

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PSICODERMATOSIS EN EL ADOLESCENTE



Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTORA:

HORTENSIA FUENTES ALMAGRO

TUTORAS:

Dra. ROSA MARÍA GIMÉNEZ GARCÍA

Dra. NATALIA JIMENO BULNES

GRADO EN MEDICINA

CURSO 2017-18

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. PSICODERMATOSIS	1
1.2. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE	1
1.3. CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES	2
1.4. TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS Y RELACIONADOS	3
1.4.1. Excoriaciones neuróticas	3
1.4.2. Tricotilomanía	4
1.4.3. Trastorno dismórfico corporal	6
1.4.4. Onicofagia	6
1.5. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	7
1.6. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS	9
1.6.1. Delirium parasitorium	9
1.6.2. Dermatitis artefacta	10
2. OBJETIVOS	11
3. MATERIAL Y MÉTODOS	12
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSIÓN	14
6. CONCLUSIONES	17
7. BIBLIOGRAFÍA	18

RESUMEN

La influencia entre patología psiquiátrica y enfermedad cutánea resulta de interés dado el origen común que comparten. Los adolescentes se afectan especialmente por afecciones o manifestaciones en la piel que son desencadenadas por estímulos psicológicos, debido a los cambios cognoscitivos que presentan, asociados al impacto que tiene el entorno sobre su desarrollo psicosocial.

Dada la escasez de datos, decidimos llevar a cabo un estudio epidemiológico transversal prospectivo con el fin de averiguar la incidencia de las psicodermatosis en los adolescentes de nuestra área sanitaria. Se obtuvieron datos epidemiológicos de un total de 191 pacientes adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 20 años que acudían por primera vez a una consulta dermatológica. De los 12 (un 6,28%) presentaron algún tipo de patología psicodermatológica. La patología más frecuente resultó ser la onicofagia (50%), seguidas de excoりaciones neuróticas /acné excoりado (25%), dermatitis artefacta (8,3%), trastorno de la conducta alimentaria (8,3%) y tricotilomanía (8,3%).

Es necesario continuar la investigación acerca de estas alteraciones psicocutáneas, ya que hasta el momento destaca la ausencia de publicaciones acerca del tema. De la misma forma que es necesario un enfoque multidisciplinar que permita un correcto diagnóstico y tratamiento entre dermatólogo y psiquiatra.

ABREVIATURAS

AN, Anorexia Nerviosa; BN, Bulimia Nerviosa; DA, Dermatitis Artefacta; DSM, Manual diagnóstico psiquiátrico; IMC: Índice de masa corporal; ISRS, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TCA, Trastorno de la conducta alimentaria; TCC, Terapia Cognitivo Conductual; TDH, Trastorno por déficit de atención; TOC, Trastorno obsesivo-compulsivo; TTM, Tricotilomanía.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PSICODERMATOSIS

La psicodermatología (Dermatología psicosomática) es una subespecialidad, una rama común a la dermatología y psiquiatría. Sin embargo, también comparte una estrecha relación con diversas ramas de la Medicina, entre las cuales encontramos neurología, endocrinología, inmunología, medicina interna y cirugía plástica. Se encarga del estudio de las afecciones o manifestaciones en la piel que son desencadenadas por estímulos psicológicos. Una disciplina que estudia la influencia de factores psicosociales sobre la evolución de las enfermedades dermatológicas(1).

El nexo entre piel y sistema nervioso se debe a su origen embrionario común, esto condiciona que ambas puedan llegar a enfermar conjuntamente. Es imposible entender el soma sin la psique, por ello el paciente debe ser considerado en su totalidad. Así nace la psicodermatología, por la cual los dermatólogos además de estudiar la patología orgánica, prestan especial importancia a los factores psicológicos, emocionales y sociales(2,3).

Un importante número de pacientes (entre el 30-y 40%) que sufren enfermedades dermatológicas padecen a su vez algún tipo de trastorno mental, siendo la adolescencia un periodo de particular vulnerabilidad (4).

1.2. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

La OMS considera la adolescencia el período de la vida de los individuos situado entre los 10 y los 19 años de edad, período durante el cual se producen cambios físicos, psicológicos y conductuales, lo que hace de esta fase, una etapa particularmente frágil en la que se es especialmente vulnerable a padecer algún tipo de afección psicológica (5).

Aunque existen bastantes publicaciones que hacen referencia a los distintos tipos de psicodermatosis no hemos encontrado ningún estudio epidemiológico sobre la prevalencia/incidencia de las mismas en esta etapa de la vida, por lo que nos ha parecido interesante profundizar en este aspecto.

A diferencia de la pubertad, que se caracteriza de un cambio meramente fisiológico (desarrollo de caracteres sexuales, crecimiento corporal...), la adolescencia representa un

concepto de múltiples cambios socio culturales(5).En el desarrollo psicosocial del mismo, valoraremos principalmente cuatro aspectos(5):

- La lucha entre independencia y dependencia. Debido al carácter más voluble, la relación con los padres se vuelve más inestable. Sin embargo, la red social que conforman padres y amigos va a constituir una gran herramienta para hacer frente a dichos cambios.
- La preocupación por el aspecto corporal, con la respectiva creación de su imagen corporal. Esto se atribuye fundamentalmente a los cambios hormonales que suceden y dan origen al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Los mismos desembocan en una inseguridad que puede conllevar a un posterior rechazo, y a veces llegan a ser responsables de alteraciones psicosociales durante el desarrollo de dicha etapa.
- La integración en el grupo de amigos. En la adolescencia, la pertenencia a un grupo adquiere una especial importancia. Les proporciona la seguridad, les ayuda a adquirir la autoestima necesaria para afrontar dicha etapa y también ayuda al desarrollo de actitudes sociales.
- El desarrollo de la identidad. La pertenencia a un grupo social les ayuda a establecer una identidad grupal común y consecuentemente la identidad individual como integrante del grupo.

