeau (1842-1919) describió el caso de un paciente que se arrancaba el cabello. René Descartes, científico y filósofo francés nacido en el siglo 16, también discutió este asunto al punto de ser considerado uno de los padres de la imbricación mente-cuerpo. Descartes proclamaba un radical dualismo metafísico entre mente y materia. En el libro *Méditations Métaphysiques*, uno de sus trabajos más importantes, consideraba al cuerpo como un objeto extenso y, por eso, distinto de la mente, que sería un objeto que piensa. Descartes denominó *res cogitans* a los objetos que pensaban (la mente) y *res extensa* a los objetos que no pensaban y por lo tanto, eran extensos (el cuerpo) (7).

Se puede afirmar que la Psicodermatología tiene una historia larga, pero con un pasado breve, lo que significa que podemos trazar su historia desde los antiguos libros que relacionaban las enfermedades de la piel con distintos estados mentales, pero no podemos referirnos a ella como disciplina hasta mediados del siglo 20, momento en el cual se inician los rigurosos estudios científicos que hoy la sostienen. Esta disciplina, a pesar de su juventud, tiene un carácter interdisciplinario y, de hecho, fue construida y continúa siendo construida a través de los esfuerzos de muchos profesionales de diferentes áreas de la Medicina (8).

Rodríguez-Cerdeira, Pera-Grasa, Molares-Vila, Isa-Isa y Arenas-Guzmán han investigado (3) y documentado las fases a través de las que se ha desarrollado la Psicodermatología como ciencia, las cuales quedan adaptadas y resumidas en la tabla 1 (3-5, 9-12).

Fase temprana	En esta fase se buscaron relaciones simples entre ciertas estructuras de personalidad, estados de conflicto emocional (los que fueron considerados fenómenos causales) y algo psicossomático, que podría ser una dermatitis. Se asumió que esta relación se basaba en una investigación detallada del comportamiento somático, psiquiátrico y psicológico, este último basado en la historia biográfica y en los resultados de test psicológicos.
Fase metodológica	Aquí el enfoque metodológico tomó en cuenta la contribución de diversas disciplinas para la evaluación científica de los fenómenos psicodermatológicos y, por eso, se logró llegar a conclusiones que van más allá de los simples argumentos tal como ocurría durante la fase temprana.
Fase integrativa	La tendencia hacia el trabajo en equipo fue más intensa y el número de disciplinas involucradas en aumentar la atención sobre el componente psicológico de la Psicodermatología fue mayor. Una vez que el trastorno fuera diagnosticado, el tratamiento se instalaba con un enfoque dual, que aborde los aspectos dermatológicos y psicológicos. En esta parte se dio mucha importancia a la necesidad de involucrar a la familia y amigos del paciente en el proceso terapéutico, habida cuenta de que los pacientes con desordenes psicodermatológicos usualmente son reticentes a consultar con profesionales de la salud mental.
Fase contemporánea	Esta fase se caracteriza por la adopción de clasificaciones en Psicodermatología. Asimismo, se consolida la promoción académica y la investigación científica en Psicodermatología, con el establecimiento de la Association for Psychoneurocutaneous Medicine of North America (APMNA), de la European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP) y, años después y a nivel de España, Portugal y las Américas, del capítulo de Psicodermatología del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD).

En los últimos años, en el cono sur americano, se han fundado la Academia de Dermatología y Psiquiatría Argentina (ADEPSI Argentina) y la Academia de Dermatología y Psiquiatría Paraguaya (ADEPSI Paraguay), dando inicio a trabajos de articulación científica y de promoción del campo de la Psicodermatología entre médicos psiquiatras, médicos dermatólogos, generalistas, internistas, cirujanos plásticos y psicólogos interesados esta área de la ciencia.

Tabla 1. Fases de la Psicodermatología.

