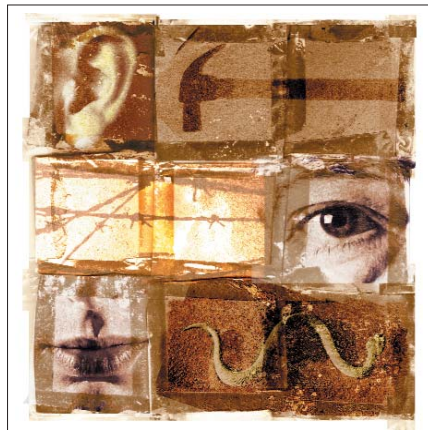


DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

HISTORIAS CLÍNICAS COMENTADAS



FRANCESC GRIMALT
JOHN A. COTTERILL



DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

HISTORIAS CLÍNICAS COMENTADAS

Con la colaboración de
Schering España, S. A.

DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

HISTORIAS CLÍNICAS COMENTADAS

F. GRIMALT
J. A. COTTERILL



“Las Manifestaciones de los autores aquí recogidas no reflejan necesariamente la opinión sustentada por Schering España, S. A.”

© F. Grimalt, J. A. Cotterill y cols. 2002
© Grupo Aula Médica, S.A., 2002
© Schering España, S.A., 2002 para esta edición

Todos los derechos reservados.
No puede reproducirse, almacenarse, reimprimirse ni almacenarse en ningún sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento sin previo permiso de los titulares del Copyright.



C. I. Venecia, 2. Edificio Alfa III. Oficinas 159-160
Tel.: 91 358 86-87 Fax: 91 358 90 67
internet: www.grupoaulamedica.com
Isabel Colbrand, s/n. 28050 Madrid (España)

ISBN: 84-7885-282-4
Depósito Legal: M-00.000-0000

Impreso en España

*«To cure rarely,
to relieve sometimes,
to comfort always»*

SIR WILLIAM THOMASON GRENFELL
(1865-1940)

COLABORADORES

DR. E. ÁLVAREZ

Psiquiatra. Director del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Sta. Creu i de Sant Pau. Barcelona.

CHRISTOPHER K. BRIDGETT

Consultant Liaison Psychiatrist, Daniel Turner Clinic, Chelsea and Westminster Hospital, London.

FRANCISCO CAMACHO

Catedrático de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Presidente del Colegio Ibero Latino Americano de Dermatología.

SYLVIE G. CONSOLI

Dermatologist and Psychoanalist. Dpt. of Internal Medicine. Salpêtrière Hospital, Paris & Société Psychanalytique de Paris, France

JOHN ANTHONY COTTERILL

*Formerly Consultant Dermatologist at Leeds General Infirmary,
Senior Lecturer in Dermatology, University of Leeds and Consultant Dermatologist at BUPA Hospital,
Leeds.*

DR. C. DíEZ

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol" de Badalona.

PROF. SANTIAGO ESTAÚN

Psicólogo. Catedrático de Psicología Clínica. Universitat Autònoma de Barcelona.

DRA. ELISENDA GIBERT

Dermatóloga. Unidad de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona

PROF. DR. UWE GIELER

Dermatólogo. Konsiliar- und Liaison-Psychosomatik. Psychosomatische Dermatologie, Department of Psychosomatic Medicine. Justus-Liebig-Universität Giessen.

IONA H. GINSBURG

Psiquiatra. Associate Clinical Professor of Psychiatry (in Dermatology) Columbia-Presbyterian Medical Center. New York.

FRANCESC GRIMALT

*Dermatólogo. Profesor Titular de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.
Miembro de Honor de la Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría (AEDyP).*

RAMON GRIMALT

Dermatólogo. Profesor Asociado de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

DR. B. HOBL

Universitätsklinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Wien

JOHN KOO

*Dermatólogo y Psiquiatra. Director, UCSF Psoriasis Treatment Center. Vice Chairman, Department of
Dermatology, University of California, San Francisco Medical Center, Board Certified in Psychiatry
and Dermatology.*

CHAI-SUE LEE

*Clinical and Research Fellow. Psoriasis and Skin Treatment Center. University of California, San
Francisco.*

PAULA LIN

Department of Dermatology. University of California. San Francisco

JOAN MASSANA

*Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.
Consultor del Institut Clínic de Psiquiatría i Psicologia. Barcelona.*

LESLIE MILLARD

Consultant Dermatologist. Queen's Medical Centre Nottingham.

LAURENT MISERY

Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire, Saint Etienne.

U. MOSSBACHER

Psiquiatra. Universitätsklinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Wien

MICHAEL MUSALEK

Psiquiatra. Universitätsklinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Wien

EMILIANO PANCONESI

Dermatólogo. Professor Emeritus of Dermatology. University of Florence.

JOSEP MARIA PERI

*Psicólogo clínico. Especialista Senior del Institut Clínic de Psiquiatría i Psicologia. Hospital Clínic de
Barcelona.*

FRANÇOISE POOT

*Dermatóloga. Psychosomatic Dermatology, ULB. University Hospital Erasme, Université Libre de
Bruxelles.*

ANTONIO RODRÍGUEZ-PICHARDO

Dermatólogo. Profesor Asociado de Dermatología de la Facultad de Medicina de Sevilla. Jefe de Sección del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario de Sevilla. Presidente de la Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría (AEDyP).

REMEI TARRAGÓ

Psiquiatra infantil y psicoterapeuta. Hospital Creu Roja. Barcelona.

KLAUS MICHAEL TAUBE

Dermatólogo. Privat Dozent. Hautklinik der Martin-Luther Universitäts Halle/Wittenberg.

XAVIER TORRES

Psicólogo clínico. Especialista Senior del Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic de Barcelona.

MARIA JOSEP TRIBÓ

Dermatóloga. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario del Mar. Barcelona.

MANUEL VALDÉS

Psiquiatra. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Director del Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia de la Facultat de Medicina de Barcelona.

A. ZOGHLAMI

Psiquiatra. Universitätsklinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Wien

ÍNDICE GENERAL

PREFACIO	19
<i>E. Panconesi</i>	
PRESENTACIÓN DE LA EDICIÓN ESPAÑOLA	23
<i>F. Grimalt</i>	
AGRADECIMIENTOS	25
<i>F. Grimalt</i>	
INTRODUCCIÓN	27
<i>J. A. Cotterill</i>	

PARTE 1: DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

1. SOCIEDAD EUROPEA Y ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA	31
<i>E. Panconesi, M. Musalek y F. Grimalt</i>	
1.1. ESDaP (Sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría), comienzos e hitos	31
1.2. AEDyP (Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría)	33
2. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS DERMATOLÓGICOS NO AFECTOS DE UNA PSICODERMATOSIS RECONOCIDA COMO TAL	37
<i>F. Grimalt, J. M. Peri y X. Torres</i>	
2.1. Concepto	37
2.2. Sospecha y diagnóstico de la existencia de trastornos psicológicos-psiquiátricos en un paciente dermatológico	38
2.3. Instrumentos psicológicos de medida para las enfermedades dermatológicas	45
2.4. Pacientes que consultan al psiquiatra y enfermos con trastornos psicopatológicos que acuden al dermatólogo	52
3. ANSIEDAD, ESTADOS FÓBICOS Y TRASTORNOS OBSESIVOS-COMPULSIVOS	57
<i>M. Musalek y B. Hobl</i>	
Fenomenología y definición	57
Ocurrencia	58
Clasificación de los estados de ansiedad	59
Patogenia	62
Tratamiento	65
4. TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DEPRESIÓN ENMASCARADA	69
<i>F. Grimalt</i>	
Introducción	69
Los trastornos depresivos en las enfermedades cutáneas	70



Clasificación de los trastornos depresivos	72
Factores depresógenos	79
5. SÍNDROMES DELIRANTES	85
<i>M. Musalek, B. Hobl, U. Mossbacher y A. Zoghlami</i>	
Definición y diagnóstico	85
Patogénesis	86
Nosografía	88
Tratamiento	89
6. ¿EXISTE LA DEPRESIÓN ENMASCARADA? (ENCUESTA A 41 PSIQUIATRAS SOBRE DEPRESIÓN ENMASCARADA)	91
<i>E. Gibert, M. J. Tribó, C. Díez, E. Álvarez y F. Grimalt</i>	
Introducción	91
Objetivo	91
Material y métodos	91
Resultados	92
Conclusiones	96
7. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y PSIQUÁTRICAS EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE	97
<i>M. R. Tarragó</i>	
De recién nacido a un año	98
El infante y el preescolar (de 1 a 5 años)	99
Niño escolar (6 a 9-10 años)	99
Adolescencia (9-10 a 16-17 años)	100
Cuadros nosológicos	101
Deficiencia mental y sensorial	102
Trastornos hipercinéticos	102
Depresión infantil	103
Psicopatología ligada a trastornos y disfunciones somáticas	103
Tratamiento	104
8. SÍNDROMES PSICODERMATOLÓGICOS ESPECIALES DEL PACIENTE SENIL	105
<i>L. Millard</i>	
Aislamiento social y asociación con ideas subdelirantes	106
Aislamiento social e ideas delirantes	107
Alucinosis táctil crónica	108
<i>Folie à deux</i>	108
Síndrome de la miseria senil o síndrome de Diógenes	109
Negación de la enfermedad	110
9. NEUROTRANSMISORES. CÓMO PUEDEN EXPLICAR LOS MECANISMOS PSICOSOMÁTICOS EN DERMATOLOGÍA	113
<i>L. Misery</i>	
Neuromoduladores cutáneos	113
Las células cutáneas presentan algunas propiedades neuronales	114
Conexiones	115
Asociaciones funcionales entre la piel y el sistema nervioso	115
El sistema neuro-endocrino-inmuno-cutáneo (SNEIC)	116
Cómo está el sistema nervioso cuando se produce una enfermedad cutánea	117
Así pues... ..	118

PARTE 2: PSICODERMATOLOGÍA

10. NOTAS INTRODUCTORIAS SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE LAS MODALIDADES CLÍNICAS EN DERMATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA	127
<i>E. Panconesi</i>	
11. DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN EN PSICODERMATOLOGÍA	133
<i>M. Musalek, B. Hobl y U. Mossbacher</i>	
12. DERMATITIS ARTEFACTA	143
<i>A. Rodríguez-Pichardo</i>	
Concepto	143
Antecedentes históricos	144
Epidemiología	145
Clínica	146
Diagnóstico	148
Agentes etiológicos	152
Diagnóstico diferencial	152
Personalidad del paciente	153
Relación con el paciente	157
Seguimiento	158
Tratamiento	158
13. EXCORIACIONES NEURÓTICAS	165
<i>A. Rodríguez-Pichardo</i>	
Clínica	165
Evolución	166
Psicopatología	166
Diagnóstico diferencial	168
Tratamiento	168
14. NO-ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA	171
<i>J. A. Cotterill</i>	
Introducción	171
Dismorfofobia	171
Trastorno corporal dismórfico	171
Incidencia de la no-enfermedad dermatológica	172
Patogénesis	172
Imagen corporal	173
Síntomas dermatológicos	174
Otros rasgos clínicos	175
Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la no-enfermedad dermatológica	176
Tratamiento de los pacientes con dismorfofobia	177
15. LAS DINIAS	181
<i>J. A. Cotterill</i>	
Introducción	181
Orodinia	181
Vulvodinia	184
Papilomatosis vestibular	185



Dolor perianal crónico, síndrome perineal-coccidinia. Dolor anal idiopáticos crónico-proctalgiá fugax	186
16. PRURITO PSICOGÉNICO, PRURIGO, NEURODERMATITIS CIRCUNSCRITA, PRURITO ANAL Y VULVAR	189
<i>F. Grimalt</i>	
Prurito	189
Prurito psicogénico	190
Prurigo	192
Neurodermatitis	193
Prurito vulvar	196
Prurito anal	196
17. ACNÉ EXCORIÉE DES JEUNES FILLES	199
<i>F. Grimalt</i>	
Introducción	199
Clínica	199
Psicopatología	199
Manejo terapéutico	200
18. TRICOTILOMANÍA	203
<i>A. Rodríguez-Pichardo</i>	
Concepto	203
Antecedentes históricos	203
Epidemiología	204
Clínica	204
Diagnóstico	205
Diagnóstico diferencial	205
Aspectos psíquicos	206
Relación con el paciente	207
Tratamiento	207
19. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y SEBORREICA	211
<i>K. M. Taube</i>	
Dermatitis atópica	211
Enfermedad de Leiner	221
Dermatitis seborreica de los adultos	221
20. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ECCEMA DISHIDRÓTICO. QUEIROPOMFOLIX	225
<i>U. Gieler</i>	
21. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ACNÉ	227
<i>S. G. Consoli</i>	
Introducción	227
El impacto psicológico del acné	227
Sumisión terapéutica	229
El papel de los factores psicológicos en la aparición y en la desaparición del acné	231
Conclusión	232
22. PATOMIMETISMO DERMATOLÓGICO (PD)	233
<i>L. Millard</i>	
Características clínicas	233
Diagnóstico	235

Psicopatología	236
Tratamiento	236
23. ROSÁCEA Y ENROJECIMIENTO FACIAL. HIPERHIDROSIS	239
<i>J. A. Cotterill</i>	
Rosácea	239
Enrojecimiento facial	241
Enfermedades que producen enrojecimiento facial episódico	243
24. LA ADAPTACIÓN A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS: SISTEMAS Y ESTRATEGIAS	245
<i>I. H. Ginsburg</i>	
Estrategias psicosociales	246
Abordajes psicológicos	248
25. PSICOSOMÁTICA DE LOS ENFERMOS CON PSORIASIS	253
<i>J. Y. M. Koo, C. S. Lee y P. Lin</i>	
Introducción	253
El estrés y la psoriasis	253
Psiconeuroinmunología	253
La psoriasis y el sistema nervioso	254
Neurofisiología del “estrés”	254
El estrés y los mastocitos cutáneos	257
Efecto adicional del estrés sobre el sistema inmunitario	257
Conclusión	258
Repercusiones psicológicas de la psoriasis	258
Conclusión final	262
26. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA	267
<i>F. Camacho</i>	
Introducción	267
Antecedentes	267
Comportamiento psicológico de hombres y mujeres con alopecia androgenética	268
Conclusiones	275
27. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ALOPECIA AREATA	277
<i>R. Grimalt</i>	
Introducción	277
Aspectos psicológicos	279
Asociaciones	282
Pronóstico	282
Tratamiento	282

PARTE 3. TERAPÉUTICA

28. CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS PSIQUIÁTRICAS POR PARTE DEL DERMATÓLOGO	289
<i>F. Grimalt</i>	
Decisión sobre la necesidad de tratamiento con psicótropos	289
Objeciones del paciente dermatológico al tratamiento con psicótropos	293
Decisión sobre la necesidad de transferencia al psiquiatra o psicólogo y momento oportuno para hacerlo	296



Inconvenientes y ventajas de atender los aspectos psicológicos de los pacientes dermatológicos	297
29. ¿QUÉ TIENE QUE SABER EL DERMATÓLOGO A LA HORA DE TRANSFERIR UN PACIENTE AL PSIQUIATRA O AL PSICÓLOGO?	301
<i>F. Poot</i>	
¿Qué hay que saber para hacerlo bien?	301
¿Cuándo transferir a un psiquiatra?	302
¿Cuándo transferir a un psicólogo?	303
¿Qué clase de psicoterapia hay que proponer al paciente que acepta ser transferido? ...	303
30. TEORÍAS CONDUCTUAL-COGNITIVA Y PSICODINÁMICA EN PSICOLOGÍA	309
<i>S. Estain</i>	
Resumen	309
Introducción	309
La concepción cognitivo-conductual	310
La concepción fenomenológica y/o humana	314
Concepciones psicodinámicas	314
Conclusión	315
31. DERMATÓLOGOS Y PSICOANALISTAS. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN	319
<i>S. G. Consoli</i>	
Introducción	319
Recuerdo histórico	320
La relación madre-hijo y la dermatitis atópica	321
Calidad de vida y psoriasis	323
Estrés y dermatosis psicosomáticas	323
La contra-transferencia y las enfermedades cutáneas	325
Conclusión	327
32. LOS PSICOFÁRMACOS EN DERMATOLOGÍA	329
<i>C. Bridgett</i>	
Introducción	329
Principios generales	330
Práctica habitual	333
Ansiolíticos	333
Antidepresivos	335
Antipsicóticos	338
Trastorno obsesivo-compulsivo en dermatología	341
La utilización de psicofármacos en dermatología a la búsqueda de efectos cutáneos directos	341
Nuevos adelantos	341
Conclusiones	344
33. INVERSIÓN DE HÁBITOS	349
<i>C. Bridgett</i>	
Introducción	349
Las psicoterapias	349

.....

34. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN DERMATOLOGÍA: SEGURIDAD E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS	361
<i>J. Massana</i>	
Antidepresivos	361
Seguridad (I)	361
Seguridad (II)	364
Ansiolíticos	366
Seguridad (I)	367
Seguridad (II). Abuso y dependencia	368
Conclusiones	370
Anexo	371
35. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS PRODUCIDOS POR TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS	375
<i>J. A. Cotterill</i>	
Introducción	375
Problemas psiquiátricos inducidos por la medicación tópica	375
Fobia esteroidea tópica	376
Medicación oral que induce problemas psiquiátricos	376
El dermatólogo como fármaco	377
Isotretinoína	377
HISTORIAS CLÍNICAS	379
LISTA DE PSICOTROPOS	481
ÍNDICE DE HISTORIAS CLÍNICAS	487
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS	489
ÍNDICE ALFABÉTICO	491

PREFACIO

E. Panconesi

“HAY MOMENTOS EN LA VIDA, TAMBIÉN EN LA ESFERA PROFESIONAL, EN los que resulta indispensable plantearse si uno es capaz de cambiar de manera de pensar y de percibir el mundo, si es que uno desea seguir mirando y reflexionando”. Esto es lo que algunos de nosotros hemos hecho, como escribía yo mismo el siglo pasado (o sea hace ya cerca de una década, en 1989!), dirigiéndome a los lectores. Los médicos occidentales, productos de una educación “puramente biológica”, experimentamos a través de nuestra práctica diaria la necesidad de mirar al paciente *de un modo diferente*, examinar sus profundidades, y reflexionar.

Es precisamente esta relación con *el individuo*, con el paciente más que con la enfermedad, lo que se convirtió simultáneamente en intuición y en premisa epistemológica. La empatía y la rectitud ética mejoran nuestro ejercicio de la medicina, especialmente en dermatología, donde tratamos y estamos en contacto con la *piel*, un aparato enorme, transmisor y receptor, en estado integral (en la salud) y deficiente (enferma o lesionada). Esto es, entrar en relación con ella y con todo lo que implica, mente y cuerpo, una piel que parece que entra en vibración cuando uno la observa, o cuando empieza a escuchar (a ver) su historia a través de mensajes, verbales o no, explícitos o no explícitos (o menos explícitos).

Todo eso implicaba una relación estrecha e individual: el médico y el paciente, juntos, cara a cara. El resultado fue el descubrimiento, la confirmación de que la dedicación del médico en la práctica clínica diaria era una buena obra que podía, efectivamente, proporcionar al paciente una satisfacción (prueba de que el médico lo hizo de forma adecuada), aunque ésta se exprese o se comprenda sólo con mensajes no verbales.

Poniendo su mente y su espíritu a disposición del paciente, decidiéndose a escuchar, el médico asiste a la emergencia y la reemergencia de factores en el drama de la persona enferma; factores negligidos hasta entonces, tales como el estrés y las emociones (y los acontecimientos estresantes unidos a ellos), así como las reacciones a estos hechos, a menudo patológicas: la piel resulta un objetivo muy evidente de respuesta a tales factores. Este dermatólogo puede, incluso, intuir la existencia de conflictos psíquicos profundos.

En esta marcha por la “vía psicosomática” esperamos que nuestros colegas leerán este libro, tal como ya lo deseábamos para nuestras propias publicaciones, sin prejui-

cios en el tema, incluso en las partes del mismo menos conocidas o más imaginativas, o simplemente diferentes de lo habitual en las ciencias médicas aplicadas.

El afortunado término “psicosomática”, que encierra una cierta ambigüedad, ha pasado a formar parte de la terminología médica actual. La Dermatología constituye una parte de ella, y por eso hablamos de *dermatología psicosomática*, manteniendo esta especialidad dentro del campo global de la medicina. Algunos sinónimos son: *medicina psicocutánea* (término de Maximillian Obermayer, que es todavía el que más se usa en los Estados Unidos) y **psicodermatología** (término de Herman Musaph, usado sobre todo en los Países Bajos, pero también en otras partes de Europa y de América del Norte).

Enumeremos algunos de los conceptos elementales que hay detrás de esta idea:

1. El cuerpo (*soma*) y la mente (*psique*) constituyen una unidad singular, aunque durante demasiado tiempo hayan sido tratados por separado, al menos en la medicina occidental. Unos, los somaticistas, usaban metodologías “científicas” en unos cuerpos aparentemente sin mente. Los otros, psiquiatras y psicólogos, recurrían a las ciencias “humanas” en mentes aparentemente incorpóreas.
2. La piel que envuelve el cuerpo constituye frontera y punto de contacto con el mundo exterior, y funciona a la vez como receptor y emisor.
3. Una larga serie de observaciones (sean casuales, con métodos investigadores, o provocadas experimentalmente) sugieren, ya con certeza, ya como posibilidad o probabilidad, que ciertas funciones somáticas y ciertas enfermedades, incluidas las dermatológicas, están influidas, desencadenadas o causadas por factores que pertenecen a la esfera psíquica, y que por ello podrían ser genéricamente definidas como “emocionales”. Una serie de observaciones también amplias señalan la influencia que ejercen muchas enfermedades, especialmente las que resultan visibles y que son inestéticas, en la homeóstasis psíquica. En estos casos debería aplicarse el término *somatopsíquico*.
4. El encuentro doctor-paciente, el ritual de la visita en el que se incluye el entorno, la espera, el examen, el diálogo, los *consejos* que se dan al paciente, la relación interpersonal, el manejo terapéutico tanto psicológico como farmacológico y, siempre que sea necesario y posible, la transferencia al psicólogo y/o al psiquiatra, la consulta interdisciplinaria, etc., resultan de capital importancia en la psicosomática y en la dermatología psicosomática.
5. Finalmente, vamos a presentar una reflexión sobre el tema que a primera vista podría parecer contradictoria con lo expuesto anteriormente, con nuestros largos años de experiencia e, incluso, con el propósito y el contenido de este libro. Muchos de nosotros estamos profundamente convencidos de que hay componentes psicológicos y psicopatológicos involucrados en la complejidad de todas las enfermedades, y de que la relación mente-

.....

cuerpo es una constante. Cuando en un futuro, quizá muy próximo, esta convicción sea aceptada universalmente por la ciencia médica, la psicósomática que proponemos puede desaparecer. Me refiero a la psicósomática que confirmaba la unidad entre mente y cuerpo, la que nos hemos esforzado por demostrar en los casos clínicos más evidentes o más frecuentes. De hecho, quedará probablemente más como una idea que como término en uso dentro de los confines de la patología y de la medicina clínica globales. Ahí podría residir la clave, desde un punto de vista optimista, para entender, especialmente en los últimos años del siglo XX, la falta de interés de los médicos americanos jóvenes por los problemas que ofrece la psicósomática: en un reconocimiento generalizado de la relación mente-cuerpo.

La tarea emprendida por Francesc Grimalt y por John Cotterill para preparar esta obra, junto con algunos de los mejores expertos en dermatología psicósomática, resulta una iniciativa importante y muy valiosa, que pretende ensanchar el área de información y estimular el interés de los colegas más jóvenes. Durante los últimos diez años hemos asistido a un interés constante por este campo, especialmente pero no exclusivamente por parte de dermatólogos europeos jóvenes y de médicos en general.

Este libro ofrece una visión actual, al día, de la dermatología psicósomática en todos sus aspectos. Esperamos que el libro resulte útil para todos los médicos y para todo el personal sanitario que tengan la responsabilidad de cuidar y de tratar al prójimo, aunque haya sido pensado específicamente como manual para la clínica práctica de los dermatólogos.

PRESENTACIÓN DE LA EDICIÓN ESPAÑOLA

F. Grimalt

ESTE LIBRO SE COMPONE DE TRES PARTES DIFERENCIADAS: 1) Texto, que ha sido escrito por diferentes autores. 2) Las historias clínicas comentadas. 3) Pies de página, que ha escrito el coordinador, que no mantienen ninguna correspondencia tipográfica entre ellas y el texto. El editor pretende, fundamentalmente, ser didáctico, y como sucede en la práctica clínica, los enfermos de los que obtenemos sus enseñanzas no acuden a nosotros siguiendo un orden de manual.

“Que no pretenda sentirse bien consigo mismo aquél que sabe que no resulta necesario para alguien”. Fácilmente se esconde una lastrante cantidad de egocentrismo en enfermos con alteraciones psicopsiquiátricas.

LOS COLABORADORES

Son expertos de prestigio en el tema de la psicodermatología. He aceptado algunas sobreposiciones entre las contribuciones de diferentes autores en cuestiones que he considerado importantes.

OBJETIVOS

El libro pretende conseguir del lector a que se decida a iniciarse en el campo de la psicodermatología. Desea despertar en él la percepción de la problemática psicológica existente también en algunos enfermos de piel que sólo consultan por dermatosis “no psicodermatológicas”, como unas queratosis seborreicas, un discreto eccema seborreico centrofacial, un prurito en el cuero cabelludo, cualquier fenómeno leve de fotoenvejecimiento, etc. No es menester esperar a ser un experto para poder ofrecer pronto a nuestros enfermos una mejoría de su bienestar psicológico, en especial la de aquellos que sufren dermatosis crónicas y recidivantes. Con un antiguo paciente que sufre psoriasis rupioide extensa, después de muchos años de no acudir al despacho, hoy que, a sus 50 años, viene a preguntar “si para la psoriasis hay algo nuevo que no sean cremas”, ¿qué otra cosa podemos intentar hacer? ¿Por qué viene realmente este enfermo? ¿Cuál es el aspecto negativo de su estado psicológico que no le permite seguir conviviendo con su vieja dolencia? ¿Es suficiente decirle “que pruebe cómo le va el tazaroteno”?

Un motivo de consulta
insólito debe hacer
sospechar un trastorno del
área psicológica.

EL TERCER OÍDO

La práctica en este ejercicio le permitirá en sí mismo la autogénesis, el desarrollo de una tercera vía de escucha sobre un más allá de lo que dice el paciente, que le permita percibir la existencia de un sentirse mal o, simplemente, una falta de confort psicológico, no manifestado, y tantas veces ni conocido, por el enfermo.

AGRADECIMIENTOS

Francesc Grimalt

A LA MEMORIA DE XAVIER VILANOVA I MONTIU, QUE ME HIZO DERMATÓLOGO. A la de Joaquín Piñol Aguadé, que me enseñó toda la Dermatología que yo fui capaz de aprender de él. Todavía hoy, no hay un enfermo en el que la ayuda de Piñol no se me haga presente, en un detalle de diagnóstico, de tratamiento, o de otro cualquier aspecto humano, médico y dermatológico.

A todos mis enfermos, de los que tanto he aprendido, especialmente de aquellos con dermatitis de contacto, entre los años 1965 y 1985, en los que al fin, me di cuenta de que, como en toda reacción anómala tanto en Contacto como en Psicodermatología, lo determinante es la respuesta del contactado y no las características del contactante. Así llegué a descubrir los enfermos con constitución atópica y a interesarme por ellos. Porque no tengo habilidades para el laboratorio, pero sí para hacer hablar a los pacientes, dejé de lado la inmunología y cultivé la psicología de los atópicos, y después, cautivado por el tema, la de todos los enfermos.

A mis amigos José María Mascaró, Francisco Camacho y Antonio Rodríguez Pichardo, que me han ayudado de muy diferentes y apreciadas maneras.

A los psiquiatras del Hospital Clínic de Barcelona, que me han enseñado más en repetidos cinco minutos de charla sobre temas concretos que en largas horas de lectura de textos. A Manuel Valdés, que ha repasado los míos, gracias al cual puedo ofrecérselos al lector con la seguridad que proporciona la revisión crítica de un psiquiatra universitario.

A todos los miembros ejecutivos de ESDaP, European Society for Dermatology and Psychiatry, que me incorporaron entre ellos como un miembro más, y que generosamente han aceptado colaborar en la obra. A John A. Cotterill, que aceptó colaborar en la edición. A Uwe Gieler, por su constante ayuda.

A José Antonio Ruiz, de Editorial Aula Médica®, que ha confiado en mí, aceptando el reto de editar un libro anómalo, tanto en el orden como en la presentación, con sus conceptos repartidos entre Texto, Pies de Página e Historias Clínicas Comentadas.

A Schering España, S. A., sin cuyo apoyo no hubiera sido posible la edición de esta obra.

A mis hijos Joan y Ramon. Sin sus ayudas, este libro no habría aparecido.

A Esperança, esposa, amiga, compañera y secretaria en todo.

INTRODUCCIÓN

J. A. Cotterill

LA ESPECIALIDAD DE LA DERMATOLOGÍA ATRAE A UNA AMPLIA VARIEDAD de médicos, cada uno de los cuales tiene su propio método de abordaje hacia los pacientes con lesiones cutáneas. El espectro de tratamientos también es amplio. En un extremo, nos encontramos aquellos médicos, una minoría, que ven la dermatología desde un término muy mecanicista, cuyo objetivo es clasificar y diagnosticar el exantema y después proporcionar el tratamiento apropiado tópico u oral, es decir, el interés se centra en el exantema y no en el paciente. Por cierto, la telemedicina se presta a sí misma perfectamente para este abordaje mecanicista.

En el otro extremo del espectro nos encontramos aquellos médicos que contemplan cualquier problema dermatología dentro del ámbito emocional, psicológico o psiquiátrico.

Sin embargo, la mayoría de nosotros pertenecemos al grupo intermedio, siendo conscientes de que, si prestamos una gran atención a la enfermedad orgánica, podemos pasar por alto los factores emocionales, psicológicos y psiquiátricos, pero, si prestamos demasiada atención a los aspectos emocionales y psicológicos, podemos pasar por alto una enfermedad orgánica significativa.

Hasta hace poco, no se tenían muchos conocimientos sobre las relaciones existentes entre el cerebro, la mente y la piel, y la nueva especialidad de la psiconeuroinmunología ha puesto de manifiesto vínculos definitivos e importantes tanto entre el cerebro y la piel como entre la piel y el cerebro¹. Es probable que se vayan identificando cada vez más vínculos de este tipo, aumentando nuestra comprensión acerca de las interrelaciones entre piel y mente.

Mientras tanto, el beneficio de la “polinización” cruzada entre dermatólogos, psicólogos y psiquiatras ha quedado demostrada por el desarrollo de varias sociedades dedicadas al estudio de la psicodermatología. Sociedades de este tipo están ya establecidas en Estados Unidos y algunos países europeos, como España, Alemania y Holanda, y en el conjunto de Europa, la Asociación Europea de Dermatología y Psiquiatría. Al caminar juntos dermatólogos y psiquiatras por todo el mundo, el desarrollo de los enlaces clínicos y la aparición de nuevos fármacos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, han dado paso a avances significativos en la comprensión y en el tratamiento de muchas enfermedades, como las ideas delirantes en las parasitosis, el trastorno

dismórfico corporal (“enfermedad no dermatológica”), la dermatitis facticia y la tricotilomanía.

Además, la introducción de potentes fármacos en psiquiatría, como el litio, que pueden producir psoriasis y acné en algunos pacientes, sirve para fortalecer los vínculos que se establecen entre psiquiatras y dermatólogos. En el mismo sentido, también ha promovido este tipo de vínculos la posibilidad más reciente de que el ácido 13-cis retinoico (Roacutan) pueda inducir una depresión significativa en una pequeña proporción de pacientes, al igual que la posibilidad real de utilizar técnicas conductuales, como la reversión de los hábitos, para manejar a los pacientes difíciles con ecczema atópico². No debemos pasar por alto la importancia de la calidad de vida en nuestros pacientes, por lo que se incluye el tema en esta publicación.

La enfermedad psiquiátrica más frecuente que se ve en una consulta de dermatología es la depresión³. Las encuestas indican que se puede presentar una depresión significativa hasta en el 30% de nuestros pacientes, y las ideaciones suicidas pueden estar presentes hasta en un 10% de los pacientes ambulatorios con psoriasis⁴. Entre un 10-15% de nuestros pacientes pueden presentar una neurosis obsesiva compulsiva, y más de un 10% presentará un trastorno dismórfico corporal⁵.

Ya no es posible ignorar el gran volumen de cuadros psiquiátricos que se presentan ante nosotros como dermatólogos, y es nuestro deseo que este libro sea útil para la mayoría de los dermatólogos en activo.


BIBLIOGRAFÍA

1. Ader R, Cohen N, Felton D: Psychoimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet* 1995; 99-103.
2. Bridgett C, Noren P, Staughton R: Atopic skin disease: a manual for practitioners. Petersfield: Wrightson Biomedical, 1996.
3. Cotterill JA: Skin and the psyche. Proceedings of the Royal College of Physicians of Edinburgh 1995; 25:29-33.
4. Gupta MA, Shork NJ, Gupta AK y cols.: Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993; 33:188-190.
5. Phillips KA, Dufresne JRG, Wilkel C y cols.: Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Ac Dermatol* 2000; 42:436-441.

PARTE

Dermatología
y Psiquiatría

1



1 SOCIEDAD EUROPEA Y ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

1.1 ESDAP (SOCIEDAD EUROPEA DE DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA), COMIENZOS E HITOS

E. Panconesi y M. Musalek

EN PRIMER LUGAR, QUISIERA SEÑALAR QUE EL ECTODERMO SE ORIGINA a partir de la célula embrionaria, con sus etapas cronológicas bien definidas, y después se divide en dos capas germinales que dan lugar al sistema nervioso, una de las cuales origina el cerebro y la piel. Y ahora, propongo el aforismo de que estas últimas capas son como dos hermanas que nunca se olvidan. Los psiquiatras y los dermatólogos más atentos saben que la realidad clínica apoya esta fantasía.

Pero, para dar el mérito a quien le corresponde, la primera idea de celebrar una conferencia internacional sobre dermatología psicosomática se le ocurrió a Peter Berner, un psiquiatra de la universidad de Viena (Austria), quien a finales de los años ochenta en un *pub* inglés (así es la historia) charlaba con John Cotterill, de Leeds, especialista bien conocido por sus estudios e investigaciones dedicados a la materia, y con otro psiquiatra vienés interesado en el tema, Michael Musalek. Entre ellos, decidieron que fuese el Dr. Musalek quien organizara el primer Congreso Internacional en Viena, que se celebró entre el 31 de mayo y el 2 de junio de 1987. Fue un evento de gran éxito y muy alentador, tanto por la calidad de las presentaciones como por el número de los participantes, unas 200 personas procedentes de 20 países de todo el mundo (países europeos, Estados Unidos, Canadá, Australia, India y Japón). Evidentemente, los inventores de la idea habían reconocido la necesidad que teníamos de plantear nuevas oportunidades para mantener un contacto directo e intercambiarnos informaciones clínicas y científicas.

Se decidió celebrar un segundo congreso en Leeds (Inglaterra), que fue organizado por John Cotterill en 1989. El excelente resultado de esta segunda reunión indujo a Michael Musalek a pensar en la creación de una sociedad formal, manteniendo reuniones informales al respecto durante 1990 y 1991.

Al final del tercer congreso, organizado por Emiliano Panconesi en Florencia, se celebró el 21 de septiembre de 1991, una reunión para discutir ya formalmente la creación de una asociación estable que organizase congresos periódicos para pro-

El dermatólogo perceptivo para los trastornos psicocutáneos va a leer con interés la revista *Dermatology & Psychosomatics* de Uwe Gieler (Karger Verlag, D-79095 Freiburg, www.karger.com, e-mail Information@karger.de)

El término de trastorno depresivo reactivo (que se inicia como *reacción* a un acontecimiento desagradable, como pérdida de un familiar, o de un puesto de trabajo, etc.) ha caído en desuso entre los psiquiatras, que prefieren el término “estado depresivo secundario”. Por ello debemos dejar de usar este término en reuniones de AEDyP y de ESDaP, pero suele ser bien recibido por nuestros pacientes, a los que ayuda a aceptar este concepto diagnóstico y la medicación farmacológica consiguiente.

mover el contacto entre los profesionales y el intercambio de la información científica. A esta reunión asistieron Peter Berner (Viena), Marc Bourgeois (Burdeos), Sylvie Consoli (París), John Cotterill (Leeds), Francesc Grimalt (Barcelona), John de Korte (Amsterdam), Uwe Gieler (Giessen), Caroline Koblenzer (Filadelfia), Peter Koblenzer (Filadelfia), Michael Musalek (Viena), Klaus Taube (Halle), Henriette Walter (Viena) y el propio Emiliano Panconesi, de Florencia. Después de una intensa reunión, en la que se trataron en particular temas como la frecuencia del congreso y la terminología a utilizar, se acordó la creación de una Sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría, especificando la importancia de ambas especialidades, dermatología y psiquiatría, y evitando el problema de los distintos términos que se utilizan en cada país (psicodermatología, medicina psicocutánea, dermatología psicosomática). Los creadores y miembros del primer comité ejecutivo de la sociedad fueron:

P. Berner (Viena), consejero
 M. Bourgeois (Burdeos), vicepresidente
 S. Consoli (París), consejero
 J. Cotterill (Leeds), presidente
 F. Grimalt (Barcelona), consejero
 J. de Korte (Utrecht), tesorero
 U. Gieler (Linden), consejero
 M. Musalek (Viena), secretario general
 E. Panconesi (Florencia), consejero
 K. Taube (Halle), consejero
 H. Walter (Viena), consejero

Michael Musalek empleó mucho tiempo y una atención cuidadosa en los detalles administrativos, y la Sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría (ESDaP) se estableció formalmente mediante un decreto del Vereinsbehörde, Sicherheitsdirektion für Wien, de la república austriaca, el 28 de enero de 1993.

Se celebró un cuarto congreso internacional en junio de 1992 en Filadelfia, organizado esta vez por Peter y Caroline Koblenzer, sin ningún participante europeo en el programa, aunque se invitó a varios compañeros europeos a participar activamente en la reunión para promover una excelente colaboración entre el grupo de la ESDaP y la organización americana.

Las reuniones posteriores han sido todas específicamente congresos de la ESDaP: el quinto congreso se celebró en Burdeos (Francia), en 1993, organizado por el psiquiatra Marc Bourgeois; el sexto se celebró en Amsterdam (Países Bajos), en 1995, organizado por el psicólogo John de Korte (desafortunadamente, sin la participación de Herman Musaph, que había fallecido y a quien continuamos echando profundamente en falta); el séptimo se celebró en Halle (Alemania), organizado por el dermatólogo Klaus Taube, y el octavo en París (Francia), organizado por la der-

matóloga y psiquiatra Sylvie Consoli. El noveno congreso se ha celebrado en Barcelona, España, en el año 2001, organizado por el dermatólogo Francesc Grimalt, mientras que el décimo congreso se celebrará en Nottingham (Inglaterra), organizado por Leslie Millard.

En estos cinco últimos años, las relaciones entre la ESDaP y la APMNA (Asociación de Medicina Psicocutánea de Norteamérica) han mejorado mucho, con una buena participación mutua en las reuniones de ambas asociaciones, manteniéndose contactos individuales frecuentes entre ellas.

Queremos mencionar que el número de participantes en los congresos de la ESDaP ha sido bastante constante a lo largo de los años; la calidad de las presentaciones sigue siendo muy buena, y los participantes demuestran cada vez más interés en los temas que se presentan. En particular, llamamos la atención sobre la mejoría significativa que se ha apreciado en los métodos de estudio utilizados en dermatología psicosomática, cambiando la preponderancia de los estudios de un caso (que se presentaban en el primer congreso) hacia un número creciente de estudios empíricos de alta calidad basados en series de casos de mayor tamaño. Herman Musaph ha denominado este cambio como el paso de “la fase anecdótica de la psicodermatología” hacia “la fase metodológica”. Además, se aprecia un gran interés por parte de los médicos más jóvenes, aunque, por desgracia, la sociedad no dispone de fondos suficientes para patrocinar una mayor participación en los congresos.

