

DERMATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA, LA RELACIÓN MENTE Y PIEL

PSYCHOSOMATIC DERMATOLOGY, THE CONNECTION MIND AND SKIN

Autores: José María Rumbo Prieto^(1,3), Elena Castellano Rioja^(2,3)

(1) PhD. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(2) PhD. Psicóloga. Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia.

(3) Grupo de investigación: Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 17/07/2017

Fecha de aceptación: 22/07/2017

La piel que envuelve nuestro cuerpo constituye la frontera y punto de contacto entre el mundo interior/exterior y funciona a la vez como receptor y emisor; es por ello que, frecuentemente sirve como indicador visible del estado anímico y de los problemas emocionales. De forma fisiológica, enrojecemos si estamos avergonzados, palidecemos con el miedo. De hecho, se postula un origen común del ectodermo de la piel y el sistema nervioso, lo que podría explicar esta respuesta conjunta. Si por cualquier motivo, la alteración emocional que sufre una persona no queda resuelta de forma satisfactoria, puede dar lugar a síntomas físicos, cuyo proceso da lugar a las llamadas “somatizaciones” (transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria).

Las somatizaciones cutáneas (zonas de la piel que reaccionan ante estímulos psíquicos) engloban aquellas patologías dermatológicas (enfermedad física) que vienen producidas o favorecidas por algún factor psicológico o psiquiátrico y por la influencia del ambiente que les rodea.

Desde la existencia de la humanidad y la aparición de las enfermedades, uno de los temas más controvertidos para la medicina ha sido justificar la relación causal entre mente (psique) y cuerpo (soma); es decir como la vida psíquica está relacionada con el bienestar físico y con la aparición de síntomas y enfermedades, y viceversa. Aunque en la actualidad se tiene una idea más integral de mente y cuerpo como un todo, como

una unidad, esto no siempre fue así. El hombre ha pasado por diversos paradigmas: Descartes (siglo XVI) consideraba al hombre un ser racional, para Darwin (siglo XIX) era un ser biológico, para Comte (siglo XIX) el ser humano era un ser social, mientras que para Freud (siglo XX) el ser humano era un ser psicológico⁽¹⁾. Es por ello, que la concepción de la integración global de mente y cuerpo hace que la persona sea considerada un ser biopsicosocial^(2,3) dando lugar a lo que hoy conocemos como medicina holística; ya que lo que afecta al cuerpo repercute en la mente y al revés, todo ello influido por el medio que rodea a la persona (entorno social).

Los conocimientos actuales indican que hay bastante relación física en los trastornos psíquicos y mucha relación de salud mental en los trastornos físicos; según recoge la última actualización del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)⁽⁴⁾. Así mismo, sin querer entrar en los dilemas de la epistemología, nosografía y terminología que existen sobre el campo de la medicina psicosomática y el mundo de la fisiopatología humana; observamos que cuando nos referimos a temas de patología dermato-psiquiátrica, el DSM-5 no utiliza los términos “psicosomático”, “psicocutáneo”, “psicodermatología”,... muy comunes en la literatura dermatológica, pero no en psiquiatría; sino que los denomina como “Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas” incluido dentro del grupo de trastornos de síntomas

somáticos y trastornos relacionados⁽⁵⁾. Sin embargo, podemos encontrar otros manuales diagnósticos de psiquiatría que hacen referencia a la medicina psicosomática⁽⁶⁾ utilizando para ello el término de “afecciones psicosomáticas” o el de “patologías psicosomáticas”⁽⁷⁾, para referirse a patologías que relacionan variables psicológicas, psicopatológicas o conductuales con síntomas corporales, disfunciones biológicas o enfermedades somáticas.

En cambio, desde la perspectiva de la dermatología, si existe una disciplina denominada psicodermatología o medicina psicocutánea⁽⁸⁾ que se ocupa del estudio de los pacientes que consultan al dermatólogo y cuyo proceso cutáneo tiene asociado un componente psicológico. Es pues, una disciplina de transición o limítrofe entre las dos especialidades (dermatología y psiquiatría), que se ocupa de estudiar la influencia del estrés psicosocial en las reagudizaciones o cronificación de diversas enfermedades dermatológicas, así como de analizar también la comorbilidad psiquiátrica existente en numerosas dermatosis⁽⁹⁾. Aunque, recientemente se ha desarrollado una nueva disciplina, la psiconeuroendocrinoinmunología (PNEI) que estudia la relación existente entre los factores psicológicos, los hormonales, y los inmunológicos.

