

Psiquiatría Dermatológica o Psicodermatología

Dr. Johnny Turner Tajan.
Médico Psiquiatra



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL



**Es imposible separar la enfermedad física de la enfermedad mental,
La fisiopatología de cualquier enfermedad contiene a la esfera psicológica dentro de sus múltiples elementos.
Muchas especialidades médicas pueden reclamar su relación con la Psiquiatría
puesto que son innumerables las enfermedades que tienen nexos con signos y síntomas psiquiátricos.
Con la Dermatología la relación es mucho más evidente.**

La piel tiene un lugar especial en la psiquiatría con su capacidad de respuesta a los estímulos emocionales y la capacidad de expresar emociones como:

La ira, el miedo, la vergüenza y la frustración

y al proporcionar autoestima.

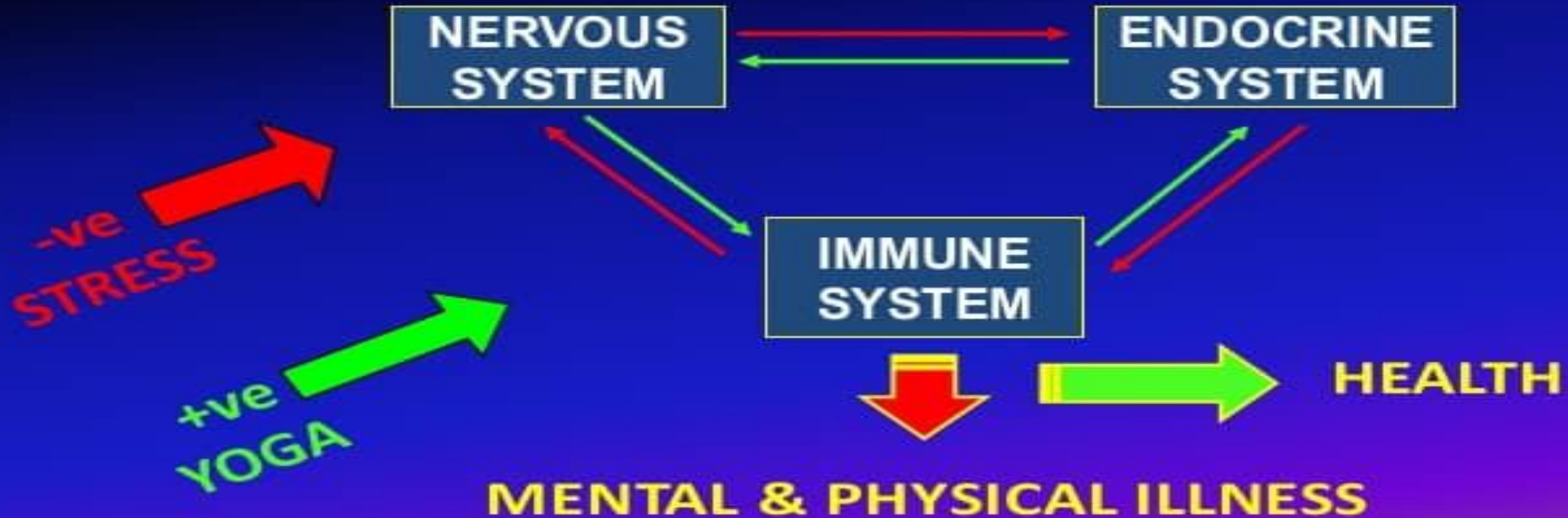
La piel juega un papel importante en el proceso de socialización, que continúa desde la infancia, hasta la edad adulta.

**La incidencia de trastornos
psiquiátricos entre pacientes
dermatológicos se estima en
alrededor de 30 a 60%.**

**Conectar las dos disciplinas es una
interacción compleja entre los sistemas
neuroendocrino e inmunológico que se
ha descrito como el:**

**NICS
o el sistema
neuroinmunoendocrinocutáneo.**

PSYCHO-NEURO-IMMUNO-ENDOCRINOLOGICAL CORRELATES OF STRESS



La interacción entre el sistema nervioso, la piel y la inmunidad se ha explicado por la liberación de mediadores del NICS.

El estrés psicológico perturba la homeostasis de la barrera de permeabilidad epidérmica y puede actuar como desencadenante de algunos trastornos inflamatorios como; la dermatitis atópica y la psoriasis.

- Aunque no existe un único sistema de clasificación universalmente aceptado de los trastornos psicocutáneos y muchas de las condiciones se superponen en diferentes categorías, el sistema más ampliamente aceptado es el ideado por Koo y Lee

La psicodermatología se divide en tres categorías según la relación entre las enfermedades de la piel y los trastornos mentales.