En la actualidad, los miembros que participan activamente en la ESDaP proceden de 13 países. La composición del comité ejecutivo en abril de 2000 es la siguiente: presidente: Emiliano Panconesi (Italia), desde 1995; vicepresidente: Michael Musalek (Austria), desde 1999; Secretario General: Leslie Millard (Inglaterra), desde 1999, y tesorero: John de Korte (Países Bajos), desde 1993.

1.2 AEDyP (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y PSQUIATRÍA)

F. Grimalt

EN 1991, EN LEEDS (REINO UNIDO), EN EL CURSO DEL 2.º CONGRESO Europeo de ESDaP, fui propuesto como nuevo miembro del comité ejecutivo de ESDaP (European Society for Dermatology and Psychiatry) por los miembros que lo habían constituido. Puesto que en España no se disponía de una asociación similar a la europea ESDaP, hubo necesidad de crearla. A una convocatoria por carta en 1994 a un listado de dermatólogos y psiquiatras respondieron más de un centenar

La finalidad de este libro no es ofrecer “trucos” para curar con facilidad el grupo de pacientes englobados en las psicodermatosis. Busca más bien interesar al lector en los aspectos psicológicos de sus pacientes e iniciarlo en ello.

Son aspectos de hábito obsesivo-compulsivo grave la compra compulsiva, el exhibicionismo compulsivo, la cleptomanía, la despersonalización y los celos obsesivos. Tales pacientes no consultan al dermatólogo. Los enfermos con hábito compulsivo que nosotros diagnosticamos (que no han sentido previamente la necesidad de acudir al psiquiatra) sufren un grado de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de grado mucho menor. Más que obsesivos, pueden ser considerados como pacientes con conductas, o tendencias, obsesivas.

de médicos españoles interesados en el tema. Posteriormente se incorporaron varios psicólogos. Fueron convocados, y en febrero de 1995 se pudo celebrar en el hotel Arts de Barcelona la primera reunión del entonces provisionalmente denominado GEDyP (Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría), que después por motivos legales pasó a denominarse Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría (AEDyP). En esta primera reunión se contó con la presencia y soporte del Dr. John A. Cotterill, en aquel momento presidente de ESDaP, como invitado de honor. Participaron 138 asistentes entre psicólogos, psiquiatras y dermatólogos interesados, y además de la lectura de 24 temas científicos, se discutió en asamblea plenaria el texto provisional de los estatutos que después fueron legalmente aceptados por Gobierno Civil. Posteriormente, en 1997 se celebró la segunda reunión de la AEDyP, otra vez en Barcelona, porque los estatutos no habían sido reconocidos todavía oficialmente.

La tercera reunión se celebró los días 12 y 13 de marzo del año 1999 en Sevilla, y fue organizada por el Dr. Antonio Rodríguez Pichardo, dermatólogo. La cuarta reunión se ha celebrado en Barcelona, hotel Princesa Sofía, los días 22-24 de marzo de 2001, coincidiendo con el 9.º Congreso Internacional de la ESDaP en esta ciudad.

Según los estatutos, la incorporación de nuevos miembros debe ser propuesta por dos de ellos, ya numerarios, y debe ser aceptada por los asistentes en las asambleas plenarias. Si bien en un principio se constituyó provisionalmente una junta, que cuidó de organizar las dos reuniones primeras celebradas, la existencia de esta junta careció legalmente de valor, por cuanto los estatutos no habían sido aceptados oficialmente. Estos estatutos fueron presentados al Gobierno Civil por una comisión gestora de tres miembros, constituida por el Dr. Francesc Grimalt, dermatólogo, el Dr. Joaquim Pujol, psiquiatra, y el Dr. Antonio Rodríguez Pichardo, dermatólogo. La junta actual (año 2000) fue constituida en Sevilla en la tercera reunión de la AEDyP y quedó formada por los siguientes miembros :

Dr. Antonio Rodríguez Pichardo, dermatólogo, presidente
 Dra. María José Tribó Boixareu, dermatóloga, vicepresidenta
 Dr. Joaquim Pujol Doménech, psiquiatra, secretario
 Dr. Manuel Valdés Miyar, psiquiatra, vicesecretario
 Dr. José Luis Vélez Noguera, psiquiatra, tesorero
 Dr. Santiago Estaún Ferrer, psicólogo, vocal
 Dra. Mercedes Cerdeira Carames, dermatóloga, vocal
 Dr. Salvador Ros Montalban, psiquiatra, vocal

Puesto que a la asociación pertenecen psiquiatras y psicólogos, debe ser considerada como completamente independiente de la Academia Española de Dermatología, y no puede mantener con ella más relación que la que individualmente cada dermatólogo de la AEDyP le guarde a nivel personal. También la AEDyP es independiente de la ESDaP, si bien las relaciones son muy cordiales, de

amplio respeto nuestro hacia ella, a la que consideramos como nuestra hermana mayor.

La finalidad de la asociación es promocionar el cultivo de las relaciones existentes entre las tres disciplinas de sus tres diferentes clases de profesionales, a saber, dermatólogos, psiquiatras y psicólogos, así como la de dar a conocer sus resultados, como esfuerzo aplicado en el estudio de las enfermedades contempladas por las tres especialidades, con la finalidad de mejorar el tratamiento de los enfermos. En la primera reunión, en la presentación de la nueva asociación, recalqué que debían ser considerados ajenos a los intereses de esta Asociación el afán de poder académico, y que éste debía derivar exclusivamente de la calidad de las presentaciones científicas que se aportaran a la medicina a través de la asociación.

Un interrogatorio psiquiátrico y el tratamiento correspondiente mejorarán muchas dermatosis, y a menudo aumentarán la calidad de vida psicológica del paciente.

2

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS DERMATOLÓGICOS NO AFECTOS DE UNA PSICODERMATOSIS RECONOCIDA COMO TAL

F. Grimalt, J. M. Peri y X. Torres

2.1 CONCEPTO

F. Grimalt

Que el dermatólogo tenga deseos de hacerlo, quizá sea la única premisa para aprender a descubrir y tratar los factores psicológico-psiquiátricos en los enfermos dermatológicos de la práctica diaria.

Los pacientes que acuden a consultarnos por una psicodermatosis reconocida como tal, constituyen un pequeño número de los enfermos que visitamos todos los días. Además de ellos, de un 20% a un 30% (uno de cada 4 pacientes) de los enfermos diarios vienen a nuestra visita porque están deprimidos o ansiosos. Si no lo estuvieran, soportarían la misma dolencia cutánea sin sentir la necesidad de consultar por ella.

Ellos no saben que están ansiosos o deprimidos. El dermatólogo perceptivo sabe sospechar estos estados por medio de un «tercer oído», que escucha más allá de lo que el paciente expone de su dermatosis. Esta sospecha se confirma o rechaza por medio de un interrogatorio específico sistematizado. Si confirma una alteración psicológica, la trata con medios psiquiátricos simples, no necesariamente farmacológicos. El tratamiento puede ayudar a curar la dermatosis consultada, y siempre mejora la calidad de vida psicológica del paciente. En este momento de la vida del enfermo, el único que podía aportarle este beneficio es el dermatólogo. Cuando éste encuentre un enfermo psiquiátrico grave, como un delirio de parasitosis, o no tan grave, como un estado de obsesión cutánea, debe tratarle psiquiátricamente él mismo, puesto que el paciente se considera enfermo de la piel y no aceptaría, hasta que no logre elaborar un momento oportuno, la transferencia al psiquiatra. El dermatólogo dispuesto podrá atreverse a entrar en este campo sólo con aprender un mínimo de conocimientos.

Este libro, tanto en su totalidad como en cada una de sus apartados, sólo pretende exponer al lector que la consideración del aspecto psicológico-psiquiátrico de sus enfermos diarios es posible y no difícil. Una vez el lector se haya iniciado en el tema, tanto la sospecha de la implicación psiquiátrica, como su confirmación o rechazo, cuantificación y tratamiento adecuado son resultado de un arte personal que cada dermatólogo adquirirá con la práctica.

2.2 SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO DE LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS-PSIQUIÁTRICOS EN UN PACIENTE DERMATOLÓGICO

F. Grimalt

SOSPECHA

Cuando el lector haya adquirido suficiente experiencia propia, va a sospechar de manera automática que el paciente que consulta por una dermatosis banal, que no figura en las listas de las dermatosis consideradas psicodermatológicas, puede estar afecto de un trastorno de tipo psicopsiquiátrico. En este capítulo se van a analizar los principales datos que pueden levantar esta sospecha, desde la manera de entrar del paciente en la consulta hasta la forma de sentarse, el contenido de su exposición oral y la forma en que ésta es manifestada.

En la gran mayoría de las veces, las alteraciones psiquiátricas que se encuentran en nuestros pacientes son sólo dos: ansiedad y estado depresivo. De vez en cuando también podemos encontrar un enfermo con conductas obsesivas. La ansiedad puede afectar al paciente de forma más o menos intensa, y el enfermo puede ser más o menos consciente de que está ansioso. Por el contrario, los trastornos depresivos de los enfermos que vienen a nuestras consultas suelen ser enmascarados. Se llaman así porque el síntoma más característico de la depresión, que es la tristeza, está ausente. Depresión enmascarada no es un término que actualmente los psiquiatras usen entre ellos. Los pacientes con trastorno depresivo enmascarado suelen somatizar su alteración en cualquier órgano o sistema. Cuando lo hacen en la piel, acuden a nosotros. Si el enfermo estuviera afecto de una depresión mayor, bipolar o no, se sentiría mal y deprimido, reconocería la base psíquica de su mal y habría acudido espontáneamente al psiquiatra en busca de auxilio.

Los motivos de sospecha son múltiples. Se pueden dividir en:

- a) Comportamiento general del paciente.
- b) Contenido de su exposición.
- c) Forma de exposición.

En un enfermo pueden presentarse uno o, a la vez, varios de los motivos de sospecha.

a) Motivos de sospecha por el aspecto general externo y por el comportamiento del enfermo

Se puede sospechar que en el paciente existe un grado de alteración psiquiátrica por los siguientes datos no verbales:

Entrada en el despacho sin mirar directamente a la cara del médico, y sin apenas contestar al saludo.

Entrada con una actitud general que resulta desagradable o, por lo menos, chocante.

Cuando un paciente se sienta en el extremo anterior del asiento que se le indica y su aspecto es de tensión.

Cuando se sienta y su aspecto es de abatimiento, con hombros caídos, ladeado de tronco y de cabeza, apoyándose excesivamente en los dos, o en uno de los brazos del sillón.

Cuando elude las frases iniciales de cortesía, causando la impresión de que éstas pueden distraerle de la exposición que lleva preparada de sus dolencias y muestra mucha prisa en exponerla, como si intentara liberarse de una carga.

Cuando entran una madre acompañada de una o dos hijas, vestidas de luto y de aspecto compungido (por probable luto reciente).

Cuando entra una mujer sola, de mediana edad, de aspecto triste.

Siempre que el enfermo llame la atención del médico, por el motivo que sea, y que lo destaque de los demás pacientes.

b) Exposición de molestias

Cuando la descripción de síntomas se convierte más en una queja que en una exposición de alteraciones.

Cuando se exponen molestias cutáneas de tipo y en forma de exposición que estamos acostumbrados a oír, pero creemos percibir un leve acento de queja de todo ello.

Cuando se exponen demasiadas alteraciones cutáneas no relacionadas entre ellas (policonsulta), sobre todo si a ellas el paciente añade males extracutáneos.

Cuando el paciente expone con una vehemencia que es inhabitual en los otros enfermos. Cuando al referirse a un prurito, pronuncia expresiones como «terrible, o enorme», arrastrando y levantando de tono sílabas o letras («¡terriiible!»).

Cuando con visajes nos describa su gran descubrimiento de que rascarse con intensidad le provoca placer. Algunos otros exponen esto bajando la voz y con una sonrisa, con la que solicitan nuestra complicidad en su hallazgo, que de alguna manera ellos catalogan como desorden.

Cuando el enfermo usa descripciones de dolor como «roer, arrastrar, surcar» o «sensaciones de ardor, calor» o de «estar atrapado». El paciente con un dolor real físico suele emplear términos como «intenso», «sordo» o «pulsátil».

Dejemos que los enfermos expliquen sus cosas. Pero con un oído “en metaescucha”, dispuesto a percibir y valorar un asomo de tristeza, o de queja, en lo que dicen, y en la forma en que lo dicen. En cuanto se inquiere someramente por su bienestar psicológico, a menudo aparece desbordada, en los pacientes, una cascada de pequeños o grandes conflictos a presión que pugnaban por salir.

Cuando un paciente explica “cosas raras”, tanto en lo que pretende describir como en la forma en que lo presenta, hay que sospechar un estado de ansiedad y/o, de depresión. Deben considerarse “raras” las quejas o explicaciones que el médico no está acostumbrado a oír en otros enfermos que consultan por la misma dermatosis.

Cuando expone lenta y apagadamente, con aspecto de cansancio.

Cuando el enfermo refiere «cosas raras»: es decir, frente a lesiones reales objetivables, expone síntomas que no suelen explicar otros pacientes con la misma alteración.

Cuando el dermatólogo no consigue objetivar una pretendida lesión de cualquier zona que el enfermo intenta señalar, especialmente en la boca. (Siempre que existe una desproporción entre lo que el paciente expone y lo que el médico consigue observar.)

Cuando el enfermo expone sus dolencias guiado por una lista donde las ha anotado previamente.

Cuando se consulta por alopecia de cualquier tipo y el o la paciente exhibe, en la conocida bolsa de plástico, el puñado de cabellos que se le han caído en el último lavado de cabeza.

Cuando se es requerido para intervenir quirúrgicamente o electrocoagular una lesión de cualquier tipo, pero de tamaño tan mínimo o naturaleza tan banal, que no se está acostumbrado a tal solicitud por parte de otros pacientes por el mismo tipo de lesión. Si la petición resulta exagerada, la sospecha puede tenerse en la primera visita. Cuando estas solicitudes son razonables, la sospecha puede sólo surgir en una visita ulterior, ante demandas reiterativas.

Siempre que un paciente utiliza la frase «Estoy harto».

Siempre que se responde con «¡Fatal!» a la pregunta: «¿Cómo se encuentra usted?».

Cuando la dolencia por la que se consulta figura en la lista de dermatosis del capítulo de psicodermatología de los libros de texto, no procede la sospecha de alteración psicológica-psiquiátrica, porque ya va implícita en el diagnóstico clínico.

La sospecha se puede afianzar o rechazar por medio de la práctica de un interrogatorio de tipo psicológico-psiquiátrico.

DIAGNÓSTICO

Interrogatorio sobre el estado de ánimo del paciente

Cuando ante un enfermo dermatológico determinado se establece la sospecha de que, concomitante al cutáneo, existe un trastorno de orden psicológico, es necesario confirmar o rechazar la existencia de esta alteración sospechada. Para ello se precisa de un interrogatorio sistematizado. Este interrogatorio también es necesario para precisar la alteración concreta psiquiátrica existente en una psicodermatosis reconocida como tal. En este capítulo se ofrece, para el dermatólogo no iniciado, el que yo uso para mis pacientes.

Se han efectuado numerosos estudios sobre la capacidad que los médicos de atención primaria tienen para detectar los trastornos mentales de sus enfermos (A. Calcedo Barba)¹. El hecho incuestionable es que hay una gran cantidad de enfermos que padecen un trastorno psiquiátrico, acuden a su médico de familia y éste no es capaz de detectarlo. Para conseguir que los médicos en general mejoren su capacidad de detección se han desarrollado instrumentos de *screening* (véase Peri y Torres, capítulo 2). Uno de ellos, bastante conocido, es el «Cuestionario de salud mental, GHQ-28 Items» o cuestionario de salud general de **Golberg** (General Health Questionnaire GHQ-28 Items), que consiste en un cuestionario de 4 grupos, de 7 preguntas cada uno, que el enfermo debe responder. El primer grupo hace referencia a síntomas somáticos de origen psicológico. El segundo, a angustia/ansiedad. El tercero, a disfunción (discomunicación) social. Y, finalmente, el cuarto, a depresión. Es demasiado extenso para nuestra práctica general. Estos instrumentos se han usado profusamente en investigación epidemiológica en los últimos veinticinco años y se aconseja su uso de manera sistemática en la práctica clínica de atención primaria. Su capacidad como útiles de detección se considera buena, dado que hay numerosos estudios que certifican su sensibilidad y especificidad mediante entrevistas estructuradas.

El que yo uso en mis pacientes se inicia preguntando sobre la calidad del sueño. Un psiquiatra puede preguntar directamente a sus enfermos cómo se sienten, pero, en nuestro caso, el paciente da por descontado que sobre lo que debemos interesarnos es por su piel. Si se nos consulta por un excesivo escozor de la planta de los pies, o nos explican con demasiado énfasis cuán grande es la cantidad de cabello que se les está cayendo, preguntarles cuántas horas descansan de noche, resulta para la mayoría una forma aceptable, y no demasiado chocante, de iniciar el cuestionario psiquiátrico.

En ocasiones pregunto primero sobre el estado y el funcionamiento del ambiente doméstico, hijos y relaciones con ellos, sobre la profesión del paciente, si las ocupaciones le permiten dormir las horas que desea, etc., es decir, un intento de inicio de relaciones de empatía enfermo-médico. Si estas preguntas de orden familiar y laboral no se formulan al principio, sus respuestas casi siempre aparecerán en el curso del interrogatorio, porque el paciente pretende explicar por qué descansa tan pocas horas, etc. El interrogatorio que ofrezco no es mejor que cualquier otro. En cuanto se hayan leído los capítulos de ansiedad, depresión, fobias, obsesiones y delirios, se estará en condiciones de construir su propio interrogatorio y de adaptárselo personalmente. Tal como está estructurado, permite conocer la necesidad que el paciente tiene de ser tratado con un ansiolítico, con un anti-depresivo, o con los dos, si es que se decide por una medicación farmacológica. Ni que decir tiene, que no todo enfermo en el que se demuestra un determinado trastorno depresivo con ansiedad debe ser tratado necesariamente con psicofármacos.

Cuando un paciente dermatológico no sabe precisar sus síntomas, y sólo sabe expresar que 'no se encuentra bien', hay que sospechar un estado más o menos encubierto de ansiedad o depresión.

En algunos interrogatorios dificultosos, y frente a respuestas de contenido dudoso, se obtienen buenos resultados preguntando al cónyuge presente: “¿Está usted de acuerdo, señora, con lo que dice su marido?”, o “¿Podría usted matizar o añadir algo a lo que dice su esposa?” Se constata fácilmente que las mujeres se muestran psicólogas más expertas que ellos.

Interrogatorio sistemático. (Le sigue la interpretación de las respuestas obtenidas.)

Durante los tres últimos meses:

1. ¿Cuántas horas duerme usted?
¿Duerme usted poco por falta de sueño o por falta de horas?
2. ¿Las duerme usted bien?
(De 30 días que tiene el mes, ¿cuántos días duerme usted mal: dos o tres, cinco o seis, quince, más de quince, la mayor parte de los días?)
¿Toma pastillas para dormir? (En el caso de ancianos se debe preguntar a los acompañantes si suele hacer siestas prolongadas diurnas que le dificulten dormir por la noche. Y también a qué hora se acuestan. Algunos de ellos lo hacen muy temprano.)
3. ¿Le cuesta conciliar el sueño? («Insomnio primario o de conciliación».) Cuántos minutos, horas?
Una vez conciliado el sueño, ¿duerme usted bien el resto de la noche?
4. ¿Se desvela a las pocas horas después de haberse dormido? («Insomnio secundario».)
¿Se desvela muchas veces durante la noche pero se duerme pronto otra vez?
5. ¿Se desvela unas horas antes de la hora de levantarse y no consigue volverse a dormir a pesar de desearlo? («Insomnio terciario».)
6. ¿Se levanta usted descansado o cansado?
¿Cuánto tiempo tarda en espabilarse? (Después de la ducha, después de tomar café, a media mañana, al mediodía, no se espabila en todo el día.)
7. ¿En qué momento del día se encuentra más «en forma»: por la mañana, al mediodía, a media tarde, por la noche?
8. ¿Hay días en que se encuentra usted más cansado, sin relación al trabajo realizado?
¿Cuántos días al mes? ¿Se encuentra cansado algún domingo?
9. ¿Hay días en los que le parece todo una montaña? ¿Cuántos al mes?
10. ¿Hay días en que este cansancio va acompañado de sensación de tristeza, sin tener razón para ello? (Si es una mujer): Siente usted a veces ganas de llorar, aunque no lo haga, aunque no tenga motivo para ello? ¿Coinciden estos días con los días previos a la menstruación?
11. Si en su trabajo habitual, o en sus labores caseras, le salen mal unas cuantas cosas seguidas, ¿esto le produce rabia (aunque la contenga) o más bien le deja abatido?
12. Un televisor con el volumen alto, los juegos y gritos de los niños, una motocicleta que circula cerca con el tubo de escape abierto, ¿le alteran?, ¿le «ponen los nervios de punta»?
13. ¿Está más irritable de lo habitual? ¿Se enfada con facilidad?
14. ¿Está usted de acuerdo señor, señora, con lo que dice su esposa, su marido? ¿Considera usted que tiene algo que añadir a lo que se ha comentado aquí? ¿Hay algo que usted sepa que le preocupe y que él, ella, no haya dicho?

Si al llegar a este punto del interrogatorio se ha descubierto que el paciente está ansioso y deprimido a la vez, para averiguar si, como terapéutica medicamentosa, es preferible un ansiolítico o un antidepresivo tranquilizante o un antidepresivo euforizante, a nosotros nos resulta útil la siguiente pregunta:

15. Considere usted que en esta mesa tenemos unas balanzas; en un plato de la misma colocamos su nerviosismo, su inquietud, su rabia contenida; en el otro plato colocamos

su sensación de estar chafado, el cansancio, las pocas ganas de hacer cosas. En su caso, y desde los tres últimos meses, ¿qué plato ganaría al otro?

Interpretaciones (de valor diagnóstico y terapéutico) a las respuestas al interrogatorio

Las dificultades en conciliar el sueño («insomnio de conciliación») y despertarse varias veces durante la noche («insomnio secundario») sugieren ansiedad. Desvelarse de madrugada y no poder volver a dormirse, aún con ganas de poder hacerlo, es característico de estado depresivo («insomnio terciario»).

En cuanto al ritmo circadiano (*circum die*, «alrededor del día»), las personas se dividen entre los «tipo alondra», que se encuentran más eufóricos por las mañanas, y los «tipo lechuza», que por la noche «están más en forma». El deprimido suele sentirse mejor por la noche, o por la tarde, que por la mañana. Es frecuente que ambos, ansiosos y deprimidos, despierten algo cansados, pero el ansioso pronto despabila.

El cansancio excesivo, «el mal de todo», la apatía, la pérdida de ilusión por salir de casa, por viajar, por nuevas adquisiciones, los dolores crónicos de piernas y de espalda, efectuar los trabajos domésticos sin ganas de hacerlo, orientan hacia estado depresivo. La tristeza, las ganas de llorar, sugieren trastorno depresivo. También es propio de la depresión sentirse mal entre la gente y preferir estar solo («discomunicación»).

El que ante contrariedades reacciona con enfado, en principio, es un ansioso. El que queda aún más hundido suele ser de tendencia depresiva.

«Estoy estresado» constituye una expresión frecuente en boca de algunos enfermos que la utilizan como eufemismo de aceptación de que, en las alteraciones por las que consultan, existe un grado considerable de participación psíquica. El paradigma de aceptación es la expresión: «Sí, es el estrés del trabajo, ¿sabe usted?».

Los ansiosos toleran mal los ruidos imprevistos, que los sobresaltan. Los depresivos, los ruidos excesivos, los gritos de los niños. No hay que confundir la exaltación por ruidos, con la tendencia que tiene el deprimido a rehuir el contacto con los demás (discomunicación).

La falta de programación del trabajo habitual orienta hacia la depresión. El individuo con tendencia al estado depresivo no planea sus tareas, las va haciendo, a la fuerza, a medida que éstas van apareciendo. En cuanto el deprimido mejora de su estado, programa lo que va a hacer en los días siguientes.

A igualdad de nivel intelectual y cultural, en general las mujeres son mejores psicólogas que los hombres y suelen responder con mayor precisión. En ocasiones proporciona buen resultado preguntar la opinión del cónyuge presente, sobre todo cuando el entrevistado es un hombre. En el caso contrario, este recurso pocas veces proporciona ayuda. El hombre acepta con facilidad como reales las molestias que refiere su esposa. (*La folie à trois* es más frecuente cuando el delirante inicial es la mujer.) Los varones, en general, tienen tendencia a contestar con frases hechas, sin valor real y con conceptos establecidos.

El paciente con un dolor de base física suele emplear términos como intenso, sordo, o pulsátil. Cuando el enfermo usa descripciones de dolor como roer, arrastrar, surcar o sensaciones de ardor, calor o de estar atrapado, hay que sospechar una causa o un componente psíquico.

Goodwin y cols. describieron en 1979 (*JAMA*, 241:117-20) que en un grupo de 22 pacientes con lupus eritematoso sistémico, 3 de 4 investigadores correlacionaron el hecho de que resultaran enfermos poco agradables con la gravedad de su afectación psiquiátrica. En enfermos dermatológicos que nos resulten desagradables, hay que sospechar una alteración psiquiátrica.

A veces, un hombre ha tenido motivos sobrados a lo largo del interrogatorio para sentirse obligado a explicar una situación familiar o laboral conflictiva, pero por orgullo o vergüenza, quizá inconscientes, se ha abstenido de ello. La mujer, por el contrario, durante todo el interrogatorio ha captado claramente la importancia de tal situación y ha reconocido que una motivación como ésta es la que está buscando el médico. (Puede tratarse, como ejemplos, de un hijo de ambos que sea drogadicto, o de una nuera que tiene una prioridad de valores humanos que resultan inadmisibles [a veces sólo son diferentes] para los padres, valores que los padres observan, con disgusto, que van siendo traspasados a los nietos.) Esta mujer se ha abstenido de interferir para contestar ella misma a las preguntas, pero manifestará abiertamente todo lo que sabe, que resultará de gran valor al profesional, si es requerida a ello.

Los conflictos laborales suelen afectar más a los hombres. Los familiares, a las mujeres. El antecedente de haber sido tratado previamente de un proceso depresivo, tanto por el médico de atención primaria como por un psiquiatra («etiqueta psiquiátrica»), tiene gran valor. Los padres de uno y de otro sexo, pero fundamentalmente las madres, que han perdido un hijo tienen altas posibilidades de estar sufriendo trastornos psíquicos, por muchos que sean los años transcurridos desde el fallecimiento. Atención a mujeres mayores viudas sin hijos, o con hijos casados más o menos alejados, que se sienten solas y a las que «las paredes de la casa se les caen encima». Atención también a matrimonios sin hijos en la casa, en los que uno de los dos cuida al otro, inválido, situación que no les permite salir de casa más que para necesidades perentorias, y con unos horizontes muy limitados y sombríos. En tales situaciones, entre muchos de mis pacientes no existen motivos económicos para dejar de buscar una persona remunerada que atienda al imposibilitado una o dos tardes por semana, para que el marido o esposa pueda salir a una actividad que distraiga, elegida como obligatoria (sesiones de gimnasia, yoga, natación, o pintura, manualidades, etc.), pero esta solución puede no ocurrírseles si no son instados a ella por un médico.

A algunos ejecutivos inquietos, que no saben detener sus actividades y que de forma más o menos camuflada prosiguen en fines de semana, como comidas (que los congresistas médicos calificaríamos «de trabajo») con alguien al que intentan comprar o vender algo, o excursiones de domingo que en realidad constituyen estudios sobre el terreno para una nueva extracción de áridos o para el estudio de construcción de una urbanización, se les pueden insinuar la necesidad de un viaje no profesional de unos pocos días.

Estos ejemplos constituyen casos que con facilidad desarrollan cuadros depresivos o ansiosos. A algunas parejas ya jubiladas les resulta más rutinario y cómodo quedarse en casa los fines de semana, cuidando de los nietos, mientras sus hijos salen, hacen reuniones o viajan; pero a estos abuelos salir de su entorno habitual como una obligación, o pernoctar en un hotel, ausentarse por un corto viaje, etc., les podría mejorar la calidad de su relación, aunque deban ser inducidos a ello por un médico con deseos de ayudar. Algunas valoradas como enojosas disfunciones sexuales de varones maduros mejoran o se resuelven fuera del ambiente diario.

El interrogatorio presentado permite aceptar o rechazar la sospecha de alteración de tipo psiquiátrico, además de orientar sobre la predominancia de síntomas ansiosos o de síntomas depresivos. No todas estas alteraciones diagnosticadas deben ser tratadas con medios farmacológicos.

Adenda al interrogatorio. Algún enfermo, al principio del interrogatorio, sobre todo si es joven, intenta eludir la concreción de las respuestas con la expresión «depende». Pero si se le apremia: «De acuerdo, “depende”, pero aun así, de 30 días que tiene el mes, ¿cuántos días...?», el enfermo se da cuenta de que el interrogatorio pretende concreciones precisas. Un cierto grado de renuencia a contestar a las preguntas puede encontrarse en una parte de los pacientes que no venían preparados para este tipo de interrogatorio. Pero debemos estar atentos a reconocer, en nuestros pacientes, a los que por el motivo que sea muestran ostensiblemente el desagrado que las preguntas les causan, y en los que hay que suspender el interrogatorio.

2.3 INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS DE MEDIDA PARA LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

J. M. Peri y X. Torres

INTRODUCCIÓN

La sospecha de la existencia de una relación entre las alteraciones psicológicas y las enfermedades dermatológicas no es un tema nuevo¹. Sin embargo, tal como sucede en el resto de las relaciones que aborda la medicina conductual, no está claro cuál es la naturaleza exacta de esta presunta asociación. Es decir, todavía no somos capaces de definir con claridad qué alteraciones psicológicas son capaces de causar alteraciones dermatológicas o si las enfermedades cutáneas crónicas conllevan necesariamente, como cualquier otro trastorno de estas características, alteraciones psicopatológicas significativas. Asimismo, existen otros muchos interrogantes que carecen de una respuesta definitiva, como, por ejemplo, si los tratamientos utilizados en cada disciplina pueden originar alteraciones en la otra o si se puede hablar de la existencia de factores intermedios comunes². A menudo, la investigación de las relaciones entre factores psicológicos y enfermedades dermatológicas está limitada por la ausencia de instrumentos de medida específicos³.

En las últimas décadas, la creciente disponibilidad de servicios psiquiátricos y psicológicos en los hospitales generales ha incrementado la atención sobre la pre-

Al menos en los comienzos del aprendizaje, es necesario que el dermatólogo use un método sistemático de interrogatorio de tipo psiquiátrico, tanto para diagnosticar con facilidad alteraciones del estado de ánimo como para decidir el tipo de psicótropo (sedante, antidepresivo, o ambos) que va a ayudar al paciente. Existen muchos cuestionarios para el diagnóstico de ansiedad y de depresión (J.M. Peri), pero los que utilizan los psiquiatras con sus enfermos a menudo son demasiado complejos para los enfermos que visitamos nosotros. En el capítulo de Diagnóstico se ofrece el que usa el autor.

Para los pacientes, la importancia de las circunstancias de sus ambientes doméstico y laboral no radica en cómo son, sino en cómo ellos las sienten.

sencia de morbilidad psiquiátrica en los pacientes dermatológicos^{4,5}. En especial, interesa el riesgo de suicidio en las personas que sufren un trastorno dermatológico⁶ y la constatación de que determinadas enfermedades cutáneas incrementan el riesgo de autolesiones⁷ y de muerte por autólisis⁸. En este sentido, Cotterill y Cunliffe destacan que en determinados casos es imprescindible la participación de un profesional de la salud mental⁶.

Los trastornos dermatológicos conllevan afectaciones con resonancia psicológica evidente, que van desde las alteraciones cosméticas obvias hasta una influencia negativa sobre las relaciones sociales, dificultades laborales, o para encontrar un empleo y un acusado descenso de la autoestima que suelen requerir una intervención profesional más allá del sentido común. En este aspecto, en un reciente estudio se pone de manifiesto que la mayoría de los dermatólogos consideran que en el último año han visitado como mínimo entre 1 y 5 pacientes con alteraciones psicopatológicas secundarias a un trastorno dermatológico⁹ y que la disponibilidad de servicios de salud mental, en especial de psicología clínica, incrementa el número de derivaciones que efectúa el especialista en dermatología. Por otra parte, cada vez es mayor la necesidad de disponer de instrumentos que permitan evaluar la eficacia de los tratamientos efectuados, no sólo en función de la reducción de la sintomatología dermatológica, sino también, y teniendo en cuenta el punto de vista del paciente, en base a la reducción de la sintomatología psicopatológica y el incremento de la calidad de vida.

MODELO TEÓRICO: EL MODELO CONDUCTUAL

El abordaje de los pacientes que sufren las repercusiones psicológicas de una enfermedad física o de los pacientes que desarrollan síntomas físicos a partir de desajustes psicológicos requiere una metodología con una sólida base empírica que nos permita observar, evaluar e intervenir en las múltiples interacciones que se derivan del modelo psicológico de la salud, tanto en los procesos (estilos interactivos, modulación biológica por las contingencias) como en los resultados (vulnerabilidad biológica, conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo, conductas asociadas a procesos biológicos).

La metodología desarrollada por la terapia del comportamiento desde la década de los años sesenta hasta la actualidad nos permite disponer de un marco teórico, como mínimo aceptable, para abordar los diversos problemas que presentan los pacientes de la interconsulta psiquiátrica. El método en el que se basa este modelo de tratamiento psicológico es el análisis conductual, cuyo componente principal es el análisis funcional del comportamiento.

En el contexto de la práctica clínica podemos distinguir tres fases de la intervención conductual:

1. Detección y descripción de las conductas problemáticas.
2. Establecimiento de objetivos terapéuticos y selección de las técnicas de intervención.
3. Aplicación de las técnicas de intervención.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

El objetivo de este capítulo se centra en el primer apartado, es decir, en la detección y descripción de las conductas problemáticas y, dentro de él, en la utilización del método indirecto de evaluación.

La utilización de cuestionarios de autoinforme ha sido y es en la actualidad un método de medición ampliamente utilizado en psicología clínica, sobre todo en aquellos enfoques teóricos en los que subyace la explicación de la conducta a partir de sustratos de la personalidad estables.

A partir de los postulados del aprendizaje vicario y del concepto de autoeficacia de Bandura y de la irrupción de las variables cognitivas en la modificación del comportamiento, han sido muchos los autores que han preconizado la utilización de estos instrumentos como medidas válidas para la evaluación de problemas conductuales.

A modo de síntesis, los autoinformes pueden dividirse en dos categorías:

1. Los cuestionarios de información general que intentan reunir conocimientos sobre diversas áreas en las que puede existir algún tipo de problema, como son: el Life History Questionnaire, de Wolpe y Lázarus¹⁰; el cuestionario de salud general, de Goldberg¹² o el Behavioral Analysis Questionnaire de Cautela¹¹ o bien, escalas que miden psicopatología en población no psiquiátrica.
2. Los cuestionarios específicos diseñados para detectar problemas en áreas concretas de los que existen tantos tipos como áreas problemáticas.

No obstante, hay que resaltar que la mayoría de estos cuestionarios, ya sean generales o específicos, plantean (al margen de su innegable valía clínica) una serie de problemas que hay que tener en cuenta y que hacen que su utilización deba ser realizada de forma parsimoniosa. En primer lugar, desde el punto de vista psicométrico, plantean serias dificultades metodológicas en cuanto a fiabilidad y validez. En segundo lugar, la mayoría de estos cuestionarios miden intensidad y frecuencia de una conducta, con lo cual el análisis de la misma no nos aporta la suficiente información para evaluar correctamente el problema. En tercer lugar, los cuestionarios que se utilizan en los diversos países muchas veces no tienen en cuenta la adaptación cultural.

Teniendo en cuenta este tipo de advertencias, pueden señalarse algunos cuestionarios concretos procedentes de la actuación clínica¹² o de teorías específicas psicológicas con implicaciones terapéuticas^{13,14} que pueden ser de utilidad tanto para

“Si está loco, que acuda al psiquiatra; yo sólo soy dermatólogo” puede constituir la expresión de un modo cómodo de practicar la dermatología, que dejará sin curar a un número determinado de pacientes, que si consultan al dermatólogo es porque creen que es él quien les debe tratar. Si estos pacientes son transferidos al psiquiatra, suelen ser enfermos perdidos, porque no van a acudir a él, y al quedarse sin médico, quedarán sin tratamiento.

Casi siempre que al entrar en el despacho un paciente resulte poco agradable, está bajo tratamiento psiquiátrico, o necesita que nosotros lo sometamos a él. El Dr. M. Valdés, a quien deseo agradecer la revisión de la terminología psiquiátrica de mis capítulos, no está de acuerdo con esta frase. Según él, hay muchos pacientes agradables y con trastornos psiquiátricos graves. Siempre que ha existido disparidad entre nosotros dos, he aceptado su criterio. Pero en el caso de los pacientes desagradables, una vez he aceptado su opinión, la proseguida constatación diaria de la validez de la mía, me ha llevado a considerar si estos diferentes criterios no serán debidos, una vez más, al hecho de que los pacientes que acuden a los psiquiatras, y los pacientes que acuden a nosotros, y en los que descubrimos alteraciones psiquiátricas, no son los mismos, al menos en intensidad, forma y momento evolutivo.

el desarrollo de la terapia como para la publicación de los resultados de la práctica terapéutica o de las investigaciones clínicas que realicemos.

Cuestionarios de evaluación general

En la tabla I están descritos los cuestionarios más utilizados para valorar psicopatología en población no psiquiátrica y que han sido validados en población de habla hispana.

Existen otras escalas de tipo general, útiles para evaluar síntomas específicos, que pueden ser interesantes en pacientes con quejas somáticas. Dos escalas representativas son:

Tabla I

Cuestionario	Objetivo	Características	Punto de corte
Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ)	Detección de casos psiquiátricos en la población general.	Autoaplicado, 28 ítems. Suele puntuarse de 0-1.	0-6: No caso 7-28: Caso
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	Evaluación de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades médicas.	Autoaplicado, 14 ítems. Escala Likert de 0-4.	0-7: No caso 8-10: Caso dudoso 11-56: Caso
Symptom Check List-90 (SCL-90)	Evaluación de síntomas psiquiátricos en la población general o psiquiátrica.	Autoaplicado, 90 ítems puntuables de 0-4. Nueve subescalas de síndromes psiquiátricos.	Tabla de baremos
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	Intensidad de la sintomatología depresiva en pacientes deprimidos.	Heteroaplicada, 24 ítems con puntuación de 0 a 3-5 puntos (según versión).	—
Beck Depression Inventory (BDI)	Intensidad de la sintomatología depresiva en la población general y psiquiátrica.	Autoaplicado, 21 ítems con puntuación de 0-3.	0-4: No caso 5-7: Depresión leve 8-15: Depresión moderada 16-63: Depresión grave
Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA)	Intensidad de la sintomatología ansiosa.	Heteroaplicado, 14 ítems con puntuación 0-4.	

Modificado de J. M. Peri y F. Gutiérrez, en Manual de Interconsulta Psiquiátrica¹⁵

El Barsky Somatosensory Amplification Scale¹⁶ que evalúa el incremento de la atención y la vigilancia centrada en las propias sensaciones corporales, y el Whitely Index¹⁷ que evalúa la presencia de preocupaciones hipocondríacas como el miedo a padecer una enfermedad, las preocupaciones sobre la presencia de sintomatología somática y el grado de convicción sobre la presencia de una enfermedad.

