

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i1.9473>

## Psicodermatología: asociación piel-mente

### *Psychodermatology: association between skin and mind.*

Raúl Ortega Pérez,<sup>1</sup> Jorge Rodríguez Ruiz,<sup>2</sup> Linda García Hidalgo<sup>3</sup>

#### Resumen

La piel es un importante órgano cuya función está influida por el medio, ya que proporciona identidad, autoestima y se convierte en la tarjeta de presentación de la persona. El desequilibrio entre la piel y la mente puede generar en ciertas ocasiones enfermedades asociadas. La psicodermatología es una rama de la Dermatología que se encarga de la asociación entre ciertas enfermedades dermatológicas y padecimientos psiquiátricos relacionados. Muchas veces las enfermedades psiquiátricas pueden exacerbar las dermatosis de los pacientes, por lo que identificar, diagnosticar y tratar las dermatosis es la pieza inicial, mientras que se logra una referencia oportuna a los servicios de salud mental para un abordaje y manejo integral de la enfermedad. Para realizar esta investigación se efectuó una búsqueda en la base de datos de PubMed. Se escogieron artículos que insistieron en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cutáneas asociadas con padecimientos psiquiátricos. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de la bibliografía fueron: *dermatology, psychiatry, psychodermatology, somatic diseases, psychiatric skin diseases*. Se seleccionaron artículos entre 2010 y 2021 de publicación en idioma español e inglés. Se revisaron 84 artículos de los que se incluyeron 30 por su relevancia con el tema tratado, se excluyeron 54 artículos de la búsqueda. Es de relevancia el hallazgo de una falta de trabajo interdisciplinario entre la Dermatología y la Psiquiatría para la identificación y manejo de estos grupos de enfermedades, cuyos desencadenantes psiquiátricos pueden exacerbar las dermatosis de los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Dermatología; psiquiatría; enfermedades cutáneas; enfermedades psiquiátricas.

#### Abstract

*The skin is an important organ. Its function is influenced by the environment, as it is involved with the identity of the subject, self-esteem, and functions as the letter of identification of the person. The unbalance between mind and skin may cause certain diseases. Psychodermatology is a branch of Dermatology which works with the association between certain dermatological diseases and associated psychiatric illnesses. Many times, psychiatric diseases may trigger skin diseases, which means that a proper identification, diagnosis and treatment of these illnesses is a key piece, while a proper referral to mental health services is essential for an integral approach and treatment. We made a review of literature by means of the PubMed database from the years 2010 to 2021 about psychodermatology, including the most relevant articles for our review. The keywords used for the search were dermatology, psychiatry, psychodermatology, somatic diseases, psychiatric skin diseases. We included articles in English or Spanish. We found 84 related articles but included only 30 relevant to our search and excluded 54 of them for lack of relevance. It is important to mention the finding of a lack of interdisciplinary work between Dermatology and Psychiatry for the proper diagnosis and approach of this group of diseases; emotional triggers may exacerbate the patient's skin illnesses.*

**KEYWORDS:** Dermatology; Psychiatry; Skin diseases; Psychiatric diseases.

<sup>1</sup> Médico adscrito al Servicio de Medicina Interna.

<sup>2</sup> Médico adscrito al Servicio de Psiquiatría.

Hospital General de Zona 1A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

<sup>3</sup> Médico adscrito al Servicio de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México.

**Recibido:** septiembre 2021

**Aceptado:** octubre 2021

#### Correspondencia

Raúl Ortega Pérez  
raulortega21@hotmail.com

#### Este artículo debe citarse como:

Ortega-Pérez R, Rodríguez-Ruiz J, García-Hidalgo L. Psicodermatología: asociación piel-mente. *Dermatol Rev Mex* 2024; 68 (1): 31-41.

## ANTECEDENTES

La piel es un órgano importante, cuya función está influida por el medio, ya que proporciona identidad y autoestima, y se convierte en la tarjeta de presentación de la persona. El desequilibrio entre piel y mente puede originar ciertas enfermedades específicas.<sup>1</sup>

La piel y el sistema nervioso tienen el mismo origen embrionario, siendo la misma capa germinal, el ectodermo, que se diferencia para formar el sistema nervioso (encéfalo, médula y nervios periféricos), el esmalte de los dientes, la epidermis, las glándulas sudoríparas, el cabello y las uñas.<sup>2</sup>