Algunos de estos factores psicosociales influyen en estados de conflictos emocionales, que favorecen la aparición de psicodermatosis en la adolescencia. En consecuencia, los efectos que tienen lugar en la adolescencia si no se llevan a cabo en un contexto de apoyo social que les ayude a su desarrollo, puede generarles ansiedad, que puede afectar negativamente a la forma de hacer frente a acontecimientos de carácter estresante(5).

1.3. CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (DSM- 5) es el sistema de clasificación vigente de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Entre los trastornos relacionados con las psicodermatosis comentadas a continuación, distinguimos los siguientes, recogidos en los apartados 6, 9, 10 y 14.

- Trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados.
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

- Trastorno disruptivos del control de los impulsos y de la conducta.

Entre algunas de las novedades que encontramos en esta clasificación con respecto a la anterior (DSM-IV TR) es que se organiza de tal modo que el orden de los trastornos se corresponde con un ciclo biológico. Otra diferencia es que no hay subdivisión, de forma que se presenta de una forma más sencilla a simple vista con el objetivo de estudiar al paciente a partir de un enfoque más global. Sin embargo, encontramos etiquetados como trastornos, situaciones fisiológicas que hasta ahora no formaban parte de la clasificación.

1.4. TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS Y RELACIONADOS

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones. Estas obsesiones se definen como ideas egodistónicas que se caracterizan por un carácter intrusivo y de contenido negativo que genera un estado de ansiedad y malestar (6):

Las compulsiones son conductas estereotipadas que el paciente necesita realizar como defensa frente a la idea obsesiva. Se pueden definir como actos motores voluntarios y neutralizadores (5).

1.4.1. Excoriaciones neuróticas

En dermatología se atribuye el término de excoriaciones neuróticas a las lesiones autoinflingidas por el mismo paciente, caracterizadas por un gran componente de carácter psicógeno y se encuentra recogido dentro del DSM- 5 como un tipo de trastorno obsesivo compulsivo (7). Los **criterios** que permiten establecer su diagnóstico son(8):

- Rascarse repetitivamente la piel llegando a provocar lesiones
- Fracasos intentos de dejar de auto dañarse
- Este comportamiento le provoca una alteración en los ámbitos social, cultural y laboral, llegando a experimentar el paciente un malestar significativo.
- Dichas conductas no pueden explicarse por el abuso de sustancias (como drogas) ni por enfermedades orgánicas.
- A su vez, estas lesiones no se pueden atribuir a otro tipo de patología psiquiátrica.

Podemos distinguir **dos tipos de perfiles**:

- Adolescentes sobre una lesión ya establecida. Es característico de este perfil de paciente el acné excoriado, con un aspecto de cicatriz hipopigmentada.
- Mujeres de edad media, entre 30-50 años, con grado de severidad es mayor.

Tras el alivio temporal, el enfermo presenta sensaciones de vergüenza y malestar debido a la deformación resultante (8,9).

Dentro de la **psicopatología** hay que destacar que puede asociarse a un tipo de personalidad perfeccionista, con rasgos rígidos y obsesivos. Los afectados tienen tendencia a la contención de emociones y en ocasiones se lleva a cabo con la intención de paliar sentimientos de agresividad(8).

El tipo de **lesión característica** se corresponde con lesiones autoprovocadas que aparecen como lesiones secundarias en forma de excoriación, costra, liquenificación o alteraciones de la pigmentación. La morfología es variada pudiendo ser ovalada o circular, y habitualmente se localizan a nivel profundo. Hay que añadir que cuando cicatrizan, el aspecto es rosado con halo a su alrededor e hipertrófico y se presentan en diferentes fases de evolución. Las áreas que más frecuentemente se ven afectadas son accesibles a las manos, generalmente en la cara, extremidades superiores y región genital (7).

1.4.2. Tricotilomanía

Tricotilomanía, o también denominado trastorno de “arrancarse el pelo”, se define como el acto auto provocado de tirarse del mismo llegando a provocar una “alopecia por rascado”. Con la clasificación DSM-5, se incluye dentro de los trastornos obsesivos compulsivos.

Los criterios para establecer el diagnóstico de tricotilomanía son los siguientes(4,9,10):

- Arrancar el vello de forma reiterada.
- Previo al acto de arrancamiento del pelo, el paciente siente una sensación de tensión.
- Sensación de bienestar inmediatamente después de haber tirado del cabello.
- Se hará el diagnóstico una vez que se descarten otros posibles trastornos. En caso de resultar inexplicable dicha alteración por una enfermedad orgánica u otros trastornos mentales.
- La enfermedad causa deterioro en la vida del paciente a nivel de varios ámbitos (personal, laboral...)

Entre algunas diferencias destacables encontramos que para establecer el diagnóstico de TTM, ya no se incluye como criterio la pérdida notable del cabello, ni la sensación de bienestar inmediata después del acto de arranque del mismo. Pueden distinguirse, hasta el momento, dos **tipos** con diferentes características(4,9,10):

- Modelo “*automático*” de inicio entre los 6-7 años de edad, corresponde al 75% de los casos. No se asocia a la situación de tensión y bienestar posterior. Se inicia por situaciones tediosas que conducen al acto involuntario de autoarrancarse vello en zonas contrarias a la mano dominante. Presenta buen pronóstico dado que no suele ser de larga evolución. Los ensayos clínicos realizados hasta la fecha muestran que el porcentaje de prevalencia de esta afección en edad universitaria varía entre el 1 al 3%, mientras que las tasas a edad pediátrica son desconocidas (11).
- El segundo modelo es de *inicio tardío*, y se asocia a los rituales del TOC. Por ello el aspecto de las placas frecuentemente resulta ser simétrico. Se vincula al sexo femenino y tiende a volverse crónico, con peor pronóstico y mala respuesta al tratamiento.