CONCEPTOS

En el ser humano es imposible separar la enfermedad física de la enfermedad mental (13). Por una parte, la fisiopatología de cualquier enfermedad contiene a la esfera psicológica dentro de sus múltiples elementos. Incluso en la patología infecciosa (en donde existe un agente causal identificable: virus, bacteria, parásito u hongo), el estado mental del paciente influye en la respuesta del organismo a la infección y al tratamiento (14). Asimismo, las patologías (principalmente aquellas crónicas) inciden sobre la esfera mental del paciente, la cual se superpone en la presentación y la evolución del proceso patológico. Además, existen trastornos mentales que se manifiestan directamente como signos y síntomas físicos. Muchas especialidades médicas pueden reclamar su relación con la Psiquiatría, puesto que son innumerables las enfermedades que tienen nexo con patología mental (por ejemplo, la enfermedad inflamatoria intestinal en Gastroenterología; el asma bronquial en Neumología, entre otras). No obstante, en Dermatología la relación es mucho más evidente (15).

La Psicodermatología es una especialidad que surge de la conjunción de dos ramas aparentemente divergentes de la medicina: la Psiquiatría y la Dermatología. La Psiquiatría se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, emocionales y conductuales. La Dermatología, por su parte, se encarga del diagnóstico y tratamiento de las patologías que afectan a la piel, el pelo y las uñas. En Psicodermatología, algunos pacientes presentan enfermedades principalmente dermatológicas con comorbilidades psicosociales secundarias, mientras que otros acuden con trastornos psiquiátricos con sintomatología cutánea significativa. Así también, debido a que varias enfermedades de la piel no solo se acompañan frecuentemente de dolor e incomodidad, sino que en general son inmediatamente visibles para los demás, las personas que sufren de estas condiciones pueden sufrir consecuencias sociales y emocionales (16).

La evaluación y el manejo de estos casos representa un desafío para ambas especialidades, ya que exigen que el médico

explore áreas que no acostumbra examinar. Así, por ejemplo, el médico dermatólogo se ve en la necesidad de realizar un examen psíquico lo suficientemente completo como para no pasar por alto ciertos signos y síntomas que guíen al diagnóstico de un trastorno psicodermatológico; por su parte, el médico psiquiatra debe familiarizarse con ciertos aspectos del examen dermatológico con el fin de realizar un diagnóstico preciso.

La relación entre la piel y el sistema nervioso tiene sus orígenes en el desarrollo embriológico, ya que ambos derivan de la misma capa germinal: el ectodermo, que luego se diferencia para convertirse, por una parte, en el sistema nervioso (cerebro, médula espinal y nervios periféricos) y, por otra parte, en la epidermis y el esmalte dental (17). Se ha hablado del origen común ectodérmico de la piel y el sistema nervioso central para explicar su capacidad para reaccionar conjuntamente, y también de la infinita variedad de entidades clínicas y patologías de la piel, un órgano que es capaz de ofrecer una nosología florida y compleja que desorienta al médico no familiarizado con la especialidad y, sobre todo, al paciente afectado. Los avances en la investigación han revelado algunas relaciones patogénicas de causalidad en ciertas condiciones psicodermatológicas (18, 19); sin embargo, las características psicológicas y los factores socioculturales parecen tener un rol más preponderante en el desarrollo y el mantenimiento de estas patologías (20).

Esta relación entre los trastornos cutáneos y psiquiátricos parece verse reflejada en los estudios de frecuencia. En el 2011, la British Association of Dermatologists (BAD, por sus siglas en inglés) consultó a sus miembros acerca de la frecuencia de trastornos mentales en los pacientes que acudían a consulta. 127 médicos dermatólogos participaron de la investigación, que arrojó los siguientes resultados: aproximadamente el 16% de los pacientes dermatológicos presentaba una condición psicológica secundaria a su enfermedad cutánea y 14% poseía una condición psicológica que exacerbaba la enfermedad de su piel. Con base en lo anterior, la BAD estima que 3% de los pacientes dermatológicos presenta un trastorno psiquiátrico primario, 5% presenta un trastorno psiquiátrico secundario a su enfermedad

cutánea y 7% presenta problemas psiquiátricos comórbidos. Esta investigación también reveló que solo el 6% de los pacientes dermatológicos tenían acceso a una interconsulta con un médico psiquiatra (21).