Es bien reconocido que múltiples afecciones dermatológicas son el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psiquiátricos y medioambientales, los cuales predisponen, precipitan o perpetúan el padecimiento.<sup>3</sup> La piel tiene un mecanismo de retroalimentación de lesiones externas regulado por las conexiones nerviosas aferentes,<sup>4</sup> y un papel autónomo por las vías eferentes, las cuales mantienen las funciones de homeostasia cutánea; esto hace que factores externos como la ansiedad puedan exacerbar o desencadenar padecimientos cutáneos, aunque solamente en enfermedades específicas.<sup>5</sup>

Los sujetos con padecimientos dermatológicos padecen más síntomas psiquiátricos en comparación con la población general. A pesar de esto, muchos de los interconsultantes no valoran los aspectos medioambientales, pues hasta el 70% de los dermatólogos desconocen el alto porcentaje de los padecimientos psiquiátricos.<sup>6</sup> Se ha reportado prevalencia de depresión en pacientes dermatológicos de hasta un 30%, cuando en la práctica médica general es del 10 al 22%.<sup>2,6</sup>

Por esta disyuntiva se formó la rama de la psicodermatología, la cual propone asociar la piel

y ciertos padecimientos con las enfermedades mentales, que pueden surgir con sus influencias bilaterales y las dificultades en sus manifestaciones y manejo.<sup>7</sup>

El objetivo de esta revisión es proporcionar un breve panorama de la psicodermatología, también llamada medicina psicocutánea, y su relevancia en la clínica actual.<sup>8</sup> Además, clasificar las enfermedades en grupos prácticos para la clínica diaria, determinar cuál de estos grupos es de mayor prevalencia y gravedad, así como establecer sugerencias para el manejo global de un paciente que padece una afección psicodermatológica.

La meta de la psicodermatología es conocer y resolver lo siguiente: padecimientos psiquiátricos que sobrevienen como enfermedades dermatológicas (por ejemplo, alucinaciones de parasitosis), condiciones psiquiátricas asociadas con un padecimiento cutáneo primario que tiene efecto medioambiental (por ejemplo, depresión y psoriasis), y dificultades psicósomáticas asociadas con enfermedades cutáneas y viceversa (por ejemplo, escasas herramientas de afrontación con baja autoestima y su relación con alopecia areata).<sup>8,9</sup>

Para realizar esta investigación se efectuó una búsqueda en la base de datos de PubMed. Se escogieron artículos que hicieron énfasis en diagnóstico y tratamiento de enfermedades cutáneas asociadas a patologías psiquiátricas. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de la bibliografía fueron: *dermatology, psychiatry, psychodermatology, somatic diseases, psychiatric skin diseases*. Se tomaron artículos entre los años 2010 a 2021 de publicación en idioma español e inglés. Se encontraron 84 artículos relacionados con las palabras clave y se escogieron 30 por su relevancia con el tema tratado. Se excluyeron 54 artículos por falta de relevancia.

## RESULTADOS

Se encontraron 84 artículos relacionados con las palabras clave y se escogieron 30 por su relevancia con el tema tratado, de los cuales ponderamos lo siguiente.

Como se ha expuesto, hemos observado que hasta el 70% de los dermatólogos no están familiarizados con los padecimientos psiquiátricos asociados con las dermatosis,<sup>6</sup> con prevalencia de padecimientos como depresión hasta en un 30% de los casos.<sup>2,6</sup>

De acuerdo con diversas encuestas realizadas a dermatólogos y psiquiatras, sólo un 42% de los primeros y un 22% de los segundos se sienten capacitados para tratar dichos padecimientos de manera integral.<sup>10,11</sup>

Al no poder curar completamente estos padecimientos, se genera un importante estigma multifuncional en los pacientes.<sup>1</sup>

En esta revisión podemos clasificar los diversos padecimientos psicodermatológicos como sigue: padecimientos dermatológicos primarios que ocasionan condiciones psiquiátricas secundarias, enfermedades dermatológicas primarias exacerbadas por estrés o condiciones psiquiátricas, y enfermedades psiquiátricas primarias que se manifiestan como condiciones cutáneas y, en ocasiones, un cuarto grupo que corresponde a trastornos sensitivos de la piel.<sup>9</sup>

Podemos agrupar las diferentes enfermedades como se muestra en el **Cuadro 1** (Clasificación de las patologías dermatológicas-psiquiátricas) con el objetivo de simplificar la complejidad en la categorización de estas enfermedades.