Ambas formas pueden combinarse, de modo que el inicio del modelo “automático” puede desembocar en un acto voluntario y consciente del arranque del vello(4,9,10).

En cuanto a la **etiología**, diferenciamos causas según la edad de aparición. En niños se puede asociar a una deficiencia afectiva por la carencia emocional aportada por los padres, o bien, debido a problemas en el ámbito escolar. En adultos se vincula a motivos de índole sexual, considerando repulsivo el acto sexual en sí mismo(12). Se han descrito asociadas a trastornos psiquiátricos del tipo ansiedad, depresión, demencia, retraso mental, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias

La localización más frecuentemente afectada es a nivel del cuero cabelludo, seguidas de cejas y pestañas. Además, resulta de interés comentar que una ubicación también común para el arranque de vello es la que recibe el nombre de “corona de la cabeza”, lo que lleva a algunos pacientes a desarrollar un patrón de tonsura característicamente denominado *friar tuck*(7,13,14)Respecto a las **manifestaciones clínicas**, el aspecto de las placas pseudoalopécicas no presenta un patrón característico. El tacto es áspero dado que el extremo del folículo se encuentra fracturado, a diferencia de la alopecia areata que presenta un aspecto liso. Asimismo, el vello restante presenta distinta longitud. Además de ello, encontramos un aumento de la densidad del pelo en fase catágena con bulbos capilares sin inflamación perifolicular, siendo esto último característico de la TTM. Una de las complicaciones es la tricofagia que conduce al tricobezoar con repercusiones como anemia, obstrucción intestinal, perforación o ulceración (4,9,10,13).

1.4.3. Trastorno dismórfico corporal

Esta patología que también recibe el nombre de dismorfofobia que en el DSM - IV-TR formaba parte de los trastornos somatomorfos, actualmente con el DSM 5 pertenece al grupo de TOC y otros trastornos relacionados(15).

Entre los criterios diagnósticos podemos distinguir que se trata de una preocupación desmedida por algún defecto físico sin excesiva importancia, que puede ser mínimo o incluso inexistente.(16,17)

- Se llevan a cabo comportamientos reiterados que acompañan a la preocupación por dicha imperfección como conductas evitativas, rascarse la piel provocando excoriaciones, excesiva higiene o incluso mirarse en el espejo.
Este criterio se ha incorporado con la DSM 5, constituyendo un punto clave para su diagnóstico.
- Estas preocupaciones favorecen el deterioro social y laboral del paciente, que le condiciona a limitar su conducta entorno a dichos defectos.
- Que no pueda ser explicado por otras patologías psiquiátricas u orgánicas.

El trastorno se inicia fundamentalmente en la adolescencia y acaba posteriormente por cronificarse, dado que los pacientes que presentan dicha afección no son conscientes del mismo. Generalmente los varones jóvenes se ven afectados en mayor número. Entre los hombres predomina la dismorfia corporal, cuyo foco de ansiedad se centra en la percepción de una masa corporal insuficiente, aunque también puede focalizarse en el cabello, refiriendo ansiedad por la ausencia del mismo. Sin embargo las mujeres se obsesionan con otras partes del cuerpo como la cara, fundamentalmente por el acné, y por las caderas(7,17).

Este tipo de pensamientos provocan ansiedad en el paciente y consumen gran cantidad de tiempo. A su vez, con frecuencia, se asocian ideas de referencia, en las que se refiere que la gente muestra especial atención a las imperfecciones que considera el paciente(16,17). De forma concomitante podemos distinguir el trastorno depresivo mayor con gran morbilidad, además del TOC y la fobia social. Asimismo, las ideas de suicidio son prevalentes en este tipo de trastorno(16,17).

1.4.4. Onicofagia

La onicofagia es un desorden de conducta repetitiva focalizada en el cuerpo y forma parte de los trastornos de espectro obsesivo (como el trastorno dismórfico corporal o el TOC)(18).

El tipo de **lesiones características** de la onicofagia son(19,20):

- Presencia de color normal con hemorragias subungueales
- Onicolisis en la punta
- Sin depresiones puntiformes
- Con surcos transversales

Es frecuente durante la niñez, pero generalmente de forma transitoria. Se plantea como un reemplazo de hábito de chuparse el dedo y posteriormente es común sustituirlo a edades más avanzadas por tocarse el pelo o morder bolígrafos. Sin embargo, cuando este tipo de conducta repetitiva se lleva a cabo reiteradamente pasa a entenderse como una conducta patológica(20). Se estima un porcentaje aproximado entre 28 a 33% de niños entre 7 a 10 años de edad, y un 45% de adolescentes padezcan onicofagia.

Este tipo de dermatosis autoinflingida es más frecuente en varones. Generalmente se da en contexto de situaciones en las que el paciente se encuentre bajo tensión, ansiedad, estrés o asociada a una personalidad de rasgos obsesivos(13,20–22). Este comportamiento conlleva una serie de **consecuencias** entre las que destacan(20):

- Destrucción de la matriz ungueal
- Paroniquia
- Lesiones en el esmalte de los dientes y en las encías
- Síndrome temporomandibular
- Infecciones por gérmenes que se encuentran en las uñas

1.5. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Consiste en un tipo de comportamientos patológicos asociados a la alimentación, que conllevan alteraciones metabólicas y endocrinas, además de un deterioro de su ámbito social. La anorexia y la bulimia nerviosa son las enfermedades más conocidas dentro de este grupo de patologías por la difusión en los medios que se ha llevado a cabo de estos problemas. Sin embargo, también podemos incluir, entre otros, el trastorno de rumiación, de restricción de la ingesta de alimentos, y el trastorno de atracones que aparece como un diagnóstico nuevo en el DSM-5(23). Este último a diferencia de la AN y la BN no presenta alterada la percepción de la imagen corporal ni se llevan a cabo comportamientos compensatorios.