NOSOLOGÍA

Cualquier abordaje al diagnóstico y el tratamiento en psicodermatología deberá tomar en consideración, citando a Panconesi, el hecho fundamental del “estado híbrido de la medicina psicosomática”, que por una parte constituye una rama médica con tradición científica y empírica y, por otra, se relaciona a la psicología y a las ciencias humanas, con sus diversos enfoques hermenéuticos (22).

Para Serón y Calderón, la Psicodermatología aterriza la idea de la conexión cutáneo-

psíquica a la patología de la piel. Esta disciplina abarca cuadros muy diversos entre sí, desde aquellos en los cuales el estrés juega un factor agravante, hasta cuadros psicóticos con síntomas dermatológicos (23). Con base en lo anterior, cualquier paciente que se presente con alteraciones cutáneas y síntomas psicopatológicos debe ser evaluado en conjunto como un paciente psicodermatológico (13), y con ello orientarse en tres vertientes generales:

- Un trastorno psicofisiológico;
- Un trastorno psiquiátrico primario; o
- Un trastorno psiquiátrico secundario.

La tabla 2 presenta a cada uno de estos grupos, siguiendo la clasificación propuesta por Koo y Lebwohl (24).

Grupo	Fisiopatología	Ejemplos
Trastornos psicofisiológicos	La esfera psíquica está implicada en su patología, entre otras múltiples causas.	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia areata • Psoriasis • Neurodermatitis • Dermatitis seborreica
Trastornos psiquiátricos primarios	La enfermedad primaria es la psiquiátrica, que se manifiesta con signos o síntomas cutáneos.	<ul style="list-style-type: none"> • Delirio de infestación • Trastorno de excoriación • Tricotilomanía • Dermatitis artefacta
Trastornos psiquiátricos secundarios	La enfermedad dermatológica es la desencadenante primaria de una repercusión psicopatológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Vitiligo • Alopecia areata • Psoriasis • Acné

Tabla 2. Clasificación en Psicodermatología.

En el primer grupo se incluyen las enfermedades dermatológicas en las que la influencia psicofisiológica participa como un elemento más de la fisiopatología de la enfermedad (este es el caso de la psoriasis, la dermatitis seborreica o la alopecia areata). Aquí se tiende a considerar a la alteración psíquica como un desencadenante o agravante de la enfermedad cutánea, más que como una noxa única. En el segundo grupo se incluyen a trastornos psiquiátricos primarios que se expresan a través de síntomas y signos cutáneos autoinfligidos. El trastorno por excelencia de este grupo es el delirio de infestación (25). El tercer grupo comprende enfermedades dermatológicas que generan signos y síntomas psicopatológicos

(provocando así, muchas veces, trastornos psiquiátricos secundarios). En este grupo se ven enfermedades que fundamentalmente provocan una alteración de la autoimagen corporal (por ejemplo, acné severo o vitiligo). Aquí la dirección de la fisiopatología va de la piel al sistema nervioso central, mientras que en el primer grupo de trastornos psicofisiológicos dicha dirección va de la mente a la piel. En el primer y en el último grupo existen trastornos comunes, como la psoriasis, la dermatitis atópica y la alopecia areata, ya que la alteración psicológica es a la vez causa y consecuencia de la enfermedad, y es difícil separar uno y otro aspecto (14, 22).

Personas con cualquiera de estas patologías consultan inicialmente con el médico dermatólogo, quién tiene así la responsabilidad de descubrir si sus lesiones están o no relacionadas con factores psicológicos o psiquiátricos. En caso positivo, puede entonces derivar al paciente al médico psiquiatra, pero esta situación se ve dificultada en la práctica ante el temor de los pacientes de acudir a la consulta con un especialista en psiquiatría, debido a que, muchas veces, los mismos no aceptan que sus afecciones cutáneas sean producto de factores psiquiátricos o psicológicos.