## DISCUSIÓN

La psicodermatología es el punto de fusión entre piel y padecimientos mentales, dermatología y

salud mental. A pesar de la alta prevalencia de enfermedades psicodermatológicas, es común que no se identifiquen y reciban un abordaje incompleto por el clínico. Existen encuestas que revelan que sólo un 42% de los dermatólogos y un 22% de los psiquiatras entrevistados se sienten capacitados para la identificación de dichos padecimientos.<sup>10,11</sup>

El estigma social secundario a un padecimiento cutáneo puede llevar a graves secuelas afectivas, incluyendo aislamiento social, disminución de la calidad de vida del individuo y riesgo suicida. A su vez, esto conduce a reacciones físicas que pueden exacerbar dermatosis reactivas ante la ansiedad.<sup>1</sup>

Existen diversos padecimientos psiquiátricos que pueden manifestarse inicialmente con síntomas dermatológicos. Entre ellos están los trastornos conversivos, trastornos disociativos, trastornos depresivos, maníacos, obsesivo-compulsivos y trastornos de dismorfia corporal.<sup>2</sup>

Los trastornos de ansiedad incrementan la actividad de las glándulas sebáceas, aumentan la secreción nerviosa de la piel, por acción vasomotora y pilomotora, incremento en la liberación de histamina, que limita la regeneración de la barrera cutánea, así como la supresión de la inmunidad cutánea cuando es de manera crónica.<sup>1</sup> Asimismo, pueden adjudicarse síntomas no cutáneos a este estado proinflamatorio, entre ellos hipersomnia, hiporexia, alteraciones del estado de ánimo o disminución de la libido.<sup>4</sup>

Estas manifestaciones pueden explicarse por la relación mente-cuerpo, la cual ha tenido diversos modelos de estudio. Podemos mencionar el modelo NICE (por sus siglas en inglés de *neuro-immunocutaneous-endocrine*), que es un constructo en el que cuatro sistemas funcionan como puente entre cuerpo y mente. Comparten series de neuropéptidos, citocinas, glucocorticoides y estímulos ambientales que se convierten

**Cuadro 1.** Clasificación de las enfermedades dermatológicas-psiquiátricas

| Clasificación  | Enfermedades relacionadas  |
|--|--|
| Dermatosis primarias que ocasionan condiciones psiquiátricas secundarias | Trastorno dismórfico corporal<br>Trastorno de integridad cutánea corporal<br>Alucinaciones de infestación<br>Trastornos facticios/dermatitis artefacta<br>Síndromes de excoriaciones<br>Tricotilomanía |
| Dermatosis primarias exacerbadas por estrés o afecciones psiquiátricas   | Acné vulgaris<br>Alopecia<br>Genodermatosis (ictiosis)<br>Hidradenitis supurativa<br>Psoriasis<br>Dermatitis atópica<br>Vitíligo   |
| Enfermedades psiquiátricas primarias que se manifiestan como dermatosis  | Síndrome de boca ardorosa<br>Prurito psicógeno<br>Escrotodinia<br>Vulvodinia<br>Síndrome de piel sensible  |

en información bioquímica en forma de neurotransmisores, hormonas y citocinas.<sup>10</sup>

Para fines prácticos y de investigación, la psicodermatología divide los casos en tres categorías: padecimientos dermatológicos primarios que ocasionan condiciones psiquiátricas secundarias, enfermedades dermatológicas primarias exacerbadas por estrés o condiciones psiquiátricas, y enfermedades psiquiátricas primarias que se manifiestan como afecciones cutáneas. Se incluye en algunos casos un cuarto grupo que corresponde a trastornos sensitivos de la piel.<sup>9</sup>

El primer grupo implica las enfermedades primarias enfocadas en la piel e incluye lesiones dermatológicas secundarias, como el trastorno dismórfico corporal, trastorno de integridad cutánea corporal, alucinaciones de infestación, trastornos facticios (autoinfligidos) y síndromes de excoriaciones.<sup>12</sup>

La dermatitis artefacta se refiere a lesiones autoinfligidas que el paciente niega haberse realizado. Es más común en el sexo femenino que

en el masculino con proporción 3:1. Suelen ser lesiones simétricas, bilaterales, dentro del rango de alcance de la mano dominante. Pueden tener formas geométricas o de angulación, acompañadas de edema o eritema, o manifestarse en forma de cicatrices por quemadura, ampollas, púrpura y úlceras.<sup>13</sup>

Estas enfermedades se asocian con trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno limítrofe de la personalidad, trastornos afectivos, retraso mental y psicosis. Un diferencial de gravedad es el abuso físico y sexual.<sup>13</sup>

Las alucinaciones de infestación o parasitosis corresponden a trastornos del tipo somático. Los pacientes creen que sus cuerpos están infestados por algún parásito, por lo que con frecuencia tienen pequeñas porciones de piel excoriada o infectada o muestran restos de objetos que asocian con partes del insecto como evidencia de su padecimiento.<sup>13</sup>