En cuanto a la **anorexia nerviosa** podremos establecer su diagnóstico cuando se cumplan los siguientes criterios(23):

- Deseo de un peso corporal inferior al que le corresponde dentro de los parámetros de normalidad según su edad y su altura. Para ello se requiere una reducción de la ingesta de alimentos de forma reiterada.
- Temor a aumentar de peso.
- Importancia sobrevalorada de la autoevaluación y percepción distorsionada de su silueta corporal.

Se considera como peso insuficiente cuando los adultos presenten un IMC $<18,5 \text{ kg/m}^2$ y en niños junto a adolescentes cuando su percentil es inferior a 5(23).

Podemos distinguir a su vez, dos tipos de anorexia(10,23):

- Tipo restrictivo: cuando no se llevan a cabo atracones ni purgas, mediante un ejercicio físico continuado, ayuno o por dietas excesivas.
- Tipo con atracones/ purgas: de forma compulsiva el paciente tras una gran ingesta recurre a laxantes o autoprovocación del vómito.

El concepto estereotipado de belleza que hay a día de hoy en la Sociedad Occidental y que influye en gran medida a adolescentes, genera sentimientos de frustración cuando los cánones actuales que hay en torno al ideal de la delgadez no se ajustan a la silueta de la mayoría de los adolescentes. De este modo, la autoestima del paciente se ve influida según haya perdido peso o no.

Por otra parte, la **bulimia nerviosa** requiere los siguientes criterios a cumplir para su posterior diagnóstico:

- Atracones persistentes que consisten en una gran ingesta de comida en un corto periodo de tiempo acompañada de sensación de pérdida de control.
- Conductas compensatorias desencadenadas por el sentimiento de culpa posterior que motiva a la purga.
- Este comportamiento se lleva a cabo durante un promedio mínimo de una vez por semana durante tres meses. Este criterio se ha modificado con respecto a la clasificación anterior que requería de un promedio de dos ocasiones por semana.

- Al igual que en la anorexia, se da excesiva importancia a la constitución, presentando una alteración en la apreciación de la misma.
- La alteración no se produce únicamente en el intervalo protagonizado por la anorexia nerviosa.

Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa comparten a menudo la misma comorbilidad, en la cual predominan el trastorno depresivo, el TOC, y las alteraciones del estado de ánimo con síntomas de irritabilidad y aislamiento social.

Entre los signos cutáneos en los trastornos alimenticios destacan la xerosis cutáneas, aparición de lanugo, acné, carotinemias, alopecia y pelo frágil o retorcido así como fragilidad ungueal(16,23,24).

1.6. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS

El paciente con trastorno de síntomas somáticos presenta múltiples afecciones lo que le lleva a una disminución en cuanto a su calidad de vida. La persistencia de dicha sintomatología debe ser superior a los seis meses.

1.6.1. Delirium parasitorium

El delirio de parasitosis, síndrome de Ekbom o, también denominado, delirio dermatozoico se trata de la convicción de que el propio paciente se encuentra infectado por insectos que a simple vista no pueden ser observados siendo el motivo principal por el que los afectados acuden a consulta el prurito cutáneo acompañado de disestesias y excoriaciones(25). Esta infección puede producirse tanto a nivel cutáneo, recibiendo el nombre de ectoparasitario, como a nivel interno, llamado endoparasitario en ese caso, siendo más frecuentemente afectados los órganos del aparato digestivo(4,25). El diagnóstico de esta enfermedad se lleva a cabo en la consulta de dermatología y su abordaje terapéutico le corresponde fundamentalmente al psiquiatra (26).

Es un cuadro delirante de tipo somático para cuyo diagnóstico la DSM-5 establece los siguientes principios(16):

- Presencia de uno o más delirios durante un intervalo de tiempo igual o superior a un mes.

- No cumplir los criterios diagnósticos propios de la esquizofrenia y en caso de presentar alucinaciones han de estar relacionadas con el tema del delirio.
- El delirio del paciente no desencadena un comportamiento extravagante o bizarro.
- En el caso de que el paciente sufra trastornos depresivo o maníaco este no predominará sobre el delirio de parasitosis.
- Delirio no explicable por el abuso de sustancias tóxicas, medicamentos, ni enfermedades orgánicas.

Además de estos, otras características para sospechar de delirio de parasitosis son(26): Temor a contagiar a familiares y amigos, Intentos de extracción de los “insectos” mediante instrumentos afilados o a través de pesticidas, información exhaustiva por parte del paciente de los insectos o su comportamiento, aporte de muestras del parásito en frascos o cajas, lo que recibe el nombre de “signo de la caja de cerillas”, patognomónico de esta enfermedad, transmisión del delirio a sus respectivos familiares entre un 15- 30% de pacientes. Se trata de un trastorno psicossomático compartido que se denomina “folie á deux”(13,26). Suelen verse afectadas más mujeres que hombres de edad entre los 20 a 30 años o a partir de los 50 años de edad. El tipo de lesiones suele ser asimétricas, en zonas expuestas y al alcance del propio paciente (13,24).