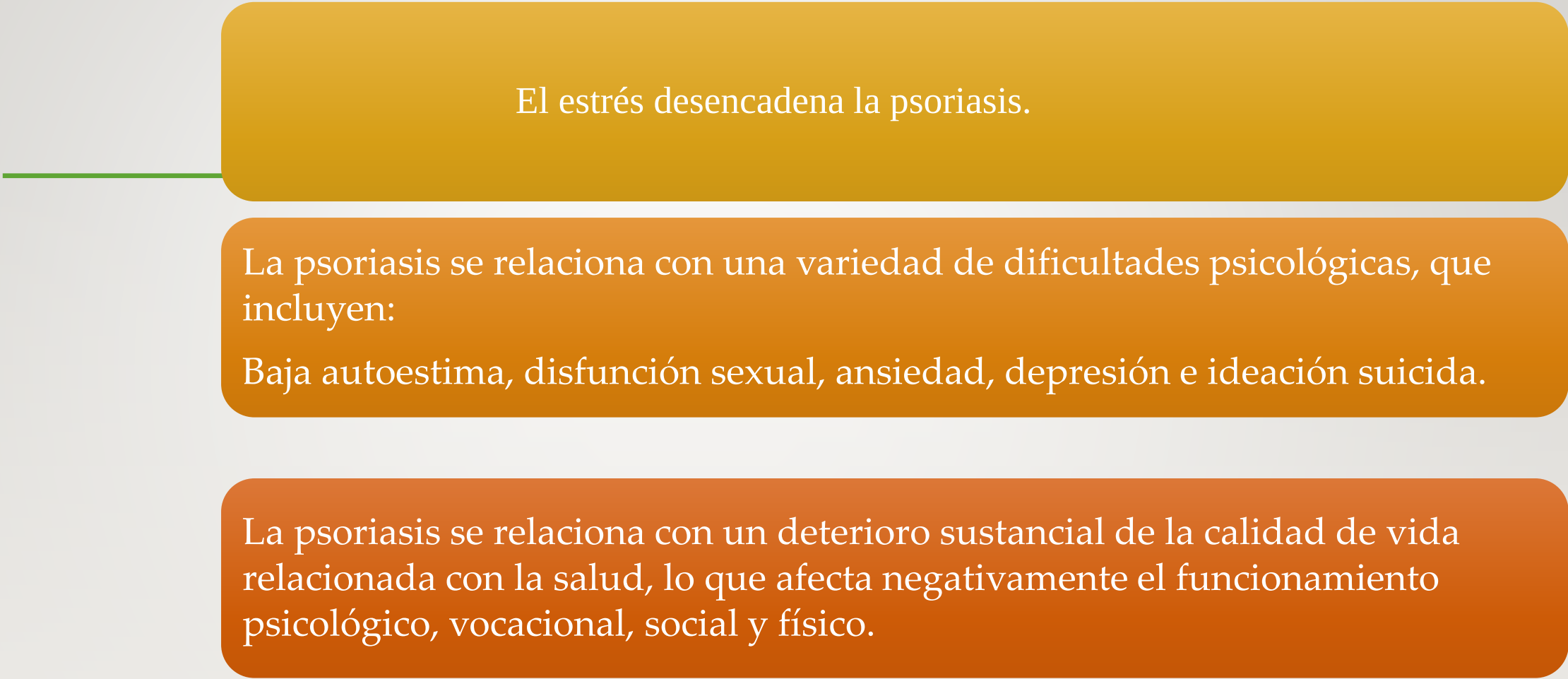
- 1) Trastornos psicofisiológicos (psicosomáticos) causados por enfermedades de la piel que desencadenan diferentes estados emocionales (estrés), pero que no se combinan directamente con trastornos mentales (psoriasis, eczema).**
- 2) Trastornos psiquiátricos primarios responsables de trastornos cutáneos autoinducidos (tricotilomanía).**
- 3) Trastornos psiquiátricos secundarios causados por desfiguración de la piel (de ictiosis, acné conglobata, vitíligo), que pueden conducir a estados de miedo, depresión o pensamientos suicidas.**

Trastornos psicodermatológicos comunes

Trastornos psicofisiológicos (psicosomáticos)

Aquí los factores psiquiátricos son fundamentales en la etiología y el curso de las enfermedades de la piel.

La enfermedad de la piel no es causada por el estrés, pero parece ser precipitada o exacerbada por el estrés.



El estrés desencadena la psoriasis.

La psoriasis se relaciona con una variedad de dificultades psicológicas, que incluyen:

Baja autoestima, disfunción sexual, ansiedad, depresión e ideación suicida.

La psoriasis se relaciona con un deterioro sustancial de la calidad de vida relacionada con la salud, lo que afecta negativamente el funcionamiento psicológico, vocacional, social y físico.







Los síntomas psiquiátricos más comunes atribuidos a la psoriasis incluyen:

Alteraciones en la imagen corporal y deterioro social y laboral
funcionamiento.

La calidad de vida puede verse gravemente afectada por la cronicidad y la
visibilidad de la psoriasis, así como por la necesidad de un tratamiento de
por vida.