Cuestionarios específicos

Las enfermedades dermatológicas pueden producir efectos tan complejos sobre la calidad de vida como los que ejercen otras enfermedades más debilitantes y con mayor riesgo vital. Estos efectos incluyen inicialmente el malestar psicológico, la vergüenza frente a los demás, la estigmatización y el malestar físico¹⁸⁻²². Al cabo de un tiempo, pueden aparecer descensos significativos del bienestar emocional, de la capacidad de funcionamiento social o de la productividad laboral o escolar. Este tipo de limitaciones se complica cuando se consideran los efectos específicos que puede ejercer cada enfermedad.

Uno de los principales obstáculos para la evaluación adecuada de la calidad de vida de los pacientes dermatológicos ha sido la ausencia de instrumentos comprensivos, válidos, fiables y específicos, lo que ha propiciado que el médico haya tenido que utilizar lo que el paciente le explica, con la limitación de que en muchas ocasiones uno solamente explica aquello que se le pregunta.

Aunque existen medidas genéricas de calidad de vida (es decir, no específicas para enfermedades determinadas) psicométricamente adecuadas (p.ej. el MOS SF-36, el perfil de salud de Nottingham o el Sickness Impact Profile), ninguna de ellas puede incluir los factores idiosincrásicos que conllevan las enfermedades dermatológicas y que, al fin y al cabo, son los que cabe esperar que respondan al tratamiento médico.

*El Dermatology-Specific Quality of Life (DSQL)*²³

Cuestionario autoadministrado compuesto por 43 ítems específicos para enfermedades dermatológicas y 9 ítems procedentes del MOS SF-36²⁴ que evalúan el bienestar emocional. Existe una versión para los problemas de acné que incluye un ítem adicional que evalúa la presencia de una «inusual piel aceitosa». Un adulto con un nivel medio de lectura debería ser capaz de responder el cuestionario en unos quince minutos.

Los ítems del DSQL se agrupan en 5 subescalas específicas para problemas dermatológicos y 2 subescalas de bienestar emocional:

Quando el interrogatorio psicológico-psiquiátrico revela que el paciente ha sido visitado anteriormente por un psiquiatra (“etiqueta psiquiátrica”), puede ser oportuno preguntarle si las visitas fueron efectivas y si tiene un recuerdo grato del compañero. En caso afirmativo, si creemos que necesita tratamiento, este especialista tratará los aspectos psiquiátricos del paciente mejor que nosotros.

Existen una serie de dolores psicogénicos: dolor pulsátil de dientes, o de huesos faciales, la artromialgia facial (síndrome de los trastornos de la articulación témporo-mandibular) que ocasionalmente el dermatólogo puede tener ocasión de reconocer y de tratar efectivamente con antidepresivos. Pero si el interrogatorio permite encontrar otras alteraciones psiquiátricas, hay que procurar derivar al paciente al psiquiatra en el momento oportuno.

Subescalas dermatológicas

- Síntomas físicos: sensaciones de comezón, debilidad, dolor, quemazón y sequedad cutánea. Incluye un ítem no específico que permita identificar otros síntomas.
- Actividades diarias: recoge las actividades que, a decir de los pacientes, se ven más comúnmente afectadas por las enfermedades dermatológicas (aseo y acicalamiento, aspecto físico y participación en actividades físicas que pueden afectar a la piel; por ejemplo, mediante la sudoración).
- Actividades y funcionamiento social: alteraciones de las actividades sociales normales o pretendidas, reducción de las posibilidades de hacer nuevos amigos y sensación de incomodidad en situaciones sociales.
- Trabajo/escuela: alteración de las interacciones personales en el trabajo o en la escuela, capacidad para desempeñar las tareas con eficacia y puntualidad.
- Percepción de uno mismo: los ítems incluidos en esta subescala evalúan los sentimientos de frustración respecto al aspecto físico, la ira, la vergüenza y la poca confianza en uno mismo.

Subescalas que evalúan el bienestar emocional

- Bienestar mental.
- Vitalidad.

*Skindex Questionnaire*²⁵⁻²⁸

El Skindex Questionnaire de Chren y cols. es un cuestionario autoadministrado que fue diseñado para conocer el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida de los pacientes. Ha sido construido para diferenciar tanto transversalmente entre pacientes como longitudinalmente intrapacientes.

La versión original está formada por 61 ítems y requiere unos quince minutos para ser contestada. Los autores detectaron que muchos pacientes respondían de la misma manera a varios ítems, lo que limitaba su capacidad de discriminación. Por otra parte, no todas las escalas eran sensibles al cambio clínico. Por tanto, los autores elaboraron una nueva versión²⁸ a fin de reducir el tiempo de administración, e incrementar su poder de discriminación y la capacidad de evaluación longitudinal. La nueva versión contiene 29 ítems y puede ser respondida en cinco minutos. Los ítems de la versión original del Skindex se agrupan en ocho subescalas que evalúan efectos cognitivos, efectos sociales, limitaciones físicas, malestar físico, depresión, miedo, vergüenza e ira. La versión revisada agrupa los 29 ítems en tres áreas generales: emociones, síntomas y capacidad de funcionamiento, ya que durante el proceso

de revisión se constató que los pacientes no diferenciaban entre las distintas emociones negativas (p.ej. miedo o ira) ni entre las distintas limitaciones (p.ej. físicas o sociales) que conllevaban las enfermedades dermatológicas. La puntuación se obtiene por transformación de todas sus respuestas en una escala lineal de 100, con extremos de 0 (nunca) a 100 (siempre).

1. Psoriasis Life Stress Inventory²⁹: evalúa las alteraciones emocionales resultantes de anticipar las reacciones ajenas frente a la psoriasis.
2. Psoriasis Disability Index³⁰: evalúa las limitaciones que conlleva la psoriasis en el ámbito laboral, en las relaciones sociales y en las actividades de ocio.

Los hallazgos más relevantes en este campo muestran que los efectos negativos de la psoriasis sobre la calidad de vida se producen sobre todo en aquellos pacientes que padecen el subtipo de psoriasis más relacionado con el estrés. Los pacientes con alteraciones emocionales secundarias a la anticipación de reacciones negativas de los demás presentan puntuaciones más bajas en los instrumentos genéricos que evalúan salud mental y se perciben como más limitados. Sorprendentemente, ni la gravedad o la duración de la psoriasis, ni el tipo de tratamiento efectuado (tópico o sistémico) parecen afectar significativamente a las puntuaciones obtenidas en calidad de vida³¹. Otros estudios encuentran una elevada incidencia de preocupaciones por la salud, sintomatología depresiva e incremento de la atención y la vigilancia centrada en uno mismo³², así como de acusados sentimientos de estigmatización³³. Tal parece que los efectos negativos de la psoriasis sobre la calidad de vida de los pacientes que la padecen está muy relacionada con la evitación de situaciones sociales, incluidas las que podrían ser beneficiosas para la enfermedad (como ir a la playa). A su vez, estas conductas de evitación dependen en gran medida de la anticipación de reacciones negativas por parte de los demás (p.ej. el temor al rechazo ajeno derivado de la creencia de que la psoriasis puede ser contagiosa)³¹.

Los resultados de estos estudios sugieren que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes que padecen una psoriasis requiere una evaluación precisa y minuciosa del temor a las reacciones ajenas que posibilite la planificación de una intervención efectiva.

Dermatology Life Quality Index

El Dermatology Life Quality Index desarrollado por Finlay y cols. en 1994 pretende ser un instrumento específico de calidad de vida para pacientes con diferentes afecciones dermatológicas.

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems. Las dimensiones de salud incluidas son: síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo/estudio, relaciones interpersonales y tratamiento. La puntuación final se obtiene

El enfermo tratado por el psiquiatra con litio probablemente sufra una depresión bipolar mayor. Los dermatólogos no debemos prescribir este medicamento, porque tampoco nos corresponde el paciente para el que está indicado. Estos enfermos, cuando los vemos nosotros, ya están siendo tratados por un psiquiatra.

Trastornos depresivos bipolares tal como los explican los libros de psiquiatría no los suelen presentar los enfermos deprimidos que descubrimos en nuestras consultas dermatológicas. Los procesos depresivos que visita el médico no psiquiatra suelen ser depresiones enmascaradas, también llamadas “equivalentes depresivos” (el enfermo no se siente triste).

mediante la suma de puntuación de cada ítem (de 0 a 3) y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). La puntuación final también puede representarse como el porcentaje de impacto de la afección dermatológica en la calidad de vida del paciente.^{34,35}.

2.4 PACIENTES QUE CONSULTAN AL PSIQUIATRA Y ENFERMOS CON TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE ACUDEN AL DERMATÓLOGO

F. Grimalt

¿Existen diferencias entre los enfermos con alteraciones psiquiátricas que visitan los psiquiatras y los enfermos en los que se descubren alteraciones psiquiátricas que acuden a consultar con a) médicos de atención primaria y b) otros especialistas no psiquiatras, como los dermatólogos?

Sí las hay, hasta el punto de que puede llegar a parecer que son enfermos diferentes. Son diferentes en los trastornos, en la gravedad y en el momento evolutivo de los mismos.

La diferencia fundamental entre unos y otros es que al psiquiatra acuden los pacientes que, porque se sienten enfermos en su esfera psíquica, consultan con él consciente y voluntariamente. Hay que tener en cuenta que, al menos en nuestros ambientes, ninguna otra especialidad médica comporta para los pacientes el estigma que las enfermedades mentales tienen para los individuos que no se consideran ellos mismos psiquiátricamente enfermos.

Cuando un dermatólogo decide que uno de sus enfermos necesita consultar con otro especialista no psiquiatra, cabe pensar si el paciente seguirá esta recomendación, o no, pero se acepta que no se ofenderá por ello. Muy al contrario, en cambio, sucede con el enfermo dermatológico con una alteración psicológica o alteración psicodermatológica que, porque se siente enfermo de la piel, espera que sea el dermatólogo quien le cure de ella. Si este paciente se hubiera sentido psiquiátricamente enfermo, hubiera acudido espontáneamente al psiquiatra. Si el dermatólogo consultado decidiera transferir el enfermo al psiquiatra, atendiendo a la naturaleza real del mal pretendidamente cutáneo por el que el paciente le consulta, éste protestaría por el intento de transferencia, no acudiría y perdería la confianza en el dermatólogo, que, según él, tan mal le habría comprendido, quedando como enfermo perdido, sin psiquiatra y sin dermatólogo.

La diferenciación de enfermos presentada es el resultado consecuente de la comprobación de una serie de observaciones clínicas. ¿Cuáles son?

1. Deanxit ® / Dorken ®. El primero de estos dos nombres comerciales de psicofármacos contiene fluopentixol 0,5 + melitracen 10 mg (y está comercializado en bastantes países europeos). El segundo contiene clorazepato dipotásico. Este último se encuentra en el mercado farmacéutico en las presentaciones de comprimidos, que se pueden partir, de 5, 10 y 25 mg, y del preparado de otro laboratorio, presentado en cápsulas de 5, 10 y 15 mg, cápsulas, y en comprimidos de 50 mg. He aprendido de amigos psiquiatras del Hospital Clínic de Barcelona, en minutos, mucho más que de la lectura de libros de psiquiatría. Había estado yo recetando a mis pacientes, como ansiolítico, Deanxit con éxito. Me aconsejaron que evitara su uso y que en su lugar recetara clorazepato. Así lo hice, pero muy pronto tuve que comprobar que el clorazepato causaba somnolencia excesiva a mis pacientes, incluso a dosis mínimas de medio comprimido de 5 mg. En cambio, estos mismos pacientes se beneficiaban, y toleraban sin somnolencia, la mezcla flupentixol-melitracen. Este fue el primer hecho clínico que me llevó a preguntar si, aceptando que sobre un tema tan concreto no cabía duda de que pudieran equivocarse diferentes psiquiatras consultados, las diferencias tenían que estar en los enfermos y no en los medicamentos.
2. En mis primeros contactos con estos colegas psiquiatras me sorprendió la facilidad con que consideraban como «dosis placebo» las dosis de ansiolíticos reducidas que he tenido que aprender a emplear en mis pacientes para evitarles somnolencia. Tuve que aceptar que mis pacientes son diferentes de los que acuden a ellos. Los míos son ansiosos en grado de menor intensidad.
3. Después de haber interrogado a varios centenares de enfermos con preguntas de orden psiquiátrico, me resulta fácil constatar que los pacientes de psiquiatras, en ejemplos prácticos que exponen en algunas de sus publicaciones, sufren procesos mucho más graves.
4. No es infrecuente que en el curso de un interrogatorio psiquiátrico a un enfermo que nos consulta a nosotros en un momento determinado reconozca él el valor de alguna pregunta y nos advierta que, «si nosotros andamos buscando si está deprimido o no, que sepamos que no lo está, que él ya sabe lo que es una depresión, que hace unos meses fue dado de alta por el psiquiatra por curación de una de ellas». En realidad se trata del mismo trastorno depresivo, que ha recidivado sin tristeza, en una forma enmascarada y, en este caso, somatizadora en la piel. Porque le falta el característico síntoma de tristeza, el enfermo no la reconoce como depresión. Es el mismo trastorno, pero en una fase evolutiva diferente. Aunque en estos casos resulta fácil explicar y convencer al paciente de la necesidad de reinstaurar el mismo tratamiento que suprimió el psiquiatra, de entrada no acepta estar deprimido. Es lógico, porque si se sintiera triste, no habría acudido a nosotros, sino al psiquiatra, o habrían reinstaurado espontáneamente su tratamiento.

Un psiquiatra con despacho cercano al mío suele resolver los problemas de los pacientes que le he transferido. En la II Reunión de la Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría (AEDyP) comunicó que los resultados terapéuticos obtenidos en estos enfermos eran mejores que los que suele obtener en los pacientes que acuden a él espontáneamente. Me pregunto si este hecho es otro argumento más a favor de que los pacientes con trastornos psicológicos que descubrimos los dermatólogos, y los pacientes que acuden espontáneamente al psiquiatra porque se sienten psiquiátricamente enfermos, son enfermos con marcadas diferencias. Los nuestros lo son en grado menor.

Al paciente dermatológico en el que la razón oculta por la que acude es depresión, que él no reconoce, o ansiedad, y que es tratado con una medicación de tipo psicológico-psiquiátrico, le va a proporcionar mejor calidad de vida la mejora del estado anímico que la solución del problema cutáneo.

5. Los psiquiatras advierten que algunos pacientes con trastorno depresivo grave pueden aprovechar el aumento de ánimo que les proporciona un tratamiento efectivo para suicidarse, la idea que venían contemplando desde hacía un tiempo. Nuestros enfermos no suelen suicidarse. A menos que la gravedad de su proceso depresivo sea tan alta como para que previamente hayan sentido la necesidad de acudir al psiquiatra. Pero debo hacer notar que, confrontado a esta experiencia mía, está el ya devenido clásico artículo de J. A. Cotterill y W. J. Cunliffe *Suicide in dermatological patients*² que refiere el suicidio de 16 pacientes atendidos por dos dermatólogos de la misma ciudad de Leeds. Estos autores distinguen 4 grupos de pacientes en los que el peligro es más frecuente: 1, los que sufren dismorfofobia, 2, los enfermos con acné, 3, los afectos de dermatosis de larga duración y debilitantes, como esclerosis sistémica o psoriasis grave, y 4, los que ya sufrían alteraciones psiquiátricas graves y que consultan con nosotros a causa de una dermatosis. Exponen una corta historia clínica de 9 de sus 16 pacientes. En 5 de ellos se describen largas alteraciones psiquiátricas previas. En los pacientes 5 y 10, la historia no es suficientemente explícita. El caso 7 era el de una paciente que se quejaba de excesiva rojez y quemazón de su cara, que se suicidó al descubrir que su marido mantenía relaciones extraconyugales, y el caso 9, un psoriático grave, de 71 años, viudo reciente, que lo cometió cuando un efectivo tratamiento oral con hidroxurea convirtió en innecesarios los cuidados diarios de las enfermeras de un hospital de día antipsoriático, que se habían quejado de sus excesivas demandas de atenciones. Estos dos casos, 7 y 9, quizá pueden ser considerados como casos sin historial psiquiátrico previo. A remarcar el caso referido de un acné sin respuesta a la isotretinoína, que se suicidó al cuarto mes de tratamiento con este retinoide.
6. G. W. Brown en 1991¹ etiquetó como «reacciones de distrés transitorias» la mayoría de las alteraciones psiquiátricas que diagnostican los médicos de atención primaria. Y cabe advertir que ellos pueden ver enfermos psiquiátricos de grado más intenso que los que solemos ver los especialistas no psiquiatras. De la afirmación de este autor se deduce la cuestión: ¿debe el dermatólogo tratar con psicofármacos todas las alteraciones de ánimo que descubre? Posiblemente, muchos trastornos se beneficiarían con sólo exponer al paciente el proceso psicológico que los ha formado. Bastaría un ansiolítico en muchos de los casos en que, además, se receta un antidepresivo. O unos «tónicos» o «reconstituyentes» en lugar de un antidepresivo.

En resumen, la mayor diferencia entre los pacientes que consultan con el dermatólogo y los que consultan con el psiquiatra es la conscienciación de estos últimos de que necesitan al psiquiatra. La mayoría de los pacientes con alteraciones psiquiátricas descubiertas por los dermatólogos y los pacientes que atienden los

psiquiatras pueden ser los mismos, pero están en un estadio evolutivo diferente (trastorno depresivo previo que ha evolucionado a depresión enmascarada), o sufren un trastorno psiquiátrico de intensidad moderada o leve. Se puede considerar que cada una de las dos especialidades tiene sus propios pacientes con alteraciones psiquiátricas. El dermatólogo perceptivo con las alteraciones psiquiátricas de sus pacientes tiene que tratarlas con conocimientos de psiquiatría, pero no debe actuar como un psiquiatra de segunda clase, porque los pacientes son diferentes y deben ser tratados de manera diferente.

No existen pacientes en los que el interrogatorio resulte "imposible". En todo caso, difícil. Éstos obligan a un mayor esfuerzo por parte del dermatólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Whitlock FA: Psychophysiological Aspects of Skin Disease. W.B. Saunders, London. 1976.
2. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JF: Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143:51-4.
3. Lebwohl M, Mei-Heng T: Psoriasis y stress. *Lancet* 1998; 351(9096):82.
4. Wessely SC, Lewis GH: The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; 155:686-91.
5. Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M y cols. Psychiatric morbidity among dermatology in patients. *Natl Med J India* 1996; 9:208-10.
6. Cotterill JA, Cunliffe WJ: Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137:246-50.
7. Phillips KA: Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs* 1995; 3:30-40.
8. Cotterill JA: Dermatologic non-disease. *Br J Dermatol* 1981; 104:611-19.
9. Humphreys F, Humphreys MS: Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *Br J Dermatol* 1998; 139:679-681.
10. Wolpe J, Lazarus A: *Behavior Therapy Techniques*. Oxford:Pergamon 1966.
- 10b. Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J: Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986; 16:135-40.
11. Cautela JR: *Behavior Analysis forms for clinical intervention*. Champiang: Research Press 1977.
12. Goldberg D, Cooper B, Eastwood MR y cols.: A standarized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970; 24: 18-23
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer, Bilbao. 1983.
14. Lewinsohn PM: *The Unpleasant events schedule: A scale for the measurement of aversive events*. University of Oregon, Eugene 1975.
15. Peri JM, Gutiérrez F: Abordaje Psicológico. En: Rojo JE, Cirera E (eds.): *Interconsulta Psiquiátrica*. Masson S.A. Barcelona. 1997.
16. Barsky AJ, Wyshack G: Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 404-9.
17. Pilowsky I: Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 89-93.
18. McKenna KE, Stern RS: The outcomes movement and new measures of the severity of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:534-8.
19. Motley RJ, Finlay AY: Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin Exp Dermatol* 1992; 17:1-3.
20. Shuster S, Fisher GH, Harris E, Binnell D: The effect of skin disease on self image. *Br J Dermatol* 1978; 99: 18-9.

21. Medansky RS, Handler RM, Medansky DL: Self-evaluation of acne and emotion: a pilot study. *Psychosomatics* 1981; 22:379-83.
22. Koo JY, Smith LI: Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol* 1985; 8:185-8.
23. Anderson RT, Rajagopalan R: Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37(1): 41-50.
24. Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-Item Short-form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
25. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ: Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996; 107:707-713.
26. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Covinsky KE: Convergent and discriminant validity of a generic and a disease-specific instrument to measure quality of life in patients with skin disease. *J Invest Dermatol* 1997; 108: 103-107.
27. Chren MM, Lasek RJ: Skindex 1.1: reliability, validity and responsiveness of a refined instrument to measure the effects of skin disease on quality of life. *J Invest Dermatol* 1997; 108:366.
28. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ: Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1433-40.
29. Fortune DG, Main CJ, OSullivan TM, Griffiths CEM: Assessing illness-related stress in psoriasis, the psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *J Psychosom Res* 1997; 42:467-75.
30. Finlay AY, Khan GK, Luscombe D, Salek MS: Validation of sickness impact profile and profile disability index in psoriasis. *Br J Dermatol* 1990; 123: 751-56.
31. Fortune DG, Main CJ, OSullivan TM: Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997; 137: 755-60.
32. Savin JA: Patient's beliefs about psoriasis. *Trans St John's Hosp Dermatol Soc* 1970; 56: 139.
33. Ginsburg IH, Link BG: Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993; 32:587.
34. Finlay AY, Khan GK: Dermatology Life Quality Index(DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210-216.
35. De Tiedra AG, Mercadal J, Badia X, y cols.: A method to select an instrument for measurement of HR-QoL for cross-cultural adaptation applied to dermatology. *Pharmacoeconomics* 1998; 14: 405-422.

ANSIEDAD, ESTADOS FÓBICOS Y TRASTORNOS OBSESIVOS-COMPULSIVOS

M. Musalek y B. Hobl

FENOMENOLOGÍA Y DEFINICIÓN

La ansiedad es un fenómeno ubicuo que experimentan todos los seres humanos de una u otra forma. Sin embargo, es difícil encontrar una definición común aceptada. El término ansiedad procede de la palabra griega *anxietas*, que significa “mente con problemas”. Este término se utiliza habitualmente para describir aquella sensación subjetiva de aprehensión, terror o malos presentimientos, que puede variar desde una preocupación excesiva por el presente o por el futuro hasta sentimientos de pánico, acompañada por varios signos y síntomas autónomos (Ayd, 1995). No obstante, algunos autores distinguen entre miedo y ansiedad, siendo el miedo aquella reacción emocional ante un estímulo determinado, mientras que la ansiedad se refiere especialmente a la sensación subjetiva de una mente con problemas en ausencia de un estímulo observable. En la práctica clínica, habitualmente se pasa por alto la distinción entre ambos términos.

La ansiedad como tal no es un fenómeno patológico, es un requisito indispensable para sobrevivir. Dependiendo de la relación existente entre el estímulo y la ansiedad, podemos distinguir entre ansiedades “normales” y “patológicas”. Si la reacción parece adecuada al estímulo, se considera un fenómeno psicológico normal, pero si parece exagerada en cuanto a su ocurrencia e intensidad, se puede diagnosticar como un fenómeno patológico. En ocasiones, podemos distinguir entre los estados de ansiedad racional e irracional, dependiendo de la naturaleza de la reacción y de su interpretación, representando la forma más habitual de diagnóstico de trastorno de ansiedad fuera de la práctica psiquiátrica.

Los médicos no especializados en psiquiatría tienden, en ocasiones, a diagnosticar el trastorno de ansiedad si la naturaleza de la reacción ansiosa no les parece comprensible. El problema que se plantea con este tipo de procedimiento de diagnóstico diferencial es que se tomará la decisión en la medida en que una reacción se considere apropiada o inapropiada. Los médicos que presentan ellos mismos un mayor grado de ansiedad pueden infravalorar el grado de ansiedad del enfermo, mientras que aquellos que presentan un grado menor de ansiedad tienden a diagnosticar con mayor facilidad la ansiedad patológica de sus pacientes. Este discurrir

Ansiedad y estado depresivo son dos entidades que a menudo cursan asociadas.



Úlceras en sacabocados autoprovocadas (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 32 años. Lesiones en diferentes periodos de evolución. No acepta explicar con qué se las hace, pero pide ayuda en su compulsión a provocárselas. Acepta en seguida ser transferida al psiquiatra.

En enfermos en los que se observe tendencia a la fobia, el medicamento de elección es la clomipramina. Los inhibidores de la recaptación de serotonina (sertralina, flavoxamina, fluoxetina, paroxetina, etc.) también tienen esta acción, cuando se usan a altas dosis. Los dos tipos de medicamentos tienden a ser recetados conjuntamente.

continuo entre la ansiedad normal y patológica presenta un problema diagnóstico, en particular en los casos límite.

En consecuencia, la forma más apropiada de distinguir entre la ansiedad normal y la patológica es centrarse más en el efecto de los estados de ansiedad, que en su origen. La ansiedad intensa causa una pérdida de libertad (Freiheitsgrade), de manera que una mayor intensidad de la ansiedad junto a una menor capacidad de adaptarse al mecanismo provocará una mayor pérdida de la libertad.

A su vez, la pérdida de libertad significa que el paciente pierde su autocontrol y se sumerge cada vez más profundamente en estados de ansiedad emocional, siendo incapaz de centrarse en otra cosa que no sea la ansiedad, que va agravando el estado patológico.

OCURRENCIA

Según los estudios epidemiológicos publicados sobre trastornos psiquiátricos en atención primaria, se describe que los trastornos de ansiedad se encuentran entre los más habituales de todos los diagnósticos psiquiátricos en la comunidad (Barret y cols., 1988; Kessler y cols., 1994). Aproximadamente, una cuarta parte de la población padece trastornos de ansiedad en algún momento de su vida (Nisenson y cols., 1998), siendo la frecuencia doble en las mujeres que en los varones. La prevalencia es mayor en aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 45 y los 64 años, casi el doble que en el grupo de edad más joven y es 6 veces menor en los casos de 65 años o más (Barrett y cols., 1988). Pero los trastornos de ansiedad también se presentan en poblaciones ancianas y, a menudo, se diagnostican erróneamente como demencia, lo cual tiene enormes consecuencias sobre el resultado del tratamiento: mientras que la demencia aún no tiene tratamiento, los trastornos de ansiedad se pueden tratar bastante bien.

La ansiedad es un fenómeno patológico que se puede presentar como una alteración independiente o como un síntoma dentro de cualquier trastorno psiquiátrico (como una



Prurito biopsiante sobre eccema anal por eccema seborreico de pliegues o psoriasis eccematosa de Epstein y Maibach. Refiere otros "escaldados" previos, pero nunca antes con los paroxismos de prurito de este brote. Varón de 38 años, ansioso, gerente de una empresa que debe cambiar de ubicación.

psicosis orgánica, trastornos maniaco-depresivos, esquizofrenia o trastornos de la personalidad). La ansiedad se puede encontrar como un síntoma y como una alteración asociada. En este sentido, es frecuente su presencia como alteración asociada en pacientes con otro cuadro somático o mental. En particular, está íntimamente relacionada con los estados y trastornos depresivos (Nisenson *y cols.*, 1998). Con frecuencia, la sintomatología ansiosa es el signo patológico prominente que oscurece el trastorno depresivo subyacente. Con cierta frecuencia sucede que la depresión escapa a la observación de un médico que no sea psiquiatra. Como las depresiones se deben considerar como una alteración premonitoria que puede culminar en suicidio, es necesario estudiar cuidadosamente la posibilidad de un trastorno depresivo subyacente o asociado con el trastorno de ansiedad.

Cuando revisamos la literatura dermatológica sobre los trastornos de ansiedad, encontramos muy pocos datos epidemiológicos. La mayoría de los estudios sólo investigan la ansiedad en diagnósticos dermatológicos específicos (Hashiro y Okumura, 1997; Ginsburg *y cols.*, 1993). Como los resultados de tales estudios con frecuencia son contradictorios (por ejemplo, consultar Hashiro y Okumura y Ginsburg *y cols.*), todavía están sin responder las preguntas que relacionan las alteraciones psicodermatológicas y los trastornos de ansiedad, ya que no disponemos de estudios epidemiológicos de alta calidad realizados en pacientes dermatológicos o psicodermatológicos. A pesar de que sabemos muy poco sobre la frecuencia de los trastornos de ansiedad en este tipo de pacientes, es bastante evidente que la ansiedad desempeña un papel importante en la evolución de este tipo de cuadros, en los que puede actuar



Prurigo-acné excoriado. Mujer de 35 años. Advierte que tuvo acné hasta los 25 años. En aquel entonces, su madre la regañaba porque se lo tocaba. Hace dos meses, coincidiendo con el abandono de un anticonceptivo oral a base de ciproterona, aparecen finas pústulas en escote. Advierte que ahora la regaña el esposo. El interrogatorio psicológico descubre tendencias compulsivas. Bulimia nocturna a los 17 años.

como factor predisponente, desencadenante o de mantenimiento (Musalek *y cols.*, 2000), pero también puede ser el resultado del propio trastorno dermatológico. Es frecuente que la ansiedad provoque un deterioro considerablemente mayor en el paciente que el que produce el propio trastorno dermatológico. En consecuencia, es de gran importancia diagnosticar con precisión los trastornos de ansiedad para evitar y tratar eficazmente el deterioro de los pacientes.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

La psiquiatría clásica solía distinguir entre la ansiedad exógena (o reactiva) y la ansiedad endógena. Se pensaba que la ansiedad exógena



Prurigo. Antebrazo, mujer de 27 años. La naturaleza psicodermatológica de la alteración obliga a practicar un interrogatorio que permite descubrir un estado de ansiedad relacionado con un matrimonio poco afortunado en el que los dos están considerando una separación.

Existe el paciente que coquetea con sus estados leves de ansiedad y depresión. Sin poderlo etiquetar como ansioso y/o deprimido, cuida y juguetea con sus mal controlados impulsos, y en realidad sólo le interesa librarse de los aspectos de su mal que le resultan más desagradables, pero todo ello sólo hasta el punto de que un cambio global de actitud no le eche a perder su juego. Nosotros debemos procurar dejar de tratar a un paciente de estas características, para que lo trate un psiquiatra.



Tricotilomanía. Afeitado parcial del pecho a los 33 años “por motivos estéticos”, con resultado de pseudofoliculitis por depilación. Está bajo tratamiento con fluoxetina recetada por el médico de atención primaria. A mí me consultó por la piel del pecho y por múltiples lesiones mínimas dermatológicas (“polisintomatología”). Cinco años más tarde consultará por unas placas de seborrasis en cara lateral del cuello, y constatará que la fluoxetina le fue cambiada por un psiquiatra, por una paranoia, por olanzopina. Aunque recientemente algunas pacientes esteticistas me advierten que abundan los clientes masculinos que acuden por depilación del tórax y de las zonas marginales de un slip de baño, y que la prensa publica que en Barcelona entre los usuarios de salones de UVA los hombres superan a las mujeres, por el momento hay que preguntarse cuántos casos de depilación extrafacial masculina pueden corresponder a dismorfofobias.

El masoquismo no se refiere exclusivamente al ámbito sexual. Existe el masoquismo de situaciones y actitudes. Cualquiera que sea la esfera en que se localicen, la gran diferencia entre el dolor autoprovocado y el espontáneo es que en este último no se sabe hasta cuándo va a durar y qué intensidad puede llegar a adquirir.

se originaba a partir de eventos que se producían en el entorno, y su origen se consideraba más psicológico que biológico, mientras que la ansiedad endógena se postulaba como consecuencia de causas biológicas, con un desarrollo predecible desde los ataques de ansiedad hasta el inicio de una agorafobia y una enfermedad depresiva (Seehan y Seehan, 1982). Además, se pueden encontrar trastornos de ansiedad mencionados bajo los epígrafes de neurosis o trastornos neuróticos. Esta asociación histórica con el concepto de neurosis no se ha mantenido como un principio mayor de clasificación en los sistemas de mayor influencia actual, el DSM-IV (Sociedad Americana de Psiquiatría, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1993).

Según los criterios diagnósticos de la CIE-10, los trastornos de ansiedad se clasifican en la sección de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (CIE-10, F40-48). Esta sección incluye dos clases diagnósticas de trastornos de ansiedad: “Trastornos de ansiedad fóbica” (F40) y “Otros trastornos de ansiedad” (F41). Además, la sección de la CIE-10 también incluye “Trastornos obsesivo-compulsivos” (F42), “Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación” (F43), “Trastornos disociativos (de conversión)” (F44), “Trastornos somatomorfos” (45) y “Otros trastornos neuróticos” (F48).

Trastornos de ansiedad fóbica

Los trastornos de ansiedad fóbica (CIE-10, F40) se definen como aquellos trastornos caracterizados por la aparición de una ansiedad despertada únicamente ante determinados objetos o situaciones bien definidos que, en realidad, no son peligrosos. Los pacientes que presentan fobias habitualmente evitan estos objetos o situaciones, o, si acaso, se enfrentan a ellos con temor, y la ansiedad no se alivia por saber que las demás personas no consideran que la situación en cuestión sea una amenaza peligrosa. La clase diagnóstica de los trastornos fóbicos en la CIE-



Tricotilomanía. Chica de 14 años, madre abogado, padre médico inmunólogo en un centro de investigación, coincidiendo con un cambio de colegio que no aceptaba, en el primer año suspendió 8 asignaturas. Dos meses después del cambio de colegio, fallecimiento súbito del abuelo conviviente en casa. La trae a consulta la abuela, deprimida y que se apoya excesivamente en su dolor. La niña fue llevada a un psicólogo conductista que le diagnosticó un trastorno de ansiedad, pero ella no aceptó las técnicas de relajación que se le recomendaron.

10 incluye las subclases “Agorafobia” (definida con un significado más amplio, que incluye los miedos no sólo a los espacios abiertos, sino también todos los aspectos relacionados, como es la presencia de multitudes y la dificultad de escapar inmediatamente o de buscar un lugar seguro), “Fobias sociales” (definidas como el miedo a ser observado por las demás personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño, originando la evitación de situaciones sociales) y “Fobias específicas” (fobias limitadas a situaciones muy específicas, como la proximidad a determinados animales, las alturas, los truenos, la oscuridad, viajar en avión, espacios cerrados, utilizar los aseos públicos, comer ciertos alimentos, ir al dentista, la visión de la sangre y heridas o el miedo a la exposición a enfermedades concretas). Todos los demás estados fóbicos que no encajen en esos tres grupos, se atribuirán al resto de categorías “Otros trastornos de ansiedad fóbica” y “Trastornos de ansiedad fóbica sin especificar”. La mayoría de los trastornos fóbicos que no pertenecen al grupo de fobias sociales son más frecuentes en las mujeres que los varones. La ansiedad fóbica coexiste, a menudo, con la depresión.



Neurodermitis del cuero cabelludo. Mujer de 56 años. Pintora. Dentro de tres semanas inaugura una nueva exposición. Debido a que el rascado en el cuero cabelludo no suele ser intenso porque pronto aparece el dolor, esta imagen clínica es poco frecuente, y queda contrapuesta al gran número de pacientes que se quejan con vehemencia de prurito del cuero cabelludo sin lesiones.

Otros trastornos de ansiedad

En el apartado “Otros trastornos de ansiedad” (F41) de la CIE-10 se incluyen aquellos trastornos en los cuales las manifestaciones de ansiedad constituyen el síntoma principal y la ocurrencia de la ansiedad no se limita a una situación particular del entorno. También pueden encontrarse síntomas depresivos y obsesivos e, incluso, algunos elementos de ansiedad fóbica, siempre que sean claramente secundarios o menos graves.



Dermatitis artefacta de la cara. Lesiones lineares, simétricas.

En este apartado encontramos los “Trastornos de pánico” (con la característica esencial de presentarse como ataques recurrentes de ansiedad grave que no se limitan a una situación o un cúmulo de circunstancias en particular), “Trastornos de ansiedad generalizada” (que se caracterizan por una sensación de “angustia libre flotante”, una ansiedad generalizada y persistente, pero que no se limita a una circunstancia ambiental en particular o, incluso, que predomine en ellas) y “Trastornos mixtos ansioso-depresivos” (una categoría que se debería utilizar cuando se encuentran síntomas de ansiedad y depresión simultáneamente, pero que nin-

Para según qué pacientes, tomar un solo café al día puede resultar un consumo excesivo.

El ardor y el dolor de las plantas de los pies obligan a descartar el pinzamiento del nervio tibial en el túnel tarsal, y una neuropatía periférica, pero resulta muy sugestivo de estado psíquico alterado.



Estado obsesivo proyectado sobre pápulas perladas del pene. Chico de 22 años. Contacto sexual no protegido 15 días antes. "Le ha aparecido esto". Le aseguro sobre la naturaleza benigna de sus pápulas, que las ha tenido siempre, y que es normal. Vuelve el día siguiente, sin hora convenida, "que lo tiene peor". Quejas vehementes, desproporcionadas, no escucha, no atiende. Interrogatorio psiquiátrico: tendencia obsesiva. Intento explicárselo de nuevo. Vuelve, sin hora convenida, tres días más tarde, "que no se le cura". Le receto clomipramina y fluvoxamina

Dentro de la expresión cutánea de la patología obsesiva figuran, pérdida de cabello, fealdad facial (que puede limitarse a una determinada verruga seboreica o a un nevus melanocítico maduro, etc.), miedo a enfermedades de transmisión sexual o a cualquier otra infección, cáncer de piel, infestación, cicatrices de acné, sida, etc.

guno de ellos, cuando se valoran por separado, son suficientemente graves como para justificar el diagnóstico). Todos los demás casos de ansiedad se atribuirán al resto de categorías, "Otros trastornos mixtos de ansiedad", "Otros trastornos de ansiedad especificados" o "Trastornos de ansiedad sin especificar".

Trastornos obsesivo-compulsivos

La característica esencial de los trastornos obsesivo-compulsivos (F42) es la presencia de pensamientos recurrentes obsesivos o de actos compulsivos. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que entran una y otra vez en la mente del sujeto de forma estereotipada. Casi invariablemente provocan una gran angustia en la persona que los padece, que a menudo intenta, sin éxito, resistirse a ellos. En cualquier caso, se reconocen como pensamientos propios del individuo.

Los actos o rituales compulsivos son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez. La persona que los padece los contempla como un procedimiento que evitará algún evento objetivamente no deseado, incluyendo a menudo daños a su persona, incluso causados por ella misma. Las obsesiones y compulsiones se combinan con frecuencia, pero también se pueden presentar por separado. De acuerdo con la experiencia clínica, en la CIE-10 se puede distinguir entre los grupos "Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos", "Con predominio de actos compulsivos" y "Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos".

Todos los demás casos que no encajen en estos tres grupos se atribuirán al resto de categorías, "Otros trastornos obsesivo-compulsivos" y "Trastornos obsesivo-compulsivos sin especificar". La frecuencia de los trastornos obsesivo-compulsivos es igual en varones y en mujeres.

PATOGENIA

Con respecto a la patogenia de la ansiedad, nos enfrentamos a una amplia variedad de opiniones publicadas. Las hipótesis oscilan



Jefferson y Thompson han acuñado el término de rinotilexiamanía para referirse al hábito compulsivo de estirarse los pelos del septo nasal que algunos pacientes tienen. Afecta al 0,8% de los adultos de los Estados Unidos. Estos autores norteamericanos han referido que algunos pacientes sufren esta modalidad de tricotilomanía. La mayor parte de las veces sólo se trata de un tic, como puede ser una onicotilomanía, y carece de significado grave. Podemos observar este síntoma sólo como un hallazgo fortuito.

desde las suposiciones y las conclusiones biológicas hasta los mecanismos psicológicos y sociológicos. La investigación biológica se centra en los antecedentes somáticos y topográficos de los trastornos de ansiedad más que en su origen (Clement y Chapouthier, 1998; Charney y Deutch, 1996). Por el contrario, los estudios sociológicos demuestran la enorme influencia del entorno y, en particular, de las interacciones interpersonales en los estados de ansiedad (Schieman, 1999). El principal foco de investigación sobre la patogenia de la ansiedad se centra en las situaciones psicológicas de los estados de ansiedad (Grandin y cols., 1998). Además de las distintas interpretaciones psicoanalíticas, el denominado modelo de estrés se ha convertido en la hipótesis central que explicaría el origen de la ansiedad.