TRABAJO MULTI Y TRANSDISCIPLINARIO

Existen diferentes modelos para implementar el trabajo multi y transdisciplinario en Psicodermatología, de manera que el paciente pueda acceder al tratamiento tanto dermatológico como psiquiátrico y/o psicológico. En la mayoría de los casos, la disposición de los servicios de salud dependerá de factores como la disponibilidad de personal de salud y recursos. Es necesaria mayor evidencia para determinar qué tipo de servicios resulta en una mejor atención para los pacientes o si existe alguna diferencia.

A continuación, se presentan algunos de los posibles modelos para el trabajo en Psicodermatología (26):

- Consultorios separados, en localidades distintas: existe menor probabilidad de que el paciente acuda a la consulta con el médico psiquiatra.
- Consultorios separados, pero adyacentes: el médico dermatólogo refiere al paciente para una evaluación psiquiátrica dentro del mismo establecimiento.
- Evaluación conjunta: el médico psiquiatra y el médico dermatólogo evalúan al paciente en la misma consulta y en el mismo espacio físico.

Independientemente del modelo establecido, la evidencia existente refleja la importancia de desarrollar servicios psicodermatológicos, al menos regionales, para satisfacer la demanda de los pacientes que sufren de estos trastornos de una manera eficiente desde el punto de vista clínico y financiero (27).

MODELOS DE ABORDAJE EN PSICODERMATOLOGÍA

Gran cantidad de investigación y evidencia de que la mente y el cuerpo forman una unidad indivisible han dado paso a un creciente interés de los médicos por un nuevo conocimiento, ampliando así su visión y los recursos que utilizan en lo que se llama la Medicina Mente-cuerpo, Medicina Integrativa o Medicina biopsicosocial (28).

La Medicina está tomando en consideración la realidad de que la mayoría de las enfermedades son multifactoriales y que son formadas por situaciones previas cuyos efectos se acumulan en el cuerpo. Toda la historia de vida de una persona incide y tiene un papel en el desarrollo de las enfermedades. En ese sentido, se puede afirmar que en cada proceso de enfermedad, hay contribuciones biológicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales (29).

El concepto que se enfoca en la piel como un reflejo de la mente y las emociones y que al mismo tiempo influye en estas dos esferas siempre ha existido, porque los estados emocionales como el miedo, la vergüenza, la ira y el terror se manifiestan por cambios en el color, la textura, la humedad y en los anexos de la piel, así como los estados mentales, como la depresión, la ansiedad y la distorsión de la imagen corporal, son creados por trastornos de la piel (29).

La Dermatología participa en este desarrollo científico, mucho más que otros campos de la Medicina, porque todo lo que afecta a la piel es visible tanto para las personas como para el propio paciente (29). Por lo tanto, tratar con el paciente y decidir su tratamiento requerirá un desempeño más completo del médico dermatólogo, porque él tendrá que estar preparado para reconocer los estados mentales y emocionales que acompañan a las dermatosis y deberá brindar soporte emocional al paciente, comenzando con una relación médico-paciente altamente efectiva, con recursos para el manejo del estrés e incluso con terapias psicofarmacológicas y psicológicas, en el caso requerido. Además de sus habilidades, necesitará la integración con profesionales de la Psiquiatría y la Psicología para atender casos específicos de estas especialidades (29).

Esta cooperación entre Dermatología y Psiquiatría/Psicología se convierte en esencial en los casos en que existe un evento psicológico predominante como punto de partida de la dermatosis o en los casos en que la dermatosis tiene un efecto dañino y desequilibrante en la psiquis. En estas situaciones, es necesario realizar un psicodiagnóstico y atender al paciente con técnicas efectivas, específicas del médico psiquiatra entrenado o del psicólogo. En otras situaciones, como problemas de la piel secundarios a trastornos mentales o dermatosis que acompañan o surgen de la ansiedad, depresión, hipocondría, delirios y alucinaciones, el médico dermatólogo debe confiar en el médico psiquiatra para un manejo psicofarmacológico apropiado (29).

