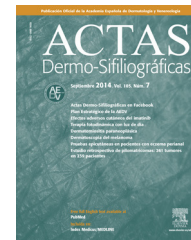




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ARTÍCULO DE OPINIÓN

El impacto emocional de la enfermedad dermatológica



The Emotional Impact of Skin Diseases

A. Guerra-Tapia^{a,*}, Á. Asensio Martínez^b y J. García Campayo^c

^a Departamento de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza y RedIAPP (Instituto de Salud Carlos III), Zaragoza, España

^c Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

«Es de esperar que la fisiología y la química ofrezcan informaciones sorprendentes, y no nos es posible adivinar qué respuestas nos aportarán en una docena de años a las preguntas que les haremos. Podrían ser de tal índole que hicieran desaparecer por completo la estructura artificial de nuestras hipótesis».
Sigmund Freud, 1955.

Uno de los temas más polémicos en la historia de la medicina es la relación existente entre la mente y los órganos, en nuestro caso como dermatólogos, entre la mente y la piel. Es muy posible que la escasez de exploraciones complementarias que definen los procesos psicodermatológicos, los exiguos signos patognomónicos que especifican sin duda un diagnóstico, y la mínima evidencia acreditada acerca de la eficacia de los tratamientos, hayan servido de puntos de apoyo a los agnósticos o detractores de esta debatida relación. Sin embargo, cada vez existe una mayor creencia en que los factores biológicos o psicosociales, junto a un mecanismo de adaptación defectuosa, llevan a desencadenar una respuesta en la piel, en lugar de en otro órgano, en individuos predispuestos.

El óptimo ejercicio de la especialidad dermatológica requiere por tanto de conocimientos básicos de dermatología psiquiátrica o psicodermatología, subespecialidad médica que estudia los factores psicológicos que pueden ejercer un papel significativo en el origen, desarrollo y exacerbación de la enfermedad dermatológica, así como los

trastornos mentales asociados a, o causantes de, determinadas enfermedades dermatológicas.

El trastorno mental, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)¹ de la Asociación Psiquiátrica Americana, se define como «un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental». Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Así, el comportamiento desviado o los conflictos entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

La importancia de los trastornos mentales es grande: suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. En 2020 la depresión será la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. Concretamente, en España el 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental y algo más del 15% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida. En general, los trastornos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: auroraguerratapia@gmail.com
(A. Guerra-Tapia).

que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la existencia son los trastornos depresivos (26,23%) y los trastornos de ansiedad (17,48%)².

Teniendo en cuenta estos datos, los pacientes dermatológicos, incluidos en la población general, deberían participar de esos trastornos mentales en la proporción numérica correspondiente; sin embargo, la repercusión es mayor de lo esperado estadísticamente. Se estima que al menos un 30% de los pacientes con enfermedad cutánea presenta alteraciones psicológicas o psiquiátricas³. Los pacientes externos o ambulantes dermatológicos tienen un 20% más de alteraciones psíquicas que la población general, y los pacientes dermatológicos ingresados tienen entre un 20% y un 30% más que el resto de los pacientes ingresados. El resultado de la terapia de al menos un tercio de los pacientes que acuden a los departamentos de dermatología depende en gran medida del tratamiento de los factores emocionales. Las alteraciones cutáneas inestéticas que aparecen en la pubertad pueden inducir personalidades introspectivas y solitarias, o por el contrario, agresivas y antisociales, y las alteraciones cutáneas inestéticas que aparecen en la edad media de la vida suelen producir ansiedad, inseguridad, depresión e insomnio, con su consiguiente efecto negativo sobre la vida escolar, social, laboral, familiar y sexual⁴.

Uno de los trastornos mentales de mayor importancia en dermatología es el trastorno de adaptación al estrés. El estrés se define como una relación o transacción en términos de adecuación e interacción entre la persona y el entorno o ambiente que resulta ser gravosa para el bienestar del individuo y deviene en trastornos psicológicos, conductas insanas y, finalmente, enfermedad. Cuando se produce una mala adaptación a las situaciones estresantes se genera lo que se conoce como trastornos adaptativos, relacionados también con la aparición de enfermedades dermatológicas.

Según el DSM-V¹ el trastorno adaptativo consiste en el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los 3 meses siguientes al inicio del factor o factores de estrés. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las 2 características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Esto es, la alteración relacionada con el estrés no debe cumplir los criterios para otro trastorno mental, no debe ser simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente, los síntomas no deben representar un duelo normal, y una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no deben mantenerse durante más de otros 6 meses.