En el día a día de la actividad asistencial de la consulta de dermatología, podemos encontrarnos con pacientes que presentan una afección que ofrece “sospechas” de padecer una somatización en forma de una enfermedad mental con expresión dermatológica⁽⁹⁾; una dermatosis en la que los factores emocionales tienen un papel patógeno más o menos importante; o como una alteración cutánea que trastorna al paciente a causa de su carácter emocional. Es por ello, que no debemos confundir las enfermedades dermatológicas, en las que los trastornos emocionales o psiquiátricos actúan como precursores o desencadenantes de la aparición, recaídas y persistencia de las mismas; distinto de las dermatopatías secundarias a trastornos psíquicos ^(Tabla nº1), ya que, aunque el resultado final sea una lesión o alteración de la piel (por somatización o enfermedad dermatológica), el enfoque terapéutico siempre será distinto en todos los casos; no existiendo dos casos iguales de somatización cutáneas.

Podemos asegurar que la relación entre la mente y la piel es muy estrecha, tanto que los pacientes con enfermedades dermatológicas tienen un 20% más de alteraciones psíquicas y psiquiátricas, en relación al resto de la población. Sufren más ansiedad, fobias, aislamiento social...

| | |
|---|---|
| <p>Afecciones cutáneas con una elevada incidencia de factores psicoemocionales</p> | <p>Hiperhidrosis, dishidrosis, prurito, urticaria, liquen simplex, dermatitis atópica, acné, rosácea, alopecia areata, psoriasis, herpes, dermatosis seborreica, etc.</p> |
| <p>Afecciones dermatológicas con presumible rebote psicosomático</p> | <p><u>En la infancia:</u> ictiosis, alopecia, epidermólisis bullosa, nevus, angioma, etc. <u>En la adolescencia:</u> acné, alopecia, etc. <u>En la edad adulta:</u> rosácea, alopecia, dermatitis seborreica, envejecimiento cutáneo (dermatoporosis)</p> |
| <p>Síndromes psiquiátricos con expresión dermatológica</p> | <p><u>Lesiones dermatológicas autoaflijidas:</u> dermatitis artefacto, excoriaciones neuróticas, tricotilomanía. <u>Hipocondrías (fobias):</u> venereofobia, dismorfofobia, bromhidrosifobia, glosodinia, signo de Rusell. <u>Delirios parasitarios:</u> síndrome de Ekbohm <u>Adicción a sustancias:</u> afectaciones mucosas en fumadores de crack o inhaladores de cocaína.</p> |

Tabla nº1. Clasificación de afecciones psicodermatológicas (modificado de Panconesi E.)⁽⁸⁾.

La mayoría de los afectados padecen episodios ansioso-depresivos y valora su calidad de vida de forma negativa, según recogen diferentes estudios científicos⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Con los nuevos diagnósticos diferenciales y las terapias dimensionales aplicados a la psicodermatología, surge el modelo dinámico de vulnerabilidad. El grado de vulnerabilidad varía de intensidad en los diferentes estadios de la vida de una persona. Cuando la vulnerabilidad es alta, pequeñas situaciones estresantes (físicas, psíquicas o sociales) son suficientes para desencadenar un trastorno psicocutáneo que conducen a un deterioro del estado físico y mental, mientras que en periodos de vulnerabilidad baja son necesarios estresantes de mayor nivel. Todas las actuaciones que aumenten el bienestar general mejoran la adaptación a la vulnerabilidad. Se puede decir que un trastorno, tanto dermatológico como psicodermatológico, sólo se manifestará si existe una vulnerabilidad específica para ese trastorno y si existe una falta de estrategias de adaptación adecuadas^(15,16).

En definitiva, algunas de las patologías con más repercusión psicológica que podemos encontrar en las unidades de enfermería dermatológica son la psoriasis (sobre todo en fases agudas) ^(imagen 1), el vitíligo ^(imagen 2) y el acné ^(imagen 3), por las características biopsicosociales que rodea al paciente (enfermedades estigmatizantes). Un abordaje holístico integral y de acorde con las evidencias, requiere implantar y mantener una formación continuada de enfoque multidisciplinar y crear unidades específicas en psicodermatología⁽¹⁷⁾; es decir, sería una oportunidad de para que, el especialista en salud mental enfermero y los profesionales de enfermería dermatológica, dentro del contexto multidisciplinar, podría administrar cuidados de manera adecuada en ambas afectaciones, psique y piel. Así, se evitaría la “peregrinación” del paciente de una consulta a otra, y se ofrecería un tratamiento personalizado completo, con la consecuente mejora de la calidad de vida y la seguridad para el paciente “psicocutáneo”.