La consulta dermatológica

Los médicos dermatólogos en formación deben recibir instrucción sobre los aspectos básicos de la Medicina Psicosomática en general y de la Psicodermatología en particular, de modo a estar mejor preparados para lidiar con los aspectos psicósomáticos de la práctica dermatológica. Además, deben aprender a lidiar con la reacción a la enfermedad que es propia para condiciones de la piel. La mayoría de las dermatosis, incluso aquellas que definitivamente no son psicógenas, conllevan problemas psicológicos secundarios debido a su impacto en la imagen corporal del paciente y al estigma social causado por la piel afligida (30).

Dado el impacto de los trastornos de la piel en la vida social del paciente, y especialmente en su vida sexual, el médico dermatólogo debe tomar la iniciativa y preguntar si el paciente tiene algún problema o disfunción en estas áreas (31). El médico dermatólogo debe ser consciente constantemente de que, debido al alto grado de visibilidad de muchas dermatosis, es más probable que el paciente se encuentre con una estigmatización social y profesional en comparación a otro tipo de pacientes. El médico dermatólogo debe ayudar al paciente, entonces, a fortalecer sus mecanismos de afrontamiento (30).

En toda esta complejidad de la piel, la consulta dermatológica en muchos casos debe ir más allá de la anamnesis, el examen físico, el diagnóstico y el tratamiento. En la clínica

diaria, todos los médicos dermatólogos se enfrentan a pacientes que presentan quejas no relacionadas con el problema actual de la piel, quejas en referencia a eventos diarios, percepciones, creencias, interpretaciones de hechos, impactos emocionales, experiencias, aflicciones, frustraciones, tristeza, depresión y ansiedad (30).

¿Cuántas veces al día el médico escucha la declaración espontánea del paciente: “Estoy muy estresado / ansioso / no puedo esperar / quiero que todo sea perfecto”? Es necesario saber que estas afirmaciones, aunque no pueden verse, palparse, realizarse una biopsia o dosificarse, casi siempre están relacionadas con el cuadro clínico y deben tenerse en cuenta para la satisfacción del paciente y para que el tratamiento vaya más allá de los cambios superficiales, que son el efecto. Es necesario llegar a los orígenes, que, aunque parezca extraño para el modelo biomédico, pueden ubicarse en niveles de energía anteriores a los del cuerpo físico (30).

Porque son visibles por otras personas, que a menudo preguntan sobre el cambio, casi todas las dermatosis afectan, en un mayor o menor grado, el estado emocional de los pacientes y esto tiene que interesar al médico dermatólogo. Ya sea como un factor causante, desencadenante, agravante o consecuente, los estados emocionales de desagrado, disgusto, miedo, vergüenza e ira son parte del cuadro clínico y requieren atención tanto como el cuadro cutáneo. La incidencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos en pacientes dermatológicos varía según el tipo de enfermedad, la ubicación en las áreas visibles y el nivel social de los pacientes (30, 31). Los médicos dermatólogos deben, necesariamente, utilizar una visión biopsicosocial de la dermatosis, así como prestar atención al compromiso psicológico y social, lo que implica tener en cuenta lo que sucede en la mente y el entorno del paciente, junto con los factores dermatológicos, de modo a controlar la enfermedad (30).

La evaluación psiquiátrica

Una significativa comorbilidad psiquiátrica y psicosocial está presente en al menos el 30% de los pacientes dermatológicos. Como guía general, la patología psiquiátrica es importante en las asociaciones cutáneas de

trastornos psiquiátricos primarios, como los estados delirantes, y algunas de las dermatosis autoinfligidas, como la dermatitis artefacta; así como también es importante en una amplia gama de trastornos dermatológicos primarios que tienen comorbilidad psiquiátrica (16).

Es importante evaluar al paciente en el contexto de su etapa de desarrollo y entorno social. La evaluación de la red de apoyo social del paciente es esencial debido a que puede afectar el grado de estigma que experimenta el paciente. Al indagar la historia de la enfermedad, se debe hacer una investigación general sobre el impacto del trastorno en la calidad de vida, lo que evalúa la carga psicosocial del trastorno, al abordar el impacto de la condición de la piel en el funcionamiento social, emocional, físico y vocacional-laboral del paciente (32).