- 
- Se han identificado cinco dimensiones del estigma asociado con la psoriasis:
 - (1) anticipación del rechazo.
 - (2) sentimientos de ser defectuoso.
 - (3) sensibilidad a las actitudes de la sociedad.
 - (4) culpa y vergüenza.
 - (5) secretismo.

Los síntomas depresivos y las ideas suicidas se asociaron con frecuencia en la psoriasis.

Los factores psicológicos, incluida la salud percibida, las percepciones de estigmatización y la depresión, son determinantes más fuertes de la discapacidad en pacientes con psoriasis que la gravedad, la ubicación y la duración de la enfermedad.

Dermatitis atópica

El inicio o la exacerbación de la dermatitis atópica a menudo sigue a eventos estresantes de la vida.

La gravedad de los síntomas se ha atribuido al estrés interpersonal y familiar, y con frecuencia se han observado problemas en el ajuste psicosocial y baja autoestima.





Los niños con dermatitis atópica tienen más ansiedad y depresión en comparación con los grupos de control clínicos y sanos.

Tienen niveles más altos de angustia emocional y más problemas de comportamiento que los niños sanos o los niños con problemas menores de la piel.

La miseria de vivir con dermatitis atópica puede tener un efecto profundamente negativo en la calidad de vida relacionada con la salud de los niños y sus familias.

**Las burlas y la intimidación de los niños
y la vergüenza de los adultos y los niños pueden provocar el aislamiento social
y la evitación de la escuela.**



El estigma social de una enfermedad de la piel visible, las visitas frecuentes a los médicos y la necesidad de aplicar constantemente remedios tópicos sucios se suman a la carga de la enfermedad.



Las restricciones de estilo de vida en casos más severos pueden ser significativas.

URTICARIA

El estrés emocional grave puede exacerbar la urticaria preexistente.

El aumento de la tensión emocional, la fatiga y las situaciones estresantes de la vida pueden ser factores primarios en más del 20 % de los casos y contribuyen en el 68 % de los pacientes.

Dificultades para expresar la ira y la necesidad de obtener la aprobación de los demás.

Depresión y ansiedad.

La gravedad del prurito parece aumentar a medida que aumenta la gravedad de la depresión.

La urticaria por frío se puede relacionar con hipomanía durante el invierno

Urticaria idiopática recurrente con trastorno de pánico.



Acné excoriado

"No existe una sola enfermedad que cause más trauma psíquico y más inadaptación entre padres e hijos, más inseguridad general y sentimientos de inferioridad, y mayores sumas de evaluación psíquica". que el **acné vulgaris'.**

El acné tiene una asociación demostrable con la depresión y la ansiedad.

La comorbilidad psiquiátrica del acné excoriado incluye trastorno de la imagen corporal, depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos delirantes, trastornos de la personalidad y fobias sociales.





- La comorbilidad psiquiátrica del acné excoriée incluye:

- I.** Trastorno de la imagen corporal.

- II.** Depresión.

- III.** Ansiedad.

- IV.** Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

- V.** Trastornos delirantes.

- VI.** trastornos de la personalidad y fobias sociales.

Se ha informado que los hombres jóvenes con cicatrices severas de acné tienen un riesgo particular de depresión y suicidio.

Se han observado interesantes diferencias de género en esta enfermedad.

En los hombres, la autoexcoriación se ve exacerbada por una depresión o ansiedad coexistentes. Mientras que en las mujeres este comportamiento puede ser una manifestación de personalidad inmadura y servir como un pedido de ayuda.

Trastornos psiquiátricos primarios

Menos frecuentes que los trastornos psicofisiológicos.

Pueden estar asociados con suicidio y procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Ocurren en el contexto del trastorno somatomorfo.

Trastorno de ansiedad.

Trastorno facticio.

Trastorno del control de los impulsos
o el trastorno alimentario.



Excoriación psicógena

2% de los pacientes dermatológicos en su mayoría en mujeres.

Responde bien a los inhibidores de la recaptación de serotonina y a la terapia conductual.

Rascado o pellizco excesivo de la piel.

Las lesiones: cara, miembros y parte superiores de la espalda.

El síndrome depresivo mayor fue el trastorno psiquiátrico más común.



Portrait of a woman before the 2018 procedure and facial features in various other photos. © 2018 and 2019

Delirios de parasitosis

La forma más común de psicosis hipocondríaca monosintomática que se encuentra entre los pacientes con problemas de la piel se denomina delirio de parasitosis.

La parasitosis delirante es un síndrome en el que el paciente tiene la falsa creencia de que está infestado por parásitos u organismos.

y, a menudo, explican cómo estos organismos se reproducen, se mueven y se propagan debajo de la piel, o incluso salen de la piel.