La tricotilomanía se clasifica como un trastorno de control del impulso, asociado con traumas en

la niñez, así como con negligencia emocional durante el desarrollo.<sup>13</sup>

Los padecimientos que se manifiestan con exco-riaciones son parte de los trastornos de ansiedad, en particular con el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition*). Consisten en manipulación de la piel de manera compulsiva, que es la causa de las lesiones; el paciente es incapaz de detener este hábito a pesar de haberlo intentado. Afecta al menos un aspecto relevante de su esfera personal, ya sea laboral o social. Cabe recalcar que no hay otra afección psiquiátrica que explique mejor el padecimiento. Su frecuencia es del 1.4 al 5.4% de la población general; suele comenzar en la adolescencia, con mayor frecuencia en el sexo femenino.<sup>14</sup>

Este grupo de pacientes se caracteriza por tener preocupaciones excesivas y poco realistas con respecto a cambios mínimos en la característica de la piel, y tener poca conciencia de su padecimiento con una creencia inflexible sobre su origen.<sup>15</sup>

Las lesiones autoinfligidas pueden considerarse una alerta a problemáticas psicológicas durante la infancia o la adolescencia. Las lesiones autoinfligidas conscientemente (a las que referimos como *malingering*) tienen como base una motivación con objetivos claros y externos en el entorno medioambiental del paciente.<sup>16</sup>

El DSM-5 integra a los trastornos por exco-riaciones en el espectro obsesivo-compulsivo, como puede ser la tricotilomanía, o alopecia autoinducida, que puede o no tener una causa orgánica.<sup>17</sup>

El segundo grupo de enfermedades dermatológicas son las dermatosis fisiológicas, que son padecimientos desencadenados o exacerbados por diversos trastornos de ansiedad, con mecanismos subyacentes que se originan de respuestas neuroendocrinas e inmunológicas. Entre éstas se encuentran el acné vulgaris, alopecia

(cicatrizante o no cicatrizante), genodermatosis (ictiosis), hidradenitis supurativa, psoriasis, dermatitis atópica y vitíligo.<sup>18</sup>

Los padecimientos psiquiátricos más comúnmente atribuidos a la psoriasis incluyen alteraciones en la imagen corporal y en la funcionalidad social y laboral, debido a la visibilidad y cronicidad de las lesiones. Se han asociado pautas de estigma con la psoriasis: anticipación de rechazo, percibirse como una persona incompleta, hipersensibilidad a las actitudes de los demás, vergüenza, disfunción en el ámbito sexual y una necesidad imperiosa de mantener su diagnóstico en secreto.<sup>13</sup>

La psoriasis está frecuentemente relacionada con trastornos depresivos, se reporta ideación suicida hasta en un 9.7% de los pacientes, y la gravedad de esto es que hasta el 5.5% de los pacientes tienen una planeación suicida estructurada.<sup>13</sup>

La actividad fisiopatológica de la psoriasis se basa en la liberación de péptidos intestinales vasoactivos y sustancia P como mediadores de la aparición de nuevas lesiones. Se ha reportado un aumento de estas sustancias en situaciones que generan estrés, las cuales están asociadas con una respuesta autonómica de retroalimentación y menor actividad en la red hipófisis-adrenal.<sup>19</sup> Las variaciones genéticas del sistema serotoninérgico tienen un papel integral en la fisiopatología de los pacientes con psoriasis y trastornos depresivos y de ansiedad, siendo éstos complementarios; los trastornos depresivos y de ansiedad pueden asociarse de manera independiente con el riesgo de padecer psoriasis.<sup>20</sup>

Otro claro ejemplo de este grupo de enfermedades es la dermatitis atópica. La gravedad de los síntomas, como el prurito de difícil control, disminuye la calidad de vida del paciente. Esto se atribuye a estrés familiar e interpersonal, problemas de interacción social, baja autoestima y disfunción familiar.<sup>13</sup>

La alopecia areata consiste en caída de cabello que ocasiona una forma de alopecia no cicatrizante, la cual se ha asociado con el estrés, atribuyendo a la activación de receptores hormonales liberadores de corticotropina tipo 2 beta sobreexpresados alrededor de los folículos, lo que conlleva reacciones inflamatorias intensas. Es común el antecedente personal y familiar de múltiples padecimientos autoinmunitarios, así como de trastornos psiquiátricos, como depresión y ansiedad. Se han reportado trastornos de ansiedad hasta en un 58% de familiares de primer grado, trastornos del estado de ánimo en un 35%, así como abuso de sustancias en el 35%.<sup>13</sup>