Una sencilla manera para evaluar el impacto del trastorno de la piel en la calidad de vida es preguntar al paciente qué es lo que su condición de piel le impide hacer (32). Las experiencias traumáticas no resueltas, resultantes del abuso o la negligencia durante la vida temprana, pueden ser una fuente continua de estrés y resultar en una mayor reactividad autonómica o un trastorno de estrés postraumático, que a su vez pueden conducir a exacerbaciones de un trastorno de la piel reactivo al estrés (32).

La entrevista y el observar son características esenciales en la evaluación psiquiátrica de pacientes con dermatosis. El primer contacto con el paciente debe establecerse bajo un ambiente tranquilizador y de empatía para conocer de mejor forma las experiencias subjetivas durante el curso de la enfermedad. La entrevista permite evaluar el nivel actual de funcionamiento del paciente incluyendo el nivel de ansiedad y su reacción ante el estrés (33).

El manejo efectivo de los trastornos psicodermatológicos depende del reconocimiento y tratamiento de los factores emocionales asociados con la enfermedad cutánea. Además de los tratamientos farmacológicos, las opciones terapéuticas pueden incluir a la psicoterapia, al soporte emocional y al placebo (33).

La psicoterapia está indicada en caso de empeoramiento de los síntomas cutáneos por estrés emocional (agudo o crónico),

marcada ansiedad social o comportamiento de evitación debido al trastorno cutáneo (fobia social), entre otros (34). Muchos trastornos psicodermatológicos se pueden tratar con psicoterapia cognitivo conductual y técnicas psicoterapéuticas de manejo del estrés y la ansiedad (35). Algunas afecciones cutáneas que se sabe responden a los métodos cognitivo conductuales incluyen el acné, la dermatitis atópica, la queilitis facticia, la hiperhidrosis, el liquen simple crónico, la fobia a las agujas, la neurodermatitis, la onicotilomanía, el prurigo nodular, la tricotilomanía y la urticaria (36).

Se pueden usar diferentes clases de psicofármacos, solos o en combinación con psicoterapia. Su utilización se basa principalmente en la psicopatología subyacente (33). La psicofarmacoterapia es generalmente dirigida a los síntomas predominantes del trastorno psiquiátrico subyacente. Disminuir los síntomas psiquiátricos es lo que hace que la terapia psicofarmacológica prescrita sea apropiada y efectiva. Los síntomas diana son los de psicosis, depresivos, ansiosos, obsesivo compulsivos y de falta de control de impulsos.

Frente a la interacción permanente entre la mente y la piel, es necesario que el paciente sea tratado como una unidad constituida por varios niveles, que se corresponden a aspectos cutáneos, emocionales y mentales. Es necesario lidiar con las condiciones clínicas, utilizando los recursos disponibles en la Dermatología, pero también aquellos que están en el dominio de las otras áreas que participan en estas enfermedades, a saber, la Psiquiatría y la Psicología (29).

La participación de médico psiquiatra es esencial para el diagnóstico preciso del trastorno subyacente y para el seguimiento con psicofármacos específicos, que requieren de un conocimiento profundo y de una experiencia diaria en el control de sus acciones y los posibles eventos adversos no deseados. No obstante, es necesario que el médico dermatólogo tenga conocimientos básicos de Psicofarmacología y una condición mínima de manejo de drogas psicoactivas para atender casos no complejos.

CONCLUSION

La Psicodermatología aterriza la idea de la conexión cutáneo-psíquica a la patología de la piel. Con base en lo anterior, cualquier paciente que se presente con alteraciones cutáneas y signos o síntomas psiquiátricos debe ser evaluado en conjunto como un paciente psicodermatológico y el trastorno que lo aqueja debe ser clasificado como: 1. Un trastorno psicofisiológico; 2. Un trastorno psiquiátrico primario; o; 3. Un trastorno psiquiátrico secundario.