La psoriasis es la dermatosis que más se relaciona con el estrés psicológico, considerándose este como factor desencadenante en más de la mitad de los casos. Además, los trastornos del estado de ánimo, la depresión y la ansiedad intervienen en su etiopatogenia. Los factores psicológicos y sociales presentan un papel importante en el inicio,

exacerbación y mantenimiento de la enfermedad, en un porcentaje que puede oscilar entre el 40% y el 80% de los pacientes psoriásicos.

Otro de los trastornos mentales en alta relación con la dermatología es la ansiedad, esto es, según el DSM-V¹ «la preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente, durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades como la actividad laboral o escolar». Cuando la ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades se prolongan más de 6 meses, y al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación la ansiedad se considera generalizada. La enfermedad dermatológica más relacionada con la ansiedad es la dermatitis atópica, que presenta comorbilidad también con el estrés, implicado igualmente en el desarrollo del proceso. También la dermatitis seborreica participa de esta influencia.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), según el DSM-V¹, es aquel en el que los pacientes presentan pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, reconociendo que son productos de su mente, y que causan ansiedad o malestar significativos. Estos pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real, tratando la persona de ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos mediante otros pensamientos o compulsiones. Las compulsiones son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente, para prevenir o reducir el malestar. Existen diferentes tipos de pacientes con TOC en función de sus obsesiones y compulsiones. Así el tipo lavador presenta preocupaciones que giran alrededor del tema de contaminación por suciedad y/o gérmenes que neutraliza con lavados repetitivos. Debido a estas compulsiones de lavado se producen irritaciones, heridas, dermatitis eccematosas o exacerbación de otras dermatosis previas como acné o psoriasis. Otro tipo es el rascador, que provoca las excoriaciones neuróticas, las cuales son el resultado de rascar la piel de forma compulsiva y repetida, provocando daño cutáneo, de manera que el paciente intenta eliminar las pequeñas irregularidades, experimentando alivio después de la excoriación. Sin embargo, este sentimiento es sustituido pronto por otro de depresión o ansiedad. El acné excoriado, que parte de las excoriaciones neuróticas, puede dar lugar a cicatrices durante la vida adulta, con la consecuente afectación de la vida social y personal de los pacientes.

Respecto a la tricotilomanía existe cierta controversia en saber si es un síndrome por sí mismo, una forma de TOC o un síntoma observado en varios trastornos psiquiátricos. En la actualidad se considera un trastorno del control de los impulsos. El paciente se arranca el propio pelo de forma recurrente, lo que da lugar a una pérdida perceptible de pelo, con la sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento, y con bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento. Además, la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en las consultas de dermatología. Las personas depresivas presentan, según el DSM-V¹, casi cada día y la mayor parte del día estado de ánimo triste, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte y/o ideación suicida repetida sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Los síntomas depresivos influyen significativamente en la urticaria crónica y en el prurito idiopático. El prurito puede producir sintomatología depresiva y ansiosa y, al mismo tiempo, puede estar provocado por el estrés, la ansiedad o la depresión. Desde el punto de vista contrario, una enfermedad como el vitiligo puede causar un gran impacto psicológico en el individuo afectado, llevando a la depresión con relativa facilidad. En general, se observan marcadores de depresión muy elevados en la mayoría de las alteraciones cutáneas —acné, alopecia, pigmentaciones— así como una valoración negativa de la calidad de vida en un porcentaje elevado de los sujetos con enfermedades dermatológicas⁵.

Los pacientes con trastornos delirantes según el DSM-V¹ presentan ideas falsas y resistentes a argumentaciones razonadas por lo menos de un mes de duración y, excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es extraño. El delirio más presente en la dermatología es el de parasitosis (síndrome de Ekbom), el cual se caracteriza por la idea fija que tiene el paciente de estar infectado por parásitos cutáneos, sintiendo su presencia sobre o dentro de la piel, incluso llegando a ver los parásitos y dibujándolos o fabricándolos con otros materiales que aporta en la consulta.

El trastorno dismórfico corporal es, según el DSM-V¹, la preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas. Esta inquietud provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y no se explica por la presencia de otro trastorno mental. Los pacientes están convencidos de que la gente que les rodea observa constantemente su anomalía. Este trastorno se asocia a trastorno depresivo y obsesivo-compulsivo con una elevada frecuencia. Es uno de los trastornos frecuentes en consultas de dermatología, encontrándose en la piel la mayoría de los defectos imaginados.