El modelo clásico de estrés se basa en la suposición de que la ansiedad solamente se presenta ante actos físicos, psicológicos o sociales que afectan a un individuo que no dispone de suficientes estrategias para adaptarse a ellos, y los factores estresantes quedarán inactivados cuando sí se disponga de los suficientes mecanismos de adaptación. Este modelo demuestra como los estímulos, los peligros y los problemas masivos conducen a una reacción de ansiedad. La mayor parte los estados de ansiedad no se originan únicamente en relación con acontecimientos graves, como, por ejemplo, accidentes terribles, enfermedades, muerte de familiares o seres queridos, etc., sino que el estado de ansiedad también se puede desencadenar por una cadena o acumulación de estímulos pequeños o moderados, incluso posiblemente relacionados con los estímulos cotidianos. En consecuencia, se plantea cómo un estímulo se convierte en un factor estresante y cómo este factor estresante puede causar un fenómeno psicopatológico particular. Un estímulo ubicuo (físico, mental o social) se convierte en un factor estresante debido a las experiencias o percepciones que actúan como sensibilizantes (ver figura 1). Hay ciertos estímulos que pueden originar una reacción de ansiedad como factores estresantes en cualquiera de nosotros. En principio, cualquier estímulo agudo o crónico de naturaleza física, psicológica o social puede convertirse un factor estresante. La variabilidad interindividual de estos estímulos es elevada, mientras que la intraindividual tiende a ser baja. Los estímulos que habitualmente toman la forma de factores estresantes y conducen a estados de ansiedad suelen tener la misma naturaleza y están íntimamente relacionados con las experiencias vitales. El deterioro de la salud física y mental también puede actuar como un factor estresante que conduce a estados de ansiedad. Los acontecimientos de significado menor, que en condiciones normales pasarían inadvertidos, pueden desencadenar síntomas de ansiedad en pacientes que presentan un deterioro de su salud física y mental. Por tanto, la depresión y los trastornos físicos y mentales consecuentes pueden con-



Dermatitis perioralis. Mujer de 58 años. Es evidente la base seboreica en los surcos nasogenianos. Múltiples tratamientos, que cambia cada 24 horas. El interrogatorio permite manifestar una discreta ansiedad en relación con la separación matrimonial de su hija.

De un 10% a un 15% de los pacientes con herpes simple genital no llegan nunca a adaptarse, y desarrollan dificultades en todas las áreas de su vida que les inducen al aislamiento (Luby y Klinge, 1985). Es posible que ello ocurra sólo en pacientes psiquiátricamente predispuestos.

Los estados obsesivos se tratan con dosis altas de ISRS y con clomipramina. Hay que tener en cuenta que esta última tiene tendencia a aumentar el peso, mientras que la fluoxetina lo suele reducir.

vertirse en un importante factor patogénico. En conclusión, se puede decir que un estímulo ubicuo se convierte en un factor estresante debido a la experiencia específica o debido a que coincide con un mal estado de salud. A su vez, el factor estresante desencadena un estado de ansiedad únicamente en ausencia de los mecanismos adecuados de adaptación.

La ansiedad conduce con frecuencia al deterioro del estado físico y mental. La pérdida progresiva de recursos convierte un estímulo ubicuo en un factor estresante, que causa o refuerza la ansiedad. Es más, la propia ansiedad en sí puede actuar directamente como un estímulo que puede convertirse en factor estresante, tal como hemos descrito anteriormente. Por tanto, se establece un círculo de refuerzo de la ansiedad, que explica no sólo la ansiedad no patológica sino también la patológica, es decir, la ansiedad que aumenta rápidamente en las crisis de pánico, estableciéndose la cronicidad de la ansiedad generalizada (ver figura 1).

Habitualmente, la ansiedad no sólo afecta al sujeto que la padece sino también a las personas de su entorno, que siempre resulta afectado. La ansiedad puede actuar por sí misma como un factor estresante en una persona (un familiar, un amigo, un compañero de trabajo, etc.) que vive en estrecho contacto con el paciente que presenta la ansiedad, o que convive con él. En caso de que esta persona no posea los adecuados mecanismos para adaptarse a los trastornos ansiosos, el estrés resultante y la sobretensión pueden retroalimentar y reforzar la sintomatología del paciente ansioso. En consecuencia, la ansiedad aumentada del paciente primario puede, a su vez, reforzar la sobretensión y el estrés de sus parientes. Este círculo de refuerzo del estrés interpersonal (ver figura 2) es un trastorno impor-

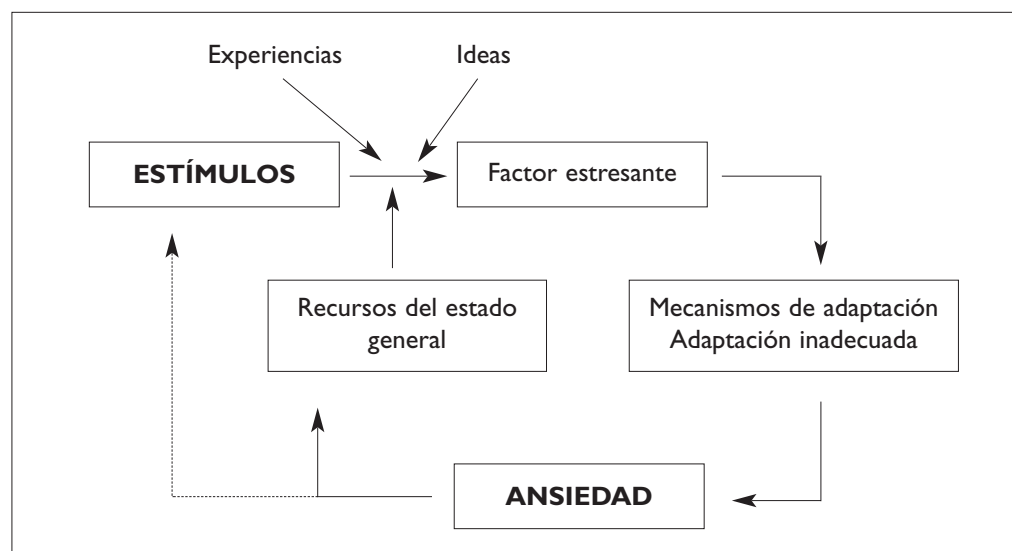


Fig. 1. Patogenia de los estados de ansiedad. Modelo integral.

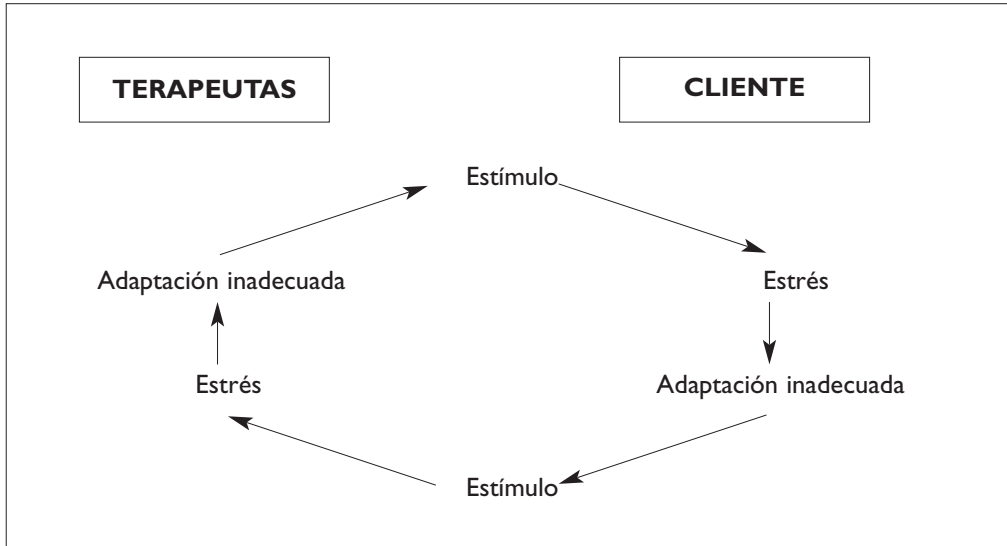


Fig. 2. Modelo de tensiones interpersonales.

tante que mantiene los trastornos de ansiedad, pero que, a menudo, se pasa por alto. En este contexto, es imperativo tener siempre en mente que los médicos y los terapeutas también forman parte del entorno próximo de un paciente con ansiedad y que, en consecuencia, pueden formar parte del círculo de refuerzo de estrés interpersonal y convertirse, a su vez, en un factor patogénico. En las figuras 1 y 2 se muestra un modelo de integración patogénica que no sólo tiene un interés psicopatológico desde el punto de vista teórico, sino que presenta una importancia práctica máxima al sentar las bases del moderno tratamiento integral de la ansiedad.

TRATAMIENTO

Son muchos los abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéuticos que se han descrito como eficaces en el tratamiento de los trastornos de la ansiedad (Michels, 1997; Uhlenhuth, 1999). Por desgracia, los resultados tan positivos obtenidos por estos grupos de investigación sobre este tema no se corresponden con el estado que refieren los pacientes a pesar del tratamiento. Muchos enfermos continúan presentando síntomas graves de ansiedad y todavía se sienten prisioneros de ésta. Como la patogenia de los estados y trastornos de ansiedad se considerará un proceso multifactorial en el que muchos factores psicológicos, físicos y sociales actúan como factores que predisponen, desencadenan y mantienen el cuadro, el tratamiento orientado a la patogenia se tiene que basar sobre un diagnóstico diferencial multidimensional. Las categorías diagnósticas que se proponen, por ejem-

La porfiria aguda intermitente puede dar lugar a estados de ansiedad y depresión. Además del clásico dolor abdominal de tipo cólico, cabe preguntar al paciente por el típico color oscuro de la orina. No existen lesiones cutáneas, porque los precursores de la porfirina no son fotosensibilizantes.

A menudo tenemos ocasión de encontrar pacientes con conductas obsesivo-compulsivas. Como sucede con todos los trastornos, no es la enfermedad, sino la gravedad de sus síntomas lo que altera la calidad de vida del paciente. Algunos compulsivos pueden llegar a tener problemas con la justicia (exhibicionismo, cleptomanía), pero éstos no los vamos a ver nosotros. En otros, la enfermedad puede manifestarse sólo por venir a consultarnos la mayor parte de las veces con carácter de urgencia.

En la clasificación de la CIE-10 no aportan suficiente información para el tratamiento de los trastornos del aumento de ansiedad y los trastornos de ansiedad. El tratamiento se puede centrar en cada uno de los componentes del círculo de refuerzo de la ansiedad. La ansiedad manifiesta puede ser el primer objetivo del tratamiento, al presentarse como un fenómeno somático. No hay duda que, en la actualidad, disponemos de muchos tranquilizantes eficaces que reducen los síntomas de ansiedad. El problema de un abordaje psicofarmacológico monoterapéutico con tranquilizantes reside en el hecho de que los factores que condicionan, desencadenan y mantienen el trastorno no se ven influidos por este tipo de tratamientos y que, en consecuencia, la ansiedad reaparece cuando disminuye el efecto del tranquilizante. Por este motivo, los pacientes con ansiedad tienden a tomar cada vez más tranquilizantes para adaptarse a su sintomatología. Esta ingesta repetida de tranquilizantes con frecuencia se convierte en el punto de partida de una drogadicción.

Para evitar este tipo de desarrollos, es necesario centrarse también en los demás componentes del ciclo de refuerzo de la ansiedad. Con los métodos psicoterapéuticos se pueden mejorar las estrategias de adaptación. Además, mediante intervenciones de psicoterapia se puede mejorar el estado mental e, incluso, hasta cierto punto, el estado físico. La elección de los métodos de psicoterapia que se utilizarán dependerá de la personalidad y preferencias del paciente, así como del objetivo terapéutico, y no tanto de la forma del trastorno de ansiedad. Un estado mental alterado, por ejemplo en forma de depresión, puede mejorar si se administra un tratamiento farmacológico con medicamentos antidepresivos. Evidentemente, el ejercicio físico en forma de actividades o de técnicas de relajación mejora el estado psicológico, pero también el estado mental. Al mejorar el estado psicológico y físico, se pueden reducir al mínimo las oportunidades de que un estímulo se conviertan en un factor estresante, lo cual también puede servir para explicar el hecho empírico de que el entrenamiento físico o el tratamiento con antidepresivos reduce la sintomatología de la ansiedad. Las intervenciones de psicoterapia también pueden impedir que un estímulo se convierta en un factor estresante, actuando sobre las experiencias e interpretaciones de las percepciones que pueden actuar como factores predisponentes y desencadenantes, para convertirse en factores estresantes. Por último, pero no por ello menos importante, debemos recordar siempre que la ansiedad no sólo afecta a la persona que la sufre. Como todos mantenemos estrechas relaciones con los que nos rodean, las relaciones interpersonales y los problemas de interacción que se presentan en los pacientes con ansiedad deben también ser objeto importante de las intervenciones psicoterapéuticas y socioterapéuticas.

Al utilizar un abordaje terapéutico integral de este tipo, se pueden obtener resultados eficaces en muchos de los pacientes dermatológicos y psicodermatológicos que presentan ansiedad. No obstante, la base indispensable para este tipo de tratamientos es reconocer y tomarse en serio la ansiedad de un paciente, incluso

si la sintomatología de ansiedad no alcanza el criterio diagnóstico de los trastornos de ansiedad que se mencionan en la clasificación de la CIE-10 o en otros sistemas de clasificación. Para desarrollar las estrategias terapéuticas integrales eficaces, únicamente serán el sufrimiento del paciente y sus circunstancias complejas quienes nos ayudarán en el diagnóstico diferencial, y no las categorías diagnósticas artificiales.

El psicofarmacólogo Joan Massana advierte que la pretendida diferenciación de los ansiolíticos en función de su vida corta, mediana y larga, es poco útil, debido a la gran variedad de respuesta a ellos por parte de los enfermos.

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DEPRESIÓN ENMASCARADA

F. Grimalt

INTRODUCCIÓN

La literatura especializada insiste en que la incidencia de los trastornos depresivos tiende a aumentar. Por tanto, cada día va a ser mayor el número de enfermos que, acudiendo a consultar al dermatólogo por una dermatosis, estarán afectados de un trastorno depresivo.

El término depresión significa “hundimiento” o “abatimiento”. Entre la tristeza (sentimiento reactivo de contenido preciso) y la depresión (dolencia clínica) existen profundas diferencias de diversos órdenes. En tanto que la *tristeza* es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad vital (desengaño amoroso, falta de renovación de un contrato laboral temporal de trabajo, pérdida de una persona querida, etc.), la *depresión* está constituida por un cuadro clínico que se inserta en el terreno de lo anormal y lo patológico. Desde un punto de vista estrictamente médico hay que diferenciar los estados depresivos de las sensaciones de infelicidad, abatimiento, desmoralización, incluso desánimo, que se presentan en el transcurso de la vida de los individuos y pertenecen a sus reacciones o estados vivenciales normales. Un dato característico importante de la depresión es la *discomunicación* o falta de sintonía con los demás, y esto resulta fácil de encontrar en nuestros pacientes dermatológicos cuando son preguntados por ello. En el cuadro depresivo por el que se acude al psiquiatra, la tristeza ocupa un lugar de menor importancia que el dolor por vivir, la incapacidad de sentir placer, el sentimiento disminuido de autoestima, la soledad. Los pacientes que acuden a nosotros no suelen sentirse tristes, a pesar de estar deprimidos.

Entre los pacientes que acuden al médico de medicina general se calcula que el 10-20% sufren trastornos depresivos como entidad primaria y algunos autores llegan a dar cifras de hasta un 40-50%. De entre los pacientes que acuden al psiquiatra, la proporción es realmente muy elevada: aproximadamente, un 50-60% son pacientes depresivos.

Trastorno depresivo enmascarado o “equivalente depresivo” es una forma de depresión que el mismo paciente no puede reconocer, porque no se siente triste. Son enfermos que tienden a somatizar sus alteraciones psiquiátricas. Si el enfermo se sintiera triste, sabría que está deprimido y acudiría al psiquiatra, no al dermatólogo. Cuando un enfermo somatiza en un área extracutánea, no acude a nosotros, sino al médico generalista o al especialista correspondiente.



Pústulas de rosácea discretamente exco-riadas y exprimidas, en una mujer de 40 años, que también presenta prurigo en la parte alta de la espalda. Insomnio de conciliación e insomnio terciario. Excesivamente cansada para el trabajo efectuado. Su marido, o está trabajando, o está en el bar con los amigos. Siempre ha sido así, pero ahora las paredes de la casa se le caen encima, desde que hace 8 meses fue despedida de su trabajo por un reajuste laboral de plantilla. Se intenta descartar un hipotiroidismo.

La discomunicación (falta de comunicación con los demás, es decir, deseo exagerado de estar solo, con pérdida de interés por las cosas de los demás) es un síntoma característico de trastorno depresivo.

LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS

Hay muchas formas clínicas de depresión. La mayor parte de las que nos corresponde ver a los dermatólogos son *estados depresivos enmascarados*. Son aquellas formas en las que el paciente no se siente fundamentalmente triste, no sabe que está deprimido y que somatiza su alteración anímica. Cuando lo hace en la piel, el enfermo se siente enfermo de ella y acude al dermatólogo. En otros casos, la dermatosis no se origina ni empeora por razones psicógenas, pero el paciente con depresión la sufre con mayor intensidad de lo que suelen hacerlo los enfermos que tienen el mismo trastorno cutáneo cuando no están deprimidos. Es misión del dermatólogo (como de cualquier otro médico especialista no psiquiatra) sospechar cuándo el enfermo que consulta por una dermatosis cualquiera está deprimido, asegurar o rechazar la sospecha de este diagnóstico y apreciar su grado e intensidad para poder proporcionar al paciente la medicación psiquiátrica antidepresiva, o unos consejos sobre la necesidad de un cambio de actitud o de respuesta circunstancial, o sobre la necesidad de dedicar mayor tiempo al descanso nocturno, etc. Todo esto, junto con el tratamiento dermatológico específico, las más de las veces complementará a éste, algunas veces curará al enfermo y siempre mejorará considerablemente la calidad psicológica de su vida.

Tanto en medicina como en dermatología, la importancia de las *depressiones enmascaradas* es muy grande. Se calcula que aproximadamente el 50% de los pacientes depresivos están afectados de esta forma de depresión enmascarada. Los pacientes están seriamente preocupados por las molestias que ellos sienten en la dermatosis por la que consultan. Estos enfermos se quejan exclusivamente de sus síntomas cutáneos (y, en ocasiones, de otros síntomas somáticos), y sólo después de un interrogatorio dirigido se descubre que están decaídos, con labilidad emotiva. Puesto que la finalidad de la visita e interrogatorio es intentar curar la dermatosis y ayudar al paciente, no es necesario confrontar al paciente con el diagnóstico de “depresión”, cuando en el curso del interrogatorio se haya llegado a la conclusión de que éste no sería aceptado, y hasta podría molestarse si le sugeriéramos que sus molestias no tienen base orgánica alguna que las justifique. Se describe que los enfermos con depresión emascarada suelen ser pacientes que desde hace meses o años vienen recorriendo los consultorios médicos en busca de solución a sus molestias somáticas, sin que los tratamientos habituales consigan suficiente resultado.

Este antecedente de consultas médicas múltiples con diferentes especialistas suele existir en los enfermos con depresión enmascarada que, por somatizaciones

consecutivas en diferentes sistemas van consultando departamentos o despachos de medicina. También es verdad que éstos consignan en su historial mayor número de intervenciones quirúrgicas que el resto de la población. En algunas de mis historias figuran consultas previas conmigo mismo, efectuadas 5-12 años antes, en las que en la actualidad puedo sospechar que ya entonces podría haber habido una participación psíquica en el motivo de la consulta. Un 25-30% o más de los pacientes que el lector va a visitar mañana, y que visita todos los días, acuden a él sólo porque están ansiosos o afectados de un proceso depresivo enmascarado. La ansiedad y la depresión existen en muchos enfermos dermatológicos, al margen de que se diagnostiquen o no.

Las molestias orgánicas más comúnmente relatadas por los pacientes con depresión enmascarada son:

- trastornos del sueño,
- fatigabilidad,
- sequedad de boca,
- disfunción sexual,
- anorexia,
- estreñimiento o diarrea,
- meteorismo,
- sudoración, especialmente nocturna,
- dolores crónicos, sobre todo musculares y articulares y
- taquicardia y sensación de angustia precordial.

El *diagnóstico diferencial* de un proceso depresivo cabe establecerlo con la ansiedad. Hay que tener en cuenta que con gran frecuencia se encuentran cuadros mixtos en los que participan a la vez un componente depresivo y un componente ansioso. En nuestros enfermos dermatológicos son mucho más frecuentes los cuadros mixtos que los casos con exclusiva ansiedad o con sólo depresión. Casi siempre una acompaña a la otra (ver capítulo 2.2).

La depresión primaria bipolar, con episodios alternantes de manía e hipomanía, tan típica de las depresiones mayores, rara vez tendremos ocasión de diagnosticarla nosotros como dermatólogos, sino es en un pariente cercano o un vecino de escalera, en ambos casos con carácter de cierta urgencia. Podemos visitar enfermos dermatológicos que están siendo tratados por un psiquiatra de una depresión bipolar. Podemos también diagnosticar depresiones enmascaradas en pacientes que refieren que hace unos meses o unos años han sido dados de alta por un psiquiatra de una depresión mayor bipolar. En este último caso, la depre-



Eccema seborreico discreto. Varón de 34 años. Llama la atención su aspecto apagado, la lentitud de sus palabras y de sus actos. Se mira la silla de la sala de exploraciones tres veces antes de sentarse en ella. En un momento determinado se refiere a su eccema diciendo que "así no se puede ir por la calle". Ante esta expresión inicio de inmediato el interrogatorio específico que consigue aclarar que recientemente ha sido rechazado en sus pretensiones sentimentales.

En algunos de los enfermos dermatológicos en los que descubrimos un proceso depresivo enmascarado, éste constituye la recidiva de una depresión bipolar mayor, tratada eficazmente hasta hace unos meses por un psiquiatra.

El paciente deprimido suele sentirse en mejores condiciones emocionales por la tarde y noche que por la mañana.

sión enmascarada suele ser una forma evolutiva posterior de la depresión bipolar mayor.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Clasificación clásica

Los psiquiatras han dividido los trastornos depresivos en tres categorías:

1. *Depresiones endógenas*. Son aquellas en las que las causas están relacionadas con el propio psiquismo del paciente, supuestamente ligadas a factores biológicos (genéticos, orgánicos).
2. *Depresiones somatógenas*. Originadas por causas orgánicas, somáticas, demostrables.
3. *Depresiones psicógenas*. Son las originadas por causas psíquicas, ambientales, estresantes, con contaminación psicosocial, etc.

Ésta es una clasificación etiológica, con tres grupos como prototipos, que en la práctica no se dan de forma tan aparentemente aislada, puesto que, por ejemplo, en toda depresión psicógena (reactiva a un conflicto psicosocial, tal como puede ser la falta de renovación de un contrato laboral) siempre hay un componente endógeno, o sea, unos factores biológicos predisponentes a tal depresión.

Clasificación actual, de orden clínico

En ella se valora la relación con otras entidades psicopatológicas, y la presencia o ausencia de signos, síntomas, severidad y tiempo de evolución que deben darse para el diagnóstico de los diferentes subtipos.

1. *Depresiones primarias*. Se consideran primarias las depresiones que no están relacionadas con ninguna otra patología médica o psicológica, o que en todo caso tienen antecedentes de trastornos afectivos. Las secundarias son las que están ligadas a otra psicopatología evidente o a una patología médica demostrable. Dentro de las depresiones primarias hay dos grandes grupos: las bipolares y las monopulares.
2. *Depresión bipolar (enfermedad maniaca depresiva) y trastornos bipolares caracteriales*. En el proceso evolutivo de la enfermedad, el paciente alterna fases depresivas con fases maníacas. En estas últimas se da una situación

de euforia, excitación y de hiperactividad. El paso de una fase a otra suele ser lento y progresivo, pero puede ser rápido, de unas pocas horas, “cíclicos rápidos”. La duración de cada fase es muy variable según los individuos, y existe la posibilidad de que entre fases el individuo tenga intervalos libres de síntomas. En enfermos en los que en cada una de estas fases los síntomas no son severos, y en los que, más que episodios de manía y de hipomanía, se trata de oscilaciones más discretas entre los dos polos y que son basadas en la personalidad del paciente, se habla de carácter o personalidad ciclotímica (“Trastorno ciclotímico”). Algún ciclotímico puede en ocasiones desarrollar una fase maniaca depresiva, pero no es frecuente.

La depresión monopolar (o unipolar) es aquella que siempre presenta sintomatología depresiva, aun en el caso de que ésta se vaya manifestando a periodos. Algunas formas de depresiones unipolares son las que tendremos ocasión de visitar los dermatólogos. Las diferencias entre éstas y las bipolares son de orden biológico y de respuesta al tratamiento. Las unipolares suelen ser de comienzo más tardío, presentan mayor tendencia a la ansiedad, los pacientes refieren mayores quejas somáticas, suelen responder a los antidepresivos tricíclicos y no mejoran con sales de litio. Las bipolares suelen tener un comienzo más precoz, en los familiares suele existir alta incidencia de manía y el efecto antidepresivo del litio es marcado.

3. *Depresiones mayores y menores.* La depresión mayor es el prototipo de la depresión, en contraposición a las menores que son aquellas que no presentan un patrón semiológico tan completo y que se alargan en el tiempo a veces de forma excesiva, confundiendo ocasionalmente con rasgos reaccionales del sujeto ante situaciones conflictivas personales o ambientales. Estas depresiones menores fueron en un tiempo denominadas depresiones “neuróticas”, y la clasificación actual (DSM III) queriendo evitar el adjetivo neurótico las denomina “trastorno distímico”. A los psiquiatras no les complace nuestro nombre clásico de “excoriaciones neuróticas”.
4. *Depresiones secundarias.* El síndrome depresivo se asocia a otras entidades como:
 - *Situaciones psicopatológicas*, como la esquizofrenia, la ansiedad, el alcoholismo y farmacodependencias. También los trastornos orgánicos cerebrales de deterioro reversible o irreversible.
 - *Alteraciones médicas*, como infecciones, enfermedades neurológicas, endocrinopatías, enfermedades metabólicas, neoplasias y dolor crónico.
5. *Depresión reactiva o situacional.* Es un término que los psiquiatras actualmente utilizan poco, porque no establece ni la gravedad ni su estructura

Algunos medicamentos son depresógenos en determinados individuos: los β -bloqueantes y otros antihipertensivos, los anticonceptivos orales, el isotretinoíno, las benzodiazepinas y la supresión de corticoides sistémicos.

En ocasiones, el médico confunde la postración propia del encamado u hospitalizado por largo tiempo, por enfermedad obstructiva crónica pulmonar y por otros estados patológicos crónicos) con estados depresivos secundarios provocados por estas enfermedades, sin tener en cuenta que estos pacientes pueden mejorar considerablemente con medicación antidepressiva.

semiológica, pero que los enfermos de la piel agradecen (“usted tiene un algo, muy poco de depresión, y no es más que una reacción a esta jubilación anticipada forzada... o a esta rotura de relaciones sentimentales que duraban desde hace 5 años... y ya se le pasará porque usted no es un depresivo constitucional”), porque les ayuda a aceptar el diagnóstico de depresión en ellos. En todo caso, y al igual que sucede con la depresión “psicótica”, el término “reactiva” es un adjetivo a aplicar a cada una de las alteraciones anteriores descritas. El término reactiva no significa de ningún modo que se trate de una depresión leve, puesto que algunas depresiones mayores también pueden aparecer como respuesta a una situación adversa.

6. *Depresión psicótica.* Con este nombre se quiere hacer constar que al cuadro depresivo se añaden signos delirantes y/o, alucinatorios (depresión y psicosis). Están diagnosticados con este término algunos de los pacientes que acuden a visitar a los dermatólogos. Junto con los antidepressivos suelen ser tratados con antipsicóticos. El cuadro delirante suele estar presidido por sentimientos de culpa y ruina.
7. *Depresión endógena.* Este término es equivalente al de “depresión (mayor) con melancolía” del DMS-III. Se refiere a las depresiones que son propias del psiquismo del individuo. Se reserva para los enfermos que presentan un humor deprimido diferente y más allá del sentimiento reactivo que se experimenta ante la muerte de un ser querido, con expresiones de depresión más intensos por la mañana que por la tarde, con despertar unas dos o más horas antes de la hora de levantarse, con deseos de seguir durmiendo y no poder conseguirlo (insomnio secundario y terciario), con excesivas manifestaciones de culpa, con anorexia o pérdida de peso y con inhibición y retardo, a veces con agitación psicomotriz. Cuando los psiquiatras encuentran estos rasgos en una depresión, utilizan a menudo el adjetivo “con características endógenas”. Esta calificación no prejuzga la imposibilidad de que en el enfermo se junten rasgos de tipo “reactivos” desencadenados por alguna situación transitoria desfavorable.
8. *Depresión involutiva o melancolía involutiva.* Se habían reservado estos términos para las depresiones que aparecen en individuos de edad que no habían sufrido antes antecedentes de depresiones previas. Son de tratamiento difícil. Hoy se consideran como depresiones mayores unipolares que aparecen en edades avanzadas y que adoptan aspectos propios de la involución, de un modo comparable a las variables clínicas de las depresiones que aparecen en los adolescentes que también están modificadas por las características propias de esta edad. Los psiquiatras admiten el carácter cronológico del término, pero lo siguen utilizando en el argot clínico.

Diagnóstico clínico de la depresión

Se establece por la anamnesis y por la sintomatología.

Anamnesis

a) Antecedentes familiares

Puede ser que el enfermo interrogado los ignore, porque las familias tienden a encubrir las enfermedades psiquiátricas. Pero los intentos de suicidio, los ingresos en centros psiquiátricos, estancias excesivas en cama, euforia exagerada pueden proporcionar orientación en el interrogatorio. Suelen existir antecedentes de depresiones mayores (unipolares o bipolares) en familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos)³. Se está reforzando la teoría de la transmisión genética. Para otros investigadores, el individuo reproduciría los modelos familiares que había vivido.

b) Antecedentes personales

Realmente son difíciles de valorar e imposibles de demostrar, por lo menos en el momento presente. Se trata de aceptar si existe una predisposición mórbida a los trastornos mentales.

Aplicado a la depresión, en algunas de ellas “menores”, tradicionalmente consideradas como neuróticas o reactivas, y sobre todo en las situaciones de gran impregnación cultural como son las “reacciones de duelo”², sí existe la impresión de que en la patología depresiva se manifiestan conductas aprendidas y patrones conductuales.

Las variables de la “constitución depresiva” serían:

- El *depresivo constitucional* sería ordenado, metódico, puntual, con tendencia a desenvolverse dentro de un hábito social limitado y a “controlar” lo que ocurre a su alrededor, reservado, pesimista, fácilmente influenciado por los acontecimientos adversos. Suelen ser personas con gran sentido moral, gran sentido del deber y de servicio. Por sus rígidas estructuras, difícilmente pueden llegar a ser grandes primeras figuras, pero son muy apreciados como colaboradores por estas últimas. En ocasiones puede llegar a hablarse de personalidad obsesiva por el orden, también denominada a veces personalidad anancástica. Un gran número de nuestros pacientes pertenecen a este grupo, y en ellos con facilidad se llega al diagnóstico de “estado depresivo”. Puede llegar a ser difícil diferenciar en ellos entre rasgos psicológicos constitucionales y enfermedad. Cuando acuden a nuestras consultas dermatológicas por cualquier problema considerado de base psicógena (neurodermitis, prurigo, etc.), hay que decidir si se les administra un antidepresivo, o es mejor exponerles una serie de medidas conductuales a introducir, o a variar, en sus

Un paciente mayor de 50 años con un herpes zóster activo necesita analgésicos, los suficientes para calmar el dolor. Debe ser advertido ya en la primera visita de que si sus molestias persisten más de unas 3 ó 4 semanas (por aparición de neuralgia postherpética) debe volver a consulta para recibir la prescripción de un antidepresivo.

A todas horas, todos los días, en todas las ciudades, son practicadas todo tipo de intervenciones quirúrgicas en pacientes en los que un cuidadoso interrogatorio psiquiátrico las habría podido evitar. No es raro que un paciente con depresión enmascarada (que no se siente triste) tenga un historial con múltiples intervenciones quirúrgicas.

Los trastornos más frecuentes que vamos a encontrar en enfermos afectos de cáncer extracutáneo, y que nos consultan por una dermatosis, es depresión asociada a angustia.

comportamientos, medidas que el enfermo nunca ha considerado que podrían ser aplicadas a ellos.

- El *hipomaniaco constitucional* sería activo, vivaz, sociable y con gran energía, en ocasiones superficial, abandonando rápidamente proyectos que había iniciado con gran entusiasmo. Suelen apreciar las relaciones sociales. Entre los amigos, conocidos y compañeros de profesión de trato frecuente del lector no será difícil que reconozca estos individuos con formas bipolares constitucionales que a veces alternan su hipomanía con episodios con tendencia a la depresión, aunque también en ocasiones pueden presentar depresiones unipolares.
- Cuando las características expresadas en el último párrafo son evolutivamente muy evidentes, con fases que se alternan en el tiempo, sin que la intensidad de sus manifestaciones llegue a limitar las actividades y la calidad de vida del sujeto, hablamos de individuos *ciclotímicos constitucionales*.

En patología franca es difícil encontrar depresión que no vaya *asociada a ansiedad*. Las estructuras premórbidas descritas, ya sean depresivas, hipomaniacas o ciclotímicas, suelen asociarse a rasgos ansiosos. No es infrecuente encontrar en los antecedentes de estos individuos crisis o ataques de pánico, ansiedad generalizada, o ciertas fobias, en especial la agorafobia, a veces mucho antes de que en ellos aparezcan características depresivas.

Sintomatología

Los estados depresivos se instauran la mayor parte de los casos en un sujeto que hasta aquel momento se había sentido bien. No forzosamente ocurre en personalidades premórbidas consideradas en los párrafos previos.

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. El paciente puede mostrar ligera apatía, descenso de su rendimiento habitual, pérdida del apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. A menudo, tales manifestaciones no son consideradas importantes por el propio paciente o sus familiares, por lo que no acuden al médico y piensan que está “pasando una mala época” sin darle mayor importancia. Otros sí acuden a la consulta médica y allí son sometidos a una exhaustiva exploración física, analítica y radiológica y, al no hallar patología orgánica que justifique su estado, son tratados con polivitamínicos, “reforzantes”, etc. Al cabo de pocos días o semanas puede aparecer el cuadro clínico completo, con lo que su diagnóstico ofrecerá pocas dudas.

Para aprender a reconocer los estados depresivos enmascarados que pueden sufrir los pacientes que acuden a nosotros por una dermatosis, es conveniente conocer la semiología de los procesos depresivos típicos que se describen aquí. No todos los signos y síntomas que se describen aparecen en todos los enfermos. Ni en los que acuden a nosotros, ni en los que, con estados depresivos más típicos, acuden al psiquiatra (ver capítulo 2.2).

1. *Tristeza, disforia, humor y estado de ánimo deprimido.* En nuestros pacientes con depresión enmascarada, la disforia está somatizada en la esfera cutánea, y no suelen sentirse tristes. Sí admiten estarlo las mujeres afectas de orodinia y glosodinia. En el interrogatorio no hay que preguntar si se sienten tristes, porque la mayoría lo negarían. Una pregunta más efectiva en ellos sería una serie de eufemismos, tales como “dentro de estos días en que dice usted que se encuentra más cansado de la cuenta, cansancio sin relación con la intensidad de trabajo realizado, ¿quizá en algún momento ha notado como si se sintiera algo así como un poco triste?” En las mujeres pueden preguntarse si en alguna ocasión ha sentido ganas de llorar, “aunque quizá no tenga motivo para hacerlo”. Es característico de los depresivos, y también se observa en los pacientes con depresión enmascarada, que el estado de ánimo suele ser mejor al anochecer y por la noche que por la mañana. La pregunta más idónea para ello es: “¿A qué hora del día se encuentra usted más en forma, por la mañana, al mediodía o por la noche?”
2. *Trastornos del sueño.* Son tan característicos del estado depresivo, que es precisamente con la pregunta sobre el descanso nocturno como se inicia mi interrogatorio dirigido para diagnosticar ansiedad y depresión (ver capítulo 2.2). El ansioso suele tener dificultades para conciliar el sueño (insomnio primario o de conciliación), mientras que lo típico del paciente deprimido es el despertar precoz, a horas más tempranas de lo habitual, con deseos de volver a dormir, y sin conseguirlo. Algunos de ellos se despiertan a las 2-4 horas después de haberlo conciliado, pasan horas en vela y volverían a dormirse sólo cuando ha llegado el momento de levantarse. En ocasiones existen pesadillas de matiz catastrófico. Los enfermos con depresiones mayores, que acuden al psiquiatra, no pueden dormir, pero pueden pasar largas horas en cama, a veces todo el día, donde se sienten más protegidos y alejados de sus problemas, algunos de ellos con hipersomnia.
3. *Trastornos del apetito.* La anorexia es típica de las depresiones mayores, con pérdida de peso, sin gusto por la comida y con indiferencia por los platos. Algunos deprimidos compulsivos pueden presentar aumento de la ingesta alimentaria. John Koo⁶ sugiere a los dermatólogos que, junto con la pregunta sobre la calidad del descanso nocturno, también se pregunte sobre el apetito, aspecto que en mis enfermos de consulta ambulatoria no encuentro tan característica.
4. *Aspecto general.* El típico aspecto preocupado y cansado, de poco humor, que ya desde el momento de entrar en el despacho puede caracterizarles como una visita desagradable, también puede aparecer en un grado discreto en los enfermos con depresión enmascarada, que son los que vemos los dermatólogos. Los que sufren una depresión mayor muestran movimientos enlentecidos, su aseo y vestuario están descuidados, y las mujeres suelen acudir sin maquillar.

El hipertiroidismo puede acompañarse de ansiedad. El hipotiroidismo puede remedar rasgos depresivos, con fatiga, anergia, desinterés por el entorno. En personas de mediana edad es aconsejable estudiar la función tiroidea antes de administrar antidepresivos. Hay que prestar atención a resultados analíticos que, aunque figuren dentro de los límites de la normalidad, sean más bien bajos o más bien altos, para poder diagnosticar estados subclínicos de hipo o de hipertiroidismo. El tratamiento específico de estas disfunciones subclínicas mejora más el estado general que los estimulantes o sedantes.

“Usted lo que tiene son muchos nervios” es una frase que puede esconder incapacidad para diagnosticar estados depresivos.