Panconesi ha afirmado que en los últimos años la Dermatología, casi paradójicamente, nos ha empujado desde la superficie del cuerpo que se está examinando y tratando hacia la profundidad del paciente, hacia su psique (22). Los médicos deben reflexionar sobre esto, considerando aspectos de la psiquiatría, la psicología médica, de las enfermedades dependientes o influidas por el estrés y de la psicodermatología.

Tanto los médicos psiquiatras como los médicos dermatólogos, al momento de evaluar un paciente aquejado de cualquier condición psicodermatológica, deben tener en cuenta que la línea entre las patologías orgánicas y mentales es, generalmente, imprecisa; y que deben ser capaces de diagnosticar un problema específico antes de que este se desarrolle como enfermedad completa (22), aunque el mismo se haya presentado solamente con sintomatología inespecífica, relacionada con episodios estresantes de la vida diaria. Aquí se hace necesario recordar que cada persona puede responder de forma diferente a los mismos factores estresantes de la vida y que dichas respuestas se explican desde las características psicológicas que posee cada persona.

El manejo efectivo de cualquiera de los trastornos psicodermatológicos depende del reconocimiento y tratamiento de los factores emocionales asociados con la enfermedad cutánea. Además de los tratamientos farmacológicos, las opciones terapéuticas pueden incluir a la psicoterapia, al soporte emocional y al placebo. Frente a la interacción permanente entre la mente y la piel, es necesario que el paciente sea tratado como una unidad constituida por varios niveles,

que se corresponden a aspectos cutáneos, emocionales y mentales. Es necesario lidiar con las condiciones clínicas, utilizando los recursos disponibles en la Dermatología, pero también aquellos que están en el dominio de las otras áreas que participan en estas enfermedades, a saber, la Psiquiatría y la Psicología.

Finalmente, las escuelas de Medicina deben dar importancia a las patologías psicodermatológicas en la formación de los médicos, en general, y de los médicos psiquiatras y los médicos dermatólogos, en particular. Asimismo, se deben desarrollar programas de educación médica continua, con el fin de permitir que los especialistas puedan aconsejar adecuadamente a los pacientes, en función de una mayor preparación y conocimiento de las relaciones entre los problemas psiquiátricos y psicológicos y algunas enfermedades de la piel (13).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Torales J, Malatesta E, González L, González I, López R. Introducción a la Psicodermatología. En: Torales J, Malatesta E, editores. Psicodermatología: una actualización diagnóstica y terapéutica de las entidades clínicas más frecuentes. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2019. p. 30-50.
2. Torales J, Viola L, Arce A. Guía Esencial de Tricotilomanía Pediátrica. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2014.
3. Rodríguez-Cerdeira C, Pera-Grasa JT, Molares-Vila A, Isa-Isa R, Arenas-Guzmán R. Psychodermatology: Past, Present and Future. *Open Dermatol J*. 2011;5(1):21-27.
4. Linthorst Homan MW, Spuls PI, de Korte J, Bos JD, Sprangers MA, van der Veen JP. The burden of vitiligo: patient characteristics associated with quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Sep;61(3):411-20. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.03.022>
5. Linthorst Homan MW, de Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MA, van der Veen JP. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol*. 2008;159(4):915-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08788.x>
6. Hunter HJ, Griffiths CE, Kleyn CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? *Br J Dermatol*. 2013;169(5):965-974. <https://doi.org/10.1111/bjd.12478>
7. Descartes R. *Méditations Métaphysiques*. Paris: Hatier; 1641/2011.
8. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol*. 1983;119(6):501-512.
9. Panconesi E. Psychosomatic dermatology: past and future. *Int J Dermatol*. 2000;39(10):732-74.
10. Musaph H. Psychodermatology. *Psychother Psychosom*. 1974;24(2):79-85. <https://doi.org/10.1159/000286677>
11. Panconesi E. Psychosomatic Factors in Dermatology: Special Perspectives for Application in Clinical Practice. *Dermatol Clin*. 2005;23(4):629-633.