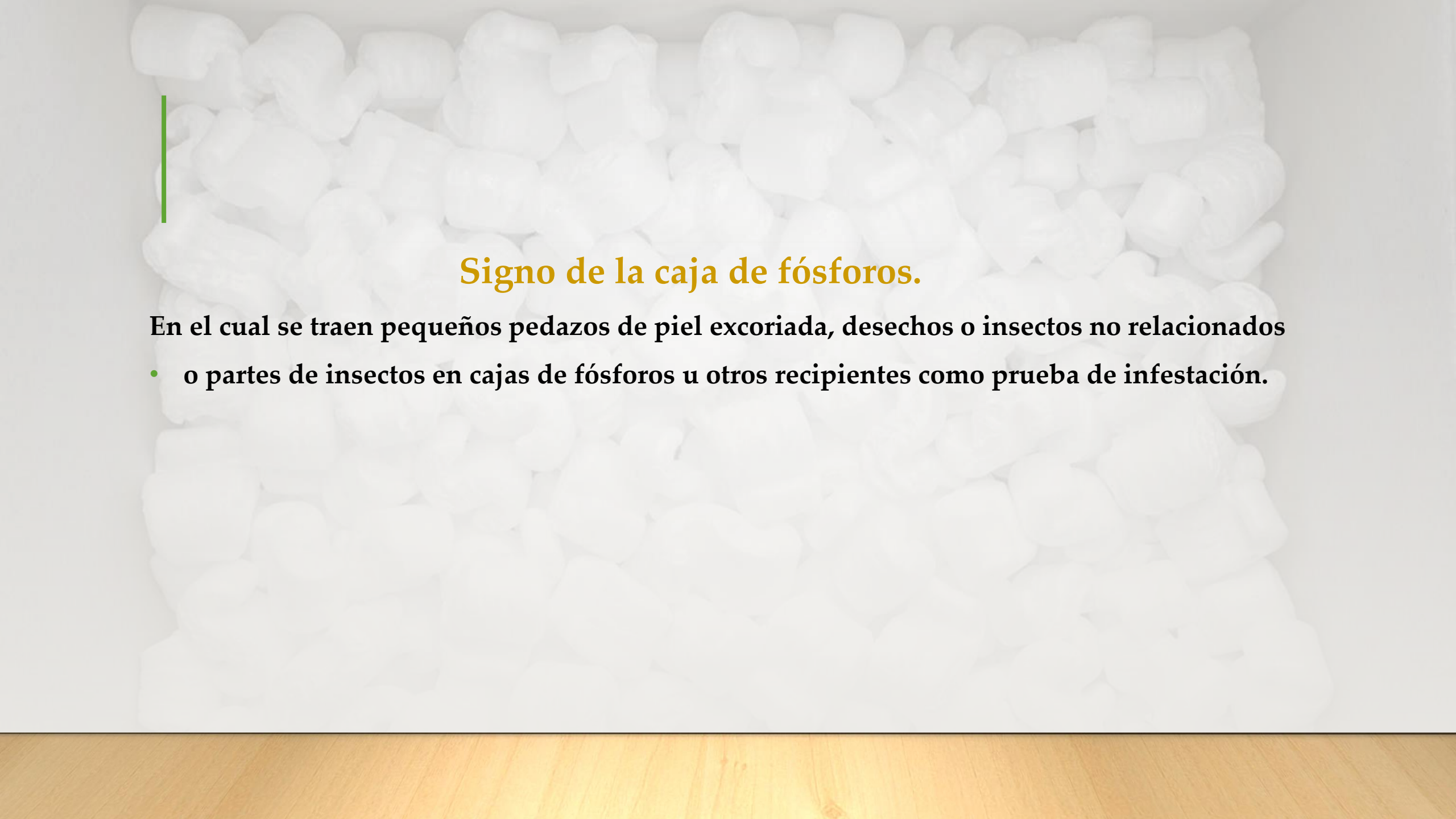
Único trastorno psicológico o asociado con un trastorno psiquiátrico subyacente o una enfermedad física.

El diagnóstico diferencial psiquiátrico incluye:

Esquizofrenia, depresión psicótica, psicosis en pacientes con manía florida

o psicosis inducida por fármacos y hormigueo sin delirio,

en el que el paciente experimenta sensaciones de hormigueo, mordedura y escozor sin creer que son causadas por organismos.

The background of the slide is a close-up photograph of numerous white, translucent, cube-shaped phosphorus crystals. The crystals are piled together, creating a textured surface with many facets and reflections. A thin green vertical line is positioned on the left side of the slide, to the left of the main text area.

Signo de la caja de fósforos.

En el cual se traen pequeños pedazos de piel excoriada, desechos o insectos no relacionados

- o partes de insectos en cajas de fósforos u otros recipientes como prueba de infestación.**



A



B



C



D



E



F





Tricotilomanía

Según el uso dermatológico de la palabra, es:

Una condición en la que una persona se arranca el cabello.

La definición psiquiátrica de tricotilomanía requiere la presencia de "impulsividad".

La psicopatología subyacente más común es el comportamiento obsesivo-compulsivo.