5. *Discurso*. El lenguaje y el curso del pensamiento es lento y cuantitativamente escaso. El curso del pensamiento da vueltas a los mismos temas de matiz pesimista. En depresiones mayores pueden encontrarse bloqueo del pensamiento y pérdida de meta o intención en el lenguaje (“... ahora no sé qué quería decir”). El contenido del pensamiento ofrece sentimientos de autorreproche en los deprimidos que acuden al psiquiatra.
6. *Alteraciones de la atención*. Pueden hallarse en grado mínimo en nuestros enfermos dermatológicos, y en ocasiones puede resultar oportuno preguntarlo, por cuanto una respuesta afirmativa orienta el diagnóstico. El paciente puede ser incapaz de leer el periódico, ver la televisión, terminar un programa de la misma, o mantener una conversación sobre un tema fijo. Si una receta nuestra para ellos contiene tratamiento, por ejemplo, para el eccema seborreico que los ha traído a nosotros, junto con un ansiolítico y con un antidepresivo, con sus respectivos comentarios, es típico de estos enfermos que no consiguen entenderlo: si la receta se ha confeccionado por ordenador, con los comentarios bien estructurados, alguien en casa podrá ayudarlos después. Los enfermos con depresión mayor pueden sufrir accidentes profesionales y también cierto grado de limitación de su trabajo intelectual por dificultades de concentración. La ingestión de café pueden hacerles sentir subjetivamente más animados, pero les aumenta las dificultades de concentración.
7. *Alteraciones sexuales*, como impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia. La disminución de la libido y la pérdida de interés sexual son típicas en la depresión mayor. En cambio, en pacientes varones de 25 a 55 años que me consultan por el motivo que sea, con síntomas diversos suficientes para sospechar un estado depresivo leve, y con deterioro de algunos intereses vitales, cuando les preguntaba a las esposas si el marido había “perdido las ganas de jugar”, ellas solían negarlo con un categórico movimiento de cabeza, por lo que en la actualidad ya he suprimido esta pregunta del interrogatorio.
8. *Molestias somáticas*. Las que se somatizan en la piel, tanto si se trata de las psicodermatosis reconocidas universalmente como tales, como si se somatizan sobre cualquier otra dermatosis (queratosis seborreica “que provoca un entumecimiento” de la zona en que asienta, cicatriz que sin lesiones objetivables “duele” más de lo que es lógico esperar, y siempre que exista una desproporción entre lo que el enfermo refiere y lo que el dermatólogo observa) constituyen los síntomas fundamentales de las depresiones enmascaradas de los enfermos que nos consultan. En las psicodermatosis se debe precisar el diagnóstico de ansiedad o depresión enmascarada, o de la asociación de ambas, porque el tratamiento de las mismas resulta condicionante para conseguir resolver la alteración cutánea. Cuando, en cambio, se diagnostica una dermatosis no considerada como psicocutánea, y se sospe-

cha una alteración del estado de ánimo coincidente, el tratamiento de ésta sólo suele aportar una mejoría de la calidad de vida del paciente, pero cabe advertir que, en este momento concreto de su vida, la única persona que puede conseguirlo es el dermatólogo consultado. Una verruga seborreica de la que el paciente explica sensaciones extrañas puede ser coagulada, pero los motivos psicológicos que han generado las disestesias en ella van a permanecer en el paciente si no son atendidos.

Son pacientes que desde hace meses o años vienen recorriendo los consultorios médicos en busca de solución a sus molestias somáticas, sin que los tratamientos habituales consigan ningún éxito. Tenemos que ser prudentes al valorar la sintomatología psíquica de nuestros pacientes, por cuanto una parte de ellos la niegan con firmeza y pueden llegar a sentirse ofendidos.

FACTORES DEPRESÓGENOS

Existen factores genéticos, fisiopatológicos, psicológicos y sociales depresógenos.

Los antecedentes familiares y personales (a estos últimos se les ha dado el nombre de “etiqueta psiquiátrica”, que posee un alto valor diagnóstico). La sujetos con *personalidad melancólica* de Tellenbach son los que sufren con mayor frecuencia episodios de depresión menor. La personalidad melancólica se caracteriza por: 1, exagerado afán de orden; 2, muy responsables y honestos; 3, concienzudos y escrupulosos; 4, autoexigentes e intolerantes; 5, inflexibles e inseguros; 6, trabajadores ejemplares; 7, pesimistas; 8, dependientes de los demás, y 9, influenciables.

Entre los factores fisiopatológicos, hay que citar múltiples tratamientos farmacológicos (en nuestro caso, los anticonceptivos orales son dignos de ser recordados, las curas orales de isotretinoína, algunos antihipertensivos), estados carenciales y tóxicos, el hipertiroidismo crónico, las afecciones depauperantes y el agotamiento físico. Es importante conocer los tratamientos farmacológicos susceptibles de generar ansiedad. Son múltiples, pero vale la pena citar que se han referido depresiones entre los efectos colaterales de un placebo. Los medicamentos son:

a) *Psicofármacos:*

- psicorrelajantes y ansiolíticos (benzodiazepinas),
- betabloqueantes,
- sedantes e hipnóticos (barbitúricos),
- psicoestimulantes (anfetaminas, metilfenidato (Rubifen®),
- antimorfinicos: pentasozina, naltrexona,
- antipsicóticos (perfenazina, haloperidol),
- antialcohólicos (disulfiran), y
- antimaníacos (alfametiparatiroxina).

Las molestias orgánicas más comúnmente relatadas por los pacientes con estados depresivos enmascarados son: trastornos del sueño, fatiga, sequedad de boca, disfunción sexual, anorexia, estreñimiento o diarrea, meteorismo, sudoración especialmente nocturna, dolores crónicos sobre todo musculares y articulares, taquicardia y sensación de opresión precordial. Cuando se sospecha un estado depresivo, hay que preguntar específicamente sobre cada uno de ellos, porque algunos pacientes no los refieren espontáneamente a pesar de sufrirlos.

Los estados depresivos que diagnostica el dermatólogo (y que sufren sus enfermos) suele ser depresiones enmascaradas. El paciente que refiera que fue o está siendo tratado con litio por el psiquiatra, probablemente sufre un trastorno bipolar. En algunos de ellos, una vez dados de alta por el psiquiatra, su enfermedad puede recidivar sin tristeza, ser somatizada en la piel, y entonces acudir a nosotros.

Diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión³

(Entre una y otras existen muchos cuadros mixtos)

Ansiedad	Depresión
Crisis de ansiedad (<i>panic attacks</i>) Ansiedad "situacional".	Humor depresivo.
Antecedentes infantiles y adolescentes de neuroticismo (conflictividad personal, desadaptaciones o rasgos de personalidad neurótica).	Cambios circadianos del estado de ánimo (peor por la mañana, mejor por la tarde). Ideas de suicidio. Inhibición, retardo, bloqueo psicomotor pensamiento circular; cavilaciones.
Facilidad de respuesta fisiológica periférica (vegetativa).	Disminución de apetito. Disminución de peso. Disminución de la libido.
Agorafobias (y otras fobias).	
Comienzo antes de los 30 años. Dificultad para conciliar el sueño (insomnio "primario").	Comienzo después de los 30 años. Despertar más temprano de lo habitual (insomnio "terciario")
Contenidos del sueño "angustiosos", "complicados".	Contenidos del sueño "tristes", "fúnebres" ("tonterías") o de recuerdo de personas fallecidas o de la infancia.
Carácter más "permanente" o "crítico" de la sintomatología.	Carácter más "fásico" o "curvilíneo" de la sintomatología.
Peor pronóstico a largo plazo. Mayor refractariedad.	Mejor pronóstico a largo plazo. Mayor manejabilidad.
Vivencias de incertidumbre. Proyección hacia el futuro.	Vivencias de abatimiento. Dependencia del pasado, relación con "pérdida de".

b) *Diversos medicamentos:*

- antiacneicos (isotretinoína),
- anorexígenos,
- digitálicos,
- antihipertensivos,
- colinérgicos,
- antiparkinsonianos,
- contraceptivos orales (estrógenos, progesterona),
- corticoesteroides (supresión de los mismos),
- antibióticos como la cicloserina,

- AINS,
- antitumorales,
- nutrición parenteral prolongada,
- curas de adelgazamiento, y
- diversos (el antiespástico baclofen, cimetidina).

Actualmente, los dermatólogos tratamos a niños con *mollusci contagiosi* recalcitrantes con dosis altas de cimetidina (que puede ser depresógeno) y durante un periodo de dos meses, y los estados depresivos en niños pueden pasar fácilmente inadvertidos, porque la sintomatología conductual que originan puede interpretarse como rarezas o peculiaridades propias de la infancia.

Cabe discutir si la depresión que inducen estas sustancias se generan por el tratamiento o por la enfermedad. La utilización prolongada de un cierto número de moléculas (sobre todo, píldoras anticonceptivas, benzodiazepinas, betabloqueantes, anfetaminas, anorexígenos, antihipertensores centrales) exige una predicción sobre el riesgo de contraer un estado depresivo. El abuso prolongado de estimulantes centrales de tipo anfetamínico y otros psicoestimulantes, como la cafeína, el metilfenidato y la efedrina, pueden conducir, sobre todo durante el periodo de abstinencia, a un cuadro de depresión acentuada.

Entre los factores psíquicos depresógenos más importantes, figuran la frustración crónica, el agotamiento y los sentimientos de desvalimiento e indefensión. Como factores socioculturales inductores de depresión, es frecuente encontrar la marginación familiar y social, la emigración, la pérdida de valores tradicionales, los cambios del puesto de trabajo y el fracaso laboral. Existen unos traumas psicológicos que con frecuencia preceden a la depresión. Pueden citarse la mudanza o cambio de residencia, la jubilación y el cese de una situación de tensión. También puede ser depresógeno el intento de abandonar un hábito, como dejar de fumar, o de beber, o de mantener una actividad sexual compulsiva.

Un ejemplo típico de estado depresivo causado por un sentimiento de desvalimiento es el del conyuge que atiende al otro prostrado en cama, ambos solos en casa, con los hijos casados. Los que somatizan su depresión reactiva en la piel acuden a nosotros por cualquier cosa. Suelen responder bien a los ISRS. Además, muchos de ellos podrían costearse un cuidador profesional de enfermos que les permita unas escapadas a la semana, pero a veces hay que decírselo, porque pueden no haber caído en ello.

Un ejemplo típico de dolor crónico depresógeno es la neuralgia postherpética, sin respuesta a los analgésicos, que ya muchos dermatólogos tratan con antidepresivos como medicamento empíricamente eficaz, sin necesidad de establecer el diagnóstico de depresión en el enfermo (en este caso, se trata de una depresión reactiva frente a un dolor persistente). En las clínicas del dolor crónico mejoran un 50% de los pacientes con antidepresivos, antes de llegar a procedimientos neuroquirúrgicos. Si bien existen numerosas publicaciones sobre la eficacia de la fluoxetina en el tra-

La cimetidina en personas predispuestas puede resultar depresógeno. Cabe recordar que actualmente los dermatólogos tratamos a niños con *mollusci contagiosi* recalcitrantes con dosis altas de ella y durante un periodo de dos meses, y que los estados depresivos en niños pueden pasar fácilmente inadvertidos, porque su sintomatología conductual puede ser erróneamente interpretada como rarezas propias de la infancia.

En un paciente nuestro en el que descubramos un trastorno depresivo, debemos descartar algunos de los factores fisiopatológicos que pueden desencadenarlos, como tratamientos farmacológicos con anticonceptivos orales, algunos antihipertensivos, una cura de isotretinoína, estados carenciales y tóxicos, el hipertiroidismo crónico, las afecciones depauperantes, el agotamiento físico y el intento de abandono de alguna adicción como alcohol y tabaco.

tamiento de la neuralgia postherpética, yo he visto el caso de una neuralgia poszoster lumbar IV en una monja que no mejoró en 4 meses de uso de este ISRS, y sí lo hizo a los 30 días después de haber cambiado al tricíclico imipramina 25 mg tres veces al día. También, la aparición de una neuralgia herpética en una paciente que estaba siendo tratada desde hacía 6 meses con fluoxetina, y que sólo desapareció al cambiar este ISRS por imipramina.

El síndrome gripal suele dejar un decaimiento parecido a un estado depresivo. Algunos enfermos con depresión endógena sufren empeoramientos que coinciden con una hepatitis, con neumonitis y con mononucleosis (son tres procesos habitualmente depresógenos).

De un 30% a un 50% de los enfermos parkinsonianos están deprimidos, con mejoría con L-Dopa. La miastenia gravis, la esclerosis en placas, la epilepsia y la corea de Huntington suelen acompañarse de depresión.

También se desarrolla, a veces, en pacientes largo tiempo encamados en su domicilio o en el hospital. En ocasiones los enfermos hospitalizados largo tiempo sufren depresión cuando regresan a su domicilio, especialmente cuando ha existido escasa movilización en el hospital. Ver en Cotterill el suicidio de un enfermo psoriático viudo cuando un tratamiento efectivo con hidroxiurea le privó de los cuidados diarios de un hospital de día, donde estaba atendido por un equipo de enfermeras.

Los enfermos “crónicos” son fácil presa de depresión, y entre ellos de forma especial los individuos con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y los neoplásicos.

En endocrinopatías, como el Addison, en el que se puede confundir con el cansancio propio de la enfermedad. El hipertiroidismo puede acompañarse de ansiedad. El hipotiroidismo puede remedar rasgos depresivos, con fatiga, anergia, desinterés por el entorno. En personas de mediana edad es aconsejable estudiar la función tiroidea antes de administrar antidepresivos. El hipoparatiroidismo, en pacientes que recientemente han sufrido una tiroidectomía o una intervención del cuello, con apatía, tristeza y discomunicación.

La anemia perniciosa se acompaña típicamente de depresión. También los tumores intracraneales y, no se sabe por qué, los carcinomas de páncreas, con una incidencia de depresión más alta que en cualquier otro tipo de cáncer.

Ni que decir tiene que los extensos y graves *psoriáticos* de muchos años de evolución pueden estar deprimidos, aunque no lo manifiesten explícitamente en una nueva visita que efectúan al dermatólogo. Si el resultado del interrogatorio psiquiátrico diagnostica ansiedad y depresión, en estos casos, más que unas explicaciones y consejos, que han tenido años para considerarlas y para oírlos de diferentes dermatólogos, cabe probar la eficacia de un ansiolítico y un antidepresivo. Algunos abuelos que se acompañan de un nieto para cualquier consulta, y que cuando se despiden, ya una mano en la puerta, han preguntado si para la psoriasis había algo nuevo que no fueran cremas, me han llevado a apreciar la sabia equilibrada convivencia

psicológica ("adaptación") que estos pacientes poseían con su psoriasis. De valor opuesto a ello, se reciben visitas de viejos psoriáticos en las que se tendría que considerar la razón real de esta nueva consulta, que no es otra que la instauración, por causas diversas, de un estado depresivo, que ha inducido en ellos la necesidad de consultar de nuevo (una parte de estos estados depresivos pueden ser reactivos, por ejemplo, a la falta de renovación de contrato laboral de un hijo, la disminución del propio rendimiento del prejubilado, la pérdida de un familiar, el empeoramiento de una artrosis, una gripe, etc.). El cansancio, el aburrimiento por la psoriasis se traduce fácilmente en las explicaciones y quejas de estos enfermos. Una vez establecida la sospecha, el interrogatorio sistemático puede proporcionar un diagnóstico de estado depresivo que probablemente no habría sido admitido si el paciente hubiese sido confrontado directamente con él (el término estrés suele ser aceptado por todos, ya que el uso profano habitual del mismo lo ha desprovisto de cualquier connotación negativa).

El síndrome gripal suele dejar un decaimiento parecido a un estado depresivo. Algunos enfermos con depresión endógena sufren empeoramientos que coinciden con una hepatitis, con neumonitis y con mononucleosis. (Son tres procesos habitualmente depresógenos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero Velasco L: Trastornos depresivos en la práctica diaria. Höchst Ibérica SA, Barcelona, 1983.
2. Alonso Fernández F: La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Edit. Labor, Barcelona, 1988.
3. Herrero Velasco L, Sabanés Magriñá F, Payés Avellí E: Trastornos psíquicos en la tercera edad. Höchst Ibérica SA. Barcelona, 1985.
4. Tizón García JL: Components psicològics de la pràctica mèdica: una perspectiva. Monografies Mèdiques. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1987.
5. Koo JYM: Psychodermatology. Current Concepts. Kalamazoo, Mich. The Upjohn Company, 1989.
6. Koo JYM: Psychodermatology, Practical Guidelines on Pharmacotherapy. *Arch Dermatol* Vol 128, March 1982, 381.
7. Koo John: Dermatological Clinics. Psychodermatology, July 1996. Saunders Co.
8. Guelfi JD: Psychiatrie de l'adulte. Edit. Ellipses. París, 1988.
9. Gupta MA y cols.: Antidepressant drugs in dermatology. *Arch. Dermatol.* 1987; 123:647-652.
10. Ey H, Bernard-Ch, Brisset P: Tratado de psiquiatría. 7.^a Ed. 1975. Toray Masson. Barcelona, 364
11. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ: Tratado de psiquiatría, Salvat. Barcelona, 1982, 1483.
12. Koblenzer CS: Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. *Internat J of Dermat* 1993; 32:82-88.

SÍNDROMES DELIRANTES

M. Musalek, B. Hobl, U. Mossbacher, A. Zoghlami

SI BIEN EN DERMATOLOGÍA SE PODRÍA OBSERVAR UNA GRAN VARIEDAD de delirios, en la práctica clínica, sin embargo, los dermatólogos se ocupan sólo de un número limitado de síndromes delirantes.

No disponemos todavía de datos exactos sobre la frecuencia de síndromes delirantes en dermatología. De acuerdo con nuestra experiencia clínica, los más frecuentes son la parasitosis delirante y los delirios de infestación. Con una frecuencia menor se observa, en unidades dermatológicas, otro tipo de delirios, como los de dismorfia, olfatorios, venéreos, cancerígenos y varios tipos de delirios hipocondriacos.

DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

De acuerdo con los criterios diagnósticos de Karl Jaspers, los delirios se definen como creencias caracterizadas por una enorme certeza subjetiva (*unvergleichlich hohe subjektive Gewissheit*) e incorregibilidad (*Unkorrigierbarkeit*, Karl Jaspers, 1975). Por tanto, el delirio de parasitosis se define como la convicción incorregible de estar infectado por parásitos; y un delirio canceroso, por ejemplo, se define como la convicción incorregible de estar enfermo de cáncer; el delirio de sida se caracteriza por la creencia, incomparable a ninguna otra creencia, de sufrir de sida, etc. El tercer criterio jasperiano, la imposibilidad de un contenido (*Unmöglichkeit des Inhaltes*) constituye sólo un signo accesorio, pero no es un requerimiento indispensable para el diagnóstico de un delirio (Berner, 1982). Esto significa que el contenido del delirio puede formar parte, también, del mundo real; es posible, por ejemplo, sufrir a la vez de un delirio de parasitosis y de una infestación parasitaria real.

En la bibliografía dermatológica se observa como a menudo los delirios son confundidos con fobias y con trastornos obsesivo-compulsivos. En ocasiones, los términos delirios y fobias, incluso, son usados como sinónimos (Olowski, 1976; Thibièrge, 1984; Wilson, 1952). En psicopatología se distingue estrictamente entre fobias, trastornos obsesivo-compulsivos y delirios. Las fobias se definen como un miedo patológico que conlleva un comportamiento de evitación. Los trastornos obsesivo-compulsivos son pensamientos recidivantes, que invaden al sujeto con carácter de intrusismo, junto con comportamientos o percepciones repetitivas, compulsivas, estereotipadas

Los delirios que acuden a los dermatólogos (olfatorios y, sobre todo, parasitarios) pueden corresponder a una paranoia, a depresión y/o a demencia. Porque no querían acudir al psiquiatra, debemos estar preparados para tratar nosotros mismos a estos enfermos. Pontificar en ellos, después de haberlos oído, que no tienen nada en la piel, y que se es dermatólogo y no psiquiatra, es un proceder no ético, que equivale a abandonar al enfermo a su suerte.



Delirio de parasitación. Varón de 68 años. Caja con “muestras de los parásitos que ha conseguido atrapar”. En este caso concreto, el primer espécimen, sobre un portaobjetos bajo la lupa del microscopio (en un intento de establecer empatía con el enfermo), mostró un insecto que en el Departamento de Invertebrados de la Facultad de Biológicas de Barcelona fue identificado como Curculium nucum, o gorgojo de la avellana. El paciente es un cultivador de este fruto en Reus.

Es el dermatólogo quien debe tratar un paciente con delirio de parásitos, porque, si se envía al psiquiatra, no acudirá a él y resultará un enfermo perdido. En cuanto se posean indicios razonables de que aceptaría la transferencia, es imprescindible mandarlo al psiquiatra. El problema que se constata a menudo es que, tanto con los psiquiatras como con nosotros, estos enfermos no suelen acudir a una segunda visita programada.

(Ayd, 1995). Por otra parte, el término delirio hace referencia sólo a una convicción incorregible. Distinguir cuidadosamente entre estos tres fenómenos psicopatológicos reviste no sólo un interés teórico, sino que es de gran importancia práctica, especialmente en lo que hace referencia al tratamiento. Dado que tanto los motivos como los efectos de estos tres síntomas presentan dinámica, proyecto y problemas diferentes, cada uno de ellos precisa de estrategias terapéuticas diferenciadas para un tratamiento efectivo.

PATOGÉNESIS

Puesto que un delirio tiene que ser considerado como un fenómeno psicopatológico con un contenido especial definido por su elevado grado de certeza e incorregibilidad del pensamiento, en relación con la patogénesis aparecen dos cuestiones mayores: en primer lugar, ¿cuáles son los factores que explicarían la elección de un tema delirante específico?, es decir, ¿por qué algunos pacientes sufren delirio de parasitosis, y en otros el delirio es de sida o de dismorfia; en segundo lugar, ¿cuáles son los factores decisivos en la fijación del delirio?, ¿cuáles son las condiciones necesarias para que se produzca una convicción incorregible?, ¿por qué los pacientes no pueden decir solamente que *podrían estar* infestados de parásitos o sufrir una enfermedad grave?, etc.

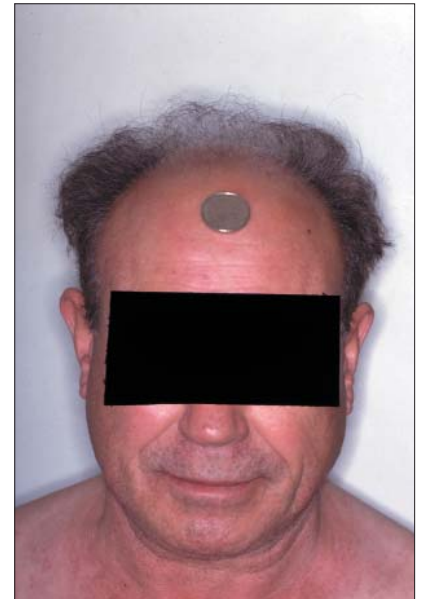
En la última década se ha llevado a cabo un creciente número de estudios empíricos para intentar responder a estas preguntas. El resultado de estos estudios indica que la elección de un tema delirante particular es causada por la interacción compleja de factores, tales como la edad, el sexo, la situación social y las llamadas “experiencias clave” (Musalek y cols., 1989; Musalek, 1991; Kretschmer, 1996). Por ejemplo, en pacientes con delirio de parasitosis, las experiencias clave son fenómenos táctiles. Una gran mayoría de pacientes experimentan sensaciones de movimientos, en y por debajo de la piel, que les hacen creer que podrían ser causadas por parásitos. En otros casos son experiencias sexuales peculiares (a menudo, conectadas con sentimientos de culpabilidad) las que, en combinación con molestias físicas, sugieren el tema de sufrir una enfermedad venérea. Para que se produzca la fijación de un tema particular, es decir, para la formación de una convicción incorregible, también son necesarios otros factores, tales como trastornos cognitivos en el cuadro de una psicosis orgánica o esquizofrénica, y también trastornos emocionales, como los que se observan en el curso de psicosis afectivas (Musalek 1991). Hay pruebas de que, en algunos casos, para la fijación delirante resultan de importancia trastornos de la personalidad y de aislamiento social, si bien para clarificar mejor su valor en la patogenia de los delirios serán necesarios estudios ulteriores. Así pues, se puede concluir que para la formación electiva de un tema delirante particular resultan efectivos factores tanto psíquicos

como sociales, mientras que para el establecimiento de una convicción incorregible son indispensables como base factores físicos y cognitivos, así como alteraciones emocionales.

Estudios recientes han demostrado que tanto los fenómenos psicopatológicos en general como los delirios en particular no deben seguir siendo considerados como manifestaciones psicopatológicas estáticas que, una vez establecidas, van a persistir para siempre. Los delirios tienen que ser considerados como procesos dinámicos que van a persistir sólo mientras duren los factores patológicos que los mantienen. Los trastornos cognitivos y emocionales mencionados antes pueden persistir y actuar como factores patológicos de mantenimiento. Aparte de éstos, existen también factores de importancia especial en la patogenia de los delirios, que pueden prolongar una convicción delirante, especialmente las llamadas dinámicas propias de los delirios, y la significación de los delirios.

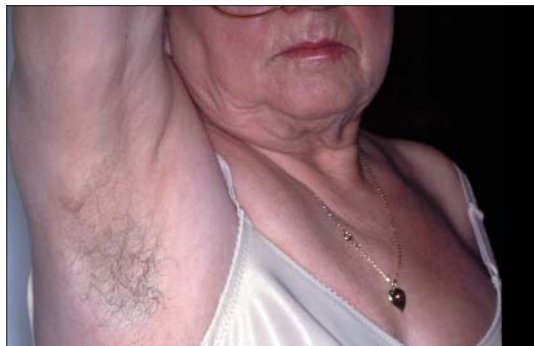
La dinámica propia de los delirios significa que tanto el comportamiento como el aislamiento social y la alienación del paciente delirante inducen a que la gente que se relaciona con él responda de una manera especial. La conducta de evitación que una persona manifiesta delante del enfermo hace que también otros respondan frente a él con esa misma conducta. Así, el comportamiento de evitación exhibido por la gente que se relaciona socialmente con el paciente actúa como argumento para las convicciones delirantes del enfermo y refuerza aún más sus creencias paranoides. Esto, por su parte, refuerza todavía más la conducta de evitación por parte de los otros. Este círculo vicioso de refuerzo promociona, intensifica y prolonga las convicciones delirantes.

En relación a la significancia del trastorno, la enfermedad no existe sólo en su *pathos* y en su sintomatología, sino en su *nosos* (Glatzel, 1978). Cada trastorno psiquiátrico posee su significado especial, y esto resulta aplicable particularmente a los delirios. Sufrir delirios constituye el paradigma de estar loco. Como se ha mostrado en análisis psicopatológicos previos, este solo hecho induce a los enfermos a defender sus ideas con todos los argumentos que pueden encontrar (Musalek y cols., en prensa). Los delirios no tienen sólo un significado especial para los pacientes, sino también para la gente de su alrededor. A menudo los enfermos con delirios sufren intensamente por los prejuicios mostrados por sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc., y tales prejuicios en la red social del paciente pueden reforzar y prolongar sus creencias delirantes al convertirse como factores de mantenimiento. En este contexto no hay que olvidar que tanto los médicos como los terapeutas forman parte de esta red social alrededor del paciente, y que, por tanto, también ellos pueden a su vez convertirse en factores patológicos de mantenimiento. Basándose en el resultado de los estudios sobre el origen de los delirios, la patogénesis de los



Delirio olfatorio. Varón de 64 años. Viudo con hijos, pero vive solo. "En la calle las personas se apartan de él debido al mal olor que desprende. Además, su piel tiene la facultad de resultar adhesiva". Una moneda de 50 ptas se mantiene en la frente. También me demuestra cómo hojas de bloc de calendario de mesa quedan adheridas a sus manos, así como que éstas quedan adheridas al borde del lavamanos de mi despacho, y la fuerza que debe aplicar para despegar sus manos entrelazadas. En una consulta telefónica, 6 meses más tarde, consigo averiguar que el mal olor todavía permanece en la piel, pero que ha dejado de molestarle.

Es frecuente que la ansiedad de muchos de nuestros pacientes dermatológicos se resuelva, o mejore, con mayor número de horas de descanso nocturno.



Delirio olfatorio. Mujer de 76 años, bien cuidada y maquillada, que acude acompañada de su esposo. Del surco intermamario y de los sobacos surgen un mal olor "a perro muerto". "En la calle la gente da un rodeo para evitarla. Tres semanas después de tratarse con 2 mg al día de pimozide, está mejor. Tres meses más tarde sigue bien, me explica que "las pastillas dijeron, mal quitate de aquí, y el mal se quitó, que antes todo el día tenía el mal olor metido en la cabeza y ahora ya, no más".

Los dermatólogos ajenos a los aspectos psiquiátricos de sus pacientes se comportan así (M. Musalek) por: a) ignorancia, b) inexperiencia y c) incomprensión. Los que lo hacen con éxito, lo consiguen por: a) conocimientos, b) aprendizaje y c) empatía. Las bases de la empatía son: a) conocimientos, b) aprendizaje y c) tiempo. El conocimiento debe ser sobre: a) el trastorno, b) la personalidad del paciente, c) interacciones medicamentosas, d) tratamiento farmacológico, y e) manejo terapéutico.

mismos tiene que ser considerada como un proceso multifactorial, en el que unas circunstancias psicopatológicas y sociales actúan como factores patológicos que predisponen, desencadenan y mantienen el proceso.

NOSOGRAFIA

Al estudiar la bibliografía sobre la posición nosológica de los trastornos delirantes, nos encontramos con diferentes opiniones. Las suposiciones oscilan entre las de aquellos que los consideran una entidad nosológica independiente hasta las de aquellos otros que los atribuyen a un determinado trastorno (como, por ejemplo, una psicosis orgánica, una esquizofrenia o trastornos afectivos) y a modelos de clasificación multicategoría. En resumen, los delirios se pueden originar en todo tipo de trastornos psiquiátricos. Por tanto, tienen que ser considerados como síndromes nosológicos no específicos. No se ha conseguido determinar si los delirios pueden aparecer en ausencia de otros trastornos psiquiátricos ("delirios primarios"). En estudios polidiagnósticos recientes se ha podido demostrar que diagnosticar que un determinado trastorno es un delirio primario o un trastorno delirante constituye más un producto artificial derivado de algoritmos diagnósticos particulares en sistemas de clasificación contemporánea que la acción de la reflexión sobre una realidad observable (Musalek y cols., 1990).

El grupo de los delirios inducidos o compartidos constituye un problema nosológico particular. En psiquiatría es bien conocido el fenómeno de trastornos psiquiátricos inducidos. Scharfetter (1991) encontró una preponderancia de parientes consanguíneos, lo que indica que, en el establecimiento de psicosis inducidas, los aspectos genéticos son de importancia. En un estudio sobre la frecuencia de delirios compartidos ("Delirios de infestación", Musalek y Kutzer, 1989) practicado en 107 pacientes con delirio de parasitosis, pudimos encontrar el fenómeno del delirio compartido en el 9%, entre los cuales era mucho mayor el número de mujeres que inducían al marido 3,5/1. El hallazgo relativamente poco frecuente de delirios compartidos, en contraste con el alto porcentaje de pruritos compartidos, así como el análisis psicopatológico de casos simples (es decir, no compartidos), conduce a suponer que una transferencia delirante se da sólo si el que la va a recibir exhibe una predisposición paranoide basada en una constelación de condiciones físicas, psiquiátricas y sociales. Puesto que la relación entre los casos con parentesco consanguíneo y aquellos con parentesco no consanguíneo fue de sólo 1/2,3, parece que los factores genéticos no resultan tan importantes como los de impacto directo (y con una relación más estrecha) de los pacientes delirantes con su ambiente. Pero el delirio compartido sólo se produce si existían precondiciones para-

noides en el receptor. Si no las hay, las ideas de éste van a quedar reducidas a la aprensión y la suposición de estar afectado.

TRATAMIENTO

La mayor parte de los pacientes con delirios son renuentes al tratamiento y cuidados psiquiátricos, por lo que, en estos pacientes, los puntos cruciales del tratamiento deben ser el intento de establecer un contacto con ellos y el de construir una relación estable basada en la confianza. El modelo vienés constituye una posible solución a este problema de renuencia. El paciente es transferido desde un departamento colaborador de dermatología al centro de enlace psiquiátrico de consultas externas del Departamento de Dermatología de la Universidad de Viena. En el curso de la primera visita, el paciente es visto al mismo tiempo por un psiquiatra y por un dermatólogo. Se le ha explicado que será mandado a médicos especialistas en la dolencia que le afecta, sin mencionarle la especialidad que tienen los profesionales que le atienden, por lo que en este estadio el paciente no sabe que es visitado por un psiquiatra, si bien resulta de gran importancia, de cara al futuro, que tampoco ello le sea negado. Este modo de transferencia permite que el psiquiatra tenga la oportunidad de establecer contacto con el enfermo. No será hasta la tercera o cuarta sesión que el paciente irá descubriendo que, dentro de los médicos que le atienden, también está involucrado un psiquiatra. Cuando el paciente acepte este hecho, ya se habrá conseguido un éxito en el establecimiento de una relación de confianza mutua. En el curso de las visitas de la primera fase, los médicos deben poner cuidado no sólo en evitar informar al paciente sobre sus delirios, sino también en confirmar sus creencias delirantes. Proponemos que se reconozca plenamente que las quejas del enfermo, o la enferma, son reales, y que los médicos se repriman de cualquier juicio sobre la validez de las experiencias y las interpretaciones del paciente. Una vez se ha conseguido establecer una relación estable basada en la confianza, será posible la obtención de un diagnóstico diferencial cuidadoso. Este diagnóstico diferencial debería incluir todas las circunstancias físicas, psíquicas y sociales que puedan tener valor en la patogénesis del delirio, tanto si actúan como factores de predisposición, de desencadenamiento, como de mantenimiento. Resulta esencial conseguir una coordinación y una integración de los métodos, ya que habitualmente va a ser necesario usar la combinación de los tres métodos. El tratamiento psicofarmacológico deberá ser elegido de acuerdo con los síntomas básicos psiquiátricos (Musalek, 1991). De acuerdo con un estudio integrativo previo, dos tercios de los pacientes con delirio de parasitosis consiguen mejorar con este método (Musalek, 1989). Los resultados de este estudio revelan que poner en práctica un tratamiento integral, a base de un diagnóstico diferenciado y multidimensional que incluya los factores de predisposición, de desencadenamiento y de mantenimiento, conlleva resultados positivos y permite un pronóstico más optimista de los delirios de lo que se suponía hasta hace poco.

Un 58% de los delirios hipocondriacos monosintomáticos (delirios parasitarios, olfatorios y dismorfofobias) estudiados por A. Munro (*Brit J Psych*, 1988, 153 suppl 2, 37-40) habían recibido en tiempos anteriores psicótropos, especialmente benzodiazepinas, fenotiazinas, haloperidol o antidepresivos tricíclicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayd FJ: Lexicon of Psychiatry. Neurology and the Neurosciences. Baltimore: William & Wilkins jun., 1995.
2. Berner P: Psychiatrische Systematik (3. Aufl.). Bern: Huber 1982.
3. Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie (8. Aufl.). Berlin-Heidelberg: Springer 1975.
4. Kretschmer K: Der sensitive Beziehungswahn (4. Aufl.). Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966.
5. Glatzel J: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Ferdinand Enke 1978.
6. Musalek M, Berner P, Katschnig H: Delusional theme, sex and age. *Psychopathology* 1989; 22:260-267.
7. Musalek M: Les indicateurs psychopathologiques et biologiques pour la thérapeutique des délires chroniques. *Psychol Méd.* 1989; 21:1355-1359.
8. Musalek M, Kutzer E: The frequency of shared delusions in delusions of infestation. *European Arch. Psychiatr. Neurol. Sciences* 1990; 239:263-266.
9. Musalek M, Bach M, Passweg V, Zadro-Jaeger S: The position of delusional parasitosis in psychiatric nosology and classification. *Psychopathology* 1990; 23:115-124.
10. Musalek M: Der Dermatozoenwahn. Stuttgart-New York: Thieme 1991.
11. Musalek M, Hobl B (in press): Der Affekt als Bedingung des Wahns. En: Munth, Th. Fuchs (eds.): *Affekt und affektive Störungen*. Heidelberg.
12. Olowski H, Olowski W: Entomophobia in the urban ecosystem: some observations and suggestions. *Bull. Entomol. Soc. Am.* 1976; 22:313-317.
13. Scharfetter C: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart-New York: Thieme 1991.
14. Thibierge G: Les acarophobes. *Rev. gén. Clin. Thér.* 1894; 32:373-376.
15. Wilson WJ: Delusions of parasitosis (Acarophobia). Further observations in clinical practice. *Arch. Dermatol. Syphil* 1952; 66:577-585.

¿EXISTE LA DEPRESIÓN ENMASCARADA? (ENCUESTA A 41 PSIQUIATRAS SOBRE DEPRESIÓN ENMASCARADA)

E. Gibert, M. J. Tribó, C. Díez, E. Álvarez, F. Grimalt

DEBIDO AL ESTIGMA QUE, AL MENOS EN NUESTRO AMBIENTE, LAS enfermedades psiquiátricas tienen para los enfermos que no creen sufrirlas, los pacientes que acuden espontáneamente a consultar al psiquiatra y los pacientes que consultan al dermatólogo, en los que éste descubre alteraciones psiquiátricas que acompañan, agravan, mantienen, o son la causa de la dermatosis, no son los mismos. Los pacientes psiquiátricos que somatizan suelen tener una depresión enmascarada. Con éste, o con otro nombre, los psiquiatras del área de Barcelona también aceptan el concepto de depresión enmascarada.

INTRODUCCIÓN

Sabemos que actualmente el término de depresión enmascarada está en discusión por parte de un gran número de psiquiatras, y que, como tal, no está aceptado ni en el DSM-R IV ni en el ICD-10. En un intento de acercamiento a la psiquiatría de los expertos, hemos efectuado una entrevista a 41 psiquiatras del área de Barcelona, a los que hemos formulado 10 preguntas sobre depresión enmascarada. Como resultado de sus respuestas, podemos afirmar que la depresión enmascarada, bajo este u otro nombre, existe en nuestros pacientes dermatológicos.

OBJETIVO

Con objeto de conocer la opinión de los psiquiatras sobre la depresión enmascarada, uno de nosotros (FG) ha confeccionado un cuestionario, las preguntas que se han formulado directamente, ya por vía oral, ya por escrito, a los psiquiatras que se han considerado de mayor proximidad geográfica a nuestro entorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 1998 se entrevistaron (EG 65% y MJT 35%) 41 psiquiatras de Barcelona, de los cuales el 68% ha respondido de forma personal y el 32%, por escrito.

Una queratosis seborreica de la cara por la que se consulta significa que el paciente desea ser librado de ella, aunque no lo exprese así directamente. Si la tenía desde hace tiempo, procede averiguar qué cambios psicológicos han impulsado al paciente a consultar en este momento. Parafraseando los ritos del juego del ajedrez ("pieza tocada, pieza jugada"), el dermatólogo debe considerar que "queratosis seborreica consultada, queratosis tratada".

Uno de cada cuatro pacientes dermatológicos acude a nosotros, porque está ansioso o afecto de un trastorno depresivo. Si no lo estuviera, soportaría la misma alteración cutánea sin sentir la necesidad de consultar por ella.

Cuando hay desproporción entre lo que el paciente enseña o explica y lo que el dermatólogo puede objetivar, es preciso sospechar la existencia de un trastorno psicológico-psiquiátrico.

Criterios de inclusión de psiquiatras interrogados

1. Especialistas psiquiatras de los principales centros universitarios de la ciudad.
2. Un grupo reducido de psiquiatras de reconocido prestigio que, en la actualidad, realizan exclusivamente ejercicio privado.
3. La edad de todos ellos oscila entre los 38-71 años, con un predominio de los 45-50 años.

Los criterios de exclusión

1. Paidopsiquiatría
2. Psiquiatras dedicados a pacientes toxicómanos y con drogodependencias.
3. Psiquiatras de centros de internamiento.

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta, con el comentario de las preguntas que nos han parecido más relevantes, son los siguientes:

1.^a pregunta: ¿Conoce usted la Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría (AEDyP)?

- Un 50% de los encuestados ha respondido SÍ.
- El otro 50% ha contestado NO.

2.^a pregunta: ¿Cómo definiría usted la depresión enmascarada?

- El 59% de los encuestados ha respondido que se trata de un trastorno afectivo, con predominio de molestias sintomáticas persistentes sin alteración orgánica, con discretos o mínimos síntomas emocionales.
- Un 36% refiere simplemente que se trata de un trastorno afectivo sin las manifestaciones típicas de la depresión.
- Un 3% precisa que sería aquella depresión que en un primer contacto no se manifiesta como tal, sino con molestias somáticas o con diversas anomalías de la conducta.
- Y el 3% restante dice que no existe, que no la conocen.