El vitíligo se asocia con respuesta al estrés por medio de liberación de catecolaminas y susceptibilidades genéticas asociadas. Hasta el 56% de los pacientes pueden tener trastornos adaptativos a la enfermedad y el 29% trastornos depresivos. El paciente puede ser sujeto de estigmatización.<sup>13</sup>

El tercer grupo lo ocupan los trastornos sensoriales de la piel, incluido el síndrome de boca ardorosa, prurito psicógeno, escrotodinia (síndrome de dolor crónico en la bolsa escrotal), vulvodinia (dolor crónico en la zona vulvar) y síndrome de piel sensible.<sup>16</sup> Estos padecimientos consisten en sensaciones incómodas que pueden o no cursar con la necesidad de rascado, que incluyen disestesias (sensación de ardor o quemadura), alodinia o hipoestesias. Pueden tener orígenes ambientales, psicodinámicos o externos, como la aplicación de cosméticos. En estos casos es de vital importancia descartar neuropatía de fibra pequeña.<sup>21</sup>

En el prurito psicógeno y el prurito idiopático es necesario descartar causas metabólicas, hepato biliares, paraneoplásicas, hematológicas e infecciosas. Pueden ser localizados o generalizados y se observan más comúnmente en la piel cabelluda en el sexo femenino, aunque pueden causar lesiones dermatológicas secundarias

como excoriaciones.<sup>22</sup> En muchas ocasiones es difícil identificar si el prurito provoca el rascado en el paciente o si el prurito es consecuencia del rascado. Suelen asociarse con trastornos de control del impulso o alucinaciones.<sup>20</sup>

En el caso de las enfermedades dermatológicas primarias, el primer paso es identificar y diagnosticar acertadamente el padecimiento para generar una buena relación médico-paciente. El *rapport* o alianza terapéutica se continuará desarrollando con las visitas subsecuentes y las afecciones psiquiátricas se harán más notorias con cada visita; es entonces cuando sería el momento oportuno para su abordaje.<sup>9</sup>

La educación del paciente respecto al padecimiento cutáneo puede ayudar a normalizar la situación, a sentirse que no es el único que está teniendo este padecimiento y que hay detrás un equipo médico respaldándolo.<sup>11</sup>

Algunos medicamentos psicotrópicos pueden desencadenar reacciones alérgicas cutáneas. Los anticonvulsivos y los estabilizadores del ánimo son los fármacos con los que se han asociado mayores efectos adversos dermatológicos.<sup>4</sup>

A su vez, existen fármacos prescritos en el manejo de enfermedades cutáneas que precipitan o exacerban los trastornos del estado de ánimo. Como ejemplo, los corticosteroides pueden causar ansiedad, depresión, manía y delirio. Entonces, se sugiere la rápida identificación de estos casos y educar e informar a los pacientes de manera anticipada sobre estos eventos para promover el apego a los mismos.<sup>4</sup>

El estrés puede exacerbar los síntomas en algunos padecimientos, como la alopecia areata. En estos casos, los ejercicios de relajación son de gran utilidad. Referir al paciente a grupos de autoayuda refuerza su sentido de pertenencia y eficacia en su entorno y disminuye el estigma asociado.<sup>11</sup>

Si se sospechan afecciones cutáneas manipuladas por el paciente, se recomienda realizar una evaluación cutánea completa una sola vez y descartar padecimientos que pudieran estar originando los síntomas.<sup>11</sup>

Existen diferentes pautas para una adecuada valoración psicodermatológica. Pott y colaboradores recomiendan iniciar con una evaluación global física, conductual y un examen mental del paciente.<sup>21</sup>

Primero, hay que identificar si hay o no una dermatosis; si la hay, clasificar sus lesiones en primarias o secundarias, sus síntomas y gravedad. Luego, interrogar variables como estrés como factor desencadenante o exacerbante de los síntomas, trastornos médicos actuales, así como comorbilidades médicas y psiquiátricas.<sup>22</sup>

Debemos destacar en la evaluación mental trastornos del sueño, apetito, ganancia o pérdida de peso, estado de ánimo y calidad de vida. Posteriormente incluir todos los detalles correspondientes a la enfermedad dermatológica y evaluar causas y agentes que la perpetúan, abuso de sustancias y dinámica familiar.<sup>21</sup>

Se sugiere que los dermatólogos usen escalas estandarizadas como la *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) o la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para evaluar e identificar a los pacientes que se beneficiarían de apoyo psicológico.<sup>23</sup>