Otros posibles trastornos psiquiátricos subyacentes son:

Reacción al estrés, ansiedad, depresión, trastorno del comportamiento, retraso mental y delirios en los que el paciente se arranca el cabello basándose en **la creencia delirante de que es necesario 'excavar' algo en las raíces para que el cabello pueda crecer normalmente.**

Esta última y rara afección se llama:

‘Tricofobia’



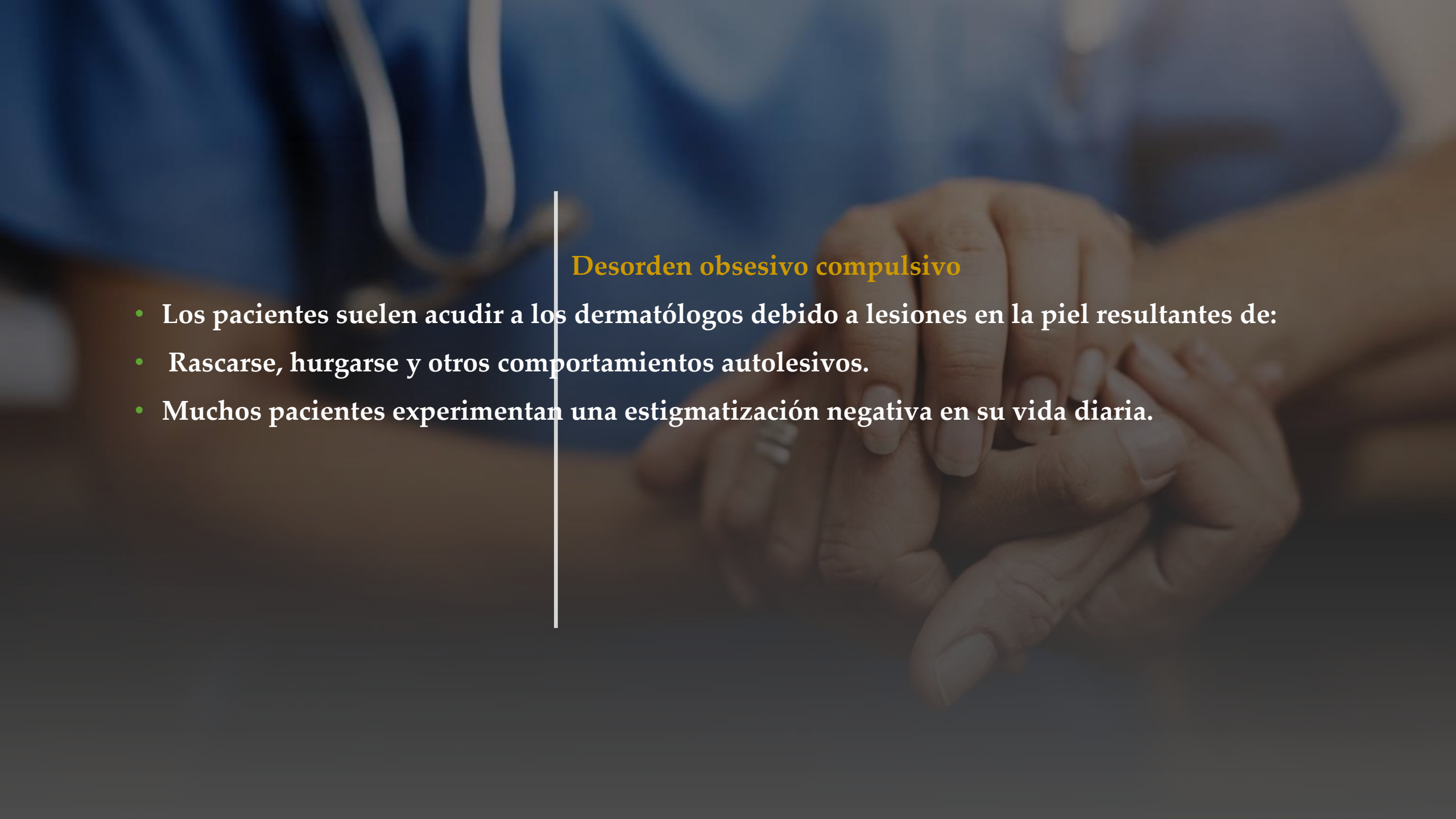




El trauma infantil y la negligencia emocional pueden jugar un papel en el desarrollo de este trastorno.

Creciente sensación de tensión inmediatamente antes de un episodio de arrancamiento del cabello.

Se sienten aliviados de la tensión y, a veces, una sensación de gratificación después del arrancamiento del cabello.



Desorden obsesivo compulsivo

- Los pacientes suelen acudir a los dermatólogos debido a lesiones en la piel resultantes de:
- Rascarse, hurgarse y otros comportamientos autolesivos.
- Muchos pacientes experimentan una estigmatización negativa en su vida diaria.



Pelo de pestañas; morderse las uñas y los labios, la lengua y las mejillas, y lavado de manos excesivo.