3.^a pregunta: ¿Dentro de las clasificaciones taxonómicas actuales de las enfermedades psiquiátricas, cuál es el trastorno depresivo que más se parece a la depresión enmascarada?

- El 75% de los encuestados responde que, según el ICD-10, correspondería a los trastornos somatomorfos, y que podría parecerse, también, a la depresión mayor atípica, al trastorno ansioso-depresivo y al trastorno adaptativo-depresivo.
- Un 22% contesta que ninguno.
- El 3% restante nos dice que, según el DSM-R-IV, correspondería al trastorno depresivo no especificado.

4.^a pregunta: ¿Qué lugar ocupa dentro del espectro de los procesos depresivos?

- El 24% de los encuestados han contestado que un lugar de primer orden en medicina general y otras especialidades médicas, y de segundo orden, en psiquiatría.
- También un 24% contesta que ninguno, que no existe como categoría ni en el DSM-R-IV ni en el ICD-10.

5.^a pregunta: ¿Acepta que puede constituir una modalidad evolutiva de una depresión mayor? ¿De una bipolar?

- Según el 30% de los encuestados, de la depresión mayor, sí; de la bipolar, no.
- Otro 30% responde que de las dos, con minoría de la bipolar.
- Un 27% responde que de ninguna.
- Finalmente, un 12% refiere que es dudoso.

Comentario de los resultados de la pregunta 5.^a. A través de nuestras charlas con los psiquiatras, docentes en buena parte, hemos podido establecer las siguientes consideraciones.

- a) Si se trata de un primer episodio depresivo, tanto si es diagnosticado por el psiquiatra como por el especialista no psiquiatra, en principio debe considerarse siempre como una fase prodrómica, mucho más que un estadio final de una depresión mayor. En esta situación podríamos concebirla como una depresión en un estado menor cuya sintomatología está debutando de forma atípica (somatización), quedando los síntomas psíquicos en el fondo del cuadro, a veces sin ser descubiertos por el paciente. Posteriormente puede evolucionar hacia una depresión mayor, y de ahí la importancia de intentar desenmascararla de entrada.
- b) También puede suceder que, de forma natural, estos pacientes evolucionen como una depresión enmascarada siempre, con focalizaciones en distintos aparatos y sistemas a lo largo de toda su vida, sin llegar a entristecerse ni a presentar la clínica de una auténtica depresión mayor. Debemos hacer constar que los dermatólogos vemos muchos enfermos con este perfil caracterológico.

Las aparentes anodinas preguntas “¿Cuántas horas duerme usted?” y “¿Las duerme usted bien?” es un sistema válido para iniciar un interrogatorio de tipo psicopsiquiátrico en un paciente dermatológico, que “no venía preparado” para exponer algo más que no fuera su piel.

El insomnio primario o de conciliación suele ser síntoma de ansiedad. El secundario (durante la noche) y el terciario (despertar excesivamente temprano) suelen serlo de trastorno depresivo.

La mayor parte de los casos de exaltación sexual, tanto mental como conductual, suelen corresponder a estados maníacos u obsesivos compulsivos más o menos graves.

c) En aquellos casos en que el paciente acude a nuestra consulta refiriendo que unos meses antes ha sido dado de alta por el psiquiatra de un tratamiento efectivo de una depresión mayor, la depresión enmascarada que ve el dermatólogo sí debe considerarse en esta situación como una depresión en fase posdrómica, que los psiquiatras etiquetarían de “depresión residual” y que, según ellos, siempre es debida a una o a todas las siguientes causas:

1. Fallo en el tiempo de mantenimiento del tratamiento (casi siempre interrumpido demasiado pronto).
2. Elección inadecuada del fármaco.
3. Dosificación inapropiada del mismo, comportando el riesgo de cronificación y recidivas, en este caso en forma de depresión enmascarada. Según la opinión de todos los psiquiatras entrevistados, es imposible establecer con rigor científico el porcentaje de pacientes en una u otra situación, por falta, básicamente, de suficientes estudios epidemiológicos o estadísticos.

6.^a pregunta: Los procesos depresivos, ¿en qué porcentaje aproximado recidivan en forma de depresión reconocida y en qué proporción lo hacen en forma de depresión enmascarada?

- Un 35% de los encuestados opinan que un 75-80% recidivan en forma de depresión reconocida y un 20-25% lo hacen en forma de depresión enmascarada.
- Un 22% responde “no lo sé”.
- Un 20% contesta que un 90% como depresión reconocida y un 10% como depresión enmascarada.
- Un 10% refiere que un 50% como depresión reconocida y un 50% como depresión enmascarada.
- Un 7% contesta que no recidivan nunca como depresión enmascarada.
- El 5% restante nos dice que el 100% reconocida.

7.^a pregunta: ¿Existen estados depresivos con mayor tendencia a recidivar en forma de depresión enmascarada?

- Un 57% de los psiquiatras entrevistados responden que: a) en pacientes hipocondríacos, b) en pacientes con trastornos de ansiedad, c) en pacientes con trastornos de somatización, d) en pacientes geriátricos, y e) en los distímicos.
- Otro 27% refiere que no existen.
- El 10% contesta que es dudoso.
- El 5% restante opina que en aquellos pacientes con dificultad de mentalización y toma de conciencia de su enfermedad psiquiátrica.

Comentario a los resultados de la pregunta 7.^a. La opinión unánime de todos los psiquiatras entrevistados es que los pacientes, por lo general, suelen recaer repitiendo la sintomatología clínica del cuadro inicial. Es de destacar que un número tan elevado de psiquiatras, el 62% de los encuestados, estén de acuerdo en que, en una fase posdrómica de su enfermedad, aproximadamente el 30% de los pacientes, pueden recaer en forma de depresión enmascarada.

8.^a pregunta: ¿Qué criterios es preciso utilizar para predecir el tiempo necesario de tratamiento farmacológico en pacientes con depresión enmascarada?

- El 71% de los encuestados responden que los mismos que para todas las depresiones unipolares, es decir:
 - a) Primer episodio depresivo: respuesta antidepressiva, de 6 a 8 semanas y 1 año de mantenimiento ininterrumpidamente.
 - b) Primera recidiva: de 3 a 5 años.
 - c) Segunda recidiva: tratamiento indefinido.
 - El 22% contesta que los criterios clínicos, evolutivos y epidemiológicos, las recidivas y la respuesta al tratamiento.
 - un 5% opina que según estos criterios: a) remisión sindrómica, b) buen ajuste adaptativo, y c) retorno al nivel premórbido.
 - El 2% refiere que ninguno.

Nosotros, los dermatólogos, coincidimos con todas las respuestas afirmativas. Intentamos incluirlas en nuestros protocolos terapéuticos, con el fin de mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

9.^a pregunta: ¿Acepta que los médicos no psiquiatras recetemos antidepressivos?

- Un 51% de los encuestados responden simplemente que sí.
- Un 33% repite el sí, pero precisando que “siempre que se diagnostique bien la depresión y se tengan buenos conocimientos farmacológicos”.
- Un 8% contesta que “depende” de las circunstancias y el criterio.
- El 8% restante no lo acepta.

Comentario a los resultados de la pregunta 9: Un 84% de los entrevistados lo aceptan. El médico no psiquiatra, según ellos, tendría que saber manejar, al menos, 2 ó 3 antidepressivos y ansiolíticos.

10.^a pregunta: ¿Acepta que el médico no psiquiatra debe tratar él mismo al paciente que somatiza su depresión porque no aceptaría ser transferido y quedaría como “paciente perdido”?

- Un 38% de los encuestados responden que rotundamente sí y que, frente a todos los casos de posible pérdida del paciente, el especialista no psiquiatra tiene que estar formado para diagnosticarlo y tratarlo.

A los pacientes dermatológicos con “patrón psicológico tipo A” (ejecutivos con éxito), tanto los auténticos como los que se esfuerzan en llegar a serlo, el interrogatorio de tipo psico-psiquiátrico puede llegar a ser difícil, por su tendencia a aprender a dominar, o simplemente, a ocultar, todo aquello que consideren pueda exteriorizar un punto débil de su persona.

Un paciente acostumbrado a la autocontención puede expresarse de forma comedida, de tal manera que no permita sospechar la habitual forma de expresión exagerada del ansioso, o la lenta y apagada del deprimido. En él, si no es la forma de la exposición, es el contenido de la misma la que suele sugerir la necesidad de un interrogatorio psiquiátrico.

- Otro 38% repite el sí, con matices: hay que tratar de convencer al paciente para que acuda al psiquiatra y evitar riesgos de cronificaciones y recidivas, pudiendo el paciente “compartir” ambos especialistas.
 - El 12% opina que se trata de una dudosa afirmación.
 - El 12% restante no está de acuerdo, no lo acepta.

CONCLUSIONES

1. El número de psiquiatras entrevistados es alto.
2. Los dermatólogos inquietos en los aspectos psiquiátricos de nuestros pacientes tenemos que aprender mucho de los psiquiatras. Ellos son los expertos en psiquiatría. La Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría (AEDyP) constituye el marco idóneo para estos intercambios interdisciplinares. Gracias a la entrevista, hemos conseguido tener un concepto más preciso de la nosología de la depresión enmascarada y, sobre todo, hemos comprobado que nuestros conocimientos aplicados a la psiquiatría se mantienen dentro de la ortodoxia.
3. Aquello que se ha entendido hasta ahora como depresión enmascarada, se acepte esta terminología, o se decidan los psiquiatras por otra más moderna, existe en nuestros enfermos dermatológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Savin JA y Cotterill JA: Psychocutaneous disorders. *Textbook of Dermatology*. 5.º Ed. 1992. Rook-Wilkinson-Ebling.
2. Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones. Diagnóstico precoz y tratamiento de las depresiones. PTD España. Espaxs. Barcelona, 1992.
3. Ayuso JL: Trastornos de angustia. Ed. Martínez Roca, 1988.
4. Herrero Velasco L, Sabanés Magriñá F y Payés Avellí E: Trastornos de ansiedad en medicina. Höchst Ibérica SA. Barcelona, 1983.
5. Freedman AM, Kaplan HI y Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría, Salvat. Barcelona, 1982, pág. 1.483.
6. Koblenzer CS: Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. *Internat J of Dermat*. 32, 1993; 82-88.
7. Whitlock FA: Psychophysiological Aspects of Skin Diseases. Volum 8 in the Series. *Major Problems in Dermatology*. Saunders, 1976.
8. US Department of Health and Human Services. *Depression in Primary Care*. Rockyville, Maryland, 1993.
9. John Koo: Psychodermatology. *Dermatologic Clinics*. Saunders, July 1996.
10. Vázquez Doval: Alteraciones cutáneas y enfermedades neurológicas. *Suplemento de Revista de Neurología*. Vol. 25. Supl. 3. Barcelona, 1997.
11. Biederman J y Steingard R. Psicofarmacología en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Washington DC. Cuaderno n.º 27.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

M. R. Tarragó

BAJO NUESTRO CRITERIO, PARA LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD psicósomática, partimos de la base de que no existe disociación psico-física del individuo, sino funcionamientos selectivos a diferentes niveles, niveles que guardan entre sí estrecha complementariedad.

En la infancia, las conductas son evolutivamente más complejas y cada vez queda más patente la importancia del funcionamiento psíquico en los determinantes del comportamiento, importancia ligada al desarrollo progresivo del telencéfalo, el cual es solidario de las experiencias vividas por el individuo.

Con todo ello, la persona va formando su estructura mental. Conjuntamente con las capacidades de conciencia, raciocinio y planificación del futuro, el individuo tiende a seguir su bio-sistema.

A la energía instintiva se opone la función mental del yo para conseguir una mejor adaptación como ser biológico-social.

La conciencia de la vida instintiva proviene de los impulsos instintivos a través de las emociones que se desencadenan. El nexo, o puente, entre el campo psíquico y el orgánico lo constituyen las emociones.

La emoción se manifiesta porque nosotros “sentimos” en el cuerpo los cambios que ella le origina a través de las sensaciones derivadas de las diferencias en el tono muscular y en la vascularización de los órganos. Estas variaciones con el correspondiente correlato consciente son el producto derivado de unas modificaciones neuroendocrinas metabólicas, que han sido inducidas por ciertos estímulos significantes tanto físicos como psíquicos, tanto externos al individuo como internos, los cuales están relacionados con la propia conservación y con su relación con el ambiente, constituido esencialmente por otros seres humanos.

La patología psicósomática se desencadena por motivaciones psíquicas que promueven y/o fijan como constantes las variaciones neuro-endocrino-metabólicas coordinadas a ciertos estados emocionales, como éstos lo están a los procesos mentales subyacentes. El trastorno orgánico o funcional se presenta como consecuencia del impacto emocional, agudo o crónico, sobre los sistemas nombrados anteriormente, dando lugar a una patología somática que podemos identificar como “entidad clínica” según el concepto y metodología de la medicina clásica. La patogenia de los síntomas y signos clínicos transcurre mayoritariamente por caminos biológicos, detectables por la investi-

Los estados de ansiedad y depresión en niños y adolescentes pueden ser de difícil reconocimiento, porque se confunden con peculiaridades y rarezas propias de estas edades.

En un enfermo dermatológico en el que se ha sospechado, interrogado y diagnosticado un trastorno psiquiátrico, puede resultar difícil decidir entre la facilidad de administrarle psicofármacos, o esforzarnos en darle una explicación razonada de sus mecanismos psíquicos, y proporcionarle consejos conductuales pertinentes.

gación somático-diagnóstica. En el campo psíquico, la etiología se nos hace evidente, pero no es así con la angustia del sujeto, que está derivada hacia el cuerpo y representada por él.

Según este criterio, no entrarán en el concepto de enfermedad psicósomática los trastornos en los que la somatización es sólo “la expresión corporal” del conflicto mental, como serían los tics, la enuresis, la conversión histérica, etc.

Las alteraciones psicológicas y psiquiátricas infantiles que podemos encontrar en la interconsulta estarían en el orden de cualquier alteración de la personalidad, ya que la enfermedad dermatológica será el síntoma del trastorno emocional.

Con la idea de resumir de forma muy clara algunos aspectos que deberían preocuparnos en el momento de la consulta y teniendo en cuenta que cuando hablamos de la psicopatología del niño, que está en un proceso de evolución, la edad es un factor fundamental, ya que un mismo comportamiento puede ser o no normal según el momento evolutivo en el que se presenta, plantearemos la psicopatología de las edades evolutivas teniendo en cuenta los comportamientos psicopatológicos moderados y graves en cada edad.

DE RECIÉN NACIDO A UN AÑO

Comportamientos psicopatológicos moderados

- Lactante hipertónico e irritable o su contrario: pasivo y laxo.
- Problemas alimentarios y digestivos; problemas del dormir.
- Excesiva necesidad de succionar; excesivas descargas motoras.
- Llantos desmesurados por nimias causas, aunque es todavía sensible a la acción apaciguadora del adulto. Difícil pero no imposible de consolar.

Comportamientos psicopatológicos graves

- Somnolencia o letargia, o bien, irritabilidad exagerada; responde con llanto intenso a estímulos suaves.
- Llanto continuo, desmesurado, sin que pueda ser consolado.
- Pobreza en la variación de los estados de conciencia e inexpresividad.
- Indiferencia a los estímulos, a las personas y a los juguetes. No fija la mirada ni hace seguimiento ocular. No alarga la mano intentando coger o manipular un juguete.
- No reconocimiento de la madre e indiferencia a los intercambios emocionales con ella y con los otros seres humanos. No “sonrisa social”.
- Patrón de sueño del recién nacido o insomnios persistentes, sobre todo si está con los ojos abiertos o inmóvil.
- Anorexia intensa y prolongada.

- No producción de sonidos vocales y/o no hacer “interlocución” con el otro, especialmente si es la madre.

EL INFANTE Y EL PREESCOLAR (DE 1 A 5 AÑOS)

Comportamientos psicopatológicos moderados

- Persistentes problemas de dicción, con comprensión normal del lenguaje.
- Problemas en el comer, que forman un círculo vicioso con la madre.
- Persistencia de la falta del control de esfínteres: del anal a partir de los 3 años y del urinario durante el día.
- Fobias y terrores nocturnos que se presentan a menudo por periodos largos.
- Reacciones de pánico a la separación de la madre, sobre todo a partir de los 5 años.
- Persistencia de la irritabilidad de los llantos y de las crisis de cólera.
- Anclaje en las regresiones.

Comportamientos psicopatológicos graves

- Patrones de movimiento anómalos (digitaciones, balanceos), con marcada estereotipia.
- Actividad motriz desordenada y tendencia a los accidentes.
- Extremada pasividad e inhibición: “demasiado bueno”.
- Falta de lenguaje, o no decir palabras con significado.
- Ausencia de juego, o juego sin contenido simbólico.
- Excesiva intolerancia a la frustración, sobre todo por motivos mínimos. Crisis de cólera sin causa aparente que aparecen bruscamente y se van repitiendo.
- Ausencia de comunicación interpersonal, tanto hablado o gestual, como de intercambios emocionales o de acciones recíprocas concordantes con otros niños o adultos.
- No reconocimiento de los objetos por el uso que tienen.

NIÑO ESCOLAR (6 A 9-10 AÑOS)

Comportamientos psicopatológicos moderados

- Hipercinesia, inestabilidad motriz.
- Enfermedades somáticas de fondo depresivo; problemas del comer, dormir, dolores (cefaleas...); trastornos digestivos (vómitos, diarreas...); enfermedades psicósomáticas.

El sentimiento de “duelo por pérdida”, en un niño y en un adolescente, puede ser referido no sólo a una persona, sino también a un lugar, un objeto y una ideología. Puede descubrirse en algunos niños con alopecia areata.



Acné excoriado auténtico. Chica de 22 años. Papulopústulas evidentes en la región intercililar. Comedones y pústulas. La lesión más grande de la región paramediana derecha de la frente muestra haber sido manipulada. La lineal, de la zona izquierda frontal, está causada por estrujamiento, entre las uñas, en un intento de vaciar una pústula o un comedón. Desde el inicio de la entrevista, la madre no ha dejado de regañarle, de advertirle, de exigirle, pero curiosamente, a cada pregunta que formulo a la paciente, ésta, en lugar de responder, mira a su madre para que lo haga ella.

- Comportamientos regresivos: aparición de enuresis, fobia escolar, ansiedad o hipersensibilidad ante experiencias nuevas.
- Falta de interés y/o de atención. Negación a hacer las tareas escolares. Inhibición intelectual.
- Dificultades de relación y rivalidad de forma agresiva con los compañeros, los hermanos, los adultos.
- Malhumor y retraimiento persistentes; pocos o ningún amigo.
- Fuertes tendencias destructivas y accesos de cólera.
- Tartamudeo.

Comportamientos psicopatológicos graves

- Extremada apatía, depresión, retraimiento, tendencias autodestructivas.
- Dificultades del habla.
- Imposibilidad completa de poder aprender.
- Comportamiento antisocial incontrolable (agresión, destrucción, crueldad).
- Fuerte comportamiento obsesivo-compulsivo (fobias, rituales, masturbación).
- Incapacidad de distinguir entre fantasía y realidad.
- Deterioro de las relaciones interpersonales, sobre todo si el niño las rehúye para encerrarse en sí mismo.

ADOLESCENCIA (9-10 A 16-17 AÑOS)

Comportamientos psicopatológicos moderados

La detección precoz de los trastornos psiquiátricos es importante para los trastornos de ansiedad, pero no tanto para los trastornos depresivos graves (Alfredo Calcedo, Libro del Año. Psiquiatría 1995 Saned SA. Madrid. pág. 37).

- Aprensión, fobias, culpabilidad y ansiedad en relación con el sexo, la salud y la educación.
- Comportamiento desafiante, negativo, impulsivo o deprimido.
- Frecuentes manifestaciones somáticas o hipocondrías, o negación de las enfermedades ordinarias.
- Aprendizaje irregular o deficiente.
- Preocupación sexual que lo absorbe.
- Relaciones interpersonales escasas con compañeros o adultos.
- Inmadurez personal o conducta precoz, sobre todo en relación con el sexo.

- Mala disposición a asumir responsabilidad y autonomía.
- Incapacidad para posponer o sustituir satisfacciones.

Rasgos psicopatológicos graves

- Depresión profunda o aislamiento.
- Actos de delincuencia, ascetismo, ritualismo, ansiedad persistente, compulsiones obsesivas e inhibición extrema.
- Aberraciones sexuales.
- Hipocondría persistente.
- Enfermedad somática importante del tipo de colitis o trastornos menstruales.
- Completa incapacidad para la sociabilidad y/o el trabajo.

CUADROS NOSOLÓGICOS

Psicosis infantil

Afecta globalmente el desarrollo y la personalidad del niño. El principal riesgo es la instauración temprana de un déficit intelectual, que puede ser ligero o grave según factores como organicidad, precocidad, adecuación y continuidad del tratamiento. La intervención del pediatra o especialista es esencial para la detección y posterior derivación.

Particularidades específicas de la psicosis precoz o autismo:

- Aislamiento, indiferencia a todo lo que le rodea.
- Parece no oír ni ver, o ver a través de las personas. Evitación activa de la mirada. Sordera ficticia.
- Rechazo al contacto físico, que si se intenta forzar responde brutalmente como si se tratara de una intrusión intolerable.
- Estereotipias (movimientos anómalos y repetitivos).
- La manipulación de los objetos es poco habitual, los roza, los huele, los hace rodar o caer de manera muy repetitiva, se tiene la sensación de que no hay posibilidad de juego, por la imposibilidad de simbolizar.
- Exigencia de la inmutabilidad del entorno, su necesidad de mantenerlo todo igual, cualquier modificación en este espacio puede desencadenar reacciones de angustia importantes, es decir, un verdadero estado de desolación.
- Los trastornos del lenguaje son constantes y muy importantes. Con frecuencia se trata de ausencia de lenguaje. En ocasiones aparecen ruidos monótonos, monocordes sin intención “social” aparente. Los padres tien-

Podemos descubrir estados depresivos en adolescentes que sus padres nos traen por cualquier trastorno cutáneo. La gravedad de su proceso puede ser muy variable. Si bien en los adultos depresivos que visitamos nosotros el suicidio no es en general de temer, sí pueden cometerlo los adolescentes. Sobre el suicidio de jóvenes son falsos prejuicios frases como: “cuando realmente se desea la muerte, no se habla de ello”, “cuando se habla de suicidio, no se suele pasar a los actos”, “no hay que hablar del suicidio con los jóvenes, porque ello les puede invitar a cometerlo”.

Las toxicomanías en adolescentes pueden ser consideradas a la vez, como consecuencia o como causa de la depresión. La drogodependencia constituye una espiral cerrada entre el estado depresivo y la toxicomanía. “Cuando me chuto, no quedo nunca decepcionado; no es como con los padres”.

den a relatar que el niño entiende muy bien lo que se le dice. Las primeras palabras del niño autista son verdaderamente sorprendentes a causa de su complejidad, esto ha llevado a pensar que no es un impedimento del desarrollo del lenguaje únicamente, sino que existe una dimensión de rechazo al habla, de mutismo. La incapacidad para manejar los pronombres es muy característica, con una confusión del “tu” por el “yo”, cuyo empleo normalmente se domina a partir de los 3 años. La organización del lenguaje antes de los 5 años se valora como un elemento de buen pronóstico.

Dentro de los síndromes autísticos, únicamente nombraremos el *síndrome de Rett*; descrito sólo en niñas, que cursa con microcefalia y pérdida de movimientos intencionales en las manos, ataxia y apraxia del tronco acompañada de escoliosis, estereotipias con las manos (gesto de retorcerse las manos). Es un trastorno neurológico progresivo y que se asemeja al autismo. *Síndrome de Héller*; en el que tras un periodo de desarrollo normal, aparece un periodo de irritabilidad, ansiedad, y concluye con un deterioro progresivo y profundo que termina con un retraso mental grave. Y el *síndrome de Asperger*; caracterizado por dificultades cualitativas de interacción social de tipo autista, estereotipado y repetitivo, con juegos mecánicos y carentes de fantasía. No presentan retraso en el lenguaje que tiende a ser pedante, repetitivo, monótono e inexpresivo. La capacidad intelectual suele ser normal, aunque son torpes en sus actividades. Se caracterizan por un buen pronóstico, aunque algunos conservan las conductas extravagantes. Sus actividades profesionales suelen estar centradas en intereses altamente específicos.

DEFICIENCIA MENTAL Y SENSORIAL

Es un campo muy amplio que abarca distintas especialidades médicas. A las encefalopatías se han añadido hoy la prematuridad, traumatismos obstétricos, anoxia, edema, hemorragia meníngea, que anteriormente no sobrevivían. Tanto estos cuadros como las deficiencias sensoriales específicas (sordera y ceguera) y de enfermedad motora cerebral (parálisis infantil) presentan frecuentemente secuelas cognitivas y afectivas, que conviene ser bien diagnosticadas y tratadas específicamente para conseguir el máximo de adaptación y evolución.

TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

Los trastornos hipercinéticos merecen una especial mención por la gran confusión que existe en su diagnóstico, así como en el tratamiento farmacológico que por sus características (anfetamina y derivados) debe ser especialmente cuidadoso, dados sus efectos secundarios.

Los trastornos hiperkinéticos o trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) presentan como característica esencial una serie de manifestaciones comportamentales, que incluyen un determinado “cluster” o agrupación de síntomas que afectan a tres áreas fundamentales: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad.

En general, los niños hiperkinéticos presentan las siguientes características:

- Actividad excesiva o inadecuada; por lo general, molesta e intrusiva.
- Deficiente atención sostenida.
- Dificultades para la inhibición de los impulsos en la conducta social y en tareas cognitivas.
- Impopularidad en las relaciones sociales, rechazo y aislamiento social.
- Fracaso escolar.
- Baja autoestima secundaria a las dificultades sociales y el fracaso escolar.
- Trastornos comórbidos, como otros trastornos de comportamiento externalizante coexistentes (trastorno disocial, trastorno negativista desafiante), y otros trastornos concomitantes (Aprendizaje, ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos generalizados del desarrollo).

DEPRESIÓN INFANTIL

Presenta características que la familia puede considerar como una enfermedad somática. Así ocurre con la fatiga, la inhibición y el entorpecimiento motor, a menudo en primer plano y no siempre acompañados de tristeza y llanto visibles. Son habituales otras manifestaciones, como pasividad, sumisión, desinterés y fracaso escolar.

A nivel corporal pueden aparecer actitudes de riesgo con accidentes y heridas frecuentes, infecciones banales repetitivas, dejadez y abandono. Menos frecuentes son las actitudes autoagresivas; tentativas de suicidio, raras antes de la pubertad. Muchos síntomas psicósomáticos son considerados como equivalentes depresivos (enuresis, eccema, asma, obesidad, etc.). El empleo de medidas terapéuticas medicamentosas está excesivamente extendido ante una simple sospecha diagnóstica. Pensamos que deben estar limitados a casos confirmados y en los que sean de elección.

PSICOPATOLOGÍA LIGADA A TRASTORNOS Y DISFUNCIONES SOMÁTICAS

Muchas enfermedades y situaciones médicas comportan alteraciones psíquicas con las que se ve confrontado el médico no psiquiatra. Las que afectan el sustrato

En adolescentes con afición exagerada a los deportes de alto riesgo y a la conducción temeraria de vehículos, hay que considerar la posibilidad de un flirteo con la muerte por un trastorno depresivo enmascarado. En niños, adolescentes y ancianos, el diagnóstico de estado depresivo puede ser difícil.

Una encuesta entre adolescentes (Marie Choquet y cols., Inserm, Francia, 1995) encontró que un 31% se habían sentido deprimidos en algún momento (la llamada "crisis de la adolescencia"), un 13% de ellos, a menudo ('amenaza depresiva'), y un 6%, la mayor parte del tiempo ("estado depresivo").

cerebral (epilepsia, procesos lesionales, etc.) conllevan a la intervención multidisciplinar; tampoco es raro que, salvo en lo relativo a la deficiencia (mental o sensorial), se dejen de lado aspectos psíquicos asociados y que cuando afectan a los niños inciden en el equilibrio psíquico familiar. Lo mismo ocurre en muchas situaciones hospitalarias que movilizan problemas psicológicos en el paciente, en su familia y en el personal hospitalario (enfermedades crónicas, terminales, etc.). En los niños y adolescentes, una intervención psico-preventiva puede evitar diversos problemas en intervenciones quirúrgicas, tratamientos largos, etc., evitando la instalación de sentimientos depresivos y rechazo a los cuidados imprescindibles que inciden negativamente en el curso de la enfermedad.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la patología psicósomática ha de ser interdisciplinar y, por tanto, irá asociada la terapéutica dermatológica con un tratamiento psicológico (psicoterapia) al niño y un seguimiento a los padres. En muy pocas ocasiones es necesario en los niños la administración de psicofármacos; si fuere necesario, irá siempre en función del diagnóstico estructural (depresivo, psicótico, etc.).

El trabajo psicoterapéutico debe ir encaminado a lograr una *mayor mentalización* (ayudar al niño a lograr comprender la espera, a construir un espacio mental para la representación de sus temores, a desarrollar la confianza en sí mismo, etc; y ayudarle a acercarse a la vida onírica), ya que investigaciones recientes del IPSO (Hospital Pierre Marty, París) correlacionan que a mayor mentalización, menor riesgo de enfermedad psicósomática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra, J de: Manual de psiquiatría infantil. Ed. Masson, Barcelona, 1991.
2. Calatroni, MT (compiladora): Pierre Marty y la psicósomática. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1998.
3. Kreisler L, Fain M, Soulé M: El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia. Amorrortu editores.
4. Marty P: La psicósomática del adulto. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1995.
5. *Revista Iberoamericana de Psicósomática*, N.º 1. Bilbao, diciembre 2000.
6. Rof Carballo J: Teoría y práctica psicósomática. Editorial DDB. Bilbao, 1984.

SÍNDROMES PSICODERMATOLÓGICOS ESPECIALES DEL PACIENTE SENIL

L. Millard

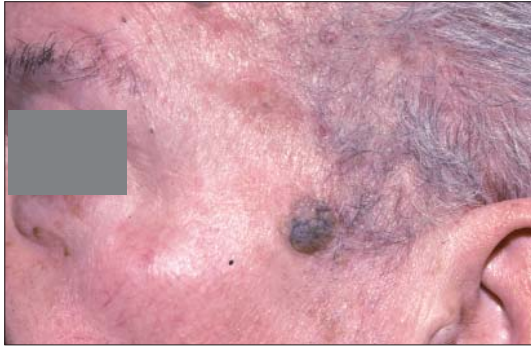
LOS ANCIANOS REPRESENTAN UNA PROPORCIÓN CADA VEZ MAYOR DE nuestra población, y sus necesidades dermatológicas y psicológicas son tan evidentes y dignas de atención como las de los más jóvenes. Un error conceptual muy frecuente consiste en creer que la autoestima y el confort que ha de sentir uno mismo se aplican sólo a los grupos de jóvenes y de edad madura. Tales valores siguen vigentes en la vejez, y la reticencia de las personas ancianas a la hora de expresarlos no debería de oscurecer el hecho de que el deseo de ser aceptado y ser aceptable por y para aquellos que los rodean es muy importante para ellas.

A pesar de los efectos normales del envejecimiento sobre la piel y de los cambios en la apariencia que forman parte de dicho proceso, por ejemplo, las arrugas, la flaccidez de la piel, la aparición de canas o la calvicie, la facilidad con que aparecen equimosis o las uñas friables, la mayor parte de las personas de edad desean tener una apariencia respetable ante los demás⁹. Por eso, cualquier cambio en esas expectativas, tanto por quienes lo sufren como por quienes los rodean puede dar lugar a un cambio muy grande de la respuesta esperada. Por ejemplo, el paciente de edad que padece un eccema asteatósico cuarteado de las manos puede ponerse muy nervioso y sufrir una gran ansiedad a la hora de tocar a sus nietos. El abuelo con una rosácea en la nariz puede volverse tímido y evitar la compañía de su familia. Tales comportamientos ocurren a pesar de la experiencia racional, según la cual no existe razón alguna para ellos.

En un estudio sobre mujeres ancianas que sufrían de ulceraciones crónicas en las piernas, Hyde⁷ mostró que la preocupación prolongada conducía a una secuencia de acontecimientos que pueden dar lugar a un efecto de perpetuación sobre el proceso de curación. El dolor persistente, la ansiedad sobre las capacidades personales y la prevención de la infección en la pierna aumentaban la ansiedad que causaba la supuración, el olor y la vergüenza a causa de la presencia de las úlceras. Con la cronicidad, el miedo a perder un miembro, por muy irracional que resultara para el observador externo, era muy real para ellas y hacía aumentar su ansiedad de verse solas e incapacitadas. La determinación, la fortaleza de espíritu y la esperanza tendían a desaparecer y su apariencia ante el mundo exterior se veía, además, comprometida por el hecho de tener que llevar un vendaje feo y nada elegante. La aparición ineludible de acobardamiento y de depresión es un factor importante en la cronicidad de las ulceraciones de las piernas.

En pacientes seniles, la medicación psiquiátrica debe ser reducida de entrada a mitad de dosis.

La consulta en una paciente mayor por pequeñas verrugas seborreicas de la cara y por discretos angiofibromas de la nariz, así como por lesiones insignificantes que hace años que presenta, debe levantar la sospecha de una depresión enmascarada. No son significativas las lesiones en sí, sino el hecho de que consulte por ellas después de años de tenerlas.



Queratosis seborreica. Varón de 82 años. Admite que “quizá sí, que la tiene desde hace muchos años”. Camina con dificultad, pero viene solo. ¿Por qué se decide a consultar ahora? El interrogatorio permite conocer que está viudo desde hace 5 años, que ha vivido solo en su casa hasta hace 6 meses. Después de una caída, su hijo se lo ha llevado a vivir con él, pero no tolera a su nuera. En espacio de pocos minutos exclama tres veces que “valdría más morir ya”. No está ansioso. Por ser mayor, escojo el antidepresivo sertralina, y se lo receto empezando a mitad de dosis.

La lentitud de las respuestas en el interrogatorio de un anciano orienta hacia una eventual alteración mental (estado depresivo, mixedema, enfermedad de Parkinson), pero hay que tener en cuenta que el anciano habitualmente responde más lentamente que el joven.

Después de considerar normales tales reacciones, no resulta difícil examinar el significado de aquellos factores adicionales que, con la edad, pueden influir el pensamiento racional y el comportamiento en las personas ancianas en relación a su piel y a las creencias que albergan sobre sí mismas. Tal significado puede dividirse en tres categorías: en primer lugar, los efectos del aislamiento social; en segundo, la influencia de la depresión, y en tercero, el inicio de la demencia.

En las sociedades de cultura occidental, la importancia del aislamiento social como parte del mecanismo etiológico, mediante el cual los ancianos que viven solos desarrollan creencias y comportamientos inmutables son bien conocidos. A pesar de que existen centros para los ancianos, la importancia de la vida familiar se ha reducido hoy en día a las visitas ocasionales, y las residencias de la tercera edad se pueden equiparar de forma paradójica a celdas solitarias de las que los reclusos no necesitan salir, salvo para los ejercicios de seguridad que llevan a cabo los cuidadores.

AISLAMIENTO SOCIAL Y ASOCIACIÓN CON IDEAS SUBDELIRANTES

Hay un grupo entre las personas de la tercera edad que desarrollan ideas que no tienen la intensidad de un delirio, pero que, no obstante, son tan fuertes que los persuaden de adoptar una serie de comportamientos irracionales y, a menudo, protectores. Por ejemplo, la señora S., de 80 años, había cuidado, con ayuda exterior, de su marido inválido durante cinco años en el apartamento que ambos compartían, donde habían tenido contactos ocasionales con los vecinos, pero a causa de la enfermedad de su marido y de la necesidad de constante atención que tuvo éste hasta su fallecimiento, debido a una enfermedad prolongada, ella no había podido hacer amistad con la gente de su entorno. Poco después de su viudez, empezó a sufrir de picor cutáneo y a creer que se debía a chinches que quizá habían invadido la casa, posiblemente debidos a los vendajes poco aseados que había cambiado regularmente en las úlceras de decúbito que padecía su marido. Declaró sentirse avergonzada de esto y, al mismo tiempo que hacía grandes esfuerzos por mantener el apartamento limpio, comprando cada vez mayores cantidades de desinfectantes, bayetas de limpieza y aerosoles, la piel le seguía picando. Se despertaba temprano, se bañaba en agua lo más caliente posible “para esterilizar su piel”, pero pronto empezó a creer que el agente causal se encontraba en los muebles del apartamento. Un fin de semana pidió que sacaran todos los muebles y tapices y se quedó con una sencilla silla de terraza y un televisor.

Cara al exterior mantenía la apariencia de ser una mujer en buen estado de salud, limpia e inteligente, aunque algo nerviosa. La visita por parte de su médico

general reveló la extensión de su aislamiento y fue enviada a la clínica con el diagnóstico de delirio de parasitosis.

Su obsesión no tenía la intensidad de un delirio y, de hecho, conversando con ella durante la historia clínica fue convencida con facilidad de que las muestras que traía en un frasco, de hecho, eran restos de piel desfoliada y de que quizá el picor era parte de la respuesta al estrés tras del fallecimiento de su marido. Quedó claro que no tenía un grupo de amigos ni, por tanto, nadie con quien discutir del asunto, por lo que su cada vez mayor aislamiento hizo crecer su miedo de padecer una infección o una parasitosis, las cuales formaban parte, durante su niñez, de la cultura popular de las enfermedades dermatológicas.

Una vez convencida de que volviese a amueblar su apartamento, se integró en un grupo y en un organización, y cuando fue visitada de nuevo, ya no quedaba en ella signo alguno de otras enfermedades psicológicas.

AISLAMIENTO SOCIAL E IDEAS DELIRANTES

El paciente con parasitosis delirante suele ser de sexo femenino, de la tercera edad, y los estudios previos^{6, 15} han confirmado que en todo grupo de pacientes con ideas anormales de estar infestados, ya sea por insectos, gusanos o, incluso algunas veces, por sensaciones invisibles pero somáticamente experimentadas, el perfil sociológico de la población incluye un subgrupo de mujeres ancianas. Un rasgo premórbido parece ser el aislamiento social¹² y es bastante característico en este grupo, mucho más que, por ejemplo, un puro trastorno delirante, tal como lo define el DSM III o el ICD10. El síndrome aparece más en la esquizofrenia, en las psicosis orgánicas o afectivas, en una población mucho más amplia de grupos de edad más jóvenes. Las variantes de aislamiento social que contribuyen a tales ideas están relacionadas con pérdidas familiares, tales como la viudedad o el aislamiento cuando los hijos se van y dejan de tener un contacto físico regular con ellos.

A pesar de que este aislamiento familiar puede dar lugar a estados de ánimos deprimidos⁶, en algunos casos éstos no podrían ser medidos desde el punto de vista psicométrico con tests estándar, tales como el Beck's Depression Inventory. No obstante, el desarrollo de una personalidad paranoide, que sí se puede medir tanto clínica como psicométricamente, puede dar lugar a un mayor aislamiento en un 20% de pacientes. En estos casos, tales pacientes se aíslan de los de su edad y de los de su grupo, no participan en actividades comunitarias y tienden a ser dejados de lado por los demás. La presencia de ideas paranoides tiene su importancia, pues separa a este grupo de pacientes ancianos de su grupo, como lo muestra la historia de caso en la que, esta vez, la señora S. no estaba convencida de que las sensaciones fueran el fruto de una parasitosis, pero sí consideraba la posibilidad de que pudieran serlo. No hay que olvidar que estos pacientes padecen un importante hormigueo y dicho síntoma no ha de ser ignorado, ya que, curiosamente, ya sea que dicha idea tenga

La mayoría de las personas que alcanzan los 80 años suelen tomar un promedio de cuatro medicaciones al día. La determinación de los niveles plasmáticos de dichos fármacos puede ser relevante en caso de aparecer un síndrome confusional (E. Blesa, 1994). Esto interesa a los psiquiatras, a quienes acudirán los familiares. A nosotros el dato nos puede interesar más bien por las posibilidades de una toxicodermia.