El motivo principal por el que acuden a consulta es prurito cutáneo acompañado de disestesias y excoriaciones. En el diagnóstico diferencial se incluyen una infección parasitaria real, los delirios inducidos por tratamiento farmacológico en la enfermedad del Parkinson o por el consumo continuado de cocaína (delirio de Magnan)(25,27).

1.6.2. Dermatitis artefacta

Según la DSM 5 se trata de un trastorno facticio dentro de la categoría de enfermedades somáticas y otras alteraciones relacionadas(16)que se caracteriza por la presencia de una alteración psicológica de base que induce a la autolesión de forma voluntaria y que el paciente niega haberse producido, con el objetivo de copiar las manifestaciones propias de una patología orgánica(7,10,20,28).

Los **criterios diagnósticos**, establecidos por la DSM-V, a cumplir son(12,16,24)

- Falsificación de signos y síntomas tanto físicos como psicológicos.
- Heridas auto infringidas.

- El paciente pretende conseguir el rol de enfermo, con la finalidad de obtener la atención que busca.
- Comportamiento no justificado por otro trastorno mental.
- Actitud fraudulenta evidente sin necesitar de ningún incentivo externo que justifique dicho comportamiento (ni motivos económicos ni laborales...)

Existen algunas herramientas que permiten acercarnos a su diagnóstico. Entre estas podemos distinguir la llamada “profecía melodramática” en la que el propio paciente orienta la localización de la próxima herida; “historia vacía” en la que el paciente narra los hechos sin apenas detalle y/o “la expresión de Mona Lisa” característica facies inexpresiva del enfermo.

El **perfil de paciente** más típico es mujer adolescente o de edad media, aunque por lo general, la DA se trata de una enfermedad infrecuente, cuya principal dificultad se centra en diferenciarla de las lesiones características de la simulación (promovido por motivos de índole económica, judicial o administrativa)(27).

Se trata de un perfil de paciente en el que el terapeuta debe evitar la confrontación directa. Esta conducta tiene como **base psicoetiológica** causas de abuso, ya sea escolar, doméstico y de otros ámbitos, lo que conduce al niño a que de forma inicialmente inconsciente busque la atención que necesita provocándose este tipo de lesiones(29).El tipo de trastorno psiquiátrico vinculado suele ser el trastorno límite de la personalidad, el cual puede inducir a que las lesiones sean más agresivas que en otro perfil de paciente. También se asocia a depresión y a TOC(29,30).

Tanto la **morfología** como el tipo de instrumental utilizado en producir las heridas, suele ser variado. Las lesiones frecuentemente son simétricas y múltiples, pudiendo presentarse en distintas fases de evolución. Las lesiones presentan una morfología heterogénea, que no se corresponden con ningún patrón característico que sea típico de dermatosis. Hay que plantear el diagnóstico diferencial con situaciones de abuso sexual además de la simulación o la enfermedad de Munchausen(7)

2. OBJETIVOS

General:

- Realizar un estudio epidemiológico sobre las patologías psicodermatológicas en adolescentes entre 10 y 20 años de edad en el área Oeste de Valladolid.

Específicos:

- Hallar la frecuencia relativa de estas patologías.
- Conocer la incidencia y las características epidemiológicas en función de sexo, edad y medio de psicodermatosis.
- Establecer el tipo de afecciones psicocutáneas que se desarrollan en esta etapa.
- Conocer el diagnóstico psiquiátrico previo de los afectados.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico observacional transversal prospectivo realizado en pacientes que han sido atendidos en una Consulta Externa de Dermatología, desde el 1 de octubre de 2016 al 17 de abril de 2018, en la que han sido atendidos pacientes en el Hospital Universitario Río Hortega y en el Centro de Especialidades Arturo Eyries remitidos desde los centros de Atención Primaria según los criterios de derivación que sus Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria hayan considerado. La población estimada de éste área es de unos 257.940 habitantes, abarcando la población tanto del medio urbano como rural.

Población de estudio

La muestra estudiada ha sido las personas con edades comprendidas entre 11 y 20 años que acudían por primera vez a una consulta externa de Dermatología en el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2016 al 17 de abril de 2018.

Los *criterios de inclusión* en este estudio fueron los siguientes:

- Acudir a una primera consulta de Dermatología
- Pertener al Área Oeste de Salud de Valladolid
- Valoración por parte del Dermatólogo correspondiente y diagnóstico de psicodermatosis

Como *criterios de exclusión* se han tenido en cuenta:

- Acudir por segunda vez o a revisión previa de un problema dermatológico.

VARIABLES DE ESTUDIO

Mediante la historia clínica del dermatólogo que ha realizado anamnesis, exploración y las correspondientes pruebas complementarias, recogimos de forma protocolizada cerrada una serie de variables. La entrevista ha sido directa al paciente y en caso de deterioro cognitivo se ha requerido la ayuda del cuidador del paciente. Las variables recogidas fueron: epidemiológicas, de cuidado de la piel, diagnóstico principal por el que

el paciente acude a consulta, antecedentes patológicos no dermatológicos, dermatológicos, psiquiátricos previos y acceso a consulta desde medio rural o urbano mediante Hospital.

Variables epidemiológicas

- Código de identificación del caso: se ha tomado como referencia el número de la historia clínica de cada paciente, siendo éste un código entre 6 y 8 dígitos. Dicho número se ha enmascarado anonimizándole en un listado aparte.
- Sexo del paciente.
- Edad en años.