12. Rodríguez-Cerdeira MC. Fundamentos básicos en psicodermatología. A Coruña: 314 Euroediciones; 2010.
13. Torales Benítez J, Moreno Giménez M, Ortiz Medina MB. Generalidades sobre la clasificación en psicodermatología. En: Torales Benítez J, editor. *El Trastorno de Excoriación: de la emoción a la lesión*. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2014. p. 33-40.
14. Romani de Gabriel J, Chesa Vela D. Psicodermatología en atención primaria. *Piel* 2005;20(6):282-289. [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(05\)72281-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(05)72281-4)
15. Torales J, Di Martino B. Psychodermatology: mind the skin. *Psychodermatology: mind the skin*. Telangana Journal of Psychiatry 2016;2(1):5-7.
16. Walker C, Papadopoulos L. *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. Cambridge University Press: New York; 2005.
17. Gilbert SF, Barresi MJF. *Developmental biology*. 11th edition. Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates, Inc; 2016.
18. Odlaug BL, Hampshire A, Chamberlain SR, Grant JE. Abnormal brain activation in excoriation (skin-picking) disorder: evidence from an executive planning fMRI study. *Br J Psychiatry*. 2016;208(2):168-174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155192>
19. Grant JE, Odlaug BL, Hampshire A, Schreiber LR, Chamberlain SR. White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38(5):763-769. <https://doi.org/10.1038/npp.2012.241>
20. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. *Clinical management in psychodermatology*. Berlin: Springer; 2009.
21. Lowry CL, Shah R, Fleming C, Taylor R, Bewley A. A study of service provision in psychocutaneous medicine. *Clin Exp Dermatol*. 2014;39(1):13-18. <https://doi.org/10.1111/ced.12235>
22. Panconesi E. Notas introductorias sobre la clasificación de las modalidades clínicas en dermatología psicosomática. En: En: Grimalt F, Cotterill J, editores. *Dermatología y Psiquiatría*. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2002. p. 127-132.
23. Serón D, Calderón H. Actualización en psicodermatología. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2015;26:42-50.
24. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001;64(11):1873-1878.
25. Torales J. Delusional Infestations. En: Bhugra D, Malhi G, editores. *Troublesome disguises: Managing challenging disorders in Psychiatry*. 2nd ed. London: Wiley Blackwell; 2015. p. 252-61.
26. Bewley A, Taylor RE, Reichenberg JS, Magid M. *Practical Psychodermatology*. 1st edition. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2014.
27. Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: the need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition. *Br J Dermatol* 2013;169(3):600-606. <https://doi.org/10.1111/bjd.12416>
28. Pan W, Zhou H. Integrative Medicine: A Paradigm Shift in Clinical Practice. *Int. j. integr. med.* 2013;1(21):1-6.
29. Azambuja RD. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. *An Bras Dermatol*. 2017;92(1):63-71. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175493>
30. Van Moffaert M. Training future dermatologists in psychodermatology. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8(2):115-118.
31. Renshaw DC. Sex and the dermatologist. *Int J Dermatol* . 1980;19(8):469-471.
32. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric Evaluation of the Dermatology Patient. *Dermatol Clin* . 2005;23(4):591-599. <https://doi.org/10.1016/j.det.2005.05.005>
33. Ghosh S, Behere RV, Sharma P, Sreejayan K. Psychiatric evaluation in dermatology: an overview. *Indian J Dermatol*. 2013;58(1):39-43. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.105286>
34. Osman OT, Mufaddel A, Almuqaddam F, Augusterfer EF. The psychiatric aspects of skin disorders. *Expert Rev Dermatol*. 2011;6(2):195-209. <https://doi.org/10.1586/edm.11.10>
35. Buljan D, Buljan M, Zivković MV, Situm M. Basic aspects of psychodermatology. *Psychiatr Danub*. 2008;20(3):415-418.
36. Shenefelt PD. Update on psychodermatological disorders. *Expert Rev Dermatol* . 2010;5(1):95-107. <https://doi.org/10.1586/edm.09.62>