TOC en pacientes dermatológicos niños y adolescentes
se presenta más comúnmente como:

Tricotilomanía.

Onicotilomanía y Acné excoriée.



Dismorfofobia

Trastorno dismórfico corporal o no enfermedad dermatológica.

Gran cantidad de síntomas, pero pocos signos de enfermedad orgánica.

Las 'quejas' o 'inquietudes' autoinformadas ocurren en tres áreas principales: cara, cuero cabelludo y genitales.

Los síntomas faciales incluyen enrojecimiento excesivo, rubor, cicatrices, poros dilatados, vello facial y partes de la cara que sobresalen o se hunden.

Otros síntomas son pérdida de cabello, escroto rojo, secreción uretral y herpes y fobia al SIDA.

Comorbilidad asociada en la dismorfofobia puede incluir:

Depresión.

Deterioro en el funcionamiento social y ocupacional.

Fobias sociales.

TOC.

Pellizcarse la piel.

Dificultades maritales

y abuso de sustancias.





Dermatitis artefacta (dermatitis facticia)

Causada por las acciones del paciente consciente sobre:
la piel, cabello, uñas o mucosas,
sin motivo racional para este comportamiento.

La condición es más común en mujeres que en hombres (3: 1 a 20: 1).



Las lesiones suelen ser bilateralmente simétricas, al alcance de la mano dominante, y pueden tener formas extrañas con bordes geométricos o angulares definidos, o pueden tener la forma de cicatrices de quemaduras, púrpura, ampollas y úlceras.

Puede haber eritema y edema.



Los pacientes pueden inducir lesiones frotando, rascando, pinchando, cortando, golpeando, chupando o mordiendo o aplicando tintes, calor o cáusticos.

Algunos pacientes se inyectan sustancias, incluidas heces y sangre.

Las condiciones asociadas informadas incluyen:

TOC, trastorno límite de la personalidad, depresión, psicosis y retraso mental, y la mayoría de los pacientes con dermatitis facticia tienen algún tipo de trastorno de la personalidad.

y suelen utilizar algún medio para dañar su propia piel, como cigarrillos encendidos, productos químicos o instrumentos cortantes





Prurito psicógeno



En este trastorno, hay ciclos de estrés que conducen al prurito, así como ciclos de prurito que contribuyen al estrés.



El estrés psicológico y las condiciones psiquiátricas comórbidas pueden reducir el umbral de picazón o agravar la sensibilidad a la picazón.

El estrés libera histamina, neuropéptidos vasoactivos y mediadores de la inflamación,

mientras que los cambios hemodinámicos relacionados con el estrés

(p. ej., variación en la temperatura de la piel, el flujo sanguíneo y la respuesta del sudor)

todos pueden contribuir al ciclo de picazón-rascado-picazón.



Se ha observado prurito psicógeno en pacientes con:
Depresión, ansiedad, agresión, comportamiento obsesivo y alcoholismo.

El grado de depresión se puede correlacionar con la gravedad del prurito.



Trastornos psiquiátricos secundarios

Pacientes tienen problemas emocionales como resultado de tener una enfermedad de la piel.

La enfermedad de la piel en estos pacientes puede ser más grave que los síntomas psiquiátricos e, incluso si no pone en peligro la vida, puede considerarse que **'arruina la vida'**.

Síntomas de depresión y ansiedad, problemas relacionados con el trabajo y problemas sociales se observan con frecuencia interacciones

Alopecia areata



El estrés emocional agudo puede precipitar la alopecia areata, tal vez por la activación de los receptores de la hormona liberadora de corticotropina tipo 2b sobreexpresados alrededor de los folículos pilosos, y provocar una inflamación local intensa.



Liberación de sustancia P de los nervios periféricos en respuesta al estrés. .

Expresión prominente de la sustancia P en los nervios que rodean los folículos pilosos en pacientes con alopecia areata.



La enzima endopeptidasa neutra

Expresado fuertemente en los folículos pilosos afectados en la fase progresiva aguda, así como en la fase estable crónica del trastorno.