Una queratosis seborreica de la que el paciente explica sensaciones extrañas puede ser coagulada, pero los motivos psicológicos que han provocado las disestesias en ella van a permanecer en el paciente si no son atendidos por un dermatólogo perceptivo.

un carácter subdelirante o forme parte de una enfermedad mental más global, los fármacos neurolépticos como la pimozida o el antidepresivo tricíclico clomipramina son muy eficaces.

Es imperativo no subestimar la enfermedad depresiva en los enfermos ancianos con una enfermedad mental más global que se presenta como una idea de parasitosis. A pesar de que la sintomatología pueda incluir algunos rasgos paranoides, siempre hay ideas asociadas de contaminación, suciedad y una sintomatología depresiva como la desmoralización, la desesperanza, la falta de estima y un sentido excesivo de la culpabilidad. Estos enfermos racionalizan que se merecen la parasitosis porque son unos miserables. En este grupo de pacientes, el uso de antidepresivos cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición selectiva de la recaptación de la serotonina es bastante eficaz y mi preferencia particular se centra en la sertralina, a una dosis de 20-40 mg por día.

Es importante recordar que los ancianos son muy susceptibles a los efectos secundarios de los medicamentos y habrá que tomar precauciones al utilizar la pimozida. La dosis inicial deberá ser bastante baja, de 0,5 ó 1 mg cada día y, como se sabe que la pimozida puede dar lugar a un alargamiento del espacio QT o a arritmias cardíacas, es aconsejable hacer un electrocardiograma antes del tratamiento. Al cabo de 4 a 6 semanas debería tener lugar una importante mejoría de los síntomas y en los pacientes ancianos es posible que la dosis necesaria sea de 2-4 mg por día.

ALUCINOSIS TÁCTIL CRÓNICA³

En 1954 fueron descritos diversos casos que diferenciaban a un amplio grupo de pacientes, que sufrían de sensaciones táctiles crónicas, tales como sensación de algo que reptaba por la piel, de mordiscos o de pinchazos agudos, sin delirios de parasitosis. Ocurrían en presencia de una piel normal, sin enfermedad orgánica, y al menos una de las publicaciones las relacionó con una afectación neurológica crónica localizada¹³. Esta entidad ha sido circunscrita como un grupo diagnóstico observado más en Europa que en otras partes del mundo, pero probablemente esté relacionada con las denominadas similitudes psicógenas, aunque ahora, con la disponibilidad generalizada de las tomografías computarizadas se están encontrando pruebas de su componente neuropsiquiátrico. Este fenómeno puede presentarse como una afección neurológica aguda¹³, pero también crónica, que da lugar a cierto grado de demencia en los ancianos⁵.

FOLIE À DEUX¹⁰

El término francés *folie à deux*, que literalmente significa locura compartida por dos personas, puede parecer superficialmente muy claro debido a que es un síndrome

que se ve con frecuencia en un paciente que se ha contagiado de otro. La ICD10 y la DSM IV clasifican la *folie à deux* bajo el encabezado de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos o delirantes, aunque no es raro que tales pacientes sufran de un trastorno afectivo. Además, se sabe que las ideas del paciente contagiado no poseen la misma intensidad y, por tanto, en éste se describen como una idea sobrevalorada o una mala interpretación. La mujer de edad suele estar ampliamente representada en este grupo y los trabajos de McNeil¹⁰ han mostrado una mayor participación del sexo femenino, sobre todo en mujeres mayores de 65 años. Las condiciones más frecuentemente asociadas con la *folie à deux* son las psicosis hipocondríacas monosintomáticas, con delirios de parasitosis, delirios de olores y síndromes de picor compartido. La relación más frecuente a cualquier edad en la *folie à deux* se da entre madre e hija, en un 20%-25%, lo que está a favor de la idea sugerida¹ de que el limitado papel social de la mujer en casos de aislamiento a causa de la muerte temprana del marido y la reducida importancia del núcleo familiar concentran e intensifican el escaso contacto con la familia.

Existen pruebas contradictorias de que la demencia es un factor causal en la *folie à deux*; otros substratos clínicos que pueden tener importancia y aumentar el aislamiento son la incapacidad física, la sordera parcial y una sociedad cada vez más multicultural, con barreras de lenguaje, que la edad tiende a aumentar conforme el anciano se encierra en su lengua materna.

El tratamiento de esta relación patológica está plagado de enormes dificultades. De acuerdo con mi propia experiencia, la medida más eficaz consiste en separar a la paciente "inicial" de la paciente "reactiva secundaria", aunque existe evidencia de que en la vejez resulta más difícil que en pacientes más jóvenes, ya que la pareja anciana depende mutuamente mucho más para la vida en casa y, al separarlas, pueden sufrir de aislamiento agudo y de desorientación. No obstante, en las relaciones entre madre e hija, que son las más frecuentes, la separación de la hija, que normalmente padece la psicosis primaria, de la madre, que es hospitalizada, puede permitir que las dos sean tratadas. La hospitalización del miembro anciano de la pareja, afectado de manera secundaria, permitirá la evaluación de las dificultades de aprendizaje, de la demencia, de los trastornos sensoriales, así como el tratamiento del trastorno psiquiátrico subyacente, como, por ejemplo, la depresión. Hay que añadir, sin embargo, que el tratamiento es a menudo prolongado y difícil, en especial si tales pacientes se niegan a iniciar un programa terapéutico prolongado.

SÍNDROME DE LA MISERIA SENIL O SÍNDROME DE DIÓGENES^{2, 4}

En 1975 fue descrito un grupo de pacientes ancianos² a quienes se les atribuyó el nombre de síndrome de Diógenes, debido a que se caracterizaban por su carác-



Psoriasis con atopia folicular, intenso prurito.

Sike Schmidt y cols., de Jena, han señalado en Enero 2000 (*Dermatology & Psychosomatics*) la calidad de vida deteriorada de los pacientes con úlceras crurales venosas o mixtas, arteriovenosas. La calidad de vida de los mismos mejora durante los días de ingreso en clínica.



Eczema atópico florido. Varón de 58 años. Prurito intenso que le imposibilita el descanso nocturno.

A menudo sorprende la atención que un hombre o una mujer maduros requieren para un mínimo angiofibroma de la nariz en una cara repleta de grandes y oscuras manchas seboreicas. Parece que la coagulación del mismo debería aportar poco beneficio objetivo a una cara tan fotoenvejecida. Pero el enfermo ha tenido largos años para adaptarse, como mal inevitable, a su cara manchada. Como en toda patología de orden estético e, incluso, ajeno al mismo (como molestias reumáticas, urgencias miccionales, trastornos digestivos crónicos), no es la intensidad del trastorno en sí, sino el grado de aceptación del enfermo al mismo, lo que determina su calidad de vida psicológica.

ter recluso, su existencia solitaria, su descuido personal y su necesidad compulsiva de acumular cosas. Más tarde fue denominado “síndrome de la miseria senil”. En la actualidad existen discrepancias sobre los componentes del trastorno psicológico y la afección psiquiátrica que subyace a la psicopatología que conduce al aislamiento personal. Tales pacientes viven en medio de una suciedad absoluta y amontonan todo lo que van acumulando en grandes montones, sin preocuparse de orden ni de higiene algunos; lo acumulado y amontonado suele incluir, asimismo, restos personales⁴. No resulta extraño, por tanto, que incluya cabellos, uñas cortadas, secreciones nasales o auriculares secas e, incluso, deyecciones. Estos pacientes pueden visitar al dermatólogo para que les cure una “erupción”, que consiste

principalmente en acumulaciones de queratina en las manos, cara, cuero cabelludo y superficies de flexión. Es característica la aparente paradoja entre el comportamiento acumulador y la ausencia absoluta de higiene.

Los tres pacientes que he visto de esta categoría eran hombres y me fueron enviados con lesiones costrosas del cuero cabelludo y la cara, descritas por el médico general como una forma de psoriasis. Es de notar que los tres eran solteros, sólo tenían familiares lejanos y sus únicos contactos sociales eran una salida semanal para hacer las compras y otra para cobrar su pensión de retiro. Todos ellos iban bien vestidos, eran amables y no mostraban una clara alteración en el trato social, pero parecían ignorar su absoluta falta de higiene y de cuidado corporal personal. Mostraban un enorme desinterés por las preguntas relativas a la enorme costra de queratina. La terapia dermatológica estándar para eliminar las costras fue eficaz en cuestión de dos días y el seguimiento mostró, como era de esperar, que el problema volvía a su estado inicial a los dos meses. En ninguno de los tres casos existía una clara depresión, pero sí evidencia de ideas paranoides, sobre todo cuando se les preguntaba por su comportamiento acumulador.

NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD¹¹

La negación significa que algo no existe, ya sea en uno mismo o en los demás. Suele ser un acto consciente y se utiliza con una finalidad. Puede ser utilizado de forma inapropiada en caso de que exista una creencia errónea sobre circunstancias que podrían ser, según cree el paciente, muy dañinas. El significado psicológico de la negación incluye el rechazo inconsciente de algunos aspectos de la realidad, ya que la aceptación de tales hechos reales podría causar más ansiedad o estrés del que se podría soportar. Así, por ejemplo, entre los ancianos con una enfermedad dermatológica los hay que sufren una amplia afectación del área corporal y no por eso consultan con su médico, ya que viven en la arcaica creencia de que toda enferme-

dad cutánea se debe a la falta de higiene, al descuido y a la infección. A pesar de los avances de la medicina moderna y de la comunicación, los estudios siguen mostrando que tales creencias a propósito de las enfermedades de la piel siguen siendo dominantes y son un importante factor de culpabilidad. Estos pacientes ancianos acumulan la vergüenza y el retraimiento e, incluso, cuando la extensión de la enfermedad llega a ser muy evidente, se niegan a visitar a sus médicos y mucho menos a confirmar sus temores sobre la enfermedad que padecen. Se trata de una importante razón que da lugar, en general, al diagnóstico tardío de la enfermedad cutánea inflamatoria, así como del cáncer de piel.

El diagnóstico tardío del cáncer de piel, con desfiguración y destrucción de estructuras vitales, que incluyen los ojos, las orejas, la nariz y los genitales, está bien documentado y se suele dar en los ancianos. Mientras que en los grupos más jóvenes esta negación de la enfermedad suele formar parte de un trastorno psiquiátrico del pensamiento, en los ancianos puede que haya razones más básicas para negarse a reconocer el problema. Sólo el hecho de pensar en las exploraciones y en el tratamiento puede inhibir a la vieja solterona que tiene lesiones en torno a los pechos o a los genitales. Las razones más frecuentes que suelen dar tanto hombres como mujeres que van tarde al médico con enormes cánceres de la piel son, en primer lugar, la vergüenza asociada a la desfiguración y el penetrante olor asociado con tales lesiones. Además, existe una negación inconsciente de la presencia de lesiones como algo grave por el miedo a la terapia anticancerosa. Existen creencias rígidamente estructuradas de que la terapia contra el cáncer es dolorosa, exige muchas hospitalizaciones, suele fracasar y, en muchas ocasiones, acelera una muerte inevitable. En cuanto al cáncer de piel, estos pacientes asumen que padecen una enfermedad terminal, y la aparición de la negación en la enfermedad terminal es algo universal y, hasta cierto punto, normal.

Para enfocar estos problemas, Janis⁸ ha sugerido que es preciso ocuparse de tres puntos esenciales. En primer lugar, de la creencia de que se corren graves riesgos hágase lo que se haga; en segundo, de la creencia de que es más realista ser optimista para que todo vaya bien en vez de adoptar una actitud de decaimiento y, en tercero, de la creencia de que hay tiempo de sobra para hacer algún día lo necesario con vistas a encontrar una solución y curarse. Estos tres puntos se aplican también a aquellos que niegan la presencia de una enfermedad cutánea generalizada y, por tanto, siguen mal el tratamiento. En esta circunstancia es muy útil el tratamiento hospitalario, que cuenta con el apoyo de un grupo, ya que éste permite ofrecer una información adecuada y corregir las falsas apreciaciones. Esto último es muy importante, ya que el anciano puede haber desarrollado un sistema de conceptos equivocados a causa de una mala información, o bien, puede haber interpretado mal la información que se le dio, o bien, puede haber dado demasiado crédito a la opinión de la calle, o bien, en su estado de negación, puede haber rechazado cualquier consejo, ya sea de manera consciente o inconsciente.

Nunca es poca la información que se les da a los pacientes sobre una enfermedad. Dicha información ha de completarse haciendo un especial hincapié en lo

En invierno, algunos estados depresivos enmascarados reactivos pueden coincidir fortuitamente, en un adulto o en un anciano, con un prurito por piel seca por exceso de enjabonado.

Sobre los ancianos que son acompañados a consulta y en los que queremos distinguir entre un trastorno depresivo somatizado en la piel y una demencia senil, J. Bruder, de Hamburgo, señala que: Los parientes de los dementes no detectan los trastornos; en los pacientes la datación del comienzo suele ser vaga; la sintomatología suele ser prolongada antes de acudir al médico; no suelen existir antecedentes de alteraciones psiquiátricas; los pacientes no suelen presentar quejas sobre limitaciones cognoscitivas; intentan disfrazar sus incapacidades, y muestran alegrías al consumir con éxito tareas triviales. Pueden usar trucos nemotécnicos, sobrevalorarse como autocompensación y no muestran discomunicación. También proporcionan respuestas "casi correctas" con frecuencia, y la disminución del rendimiento es homogénea para tareas con el mismo grado de dificultad. En los depresivos, los síntomas suelen ser de orden inverso.

que el paciente puede hacer por sí mismo. Los grupos de ayuda y los cuidados comunitarios son de un valor incalculable. Siempre es un error el subestimar la capacidad de las personas de edad para planear su propia estrategia de aceptación una vez que se ha establecido un diálogo y que el ambiente de aislamiento social ha dejado de existir.

El tratamiento de la negativa psicótica puede ser muy difícil. En el trastorno depresivo grave, el paciente puede rechazar la idea de que padece una enfermedad o de que merece que lo traten. La enfermedad depresiva en los ancianos puede, a menudo, ser atípica y, por eso mismo, permanecer sin tratar, y es preciso saber descubrir no sólo la apatía y el retraimiento en tanto que síntomas de la depresión, sino también la agresión y la irritabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks SA: Folie à deux in the aged. Variations in psychopathology. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995; 32:61-3.
2. Clark AN, Mankika GD, Gray I: Diogenes Syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1975; 15(1):366-368.
3. Conrad K, Bers N: Die chronische taktile Halluzinose. *FortschrNeurol* 1954; 22:254-70.
4. Cooney C, Hamid W: Review Diogenes Syndrome. *Age Ageing* 1995; 24(5):451-455.
5. Feldman E, Mayou R, Horton R: Psychiatric Disorder in medical inpatients. *Quart J Medicine* 1987; 240:301-308.
6. Hornstein OP, Hofman P, Joraschky P: Delusions of parasitic skin infestations in elderly patients. *Z Hautkr* 1989; 64(11):985-9.
7. Hyde C, Ward B, Horsfall J, Winder G: Older women's experience of living with chronic leg ulceration. *Int J Nurs Pract* 1999; 5(4):189-99.
8. Janis IL: Coping patterns among patients with life threatening disease. In: Speilberger CD, Sarason IG (eds.): *Stress and Anxiety*. Hemisphere, New York.461-469.
9. Kligman AM: Psychological aspects of skin disorders in the elderly. *Cutis* 1989;43(5):498-501.
10. McNeil JN: Verwoedt A, Peak D: Folie à deux in the elderly. *J. Am Geriatric Soc* 1972; 316:316-23.
11. Pilowsky I: Illness Denying Behaviour. In: *Abnormal Illness Behaviour*. J Wiley. Chichester 1997. 178-95
12. Rasanen P, Erkonen K, Isakkson U, Koho P, Varis R, Timonen M, Leinonen E, Isohanni Malanko A: Delusional Parasitosis in the elderly; A review. *Int Psychogeriatr* 1997; 9(4):459-64.
13. Rockwood K: Acute confusion in elderly medical patients. *J Am Geriatric Soc*. 1989;37: 150-4.
14. Soni SD, Rockley GJ: Socio-clinical substrates of folie à deux. *Br J Psychiatry* 1974; 125:230-5.
15. Trabert W: 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1223 case reports. *Psychopathology* 1995; 28(5):238-46.

NEUROTRANSMISORES. CÓMO PUEDEN EXPLICAR LOS MECANISMOS PSICOSOMÁTICOS EN DERMATOLOGÍA

L. Misery

LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS (AQUELLAS FUERTEMENTE influidas por factores psicológicos o por el estrés) son muy frecuentes en dermatología. Si bien la evolución de estos trastornos depende de los pacientes, de las enfermedades o de los dos factores en un momento de la vida, también se ve influida en mayor o menor medida por factores psicológicos y por episodios de estrés¹⁻⁴. La asociación entre la psique y la piel parece muy estrecha cuando esta última está enferma y especialmente cuando la inmunidad está implicada en las enfermedades cutáneas.

Se han definido algunos conceptos psicogénicos para explicar la provocación de lesiones cutáneas por factores psicológicos o por episodios de la vida estresantes⁵⁻⁷. Estas teorías no descartan la existencia de un sustrato bioquímico en las enfermedades psicosomáticas cutáneas. Más bien, la influencia de la psique en la piel implica que existen factores químicos que trasladan la emoción o el estrés a una lesión cutánea⁸⁻¹⁹. Estos factores sean probablemente neurotransmisores (o neuromoduladores) y hormonas.

NEUROMODULADORES CUTÁNEOS

Entre los numerosos neuromoduladores y neurohormonas, se han descrito unos veinticinco en la piel de los seres humanos²⁰⁻²². La mayor parte de ellos son neuropéptidos: sustancia P, neuropéptido Y, péptido intestinal vasoactivo o VIP, péptido histidina isoleucina o PHI, somatostatina, neurotensina, péptido relacionado con el gen de la calcitonina o CGRP, neurocininas, péptido de liberación de la gastrina o GRP y la bradisinina. Otros son neurohormonas (prolactina, hormona estimulante de los melanocitos o MSH, hormona adrenocorticotropa o ACTH) o catecolaminas, encefalinas, endorfinas o acetilcolina.

La cantidad de neuromoduladores varía en función del individuo, de la enfermedad y de su localización. Las concentraciones de neuropéptidos en la piel oscilan entre 0,1 y 5,5 pmol/g de tejido²³.

Los neuromoduladores cutáneos son sintetizados por las fibras nerviosas y las células de Merkel y también por las células de Langerhans, queratinocitos, melanocitos y todas las células del sistema inmune (granulocitos, linfocitos, monocitos-

El abuso de alcohol constituye con mucho el más serio y devastador problema de drogas. Algunos de nuestros pacientes pueden abusar de él.

El alcohol constituye el ansiolítico más antiguo, de efectos más rápidos y más fácil de conseguir. Es un depresor del sistema nervioso central, al igual que otros anestésicos.

Un alcohólico es un enfermo que no sabe beber la cantidad de alcohol que beben las otras personas, y que, una y otra vez, si se propone consumir una mínima cantidad, no deja de beber hasta que nota sus efectos en grado excesivo para él.

macrófagos y, sobre todo, por los mastocitos)^{24,25}. La mayoría de las células cutáneas poseen a su vez receptores para los neuromoduladores.

LAS CÉLULAS CUTÁNEAS PRESENTAN ALGUNAS PROPIEDADES NEURONALES

Al igual que las células nerviosas, las células cutáneas son capaces de expresar marcadores de neuronas y receptores para neurotransmisores o de producir neuromoduladores.

Sigue siendo controvertido el origen epitelial o neuronal de las células de Merkel²⁶. Presentan determinadas características de las células nerviosas (proteína S100, enolasa neuronal específica, proteína neurofilamentosa, PGP9.5, cromogranina, sinaptofisina) y marcadores epiteliales²⁷. Producen, asimismo, factor de crecimiento neuronal (NGF) y su receptor²⁸. Las células de Merkel poseen propiedades eléctricas²⁹ y gránulos y vesículas neurosecretoras que contienen neuropéptidos²⁸. Los gránulos están presentes por todo el citoplasma aunque son más densos en posición yuxtaxonial³⁰. Expresan cromogranina y su contenido está destinado a las células nerviosas y a las dérmicas. Por el contrario, las vesículas que expresan sinaptofisina, se localizan en la cara epidérmica de la célula de Merkel³¹. Así pues, las células de Merkel humanas probablemente sintetizan neuromoduladores secretados por la fusión de gránulos con la membrana plasmática en las vesículas neurosecretoras. Es probable que los neuromoduladores presentes en otras especies animales también lo estén en los seres humanos y que las células de Merkel sean capaces de producir la mayoría de los neuromoduladores detectados en la piel.

Las células de Langerhans y sus precursores expresan ciertas proteínas encontradas habitualmente en las células del sistema nervioso, es decir la proteína S100 y la enolasa neuronal específica^{32,33}. Si están denervadas, pueden expresar PGP9.5^{34,35}. Las células de Langerhans producen pro-opiomelanocortina (precursor de la MSH, ACTH y beta-endorfina)³⁶. A través de sus receptores de superficie, determinados neuromoduladores pueden modular funciones de las células de Langerhans: CGRP³⁷, sustancia P³⁸, GRP³⁹ y alfa-MSH⁴⁰. En la dermatitis atópica, las células de Langerhans parecen expresar el receptor del neuropéptido Y⁴¹.

Los queratinocitos son capaces de producir neuromoduladores: pro-opiomelanocortina³⁶, acetilcolina⁴², dopamina, adrenalina y noradrenalina⁴³ y sustancia P⁴⁴. En su superficie expresan receptores de la sustancia P^{38,45-48}, VIP, CGRP y neuropéptido Y⁴⁹, GRP³⁹, acetilcolina (muscarínico y nicotínico)^{50,51} y MSH⁵².

Los melanocitos expresan proteína S100 y enzimas implicadas en la síntesis de catecolaminas⁵³. Expresan receptores para la MSH⁵² y posiblemente para la melatonina⁵⁴. Las catecolaminas inducen la expresión de los receptores alfa 1 adrenérgicos⁵⁵.

Los fibroblastos situados en la dermis presentan receptores para la sustancia P, bombesina y somatostatina⁵⁶. En los adipocitos de la hipodermis existen receptores para catecolaminas de tipo β_1 , β_2 y β_3 ⁵⁷.

CONEXIONES

Las fibras nerviosas inervan la piel en la hipodermis, dermis y epidermis hasta sus capas más superficiales⁵⁸. Las neuronas cutáneas tienen contacto anatómico con las células cutáneas por medio de un axón terminal que contiene vesículas neurosecretoras. Estas conexiones pueden considerarse como sinapsis dado que la distancia intercelular es inferior a 300 nm.

Los primeros contactos entre las neuronas y las células epidérmicas fueron descritos por Friedrich Merkel⁵⁹, por lo que estas células llevan su nombre. Las células de Merkel, o células neuroendocrinas epidérmicas están generalmente en contacto con las terminaciones nerviosas⁶⁰. Paul Langerhans⁶¹ también sospechó la existencia de estas conexiones con las células que llevan su nombre. Esta hipótesis se ha confirmado recientemente. Las células de Langerhans están en contacto con los axones a través de su cuerpo celular^{37,62} y de sus dendritas⁶². También se han descrito conexiones entre las fibras nerviosas y los queratinocitos⁶³. Más recientemente, se han notificado conexiones con los melanocitos⁶⁴.

Se han observado contactos en la dermis entre fibras nerviosas y mastocitos⁶⁵. Y entre las células dendríticas dérmicas y los axones⁶⁶. Con todo, los nervios perivasculares están confinados a la interfase entre la adventicia y la capa de músculo liso de la túnica media⁶⁷.

ASOCIACIONES FUNCIONALES ENTRE LA PIEL Y EL SISTEMA NERVIOSO

Se ha descrito una interdependencia entre los nervios cutáneos (epidermis, dermis y anejos) y las células de Merkel⁶⁸, si bien esta es facultativa⁶⁹. Las células de Merkel podrían asegurar el soporte metabólico a los axones. La eliminación selectiva de las células de Merkel provoca que la terminación nerviosa aumente su umbral de excitabilidad. En ausencia de las células de Merkel, los nervios precisan un estímulo más fuerte⁷⁰. Las células de Merkel podrían estar implicadas en la colocación del nervio. Estas células posiblemente regulen la posición de las terminaciones nerviosas y envíen información de su posición dentro del organismo.

Los neuromoduladores actúan sobre las células cutáneas. Esta acción se produce con más frecuencia a través de los receptores de la proteína G. Los neuromo-

Un ebrio ocasional no tiene que ser forzosamente un alcohólico. La mayor parte de los jóvenes que se embriagan los fines de semana en discotecas no son alcohólicos.

El paciente que bebe a escondidas suele ser un alcohólico.

Al preguntar a un paciente sobre sus hábitos alcohólicos, no resulta prudente someterlo a un “interrogatorio de tercer grado”. Ante psoriasis rebeldes, eccemas numulares recalcitrantes, o cualquier dermatosis en la que se sospecha que un consumo exagerado de alcohol puede ser factor de importancia, suele ser suficiente controlar si las cifras sanguíneas de gamma GT, de alanina aminotransferasa (ALT), y de transaminasa glutamato piruvato (GPT), están elevadas. En tal caso, el paciente puede aceptar una frase tal como “parece ser que su hígado no tolera el alcohol tan bien como lo hace usted mismo; podríamos probar para su hígado y piel una cura de abstinencia, y controlar de nuevo los enzimas hepáticos dentro de 3 meses”.

duladores modulan las funciones de todos los tipos celulares cutáneos: células endoteliales, células musculares, células glandulares ecrinas o apocrinas, células del sistema inmune, fibroblastos y células epidérmicas.

La sustancia P³⁸ puede inhibir la presentación de antígenos a los linfocitos a través de los receptores de tipo NK1 presentes en las células de Langerhans y en los linfocitos T. En un modelo similar realizado en ratones, el CGRP inhibe la presentación de antígenos³⁷. Así pues, esta incubación inhibe la inducción de B7-2 en ratones⁷¹ y parece limitar la producción de interleucinas 1 β y 12 por las células de Langerhans y aumentar la producción de interleucina 10⁷². También se han demostrado los poderes inhibitorios del CGRP *in vivo*. El CGRP inhibe las reacciones de hipersensibilidad de contacto y las retardadas mediante una acción local⁷³. Este efecto parece responsable en parte de la inmunosupresión inducida por la exposición a rayos ultravioleta⁷¹.

La adrenalina (o epinefrina) reduce la proliferación de los queratinocitos al modificar el ciclo celular⁷⁴. Las catecolaminas parecen estar sintetizadas principalmente por queratinocitos indiferenciados, a la vez que inducen la expresión de los receptores (2. La estimulación de estos parece inducir la diferenciación de los queratinocitos al tiempo que disminuye simultáneamente la biosíntesis de catecolaminas y la producción de su receptor⁷⁵. A través de su receptor nicotínico, la acetilcolina altera tanto la adhesión como la migración de queratinocitos en los cultivos⁵¹. La sustancia P presenta efectos variables sobre la proliferación de queratinocitos, dependiendo de las circunstancias experimentales, es decir, la estimulación^{76,77} o la inhibición del efecto inductor del VIP sobre la proliferación⁷⁸. La sustancia P activa los queratinocitos mediante el aumento de la síntesis de interleucina 1 α y 1 β , antagonista del receptor de la IL1, TNF α , interleucina 8 y mediante el aumento de la expresión de ICAM-1 a través de los queratinocitos⁷⁹. La bradisinina promueve la expresión de los proto-oncogenes *c-fos*, *c-jun* y *c-myc*⁸⁰.

EL SISTEMA NEURO-ENDOCRINO-INMUNOCUTÁNEO (SNEIC)

Un sistema se define como un grupo de órganos o de células que interactúan entre sí y desempeñan una función común. El sistema neuroendocrino, el inmune y la piel comparten propiedades e interrelaciones que permiten una función común. A menudo, se consideran independientes los unos de los otros. Proponemos el concepto del sistema neuro-endocrino-inmuno-cutáneo (SNEIC) dado que los tres están íntimamente relacionados anatómicamente y psicológicamente entre sí en condiciones normales y en el transcurso de determinadas enfermedades. En el transcurso de éstas, existen relaciones físicas, como los contactos celulares entre las fibras nerviosas, las cutáneas y las células inmunes; relaciones químicas, como la secreción

cutánea de neuromoduladores y receptores de los mismos en las células cutáneas, y, por último, existen relaciones funcionales, como, por ejemplo, la modulación de las funciones de la piel o del sistema inmune por neuromoduladores y las interacciones entre la piel, el sistema nervioso y la inmunidad. Todas las células del SNEIC se comunican mediante un lenguaje común. Las palabras de este lenguaje, es decir, los neurotransmisores y las citocinas, interceden para mantener la homeóstasis entre los diferentes tipos celulares.

Se describió un análogo del SNEIC en el tracto gastrointestinal⁸¹. Así pues, existen contactos celulares entre las fibras nerviosas y las células glandulares, musculares, mastocitos o linfocitos. Las terminaciones nerviosas y también los linfocitos, plasmocitos y células neuroendocrinas gástricas o intestinales secretan neuromoduladores. Las células del tracto digestivo al igual que las neuroendocrinas, musculares y glandulares (o inmunes), presentan receptores para los neuromoduladores que pueden modular las propiedades de estas células. Los neuromoduladores tiene una función importante en diversas patologías como diarrea, úlceras gástricas, trastornos inflamatorios, etc.

CÓMO ESTÁ EL SISTEMA NERVIOSO CUANDO SE PRODUCE UNA ENFERMEDAD CUTÁNEA

El sistema nervioso desempeña una función importante en la mayoría de las dermatosis, especialmente en los trastornos inflamatorios o autoinmunes, actuando sobre las células inmunes a través de neurotransmisores en dermatosis como psoriasis⁸²⁻⁸⁶, dermatitis atópica⁸⁷⁻⁹¹, prurigo^{92,93}, vitíligo⁹⁴⁻⁹⁷, etc.

La psoriasis es el mejor ejemplo de la importancia del sistema nervioso en un trastorno cutáneo. Una de las posibles etiologías es a menudo psíquica. En estudios recientes⁸² se constató la presencia de diferentes grados de estrés antes de la aparición del primer síntoma de psoriasis (entre el 32% y el 90% de todos los casos). El estrés precede al inicio del trastorno o de sus manifestaciones iniciales en menos de un mes, y, en dos tercios de los casos, en menos de 15 días. Los pacientes con psoriasis fueron más sensibles al estrés que el grupo control. Los efectos beneficiosos de la psicoterapia o de fármacos psicótropos para la psoriasis son de todos conocidos. Independientemente de la presencia o ausencia de estrés, se observa algún tipo de alteración psiquiátrica en al menos los dos tercios de los pacientes⁸². Con todo, la psoriasis no parece deberse a un tipo especial de personalidad ni a un trastorno psiquiátrico específico. Después de la denervación quirúrgica o traumática, conocida como dermoabrasión, las lesiones psoriásicas regresan a menudo⁸³. Durante el transcurso de la psoriasis, la inervación se hace más densa, afectando fundamentalmente a las fibras nerviosas intraepidérmicas productoras de sustancia P⁸⁴. La afinidad, la distribución y la densidad de los receptores epidérmicos de la sustancia P se modifican sustancialmente⁹⁸. El NGF se eleva en la piel psoriásica⁸⁵. Durante los

El término “alcohólico” tiene un sentido diferente para el médico que lo diagnostica que para el paciente que lo sufre, para el que siempre resulta ofensivo. Cualquier eufemismo es preferible: “enfermos que no toleran el alcohol”, o “que no pueden beber moderadamente” o que “no pueden beber”.

Hay que explicar al paciente alcohólico que su incapacidad para beber moderadamente va a durar toda la vida, y que nunca más puede intentar probar el alcohol. “Beber de forma normal” es imposible para él.

Como sucede con todas las drogodependencias, el alcohólico rara vez puede curarse por sí solo. Los grupos de terapia del Centro de Alcoholología de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona, controlados por psiquiatras especializados, obtienen un 70% de deshabituación en un promedio de dos años. El dermatólogo que descubra un alcohólico no debe sólo recomendarle que “beba moderadamente”, o que “se abstenga del alcohol”, consejos que en ellos suelen ser inútiles, sino enviarlo a uno de tales centros.

brotos se alteran las concentraciones plasmáticas de determinados neuromoduladores, como la beta-endorfina⁸⁶.

En la dermatitis atópica se observan alteraciones neurocutáneas. La SP, el CGRP y la densidad de fibras nerviosas aumentan, disminuye la inervación adrenergica⁸⁷ y desaparecen las fibras inmunorreactivas a la somatostatina⁸⁸. La distribución de las células epidérmicas inmunorreactivas y de las dérmicas se ve muy alterada⁸⁹ y aparecen en la epidermis células dendríticas con inmunorreactividad al neuropéptido Y⁴¹. La concentración cutánea de sustancia P disminuye a la vez que se eleva la del VIP⁹⁰. Esto parece deberse a la inflamación, dado que la sustancia P es habitualmente un estimulador de la función inmune y el VIP suprime la inmunidad⁹⁰. Las concentraciones plasmáticas de prolactina se elevan durante los brotes de dermatitis atópica⁹¹.

Durante el transcurso de prurigo nodular, la densidad de fibras nerviosas aumenta y existe una liberación excesiva de sustancia P, VIP y CGRP^{92,93}. Estas modificaciones no parecen secundarias al traumatismo mecánico secundario al rascado, puesto que no se observaron en la piel liquenificada de los pacientes con eccema crónico.

Durante el transcurso del vitíligo, el fenómeno de Koebner es muy importante⁹⁴. Las fibras nerviosas están dañadas. Se observan tanto signos de deterioro como de regeneración⁹⁵. La cantidad de fibras nerviosas permanece constante si bien aumenta su inmunorreactividad al neuropéptido Y⁹⁶. Se observaron contactos entre los melanocitos y los axones⁹⁷. La síntesis de catecolaminas por los queratinocitos y los melanocitos está alterada, dado que la actividad feniletanolamina-N-metiltransferasa (PNMT) disminuye y aumenta la de la monoaminooxidasa A (MAO-A), produciendo un descenso global de la síntesis y una elevación de la norepinefrina.

ASÍ PUES...

En el transcurso de numerosas enfermedades se observan con frecuencia alteraciones del SNEIC. Determinados neurotransmisores se elevan y otros disminuyen. La expresión de los receptores o enzimas de los mismos se modifica. Cuando se produce un estrés, se observan fenómenos similares en el sistema nervioso y en la sangre⁹⁹⁻¹⁰⁴. Así pues, creemos que el estrés podría inducir alteraciones en el SNEIC modificando las concentraciones plasmáticas de neurotransmisores y hormonas. Es probable, si bien no está totalmente demostrado, que la producción cutánea de mediadores se modifique en respuesta al estrés. Con todo, el estrés no induce psoriasis ni otras dermatosis en todo el mundo. Proponemos dos explicaciones. En primer lugar, la incidencia de trastornos cutáneos después de un estrés parece estar asociado a determinados perfiles de personalidad y puede estarlo a

determinados perfiles de neurotransmisores en respuesta al estrés. En segundo lugar, la incidencia está asociada a antecedentes genéticos e inmunes. Así pues, las teorías inmunológicas y neuropsicológicas de los trastornos cutáneos no son en absoluto contrapuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Panconesi E, Hautmann G: Psychopathology of stress in dermatology. *Dermatology Clinics* 1996; 14: 399-421.
2. Gupta MA, Gupta AK: Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:1030-1046.
3. Consoli S: Psychiatrie et dermatologie. *Encycl Med Chir (Dermatologie)*, Elsevier, París, 1997; 12-695-A-10, 12 p.
4. Koblenzer CS: Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol* 1983; 119, 501-512.
5. Anzieu D: *Le moi-peau*. Bordas, París, 1985.
6. Sifneos PE: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22: 25-62.
7. Marty P, De M'Uzan M: La pensée opératoire. *Rev Fr Psychanalyse* 1963; 17: 345-355.
8. Ansel JC, Kaynard AH, Armstrong CA, Olerud J, Bunnett N, Payan D: Skin-nervous system interactions. *J Invest Dermatol* 1996; 106: 198-204.
9. Lambert RW, Granstein RD: Neuropeptides and Langerhans cells. *Exp Dermatol* 1998; 7: 7380.
10. Lotti T, Bianchi B, Panconesi E: Neuropeptides and the skin disorders. The new frontiers of neuro-endocrine-cutaneous immunology. *Int J Dermatol* 1999; 38: 673-675.
11. Misery L: Skin, immunity and the nervous system. *Br J Dermatol* 1997; 137: 843-50.
12. Misery L, Rolhion S, Consoli S: Comment le psychisme peut-il influencer des maladies dermatologiques? *Info Dermatol Cosmetol* 1998; 39:4-5.
13. Misery L: Langerhans cells in the neuro-immuno-cutaneous system. *J Neuroimmunol* 1998; 89:83-87.
14. Misery L: *La peau neuronale. Les nerfs à fleur de peau*. Ellipses, París, 2000.
15. Niemeier V, Kupfer J, Al Abesie S, Schill WB, Gieler U: From neuropeptides and cytokines to psychotherapy. Skin diseases between psychoneuroimmunology research and psychosomatic treatment. *Forsch Complementarmed* 1999; 6, suppl. 2:14-18.
16. Pincelli C, Fantini F, Giannetti A: Neuropeptides and skin inflammation. *Dermatology* 1993; 187: 153-158.
17. Rossi R, Johansson O: Cutaneous innervation and the role of neuronal peptides in cutaneous inflammation: a minireview. *Eur J Dermatol* 1998; 8: 299-306.
18. Scholzen T, Armstrong CA, Bunnett NW, Luger TA, Olerud JE, Ansel JC: Neuropeptides in the skin: interactions between the neuroendocrine and the skin immune systems. *Exp Dermatol* 1998; 7: 81-96.
19. Luger TA, Lotti T: Neuropeptides: role in inflammatory skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998; 10: 207-211.
20. Lotti T, Hautmann G, Panconesi E: Neuropeptides in skin. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 482-496.
21. Staniek V, Misery L: Neuromédiateurs en immunobiologie cutanée. *Nouv Dermatol* 1996; 15: 28-33.