El trastorno facticio se define según el DSM-V¹ como una alteración mental en la que la persona realiza una falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado; la persona se presenta a sí misma frente a los demás como enferma, incapacitada o lesionada, no existiendo una recompensa externa obvia, buscando asumir el rol de enferma sin que haya incentivos externos para el comportamiento, del tipo de una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico,

como ocurre en el caso de la simulación. Los pacientes buscan ganancias emocionales asumiendo el papel de enfermo (síndrome de Munchausen). En dermatología el trastorno facticio más relevante es la dermatitis artefacta o facticia. Consiste en lesiones cutáneas provocadas de manera consciente o inconsciente, sobre las que el paciente niega la autoría. Las lesiones, aunque pueden simular otras dermatosis, tienen peculiaridades propias, presentando unos bordes muy nítidos y distribuciones caprichosas y, en general, se encuentran localizadas en zonas situadas al alcance de la manipulación del paciente.

Una reflexión tras la lectura de los párrafos previos nos puede llevar a preguntarnos, por qué es la piel la protagonista directa o indirecta de tantos trastornos mentales.

Pero la respuesta no es fácil. Según las modernas interpretaciones, la visibilidad y accesibilidad del órgano cutáneo favorece la atención que la mente proyecta sobre el mismo. Existen también ejemplos que justifican farmacológicamente la elección que hace la mente de la piel y viceversa: un eutimizante como el litio puede estimular brotes de psoriasis y acné en algunos individuos; la isotretinoína puede corregir una depresión exógena causada por la alteración de la imagen corporal a causa del acné, o puede favorecer la presencia de una depresión en individuos de riesgo. Y es muy posible que los factores genéticos modulados por elementos biológicos o psicosociales favorezcan una respuesta en la piel en lugar de en otro órgano. La psicoendocrinoinmunología, que considera la relación entre citocinas, hormonas y neurotransmisores, intenta descifrar las conexiones biológicas que pueden ser cómplices de estos hechos⁶.

En cualquier caso, el papel del dermatólogo es imprescindible en el tratamiento y cuidado del paciente psicodermatológico. En ellos desempeña un importante papel la comunicación. La acción comunicativa es en sí misma un proceso complejo que condiciona en gran medida la calidad de la relación que se establece entre el médico y el paciente, influyendo sobre la salud, la adhesión al tratamiento y la satisfacción con este. Las herramientas de comunicación son, por tanto, una parte necesaria en el currículo del dermatólogo.

Pero a la vez es fundamental que el especialista conozca y utilice las medicaciones psicótropas que pueden ser necesarias en el manejo del enfermo en todos sus aspectos: farmacología, dosis, interacciones, efectos adversos, repercusión sobre el embarazo y lactancia, y todas aquellas otras características relacionadas, sin transgredir en cualquier caso la imprecisa frontera que separa lo que el dermatólogo sabe y debe hacer, de lo que no es de su competencia, sino de la del psiquiatra⁷. Los criterios de derivación al psiquiatra del paciente dermatológico deben tener en cuenta no solo el diagnóstico de la enfermedad, sino todos los factores circunstanciales entre los que destacan la personalidad y situación social del enfermo.

Y cerramos esta pequeña reflexión, apenas un punto de partida, sumándonos a las palabras del reconocido dermatólogo Rook cuando dijo que «al tratar las afecciones de la piel, en al menos la mitad de los casos los resultados serán inadecuados, si no consideramos los factores psicológicos».

Bibliografía

1. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 de la American Psychiatric Association, Editorial Médica Panamericana. 2015.
2. Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid, Estigma social y enfermedad mental. 2006.
3. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: Epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4:833–42.
4. Guerra Tapia A. *Dermatología psiquiátrica: de la mente a la piel*. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2009. p. 16–22.
5. Antuña-Bernardo S, García-Vega E, González-Menéndez A, Secades-Villa R, Errasti-Pérez J, Curt-Iglesias JR. Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*. 2000;4:89–100.
6. Honeyman J. Psiquis, inmunidad y piel. *Mas Dermatol* 2008;6:2-3.
7. García-Campayo J, Moreno S, Alda M, López del Hoyo Y, Mosquera D. *Tratamiento de los trastornos somatomorfos*. Madrid: Editorial Klinik; 2011.