Debe complementarse con estudios de laboratorio como citología hemática, química clínica, velocidad de sedimentación eritrocitaria, hormona estimulante de tiroides, examen general de orina con insistencia en panel de drogas de abuso, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), VDRL, perfil de hepatitis B y C, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico. Así como estudios de gabinete e imagen de acuerdo con los síntomas referidos y edad del paciente.<sup>11</sup>

Una vez implementado el tratamiento dermatológico, el papel del dermatólogo es de apoyo, pues en muchas ocasiones se requerirá referir al paciente a los servicios de salud mental para una evaluación complementaria, aplicación de herramientas diagnósticas y de escrutinio de síntomas psiquiátricos e inicio del tratamiento correspondiente.<sup>11</sup>

Si el paciente no acepta la referencia al equipo de salud mental, el dermatólogo será el apoyo del paciente y lo motivará a acudir al servicio de salud mental solamente como un complemento y no como suplemento. Referir a un paciente puede interpretarse como pensamientos de minusvalía, rechazo hacia su persona o que su médico se quiere deshacer de él.<sup>11</sup>

Para una buena práctica de psicodermatología es necesario considerar el efecto implícito que la consulta dermatológica tiene sobre el paciente, sin enfocarse en modificar las condiciones psicodinámicas. Además, incluir a un equipo de salud mental favorece la psicoeducación del paciente, integra los diferentes puntos a valorar en la enfermedad del paciente y evita desencadenar la percepción de ansiedad de separación.<sup>21</sup>

Hay múltiples factores que participan en el éxito de una consulta de psicodermatología. Podemos mencionar como más relevante a la alianza terapéutica, siendo uno de los mejores predictores de la eficacia del tratamiento.<sup>21</sup>

Otro factor relevante para una adecuada consulta es la imagen corporal cutánea (CBI, *cutaneous body image*, por sus siglas en inglés), la cual se define como el constructo dermatológico nuclear sobre la percepción mental del individuo de la apariencia de su piel, uñas y cabello.<sup>5</sup>

Las guías de tratamiento dermatológico tienden a implementar una valoración de calidad de vida y satisfacción del cliente con el resultado de su tratamiento, con base en la imagen corporal

cutánea. Sin embargo, debido a que del 9 al 15% de los pacientes de consulta dermatológica y del 7 al 8% de los pacientes quirúrgicos cosméticos tienen trastorno por dismorfia corporal, su evaluación puede obtener resultados falsos por las distorsiones cognitivas características del padecimiento psiquiátrico del paciente.<sup>5</sup>

Debido a la cronicidad de múltiples enfermedades se recomienda insistir en que serán necesarias varias citas antes de llegar a un diagnóstico completo o a estabilizar el curso del padecimiento.<sup>11</sup>

La intervención terapéutica debe enfocarse en integrar la enfermedad cutánea que fue el motivo de la visita con los datos psicosociales encontrados durante la entrevista con el paciente, teniendo en cuenta sus necesidades físicas y emocionales.<sup>22</sup>

De manera global, el propósito de la psicodermatología formal es abordar los factores psicosociales relacionados con las enfermedades cutáneas y clasificarlas de acuerdo con los diferentes trastornos mentales, como depresión y ansiedad, que suelen provocar aislamiento y relaciones interpersonales de mala calidad.<sup>24</sup>

Se recomienda no confrontar directamente las percepciones del paciente, sino validar la importancia de sus síntomas, crear una adecuada alianza terapéutica y evitar reforzar la idea de más procedimientos cosméticos o quirúrgicos. Debe aprovecharse cada oportunidad para introducir la noción de ser valorado por el equipo de salud mental.<sup>25</sup>

La psicoeducación consiste en la intervención para explicar de manera práctica el origen de la dermatosis y su tratamiento, integrando aspectos psicodinámicos que permitan afrontar de manera más saludable los cambios físicos observados en la piel y aumentar la colaboración del paciente con el manejo propuesto, dentro de expectativas realistas.<sup>26</sup>

La psicoterapia tiene el beneficio de abordar síntomas de ansiedad y depresión relacionados con trastornos psicofisiológicos, principalmente la terapia cognitivo-conductual.<sup>27,28</sup>

La administración de psicofármacos puede considerarse de acuerdo con la gravedad del padecimiento relacionado con la gravedad de los síntomas cutáneos. En caso de ansiedad aguda podemos iniciar con hidroxizina o una benzodiacepina de acción corta, como lorazepam, mientras que los antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) tienen función en depresión y en ansiedad.<sup>29</sup>