Variables dermatológicas

- Motivo de consulta
- Patrón dermatológico de psicodermatosis

Antecedentes personales no dermatológicos

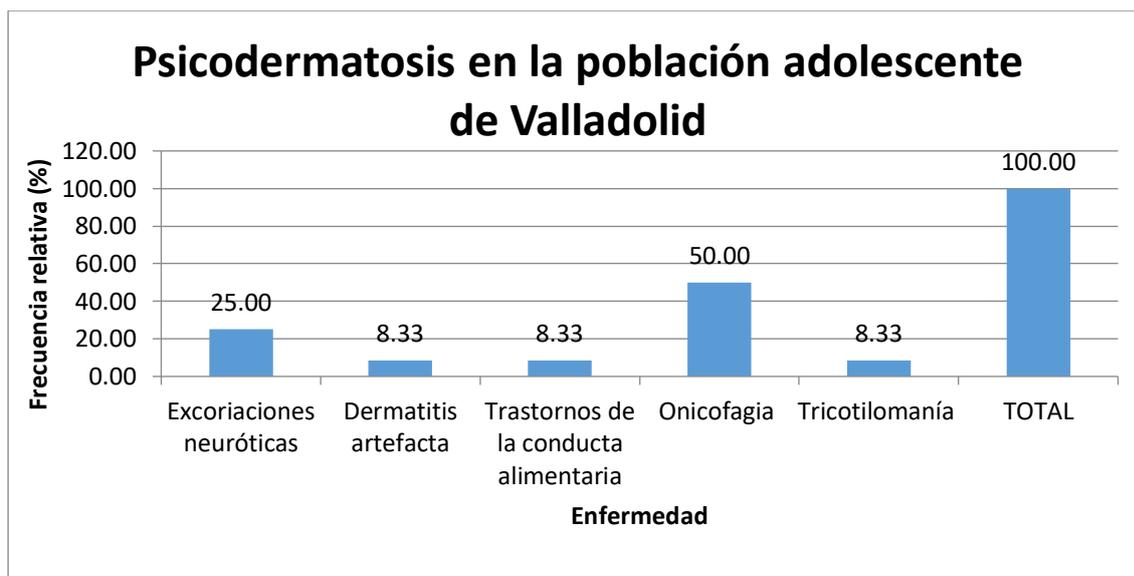
- Enfermedad psiquiátrica

4. RESULTADOS

El número total de pacientes que acudió a una primera consulta de Dermatología en el periodo del 01/10/2016 al 17/04/2018 fue de 2.483, de los cuales 191 eran adolescentes. De estos 12 (un 6,28%) presentaron psicodermatosis, de los cuales el 25% eran varones, mientras que el 75% eran mujeres. Además, el 33,33% accedieron a un especialista procedente de un centro de medio urbano, y el 66,66% restante procedían de un centro de salud rural.

Entre las psicodermatosis diagnosticadas encontramos 6 casos de onicofagia, 3 de excoriaciones neuróticas/acné excoriado, 1 caso de dermatitis artefacta, 1 caso de foliculitis asociado a anorexia nerviosa y 1 caso de tricotilomanía.

Las frecuencias relativas de las distintas enfermedades psicocutáneas se muestran en el siguiente diagrama de barras.



Entre los diagnósticos psiquiátricos se obtuvo un caso de bulimia, otro de anorexia nerviosa y uno de TDH.

5. DISCUSIÓN

En este estudio se ha encontrado una incidencia de psicodermatosis en adolescentes del 6,28%. No podemos hacer estudio comparativo con otros datos, tanto nacionales como internacionales, puesto que no hemos encontrado ningún estudio epidemiológico observacional similar. La cifra nos parece suficientemente importante sobre todo si tenemos en cuenta que en la mayoría de los adolescentes no se realizaba un abordaje psicoterapéutico.

En todo caso, puede afirmarse que en la actualidad, las psicodermatosis son afecciones que pueden pasar desapercibidas y resultan infradiagnosticadas, quizá en parte por la ausencia de un apartado específico en el actual sistema de clasificación DSM-5 y por la ausencia de conciencia de la enfermedad del propio individuo.

Una vez diagnosticada la psicodermatosis, es esencial proceder a su correcto tratamiento y seguimiento. En cuanto a las **excoriaciones neuróticas**, la elección del tratamiento será fundamentalmente en función del nivel de gravedad. En casos leves está indicado el soporte emocional y tratamiento sintomatológico, como bien pueden ser emolientes o compresas frías. En cuanto a los casos de mayor gravedad, destacamos que la psicoterapia resulta de gran utilidad, de igual modo que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la olanzapina(31)

Al respecto de la **TCC** cabe destacar la importancia de conocer las causas que llevan al paciente a tirarse del cabello, y no en el acto de arrancamiento como tal.

Los pilares del tratamiento engloban:

- Hacer consciente dicha conducta para evitar seguir haciéndola de forma automática.
- La respuesta de competencia que consiste en llevar a cabo otra actividad y que se evite el comportamiento no deseado.
- Apoyo social, y para ello requerimos que su familia sea partícipe de la terapia, para que fuera de las sesiones puedan detectar las conductas propias de la TTM y hacer de refuerzo positivo, además de mejorar la relación entre padres y el paciente.

La terapia que consta de varias sesiones consiste en estudiar el trasfondo de cada caso para poder conocer las razones que llevan al paciente a arrancar el vello de forma reiterada, y hacer frente a situaciones estresantes, que son la que más propician dicha conducta patológica, de la forma más asertiva posible(32).

Tenemos que destacar que previamente para evaluar el caso correctamente es recomendable evaluar al paciente con las siguientes pruebas: "*La entrevista estructurada para la evaluación de la TTM de Raymond*", "*Woods y Himle*", "*la escala de inadaptación*", "*Diez- Ítems- Inventario de personalidad*", "*Fobia Social e Inventario de Ansiedad*", "*el inventario de expresión de Ira Estado- Rasgo en niños y adolescentes*", "*el inventario de Padua*", "*la escala de tricotilomanía para niños*" (TSC-C), "*Inventario de Milwaukee para niños*", "*la escala de Evaluación de la Depresión y el Autorregistro creado ad hoc*". Dichas herramientas diagnósticas nos permiten conocer el grado en el que la patología limita al paciente tanto a nivel familiar como laboral, si presenta ansiedad social, si presenta de forma concomitante sintomatología propia del TOC o el contexto en el que el paciente lleva a cabo el arranque del vello y el número del mismo.