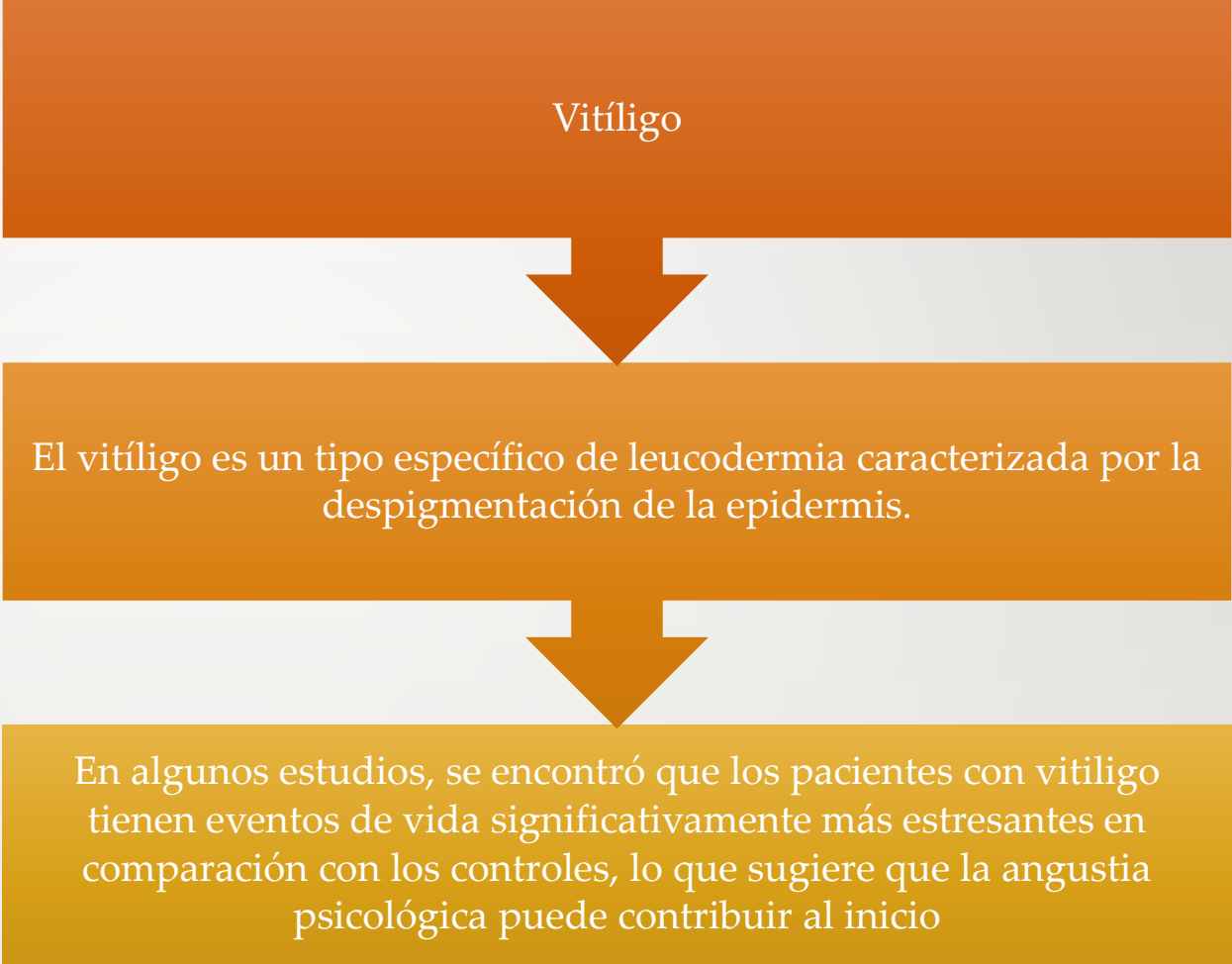
Los trastornos psiquiátricos:

Depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, estados fóbicos y trastorno paranoide.

Vitiligo



Vitíligo



```
graph TD; A[Vitíligo] --> B[El vitíligo es un tipo específico de leucodermia caracterizada por la despigmentación de la epidermis.]; B --> C[En algunos estudios, se encontró que los pacientes con vitiligo tienen eventos de vida significativamente más estresantes en comparación con los controles, lo que sugiere que la angustia psicológica puede contribuir al inicio];
```

El vitíligo es un tipo específico de leucodermia caracterizada por la despigmentación de la epidermis.

En algunos estudios, se encontró que los pacientes con vitiligo tienen eventos de vida significativamente más estresantes en comparación con los controles, lo que sugiere que la angustia psicológica puede contribuir al inicio



Se han postulado vínculos entre el estrés basado en catecolaminas, la susceptibilidad genética y una estructura de personalidad característica.



La morbilidad psiquiátrica un tercio de los pacientes
56 % trastorno de adaptación.
29 % tenía trastornos depresivos.