De aquí partimos de la importancia del manejo conjunto del paciente pues, aunque múltiples enfermedades pueden no tener una cura, el enfoque en salud mental permitirá que los individuos tengan los recursos emocionales necesarios para lidiar con el problema de manera balanceada y autónoma.<sup>30</sup>

## REFERENCIAS

1. Gupta MA. Commentary: psychodermatology. *Clin Dermatol* 2013; 31: 1-2. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.018.
2. Jafferany M, France K. Psychodermatology: basic concepts. *Acta Derm Venerol* 2016; 96 (217): 35-37. doi: 10.2340/00015555-2378.
3. Gupta, MA, Gupta AK. A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient. *Clin Dermatol* 2013; 31: 57-61. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.007.
4. Locala JA. Current concepts in psychodermatology. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 211-218. doi: 10.1007/s11920-009-0033-x.
5. Gupta MA, Gupta KA. Current concepts in psychodermatology. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16: 449-455. doi: 10.1007/s11920-014-0449-9.
6. Orion E, Feldman B, Ronni W, Oril B. A psychodermatology clinic. The concept, the format, and our observations from Israel. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13 (2): 97-101. <https://doi.org/10.2165/11630950-000000000-00000>.
7. Lowry CL, Shah R, Fleming C, Taylor R and Bewley A. A study of service provision in psychocutaneous medicine. *Clin Exper Dermatol* 2014; 39: 13-18. doi: 10.1111/ced.12235.

8. Roberts JE, Smith AM, Wilkerson AH, Chandra A, Patel V, Quadri SSA, Mann JR, Brodell RT, Nahar VK. "Psychodermatology" knowledge, attitudes, and practice among health care professionals. *Arch Dermatol Res* 2020; 312 (8): 545-558. doi: 10.1007/s00403-020-02050-9.
9. Magid M, Reichenberg JS. An evidence-based approach to starting a psychodermatology clinic. *JAMA Dermatol* 2020; 156 (6): 617-618. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.0393.
10. Leon A, Levin EC, Koo JY. Psychodermatology: an overview. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32 (2): 64-7. doi: 10.12788/j.sder.0002.
11. Reichenberg JS, Kroupouzou G, Magid M. Approach to a psychodermatology patient. *G Ital Dermatol Venereol* 2018; 153 (4): 494-496. doi: 10.23736/S0392-0488.18.05965-5.
12. Phillips KA, Hart AS, Simrlon HB et al. Delusional vs non-delusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectr* 2014; 19 (1): 10-20. doi: 10.1017/S1092852913000266.
13. Jafferany M. Psychodermatology: A guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9 (3): 203-13. doi: 10.4088/pcc.v09n0306.
14. Gieler U, Gieler T, Peters EMJ, Linder D. Skin and Psychosomatics - Psychodermatology today. *J Dtsch Dermatol Ges* 2020; 18 (11): 1280-1298. doi: 10.1111/ddg.14328.
15. Jafferany M, Kobusiewicz A, Ferreira BR, Garan S, et al. Factitious disorders in children: clinical and therapeutic considerations. *Dermatol Venereol* 2019; 2 (84): 8-14.
16. Ferreira BR, Pro-Abreu JL, Reis JP, Figueiredo A. Medically unexplained dermatologic symptoms and psychodermatology. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2018; 32 (12): e447-448. doi: 10.1111/jdv.14981.
17. França K, Kumar A, Castillo D, Jafferany M, Hyczy da Costa Neto M, et al. Trichotillomania (hair pulling disorders): clinical characteristics, psychosocial aspects, treatment approaches, and ethical considerations. *Dermatol Ther* 2019; 32 (4): e126-127. doi: 10.1111/dth.12622.
18. Ferreira BI, Abreu JL, Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and other associated psychiatric disorders: a systematic review on ethiopathogenesis and clinical correlation. *J Clin Aesthet Dermatol* 2016; 9 (6): 36-43.
19. Misery L. Sensitive skin, reactive skin. *Ann Dermatol Venereol* 2019; 146 (8-9): 585-591. doi: 10.1016/j.annder.2019.05.007.
20. Ohid H, Shenefelt PD, Burney WA, Aqeel N. Psychodermatology: An association of primary psychiatric disorders with skin. *Rev Colomb Psiquiatr* 2019; 48 (1): 50-57. doi: 10.1016/j.rcp.2017.07.002.
21. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21 (2): 227-34. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01910.x.
22. Ferreira BR, Pio-Abreu JL, Reis JP, Figueiredo A. First psychodermatologic clinic on a Portuguese Department of Dermatology. *J Eur Dermatol Venerol* 2019; 33 (3): 119-120. doi: 10.1111/jdv.15303.
23. Gosh S, Behere RB, Sharma P, Sreejayan J. Psychiatric evaluations in dermatology: an overview. *Indian J Dermatol* 2013; 58 (1): 39-43. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.105286>.
24. Gupta MA. Psychiatric dermatology: Management. *Clin Dermatol* 2018; 36 (6): 687-690. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.09.013.
25. Jafferany M, Ferreira BR, Abdelmaksoud A, Mkhoyan R. Management of psychocutaneous disorders: A practical approach for dermatologists. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13969. <https://doi.org/10.1111/dth.13969>.
26. Aguilar-Duran S, Ahmed A, Taylor R, Bewley A. How to set up a psychodermatology clinic. *Clin Exp Dermatol* 2014; 39 (5): 577-82. doi: 10.1111/ced.12360.
27. Affleck A, Chouliara Z, Kielty S. Cognitive behavioral therapy for acne and other chronic skin disorders. *Int J Dermatol* 2014; 53 (4): e246-e247. doi: 10.1097/JW9.000000000000068.
28. Fried RG. Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatol Clin* 2002; 20 (1): 177-85. doi: 10.1016/s0733-8635(03)00055-x.
29. Jafferany M, Ferreria BR, Patel A. The essentials of psychodermatology. Switzerland AG; Springer International Publishing, 2020: 29-34.
30. Azambuja RD. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. *An Bras Dermatol* 2017; 92 (1): 63-71. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175493.