Imagen 1. Psoriasis (Foto cedida por F. Palomar).



Imagen 2. Vitíligo (Fuente: dermapixel.blogspot.com).



Imagen 3. Acné (Fuente: dermapixel.blogspot.com).

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera-Méndez JA. Enfermedades Psicosomáticas: cuando la mente enferma al cuerpo. En: Psicoactiva.com, web de psicología y ocio inteligente [página Web]. Lleida: Psicoactiva; 2017 [Actualizado en 2012; acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/enfermedades-psicosomaticas-cuando-mente-enferma-cuerpo/>
2. Prado-Díaz A. Ciencia, arte y disciplina: un cuidado integral desde las ciencias básicas. Conocimientos en Enfermería [Online]. 2017 [Acceso 12 de julio de 2017]; 1(1): 45-9. Disponible en: <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/ce/article/view/402/500>
3. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) [online]. 2002 [Acceso 12 de julio de 2017]; 119(5):175-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-english-edition--462-pdf-13034093-S300>
4. Vallejo-Pareja MA. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. C Med Psicosom [online]. 2014 [Acceso 12 de julio de 2017]; 110: 75-8. Disponible en: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=601>
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. [Monografía online]. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://areclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>
6. Kaplan BJ, Sadock VA, editores. Medicina psicosomática. En: Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 10ª Ed. [Online]. Lippincott, Williams & Williams; 2009. p. 813-38. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/324537370/Kaplan-Sinopsis-de-Psiquiatria-pdf>
7. Valdés Miyar M. Patologías psicosomáticas. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. Manual de psiquiatría. [Internet]. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A; 2009. p. 641-9. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-psiquiatria.pdf>
8. Panconesi E. Notas introductorias sobre la clasificación de las modalidades clínicas en dermatología psicosomática En: Grimalt F, Cotterill JA, editores. Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. [Internet]. Madrid: Grupo Aula Médica SA; 2002. p. 127-32. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/49009605/DermatologiaYPsiquiatria>
9. Bonías-López I. Somatizaciones cutáneas. Enferm Dermatol [online]. 2009 [Acceso 12 de julio de 2017]; 3(6): 8-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4330418.pdf>
10. Tardón L. Las enfermedades de la piel también afectan al estado de ánimo. En: elmundo.es, sección Salud [Página web]. Madrid: Unidad Editorial Internet, S.L., 2017 [Actualizado 27 de marzo de 2009; acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/03/26/pielsana/1238087895.html>
11. Fernández Armenterosa JM, Molinero Ponce I, Castan Campanera E, Casanova Seuma JM. Perfiles psicológicos de los pacientes con psicodermatosis. Piel (Barc). 2016; 31(1): 15-25. Doi: 10.1016/j.piel.2015.05.009
12. una E, Peña Payero ML, Vargas Márquez A. Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Actas Dermosifiliogr [online]. 2006 [Acceso 12 de julio de 2017]; 97(10):637-43. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/pdf/13095246/S300/>
13. García MJ, Ruiz S. Estrés, calidad de vida y psoriasis: estado actual. Psiquiatr Biol [online]. 2001 [Acceso 12 de julio de 2017]; 8(4):141-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-pdf-13019839-S300>
14. Rumbo-Prieto JM, Palomar-Llatas F. Intervenciones terapéuticas para la mejora de la calidad de vida de los pacientes adultos con vitiligo. ENE [online]. 2017 [Acceso 12 de julio de 2017]; 11(1): 0-0. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/688/vitiligo>
15. Guerra-Tapia A, Asensio Martínez A, García Campayo J. El impacto emocional de la enfermedad dermatológica. Actas Dermosifiliogr [online]. 2015 [Acceso 12 de julio de 2017]; 106(9):699-702. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/pdf/S0001731015002793/S300/>
16. Musalek M, Hobl B, Mossbacher U. Diagnóstico y clasificación en psicodermatología. En: Grimalt F, Cotterill JA, editores. Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. [Internet]. Madrid: Grupo Aula Médica SA; 2002. p. 133-42. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/49009605/DermatologiaYPsiquiatria>
17. Parramon Puig G, Aparicio Español G. Unidades de psicodermatología. Piel (Barc). 2015; 30(3): 145-7. Doi: 10.1016/j.piel.2014.06.005