Por otro lado, cabe resaltar la dificultad en cuanto a los pacientes con **trastorno dismórfico corporal**, dado que buscan resolver el defecto físico que les produce ansiedad mediante ropa para evitar de este modo su visibilidad, cosméticos y en último caso, cirugías. Por el contrario, estas operaciones no mejoran la sintomatología, y desembocan en sentimientos de frustración, buscando de nuevo otra solución a partir del bisturí. Por todo esto, este tipo de pacientes no espera en consulta un psiquiatra, sino un especialista en medicina estética. A pesar de esto, el tratamiento más eficaz es la TCC combinada con los fármacos inhibidores

de recaptación serotoninérgica. Para ello, se considera fundamental una buena relación entre el paciente y el terapeuta(9,17,33).

Por contraste, en el tratamiento de la **onicofagia** hay que destacar que se requiere de una gran colaboración por parte del paciente. Para ello es necesaria la autorreflexión por parte del mismo. Resulta muy eficaz la terapia de modificación de conducta mediante estímulo aversivo, añadiendo alguna sustancia de sabor desagradable sobre las uñas. Del mismo modo, resulta conveniente añadir refuerzo positivo tras la terapia con la finalidad de motivar más al paciente(18,20,34). En comparación, en el TCA se realza la importancia de la psicoterapia y el buen manejo entre padres y paciente para fomentar un cambio de actitud. También se requiere el tratamiento de todas aquellas complicaciones médicas consecuencia de la anorexia, junto a la olanzapina, que produce un aumento de peso, y la fluoxetina que resulta eficaz para la bulimia. Al mismo tiempo, dado el alto riesgo de suicidios en estas patologías sería útil incluir una evaluación sobre posibles conductas suicidas en dichos pacientes(16,23).

Acerca del **delirium parasitorium**, cabe indicar que se trata de un abordaje complicado dado que el paciente tiene la certeza de que sí hay agentes extraños en su cuerpo a pesar de los resultados negativos de exploraciones o muestras que facilitaron, y se niegan a creer que no existe tal infección. Es importante crear un fuerte lazo entre médico y paciente aunque éste último sea reacio a aceptar ayuda de un especialista psiquiatra. El objetivo no es convencer al paciente de que el delirio que padece no es real sino que se centra en la mejora de la calidad de vida del enfermo, evitando así su aislamiento social. Además de esto, es esencial el tratamiento farmacológico mediante antipsicóticos como pimozida, aunque por los efectos adversos que desencadena, se suele usar risperidona(4,16,25–27).

Para finalizar, en cuanto al tratamiento sobre la **dermatitis artefacta** es fundamental el abordaje multidisciplinar entre psiquiatra y dermatólogo. Ansiolíticos e ISRS también pueden utilizarse en caso de ser necesarios, aunque a largo plazo, la psicoterapia va a resultar más efectiva(27,29).

En efecto, la adolescencia es un periodo vital especialmente significativo en el cual afecciones de esta índole pueden afectar el desarrollo integral del sujeto, comprometiendo la imagen corporal del mismo, y siendo esta una etapa frecuente en el inicio de una enfermedad que tiende a la recurrencia. Una mayor concienciación sobre los trastornos

psicocutáneos podría contribuir a que psiquiatras y dermatólogos actúen conjuntamente con el fin de fomentar una actuación precoz.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra principalmente el reducido tamaño muestral, si bien la principal fortaleza a nuestro juicio es la originalidad de la patología estudiada, las psicodermatosis. Respecto a futuras líneas de investigación, y con la finalidad de lograr un mejor conocimiento y manejo terapéutico de la psicodermatosis, es necesario un mayor número de ensayos clínicos y estudios observacionales sobre la población en edad adolescente dado que la edad de inicio de estos trastornos psicodermatológicos coincide frecuentemente con esta etapa de la vida.