## EVALUACIÓN

1. En la psicodermatología se ha reportado una prevalencia de trastornos depresivos en:
  - a) 20%
  - b) 30%
  - c) 40%
  - d) 50%
2. Existen diversos padecimientos psiquiátricos que pueden exacerbar las dermatosis del paciente, tales como:
  - a) trastornos depresivos
  - b) trastornos de conducta alimentaria
  - c) trastornos facticios
  - d) síndrome de Capgras
3. El modelo NICE incluye la relación entre los siguientes sistemas del organismo excepto:
  - a) neurológico
  - b) gastrointestinal
  - c) inmunológico
  - d) endocrino
4. Es el principal objetivo de las intervenciones psicocutáneas:
  - a) aislar al paciente y enviarlo directamente al psiquiatra
  - b) integrar el manejo dermatológico con los aspectos psicosociales del paciente
  - c) prescribir manejo dermatológico y enviarlo a casa sin mayor valoración
  - d) prescribir psicofármacos sin una valoración dermatológica completa
5. Las enfermedades autoinducidas (*malingering*) tienen las siguientes características:
  - a) son inducidas de manera inconsciente
  - b) tienen como base motivación con objetivos mal definidos y ambiguos
  - c) se basan en el medio ambiente del paciente para obtener un beneficio
  - d) lo hacen por oportunidad, alevosía y ventaja para lastimar a alguien
6. Consiste en la intervención para explicar de manera práctica el origen de la dermatosis y su tratamiento, integrando aspectos psicodinámicos que permitan afrontar de manera más saludable los cambios físicos observados en la piel. Nos referimos a:
  - a) psicoeducación
  - b) psicofarmacología
  - c) psicoterapia
  - d) grupos de autoayuda
7. La principal herramienta para valorar la imagen corporal del paciente en la psicodermatología es:
  - a) cutaneous body index
  - b) DASI-28
  - c) SOFA
  - d) DQLI
8. En caso de ansiedad aguda, la benzodiacepina que puede prescribirse de rescate es:
  - a) midazolam
  - b) lorazepam
  - c) diazepam
  - d) dexmedetomidina
9. El principal tipo de psicoterapia recomendada en estos casos es:
  - a) terapia cognitivo conductual
  - b) terapia familiar
  - c) terapia transpersonal
  - d) grupos de autoayuda

10. Los antidepresivos recomendados de primera línea en estos casos son:
- a) inhibidores selectivos de recaptación de serotonina
  - b) antagonistas de dopamina D2
  - c) antidepresivos tricíclicos
  - c) inhibidores de la monoaminoxidasa

El Consejo Mexicano de Dermatología, A.C. otorgará dos puntos con validez para la recertificación a quienes envíen correctamente contestadas las evaluaciones que aparecen en cada número de *Dermatología Revista Mexicana*.

El lector deberá enviar todas las evaluaciones de 2024 a la siguiente dirección electrónica: [articulos@nietoeditores.com.mx](mailto:articulos@nietoeditores.com.mx)

**Cada evaluación debe ser personalizada y única.**

**Fecha límite de recepción de evaluaciones:** 15 de enero de 2025