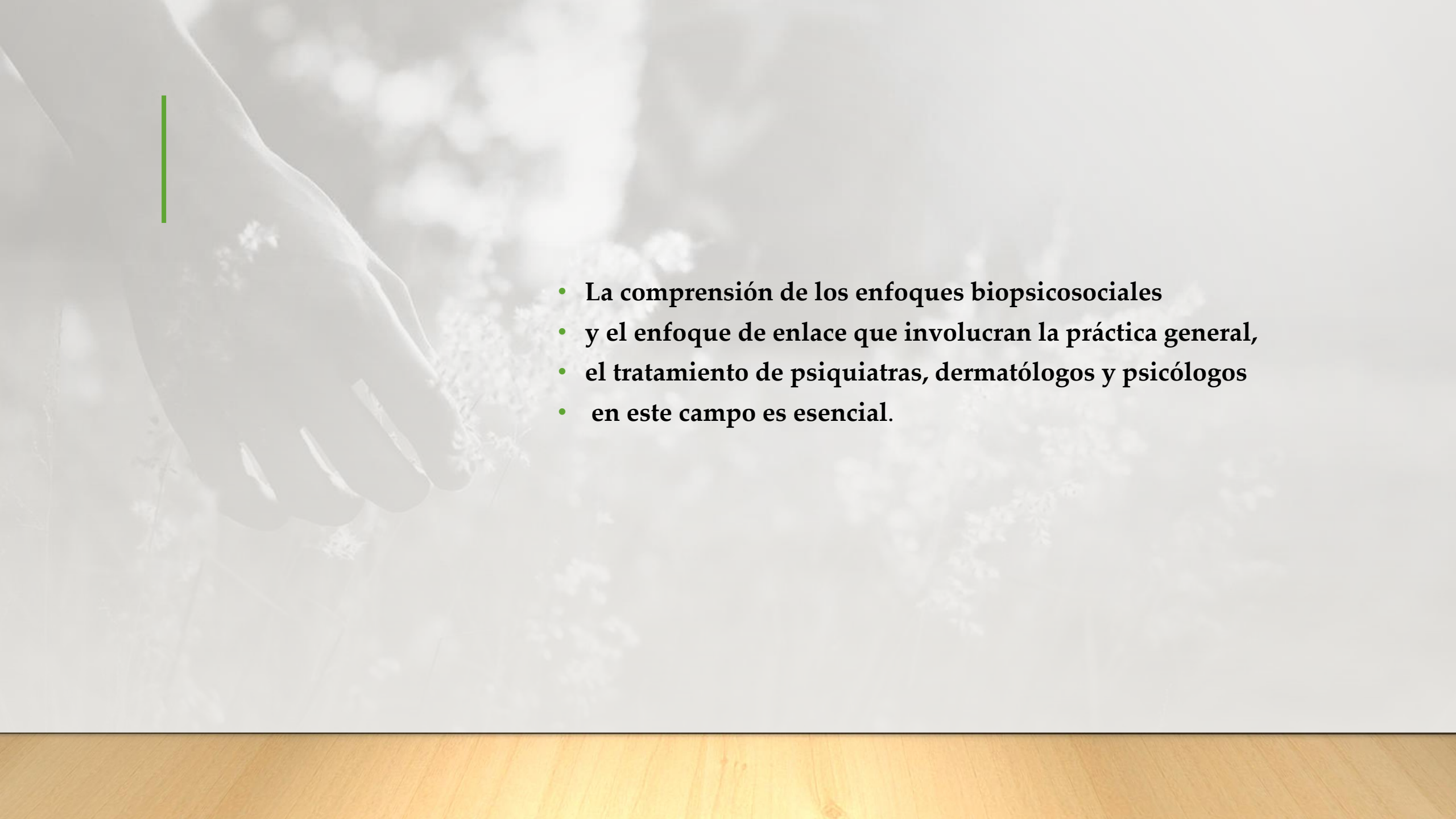
Los pacientes con vitíligo se asustan y se avergüenzan de su apariencia, experimentan discriminación y, a menudo, creen que no reciben el apoyo adecuado de los proveedores.



Los pacientes más jóvenes y las personas de grupos socioeconómicos más bajos muestran una mala adaptación, baja autoestima y problemas con adaptación social.

- La mayoría de los pacientes con vitíligo reportan
- un impacto negativo en las relaciones sexuales
- y citan la vergüenza como la causa.



- 
- A background image showing a hand holding a small plant, with a blurred background of foliage. A vertical green line is on the left side.
- La comprensión de los enfoques biopsicosociales
 - y el enfoque de enlace que involucran la práctica general,
 - el tratamiento de psiquiatras, dermatólogos y psicólogos
 - en este campo es esencial.

- Se sugiere utilizar un **modelo biopsicológico**, que tenga en cuenta los **factores psicológicos**
- (p. ej., comorbilidad psiquiátrica como depresión mayor
- y el impacto del trastorno de la piel en los aspectos psicológicos de la calidad de vida)
- **y sociales** (p. ej., impacto en el funcionamiento social y laboral).,
- además de los **factores dermatológicos primarios**, en el manejo de la enfermedad.

El tratamiento de los trastornos psicodermatológicos debe realizarse a través de la terapia de enlace.

Que posibilita un abordaje multidisciplinario, incluyendo médico de familia, dermatólogo, psiquiatra y psicólogo.

.La mayoría de los trastornos psicodermatológicos pueden tratarse con:

Psicoterapia cognitivo-conductual, técnicas psicoterapéuticas de manejo del estrés y la ansiedad y fármacos psicotrópicos.



El tratamiento psicofarmacológico incluye:
ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos
y estabilizadores del ánimo.

La colaboración del dermatólogo y del psiquiatra
para aumentar la calidad de vida de los pacientes es de suma importancia.

Muchas gracias.
Dr. Johnny Turner Tajan