6. CONCLUSIONES

1. Existe una escasez de estudios sobre la epidemiología de las alteraciones psicocutáneas.
2. Las psicodermatosis en la adolescencia constituyen un trastorno prevalente y de relevancia clínica en una consulta externa de dermatología.
3. En nuestro medio, el patrón tipo de psicodermatosis en la adolescencia es: predominio en el sexo femenino, procedentes de un centro de salud no urbano, en los que se observa con más frecuencia trastornos obsesivo compulsivos del tipo onicofagia, excoriaciones neuróticas/acné excoriado y tricotilomanía. Con menos frecuencia consultaron por dermatosis en relación con trastornos de la alimentación.
4. Dado la alta prevalencia de enfermedades mentales entre los pacientes con patología dermatológica y psicodermatosis, en general es necesaria la colaboración de dermatólogos y psiquiatras para facilitar el buen manejo del paciente.
5. Sería conveniente un enfoque terapéutico multidisciplinar por parte de los diferentes especialistas, combinando tanto tratamiento farmacológico como terapias psicoconductuales con la finalidad de evitar las continuas recaídas que tienden a sufrir estos pacientes.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Pera Grasa JT, Isa Isa R, Rodriguez-Cerdeira C. Evolución Histórica de la Psicodermatología. En: Fundamentos básicos en psicodermatología. 1ª Edición. Santa Comba (A Coruña), España: tresCtres Editores; 2010. p. 17-8.
2. Tomás Aragonés L, Castillo Amores AB, Marrón Moya SE. Sistema de medida. Evaluación psicométrica. En: Fundamentos básicos en psicodermatología. 1ª Edición. Santa Comba (A Coruña), España: tresCtres Editores; 2010. p. 57-73.
3. Silvelo AM, Romero AM. Psicodermatología. En: Psiquiatría & Piel. Badalona, España: EUROMEDICE, ediciones médicas, SL; p. 9.-15
4. Fernández Hierro JL, Gómez Conde L. Evaluación psiquiátrica del paciente dermatológico. En: Fundamentos básicos en psicodermatología. 1ª Edición. Santa Comba (A Coruña), España: tresCtres Editores; 2010. p. 27-56.
5. Iglesias Diz JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 2013;17(2):88-93.
6. Geijo Oribe S, López Villalobos JA, del Teso FA, Requejo Gutiérrez M, Rasillo Rodríguez Á. Trastornos de ansiedad. En: Guía de apoyo para la atención de los problemas de salud mental más frecuentes en Atención Primaria. Castilla y León, España: Gerencia Regional de Salud;2003 p. 43-4.
7. Palma-Cortés M, Asz-Sigall D, Garfias-Alemán P, Arenas Guzmán R. El impacto emocional en las dermatosis crónicas. En: Fundamentos básicos en psicodermatología. 1ª Edición. Santa Comba (A Coruña), España: tresCtres Editores; 2010. p. 95-112.
8. I. Rivera E, Arenas R. Dermatilomanía o trastorno de escoriación. Una revisión. *DermatologíaCMQ*. 2016;14(3):216-21.
9. Salido Vallejo R, Moreno Giménez JC. Influencia de los factores psicosomáticos en dermatología. En: Fundamentos básicos en psicodermatología. 1ª Edición. Santa Comba (A Coruña), España: tresCtres Editores; 2010. p. 84-8.
10. Rodriguez-Cerdeira C. Clasificación de los trastornos psicodermatológicos. En: Fundamentos básicos en psicodermatología. 1ª Edición. Santa Comba (A Coruña), España: tresCtres Editores; 2010. p. 113-46.
11. P. Harrison J, E. Franklin M. Pediatric trichotillomania. *Curr Psychiatry*. 2012;14(3):188-96.

12. Silvelo AM, Romero AM. Dermatitis artefacta. En: *Psiquiatría & Piel*. Badalona, España: EUROMEDICE, ediciones médicas, SL; p. 65-77
13. Al Hawasawi K, Pope E. Pediatric psychocutaneous disorders. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12(4):247-57.
14. Peralta L, Morais P. The Friar Tuck sign in trichotillomania. *J Dermatol Case Rep*. 2012;2:63-4.
15. Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015;35(125):111-21.
16. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G. Psychocutaneous disease. Clinical perspectives. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017;76(5):779-88.
17. Phillips KA. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. En: *American Psychiatry Association Manual diagnóstico y estadístico de los tratamientos mentales (DSM-5)*. 5ª. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 242-6.
18. Busso C, Bonavía P. Los trastornos obsesivo-compulsivos y sus manifestaciones cutáneas. *Dermatología Argentina*. 2016;22(3):127-34.
19. Pantoja Zarza L, Díez Morrondo C, Manjón Haces JA. Artritis y onicofagia: un factor de confusión. *Reumatología Clínica*. 2014;10(4):260-1.
20. del Encinar Cano Lucas L, Candela Maestú M, Bazo Fariñas AV. Onicofagia. *Imagen*. 2018;25(2):130-1.
21. Cortes Aguado E, Oropeza Tena R. Intervención conductual en un caso de onicofagia. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2011;16(1):103-13.
22. Pacan P, Grzesiak M, Reich A, Kantorska-Janiec M, Szepietowski JC. Onychophagia and Onychotillomania: Prevalence, Clinical Picture and Comorbidities. *Acta Dermato-Venerológica*. 2014;94:67-71.
23. Walsh BT. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En: *American Psychiatry Association Manual diagnóstico y estadístico de los tratamientos mentales (DSM-5)*. 5ª. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-49.
24. Strumia R. Eating disorders and the skins. *Clinics in Dermatology*. 2013;31:80-5.

25. Gil de la Cruz E, Calleja-Algarra A, Guerra-Tapia A. Una mujer con delirio de parasitosis. *Más Dermatología*. 2017;28:15-7.
26. Cardona Hernández MÁ, Maza de Franco A. Síndrome de Ekbohm. Comunicación de un caso. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*. 2014;23(3):103-7.
27. Oliveira G. Pacientes difíciles en dermatología. 2015;96(4).
28. Silvelo AM, Romero AM. Psicodermatología. En: *Psiquiatría & Piel*. Badalona, España: EUROMEDICE, ediciones médicas, SL; p. 16-32
29. Rogers M, Fairley M, Santhanam R. Artefactual skin disease in children and adolescents. *Australasian Journal of Dermatology*. 2001;42:264-70.
30. Salido Vallejo R, Moreno Giménez JC. Influencia de los factores psicósomáticos en dermatología. En: *Fundamentos básicos en psicodermatología*. 1ª Edición. Santa Comba (A Coruña), España: tresCtres Editores; 2010. p. 85-6.
31. Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017;13:1867-72.
32. Franklin ME, Zagrabbe K, Benavides KL. Trichotilomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother*. 2011;11(8):1165-74.
33. Flores ML, González Ramírez C, Berrones Moreno LE, Guzman Torres J, Poletti Vázquez ED. Prevalencia de trastorno dismórfico corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. *DermatologíaCMQ*. 2010;8(1):17-21.
34. Benítez Velázquez JM, Gasca-Argueta G. Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Revista ADM*. 2013;70(3):151-3.