22. Gaudillere A, Misery L, Bernard C, Souchier C, Claudy A, Schmitt D: Presence of somatostatin in normal human epidermis. *Br J Dermatol* 1997;137: 376-380.
23. Eedy DJ, Shaw C, Johnston CF, Buchanan KD: The regional distribution of neuropeptides in human skin as assessed by radioimmunoassay and high-performance liquid chromatography. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19:463-472.
24. Mac Govern UB, Jones KT, Sharpe GR: Intercellular calcium as a second messenger following growth stimulation of human keratinocytes. *Br J Dermatol* 1995; 132: 892-896.
25. Misery L, Claudy A: Interactions des neuromédiateurs et neurohormones sur les cellules dendritiques, les monocytes et les macrophages (hors système nerveux central). *Pathol Biol* 1995; 43:876-881.
26. Moll I, Hartshuh W, Moll R: First International Merkel Symposium, Heidelberg, Germany. *J Invest Dermatol* 1995; 105: 851-853.
27. Gaudillere A, Misery L: La cellule de Merkel. *Ann Dermatol Venereol* 1994; 121: 909-917.
28. Misery L, Gaudillere A: Cellule de Merkel et neuromédiateurs. *Biologie de la Peau*. D. Schmitt Ed., Editions INSERM, 1995, 147-156.
29. Yamashita Y, Akaine N, Wakamori M, Ikeda I, Ogawa H: Voltage-dependent currents in isolated single Merkel cells of rat. *J Physiol* 1992; 450:143-62.
30. Hartshuh W, Weihe E: Multiple messenger candidates and marker substances in the mammalian Merkel cell-axon complex: a light and electron microscopic immunohistochemical study. *Prog Brain Res* 1988; 74: 181 -7.
31. Ortonne JP, Petchot-Baquet JP, Verrando P, Pisani A, Pautrat G, Bernerd F: Normal Merkel cell express a synaptophysin-like immunoreactivity. *Dermatologica* 1988; 177:1-10.
32. Cocchia D, Michetti F, Donato R: Immunocytochemical and immunocytochemical localization of S-100 antigen in normal human skin. *Nature* 1981; 294: 85-87.
33. Misery L, Campos L, Sabido O, Kanitakis J, Dezutter-Dambuyant C, Guyotat D, Schmitt D: S100 protein and neuron specific enolase on monocytic leukemic CD1+ cells, probable precursors of Langerhans cells. *Eur J Haematol* 1993; 51:132-135.
34. Hsieh ST, Choi S, Lin WM, Chang YC, Mac Arthur JC, Griffin JW: Epidermal denervation and its effects on keratinocytes and Langerhans cells. *J Neurocytol* 1996; 25: 513-524.
35. Hamzeh H, Gaudillere A, Sabido O, Tchou I, Lambert C, Schmitt D, Genin C, Misery L. Expression of PGP9.5 on Langerhans' cells and their precursors. *Acta Dermatol Venereol* 2000, 80, 14-16.
36. Bhardwaj RS, Luger TA: Proopiomelanocortin production by epidermal cells: evidence for an immune neuroendocrine network in the epidermis. *Arch Dermatol Res* 1994; 287:85-90.
37. Hosoi J, Murphy GF, Egan CL, Lerner EA, Grabbe S, Asahina A, Granstein RD. Regulation of Langerhans cell function by nerves containing calcitonin gene-related peptide. *Nature* 1993; 363:159-163.
38. Staniek V, Misery L, Péguet-Navarro J, Abello J, Doutremepuich JD, Claudy A, Schmitt D: Binding and un vitro modulation of human epidermal Langerhans cell functions by substance P. *Arch Dermatol Res* 1997; 289:285-291.
39. Staniek V, Misery L, Péguet-Navarro J, Sabido O, Cuber JC, Dezutter-Dambuyant C, Claudy A, Schmitt D: Expression of gastrin releasing peptide-receptor in human skin. *Acta Dermatol Venereol* 1996; 76:282-286.
40. Shimizu T, Streilein JW: Influence of alpha-melanocyte stimulating hormone on induction of contact hypersensitivity and tolerance. *J Dermatol Sci* 1994; 8:187-193.
41. Pincelli C, Fantini F, Massimi P, Gianetti A: Neuropeptide Y-like immunoreactivity in Langerhans cells from patients with atopic dermatitis. *J Neurosci* 1990; 51: 219-220.
42. Grando SA, Kist DA, Qi M, Dahl M: Human keratinocytes synthesize, secrete and degrade acetylcholine. *J Invest Dermatol* 1993; 101: 32-36.

43. Schallreuter KU, Wood JM, Lemke R, Le Poole C, Das P, Westerhof W, Pittelkow M, Thody AJ: Production of catecholamines in the human epidermis. *Biochem Biophys Res Commun* 1992; 189: 72-78.
44. Bae SJ, Matsunaga Y, Tanaka Y, Katayama I: Autocrine induction of substance P mRNA and peptide in cultured normal human keratinocytes. 1999; 263: 327-333
45. Arenberger P, Leder RO, Abraham A, Chang JK, Farber EM: Substance P binding in normal neonatal foreskin. *Br J Dermatol* 1995; 132: 54-58.
46. Kemeny L, Von Restoff B, Michel G, Ruzicka T: Specific binding and lack of growthpromoting activity of substance P in cultured human keratinocytes. *J Invest Dermatol* 1994; 103: 605-606.
47. Pincelli C, Fantini F, Giardino L, Zanni M, Calza L, Sevigiani C, Giannetti A: Autoradiographic detection of substance P receptors in normal and psoriatic skin. *J Invest Dermatol* 1993; 101: 301-304.
48. Song IS, Bunnett NW, Olerud JE, Harten B, Steinhoff M, Brown JR, Sung KJ, Armstrong CA, Ansel JC: Substance P. Induction of murine keratinocyte PAM 212 interleukin 1 production is mediated by the neurokinin 2 receptor (NK-2R). *Exp Dermatol* 2000; 9: 42-52.
49. Takahashi K, Nakanishi S, Imamura S: Direct effects of cutaneous neuropeptides on adenylyl cyclase activity and proliferation in a keratinocyte cell line: stimulation of cyclic AMP formation by CGRP and VIP/PHM, and inhibition by NPY through G protein-coupled receptors. *J Invest Dermatol* 1993; 101: 646-651.
50. Grando SA, Zelicson BD, Kist DA, Weinshenker D, Bigliardi PL, WendelschaferCrabb G, Kennedy WR, Dahl MV: Keratinocyte muscarinic acetylcholine receptors: Immunolocalization and partial characterization. *J Invest Dermatol* 1995; 104: 95-100.
51. Grando SA, Horton RM, Pereira EFR, Diethelm-Okita BM, George PM, Albuquerque EX, Conti-Fine BM: A nicotinic acetylcholine receptor regulating cell adhesion and motility is expressed in human keratinocytes. *J Invest Dermatol* 1995; 105: 774-781.
52. Chakraborty A, Slominski A, Ermak G, Hwang J, Pawelek J: Ultraviolet B and melanocystimulating hormone (MSH) stimulate mRNA production for α MSH receptors and proopiomelanocortin-derived peptides in mouse melanoma cells and transformed keratinocytes. *J Invest Dermatol* 1995; 105: 655-659.
53. Schallreuter KU, Wood JM, Pittelkow MR, Buttner G, Swanson N, Korner C, Ehrke C: Increased monoamine oxidase A activity in the epidermis of patients with vitiligo. *Arch Dermatol Res* 1996; 288: 14-18.
54. Almeida ALM, Markus RP, Visconti MA, Castrucci AML: Presence of melatonin binding sites in S-91 murine melanoma cells. *Pigment Cell Res* 1995; 10: 31.
55. Schallreuter KU, Korner C, Pittelkow MR, Swanson NN, Gardner MLG: The induction of the α -1-adrenoreceptor signal transduction system on human melanocytes. *Exp Dermatol* 1996; 5: 20-23.
56. Gaudillere A, Bernard C, Abello J, Schmitt D, Claudy A, Misery L: Human normal dermal fibroblasts express somatostatin receptors. *Exp Dermatol* 1999; 8:267-273.
57. Arner P: The β 3 adrenergic receptor. A cause and cure of obesity? *N Engl J Med* 1995; 333: 382-383.
58. Wang L, Hilliges M, Jernberg T, Wiesleb-Edtrom D, Johansson O: Protein gene product 9.5-immunoreactive nerve fibers and cells in human skin. *Cell Tissue Res* 1990; 261: 25-33.
59. Merkel F: Tastzellen und Tastkörperchen bei den Haustieren und beim Menschen. *Arch Microsc Anat* 1875; 11: 636-652.
60. Harschuh W, Weihe E: Fine structural analysis of the synaptic junction of Merkel cell-axon complexes. *J Invest Dermatol* 1980. 75: 159- 165.
61. Langerhans P: Über die Nerven der menschlichen Haut. *Virchows Arch Pathol Anat Physiol* 1868; 44: 325-337.

62. Gaudillere A, Misery L, Souchier C, Claudy A, Schmitt D: Intimate associations between Langerhans cells and nerve fibers. *Br J Dermatol* 1996; 135: 343-344.
63. Hilliges M, Wang L, Johansson O: Ultrastructural evidence for nerve fibers within all vital layers of the human epidermis. *J Invest Dermatol* 1995; 104: 134-137.
64. Hara M, Toyoda M, Yaar M, Bhawan J, Avila EM, Penner IR, Gilchrest BA: Innervation of melanocytes in human skin. *J Exp Med* 1996; 184:1385-1395.
65. Wiesner-Menzel L, Schulz B, Vakilzadeh F, Czarnestski BM: Electron microscopical evidence for a direct contact between nerve fibers and mast cells. *Acta Dermatol Venereol* 1981; 61:465-469.
66. Sueki H, Telegan B, Murphy GF: Computer-assisted three-dimensional reconstruction of human dermal dendrocytes. *J Invest Dermatol* 1995; 105: 704-708.
67. Chédotal A, Hamel E: L'innervation cholinergique de la paroi vasculaire. *MédlSci* 1993; 9: 1035-1042.
68. Morohunfolo KA, Jones TE, Munger BL: The differentiation of the skin and its appendages. I. Normal development of papillary ridges. II. Altered development of papillary ridges following neuralectomy. *Anat Rec* 1992; 232:587-611.
69. Narisawa Y, Kohda H: Merkel cells do not require trophic maintenance from the nerves in adult human skin. *Br J Dermatol* 1995; 133: 553-556.
70. Diamond J, Holmes M, Nurse CA. Are Merkel cell-neurite reciprocal synapses involved in the initiation of tactile responses in salamander skin? *J Physiol* 1986;376: 101-20.
71. Gillardon F, Moll I, Michel S, Benrath J, Weihe E, Zimmermann M: Calcitonin gene-related peptide and nitric oxide are involved in ultraviolet radiation-induced immunosuppression. *Eur J Pharmacol-Environ Toxic* 1995; 293: 395-400.
72. Hosoi J, Torii H, Fox F, Zan Z, Rook AH, Granstein RD. Alteration of cytokine expression by calcitonin gene-related peptide (CGRP). *J Invest Dermatol* 1995; 105: 859.
73. Asahina A, Hosoi J, Beissert S, Stratigos A, Granstein RD: Inhibition of the induction of delayed-type and contact hypersensitivity by calcitonin gene-related peptide. *J Immunol* 1995; 154: 3056-3061.
74. Clauseno PF, Thoruid E, Iversen OH: Adrenalin has differential effects on epidermal cell cycle progression in mice. *J Invest Dermatol* 1982; 78:472-476.
75. Schallreuter KU, Lemke KR, PitteLkow MR, Wood JM, Korner C, Malik R: Catecholamines in human keratinocyte differentiation. *J Invest Dermatol* 1995; 104: 953-957.
76. Paus R, Heinzelmann T, Robiseck S, Czarnetzki BM, Maurer M: Substance P stimulates murine epidermal keratinocyte proliferation and dermal mast cell degranulation in situ. *Arch Dermatol Res* 1995; 287: 500-502.
77. Tanaka T, Danno K, Ikai K, Imamura S: Effects of substance P and substance K on the growth of keratinocytes. *J Invest Dermatol* 1988; 90: 399-401.
78. Pincelli C, Fantini F, Romulaldi P, Sevignani C, Lesa G, Benassi L, Gianetti A: Substance P is diminished and vasoactive intestinal peptide is augmented in psoriatic lesions and these peptides exert disparate effects on the proliferation of cultured human keratinocytes. *J Invest Dermatol* 1992; 98: 421-427.
79. Viac J, Guéniche A, Doutremepuich JD, Reichert U, Claudy A, Schmitt D: Substance P and keratinocyte activation markers: an in vitro approach. *Arch Dermatol Res* 1996; 288: 85-90.
80. Coutant KD, Ryder NS: Bradykinin upregulates immediate-early mRNA in human keratinocytes. *Arch Dermatol Res* 1996; 288: 2-6.
81. Stead RH: Innervation of mucosal Immune cells in gastrointestinal tract. *Regional Immunology* 1992; 4: 91-99.
82. Mazzetti M, Mozzetta A, Soavi GC, Andreoli E, Foglio-Bonda PG, Puddu P, Decaminada F: Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Dermatol Venereol* 1994; suppl 186: 62-64.

9. NEUROTRANSMISORES. CÓMO PUEDEN EXPLICAR LOS MECANISMOS PSICOSOMÁTICOS EN DERMATOLOGÍA

.....

83. Pincelli C, Fantini F, Magnoni C, Giannetti A: Psoriasis and the nervous system. *Acta Dermatol Venereol* 1994; suppl 186: 60-61
84. Al'Abadie MSK, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ: Neuropeptides and general neuronal marker in psoriasis - an immunohistochemical study. *Clin Exp Dermatol* 1995; 20: 384-389.
85. Fantini F, Magnoni C: Nerve Growth Factor is increased in psoriatic skin. *J Invest Dermatol* 1995; 105: 854-855.
86. Glinski W, Brodecka H, Glinska-Frerenz M, Koxalki D: Increased concentration of betaendorphin in sera of patients with psoriasis and other inflammatory dermatoses. *Br J Dermatol* 1994; 131: 260-264.
87. Cooper KD: Atopic dermatitis: recent trends in pathogenesis and therapy. *J Invest Dermatol* 1994; 102: 128-137.
88. Tobin D, Nabarro G, De La Faille HB, Van Vloten, WA, Van Der Putte SC, Schuurman HJ: Increased number of nerve fibers in atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 1992; 90: 613-622.
89. Pincelli C, Fantini F, Massimi P, Girolimoni G, Seidenari S, Giannetti A: Neuropeptides in skin from patients with atopic dermatitis: an immunohistochemical study. *Br J Dermatol* 1990; 122: 745-750.
90. Johansson O, Liu PY, Han SW, Lindberger M, Ljungdahl A, Wahl-Gren CF: An immunohistochemical study of neuroactive substances in the skin of atopic dermatitis. *Eur J Dermatol* 1995; 5: 516-523.
91. Rupperecht M, Renders U, Koch HU, Hornstein OP: Twenty-four hour secretion of prolactin in patients with atopic eczema and normal controls. *Eur J Dermatol* 1993; 3:495-498.
92. Abadía-Molina F, Burrows NP, Russel-Jones R, Terenghi G, Polak JM: Increased sensory neuropeptides in nodular prurigo: a quantitative immunochemical analysis. *Br J Dermatol* 1992; 127: 344-351.
93. Al'Abadie MSK, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ: Neuronal marker and neuropeptide studies in nodular prurigo. *Eur J Dermatol* 1994; 4: 154-158.
94. Morohashi M, Hashimoto K, Goodman F: Ultrastructural studies of vitiligo, Vogt-Koyanagi-Harada syndrome and incontinentia pigmenti achromians. *Arch Dermatol* 1977; 113: 755-766.
95. Gauthier Y: The importance of Koebner's phenomenon in the induction of vitiligo vulgaris lesions. *Eur J Dermatol* 1995; 5: 704-708.
96. Al'Abadie MSK, Warren MA, Bleehen SS, Gawkrödger DJ: Morphologic observations on the dermal nerves in vitiligo: an ultrastructural study. *Int J Dermatol* 1995; 34: 837-840.
97. Al'Abadie MSK, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ: Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo. *Br J Dermatol* 1994; 131: 160-165.
98. Staniek V, Doutremepuich JD, Schmitt D, Claudy A, Misery L: Expression of substance P receptors in normal and psoriatic skin. *Pathobiology* 1999; 67: 51-54.
99. Slominski A, Mihm MC: Potential mechanism of skin response to stress. *Int J Dermatol* 1996; 35: 849-851.
100. Walker CD, Bodnar M, Forget MA, Toufexis DJ, Trottier G: Stress et plasticité neuroendocrinienne. *Méd/Sci* 1997; 13: 509-518.
101. Dhabhar FS: Stress-induced enhancement of cell-mediated immunity. *Ann NY Acad Sci* 1998; 840: 359-372.
102. Dhabhar FS, Mac Ewen BS: Enhancing versus suppressive effects of stress hormones on skin immune function. *Proc NY Acad Sci* 1999; 96: 1059-1064.
103. Harbuz MS, Conde GL, Marti O, Lightman SL, Jessop DS: The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in autoimmunity. *Ann NY Acad Sci* 1997; 823: 214-224.
104. Misery L, Rousset H: La pelade est-elle une maladie psychosomatique? *Rev Med Int* 2001, in press

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH	Hormona liberadora adrenocorticotropa
AMP	Adenosina monofosfato
CGRP	Péptido relacionado con el gen de la calcitonina
EGF	Factor de crecimiento epidérmico
GRP	Péptido liberador de gastrina
MSH	Hormona estimulante de los melanocitos
NGF	Factor de crecimiento nervioso
SNEIC	Sistema neuro-endocrino-inmuno-cutáneo
PGP9.5	Proteína producto del gen 9.5
PHI	Péptido histidina-isoleucina
SP	Sustancia P
TNF	Factor de necrosis tumoral
VIP	Péptido intestinal vasoactivo

PARTE
Psicodermatología

2

NOTAS INTRODUCTORIAS SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE LAS MODALIDADES CLÍ- NICAS EN DERMATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA

E. Panconesi

CUALQUIER TRATAMIENTO DE ESTADOS PSICOSOMÁTICOS, INCLUIDOS los de la rama específica de la dermatología psicosomática, debería tener en cuenta el hecho fundamental del “estado híbrido de lo psicosomático”, que por un lado forma parte de la medicina con su tradición empírica, “científica” y, por el otro, está relacionado con la psicología y con las “ciencias humanas”, con todos sus tormentos relativamente hermenéuticos. El primero es un terreno para biólogos y médicos, fuertemente unidos por principios y metodologías legítimas y compartidas; el segundo es un terreno para psicólogos y psiquiatras, un grupo que abarca, a menudo, muchos métodos, opiniones, actitudes y preparaciones culturales diferentes. La mayor parte de nosotros está de acuerdo con Platón, que dijo que es erróneo considerar el alma como algo separado del cuerpo, y con Weiss y English, que afirmaron que toda la medicina es medicina psicosomática, así como, de manera más práctica, con el dermatólogo Rook, que considera que, al tratar las afecciones de la piel, en al menos en la mitad de los casos los resultados serán inadecuados si no consideramos los factores psicológicos. Más aún, “la sutil resistencia que existe en el universo de la medicina corre continuamente el riesgo de restablecer el *cisma* entre cuerpo y alma, en especial al hablar sobre las afecciones psicosomáticas (con lo que, en vez de resaltar la *unidad del alma y del cuerpo* mediante el término psicosomático, la ambigüedad lingüística lleva al cisma). Ocurre esto, por ejemplo, al recalcar la existencia de un camino lineal de un solo sentido entre la causa (psicológica) y el efecto (enfermedad física), en vez de recalcar los modelos paralelos de funcionamiento mental, emocional y biológico de niveles coexistentes”¹. En 1984 propusimos un esquema hipotético del mecanismo psicosomático, quizá criticable a causa de sus rígidas separaciones, pero esencialmente “útil”². Más abajo ofrecemos una variante con ligeras modificaciones, que propone de qué manera los factores de estrés psicosocial serían filtrados, en primer lugar, por la actividad cognitiva y luego modulados al ser impresos en el subconsciente, para por fin desencadenar el mecanismo de estrés emocional. Si este mecanismo toma el camino de la somatización, evitando el de la enfermedad mental, actuará sobre el programa psicobiológico pre-dispuesto (¿alexitémico?) del individuo, determinando la elección de una respuesta en la piel (en un sitio “reactivo” de la piel), en vez de en otro órgano (por ejemplo, en los sitios “reactivos” del corazón, del estómago, de los pulmones, etc.), dando

En ocasiones se necesitan dos visitas para apreciar que se está frente a la clase de paciente que en realidad no se quiere curar, porque “no posee nada más que su enfermedad”, en la que se refugia.

No existen dos pacientes dermatológicos con características psicológicas iguales. Cada enfermo necesita un tratamiento personalizado, de acuerdo con el resultado del interrogatorio psiquiátrico sistematizado. A unos pueden darse órdenes disfrazadas de preguntas, en otros sólo se pueden utilizar sugerencias. Algunos agradecerán francos consejos. Pacientes hay que necesitan un cambio conductual, en el que debe insistirse bajo diferentes formas, de acuerdo con su nivel intelectual. Todo ello, específico para cada enfermo.

lugar a una afección cutánea (eventualmente subsecuente a alteraciones funcionales) perteneciente, a menudo, a un grupo de dermatosis con elevada incidencia de factores psicoemocionales (véase la lista Ia de la página 129).

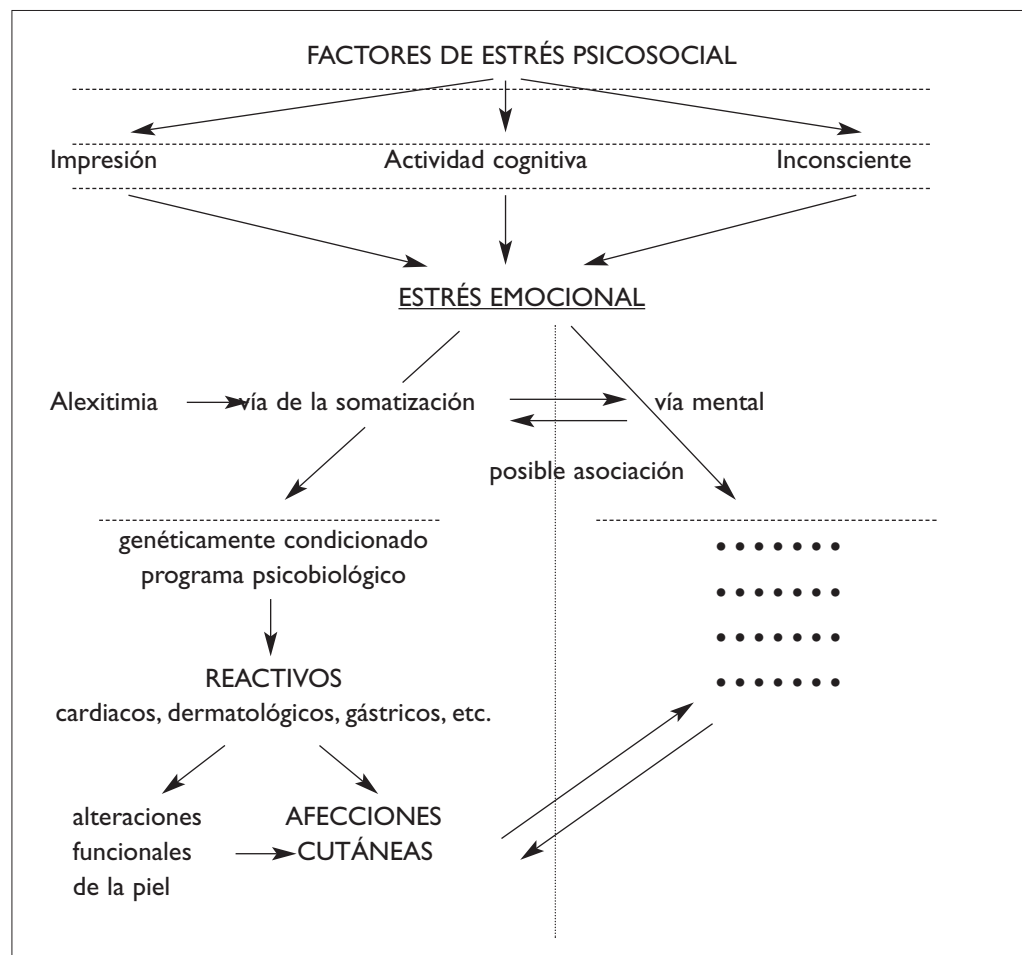


Fig. 1.

Dado lo anterior, junto con la consideración de que cada dermatosis individual (cada afección) posee sus propios y diversos mecanismos patogénicos individuales, es difícil aceptar la terminología “dermatosis psicósomáticas” si se incluyen en ella por definición afecciones tales como la psoriasis, que presenta una patogénesis compleja y genéticamente inducida, pero que puede ser “desencadenada” en ciertos casos por el estrés emocional, o la dermatitis atópica, que tiene una patogénesis distinta pero igual de compleja, modulada por profundos conflictos psicobiológicos entre madre e hijo y por subsiguientes episodios de separación/desapego en diversas etapas de la vida (escuela, adolescencia, maduración sexual e iniciación, matri-

monio, divorcio, trabajo, envejecimiento, etc.), con una enfermedad puramente psiquiátrica, como el delirio de parasitosis o la dermatitis artefacta.

Por tanto, aunque aceptamos, a falta de algo mejor y por simplificación lingüística, el término “psicosomático” para todas las afecciones que el dermatólogo ve en su ejercicio médico diario, ya hace tiempo (1984²) que hemos dividido dichas afecciones en tres grupos (recientemente confirmados de nuevo ¹) (tabla I).

Tabla I

Clasificación de afecciones psicosomáticas		
Ia. Afecciones cutáneas con una elevada incidencia de factores psicoemocionales		
Hiperhidrosis	Efluvio telógeno	
Dishidrosis	Alopecia areata	
Prurito	Psoriasis	
Urticaria	Dermatitis seborreica	
Liquen simplex	Dermatitis perioral	
Dermatitis atópica	Liquen plano	
Acné	Herpes	
Rosácea	Eccema numular	
...	...	
Ib. Ejemplos de afecciones dermatológicas con presumible rebote psicosomático (importante, frecuente...).		
<i>En la infancia</i>	<i>En la adolescencia</i>	<i>En la edad adulta</i>
Ictiosis	Acné	Rosácea
Alopecia	Alopecia	Alopecia
Epidermólisis bullosa	...	Dermatitis seborreica
Nevus	...	Psoriasis
Angioma		Envejecimiento de la piel
...		...
II. Síndromes psiquiátricos con expresión dermatológica		
<i>Lesiones dermatológicas autoinfligidas</i>		
Dermatitis artefacta		
Excoriaciones neuróticas		
Tricotilomanía		
<i>Hipocondrías, las llamadas fobias</i>		
Venereofobia		
Dismorfofobia		
Bromhidrosifobia		
Glosodinia		
<i>Delirios de parasitosis (síndrome de Ekbom)</i>		

Es frecuente el hallazgo, por interrogatorio de tipo psiquiátrico, de pacientes femeninas que no han querido enterrar psicológicamente al padre o madre fallecidos hace pocos años. (“Duelo no elaborado”). Los casos más intensos suelen ser provocados por la pérdida de un hijo. Los padres nunca olvidan la pérdida de un hijo. Especialmente, las madres.

A algunas de estas pacientes les puede resultar beneficiosa nuestra recomendación de que se permitan a sí mismas “enterrar al perdido”, si el grado suficiente de empatía se ha establecido. El carisma que la medicina otorga nos permite emitir esta delicada sugerencia. Pero el momento adecuado para hacerlo deberá ser hallado por cada médico, y no podrá ser antes de 12 a 24 meses cuando el fallecido es el padre o la madre, y debe ser de bastantes años cuando se ha perdido a un hijo.

“Distrés transitorio”. Así califica G.W. Brown (1991) los trastornos emocionales que los no psiquiatras encontramos con frecuencia en nuestros enfermos. Y así será, comparado con la gravedad de los procesos de ansiedad y depresivos de los pacientes que acuden espontáneamente al psiquiatra. Un distrés transitorio puede ser provocado por un percance económico, por la pérdida de empleo o de un familiar próximo o por una rotura sentimental. En un niño, por una pelea con su mejor compañero y, si es más pequeño, por el extravío de un juguete preferido.

Mientras que todos los pacientes con afecciones de la lista Ia y prácticamente todos los del grupo Ib pertenecen correcta y primariamente al campo de la dermatología, los del grupo II necesitan ayuda psiquiátrica, pero la gran mayoría acude al dermatólogo, ya que se aperciben del problema cutáneo y descuidan, temen o rechazan aceptar la afectación mental.

C. S. Koblenzer, que estaba muy al tanto de las dificultades del problema clasificatorio, lo resolvió en su libro *Psychocutaneous Diseases*, 1987³, dividiendo las afecciones en tres grupos específicos:

- I. “Afecciones con etiología estrictamente psicológica”. Señalaremos que incluyó aquí lo que nosotros consideramos síndromes “psiquiátricos”, ya que la principal diferencia se halla entre las dos palabras, “psicológico” y “psiquiátrico”.
Las afecciones específicas incluidas en este grupo son: dermatitis artefacta, delirios y alucinaciones relacionadas con la piel (delirios de parasitosis, dismorfofobia), síndromes de dolor psicogénico (glosodinia y glosopirosis, síndrome de dolor facial atípico), quemazón de las plantas, ciertas neuralgias posherpéticas, hábitos compulsivos y obsesiones relacionadas con la piel (excoriaciones neuróticas, tricotilomanía, onicotilomanía, onicodistrofia, liquen simple crónico primario, queilitis ficticia, etc.) y síndromes de púrpura psicógena (Gardner-Diamond, sensibilización anti-ADN, estigmas).
- II. “Afecciones en las que existen importantes factores psicógenos”: las urticarias y el dermatografismo, el prurito generalizado y localizado, la crisis vasomotora y la rosácea, los trastornos psicógenos que afectan las glándulas sudoríparas, en particular la hiperhidrosis y la bromidrosis.
- III. “Afecciones probablemente dependientes de factores genéticos o ambientales cuyo curso se ve a menudo afectado por el estrés”: las alopecias y el hirsutismo, la psoriasis, la dermatitis atópica, el acné vulgar y el “resto del espectro de la enfermedad cutánea”.

Señalaremos que nuestra clasificación concede importancia al factor de la incidencia estadística y subraya la “psicosomaticidad”, la “somaticidad” *stricto sensu* que aqueja a los dos primeros grupos de afecciones Ia y Ib, mientras que las enfermedades psiquiátricas en el grupo II son claramente algo distinto. Más aún, también damos importancia al grupo de formas psicósomáticas (por ejemplo, un angioma cutáneo de la cara no tiene causas psicósomáticas, pero puede causar importantes trastornos mentales).

El tan conocido y utilizado DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association, 4ª edición) no utiliza los términos psicósomático, psicocutáneo, psicodermatología, etc., sino que se refiere simplemente al (grupo 316) de *Factores psicológicos que afectan a los trastornos médicos*, citando como sinónimos *trastornos mentales, síntomas psicológicos, rasgos de la personalidad o maneras de adap-*

*tarse, comportamientos de adaptación defectuosa, respuesta psicológica relacionada con el estrés, otros o no especificados*⁴. Dos profesores estadounidenses de psiquiatría, Kaplan y Sadock, en su *Handbook of Psychiatry*⁵ utilizan el título “Afecciones psicósomáticas” (con el subtítulo “factores psicósomáticos que influyen en las afecciones médicas”) para la misma lista de afecciones, tras especificar que “el término afección psicósomática se refiere a una enfermedad física causada o agravada por factores psicológicos... mientras que muchas afecciones están influidas por el estrés, los conflictos o la ansiedad generalizada, algunos están más influidos que otros”. Su lista de enfermedades se corresponde precisamente con nuestro apartado *Ia. Afecciones con elevada incidencia de factores psicoemocionales* de más arriba.

En este aspecto, queremos recalcar que las viejas teorías sobre tipos específicos de personalidad (propuestas por Dunbar y Alexander) aplicadas a las enfermedades psicósomáticas son inciertas a causa de su tendencia a la simplificación. Uno debería evitar siempre las ideas preconcebidas, tales como “a esta afección le corresponde esta personalidad y este traumatismo psíquico y este fármaco”. Estamos de acuerdo con la “teoría no específica” propuesta por Kaplan y Sadock⁵. De hecho, cualquier estrés o emoción fuerte prolongados puede causar alteraciones patológicas y/o trastornos psíquicos. Toda persona tiene uno o más órganos susceptibles, que son vulnerables al estrés, por causas genéticas u otras (estímulos posnatales), de tal manera que una persona puede responder con un trastorno o disfunción cardíacos, otra con problemas gástricos y otra con reacciones cutáneas. Los individuos de características atópicas, por ejemplo, pueden reaccionar simultáneamente, o a veces de manera alternativa, con su piel (dermatitis), sus bronquios (asma) o su mucosa nasal (rinitis). Además, algunos individuos muestran respuestas funcionales “psicósomáticas” al estrés y al traumatismo, bajo la forma de espasmos vasculares, musculares o gástricos, etc.

Hemos omitido las referencias a otras clasificaciones por razones prácticas y para ahorrar espacio. A pesar de que creemos que los problemas de epistemología, nosografía y terminología en el campo de la medicina psicósomática y, por tanto, de la dermatología psicósomática, resultan difíciles de tratar a causa de la posición especial que este asunto ocupa en el mundo de la fisiopatología humana, entre la mente (y la relativa cultura psicologico-psiquiátrica) y el cuerpo (y la relativa cultura científico-médica, estrictamente dermatológica en nuestro caso).

En la dermatología psicósomática no podemos ignorar que cuando el paciente se presenta al dermatólogo, en el momento de la visita con una afección que ofrece “sospechas evidentes de psicósomaticidad”, ésta puede ser reconocida y diagnosticada como:

1. una enfermedad mental con expresión dermatológica;
2. una dermatosis en la que los factores emocionales tienen un papel patógeno más o menos importante, y
3. una alteración cutánea que trastorna al paciente a causa de su carácter visible.

El dermatólogo es el médico que actúa en la pared fronteriza, y el que trata las dos partes: la misma pared y el otro lado de la misma (J. Cotterill).

No debe ser el diagnóstico de la dolencia consultada lo único que nos debe inducir a buscar la patología psiquiátrica determinante, como es el caso en las alteraciones psicocutáneas comúnmente reconocidas como tales, sino el comportamiento externo, y la forma y contenido de su exposición, lo que nos obligue a sospechar una participación patogénica psiquiátrica conjunta o condicionante en cualquier enfermo que nos consulta.

Los tres grupos son muy diferentes entre sí y las afecciones individuales que comprenden requieren tratamiento específico.

Por último, tal como se dijo en el prefacio de este libro, muchos de nosotros creemos que la relación entre el cuerpo y la mente es una constante que coincide con la compleja realidad del individuo en la salud y en la enfermedad. Por eso, el término “psicosomático”, tal como lo conocemos y utilizamos, llegará a ser superfluo y a desaparecer de la circulación cuando, quizá en un futuro próximo, se acepte la unidad fundamental entre el cuerpo y la mente para todas las enfermedades de la ciencia médica.

En ese futuro, que ya ha empezado, los descubrimientos en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología habrán descifrado entre tanto las conexiones biológicas, completando “el nuevo terreno de la psiquiatría”, tal como recientemente lo propuso E. R. Kandel (1998-1999)^{6,7}, al citar la siguiente aseveración que Freud hizo en 1920 como apropiada para nuestros problemas:

“Las deficiencias de nuestra descripción desaparecerían si ya estuviéramos en una posición que nos permitiese reemplazar los términos psicológicos por otros fisiológicos o químicos... Es de esperar [que la fisiología y la química] ofrezcan informaciones sorprendentes y no nos es posible adivinar qué respuestas nos aportarán en una docena de años a las preguntas que les haremos. Podrían ser de tal índole que hicieran desaparecer por completo la estructura artificial de nuestras hipótesis”⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Panconesi E, Argentieri S.: Epistemological Aspects of Psychosomatic Dermatology. *J Dermatol and Psychosomatics* (in press).
2. Panconesi E: Stress and Disease: Psychosomatic Dermatology. Clinics in Dermatology, Lippincott, Filadelfia, 1984.
3. Koblenzer, CS: Psychocutaneous Disease, Grune & Stratton, Orlando, 1987.
4. Diagnostic and statistic Manual. 4th ed. (DSM-IV), American Psychiatric Association.
5. Kaplan HI, Sadock BJ: Handbook of Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.
6. Kandel ER: A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* April 1998; 155:4.
7. Kandel, ER: Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry* April 1999; 156:4.
8. Freud, S: Beyond the pleasure principle. In: *Complete Psychological works*, standard ed., vol.18. Hogarth, Londres, Press, 1955.

11 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN EN PSICODERMATOLOGÍA

M. Musalek, B. Hobl, U. Mossbacher

EN LA PRÁCTICA MÉDICA, TANTO EL DIAGNÓSTICO COMO LOS DIAGNÓSTICOS diferenciales constituyen objetivos de primer orden. Con el fin de facilitar una visión sinóptica de los trastornos, y con el fin de evitar la redundancia médica, presentamos los diagnósticos resumidos en categorías y subcategorías diagnósticas formando un sistema de clasificación. Este sistema de clasificación de trastornos requiere, en cada área médica respectiva, una definición clara de los alcances del tema en cuestión, que, asimismo debe incluir las relaciones establecidas con otras disciplinas médicas. La psicodermatología no está sólo estrechamente relacionada con la dermatología y la psiquiatría, como con la psicósomática y la psicoterapia, sino también, en grado menor, con la medicina interna, la cirugía plástica, la estomatología, la otorrinolaringología, la obstetricia, la urología, etc., y, además, existen numerosas superposiciones entre todas estas disciplinas médicas, lo que hace extremadamente difícil deslindar la psicopatología de cada una de estas disciplinas. Por todo ello, el objetivo principal de este trabajo es la clasificación de los trastornos psicopatológicos, poniendo atención también en las múltiples superposiciones entre la psicodermatología y otras disciplinas médicas, en especial entre la dermatología y la psiquiatría.

Presentamos un intento de clasificación comprensiva a partir de una revisión histórica que nos sirva como base de clasificación. También nos vamos a ocupar de discutir la esencia y el sentido del diagnóstico y de la clasificación. Ya que se ha observado que el establecimiento de diagnósticos categóricos se ha mostrado como de relevancia menor en relación al tratamiento y al pronóstico, la atención la vamos a dirigir a los diagnósticos dimensionales y a la estrategia que éstos suponen en los tratamientos modernos.

La primera clasificación psicodermatológica se publicó en 1929. J. J. Eller (1929) distinguió cinco clases de trastornos psicodermatológicos. El primer grupo representa trastornos caracterizados por manifestaciones cutáneas derivadas de trastornos mentales (por ejemplo, trastornos ficticios, excoriaciones neuróticas, tricotilomanía, tricocriptomanía, trastornos delirantes y fobias). En el segundo grupo, titulado como manifestaciones cutáneas, a menudo éstas están basadas en trastornos mentales (como la urticaria, el edema angioneurótico, prurito, eritema, tatuajes, hiperhidrosis, hipohidrosis, pénfigo, alopecia areata, liquen plano, eccema, der-

El dolor o molestias de causa física, real, suelen ser descritas por el paciente con precisión. Las descripciones sobre dolor que son vagas, imprecisas, metafóricas ("es como si..."), obligan a sospechar un origen psíquico. El interrogatorio sistemático psiquiátrico permitirá aceptar o rechazar la sospecha.

Algunos insomnios y estados de ansiedad son debidos a hipertiroidismo. En cambio, en trastornos depresivos aparecidos en individuos de edad media hay que investigar si existe hipotiroidismo.

matitis herpetiforme, psoriasis y la gangrena histérica). El tercer grupo incluye manifestaciones cutáneas que Eller considera que, a menudo, están conectadas con trastornos mentales, pero que no necesariamente están causadas por ellos (malformaciones congénitas, como alopecia congénita, ictiosis, epidermólisis ampollosa hereditaria, albinismo; trastornos tróficos del pelo y de las uñas y trastornos pigmentarios adquiridos). En el cuarto grupo considera manifestaciones cutáneas que quedan estrechamente conectadas con trastornos orgánicos del sistema nervioso central y periférico (herpes zóster, neurofibromatosis, pénfigo, dermatalgia, alopecia areata), y el quinto grupo queda constituido por manifestaciones cutáneas que, a menudo, están estrechamente relacionadas con trastornos del sistema nervioso vegetativo (como edema angioneurótico, urticaria, eccema alérgico, eritromelalgia).

Más de cincuenta y cinco años más tarde, K. A. Bosse (1986) publicó su propuesta de clasificación de los trastornos psicodermatológicos. También él distinguió cinco grupos diagnósticos. En el primero incluyó trastornos cutáneos que, a menudo, están asociados con desfiguraciones marcadas (p. ej., psoriasis vulgar, acné vulgar, acné conglobata, alopecias, nevus, tumores malignos, dismorfofobia, tatuajes). En el segundo grupo incluye manifestaciones múltiples de trastornos ficticios. El tercer grupo lo titula como otras formas de manifestaciones del comportamiento, o trastornos con manifestaciones cutáneas (*Verhaltensänderungen*). En este grupo también se pueden encontrar subclases, como depresiones, alucinaciones, delusiones y fobias. El cuarto grupo lo reserva exclusivamente para el eccema constitucional endógeno, y el quinto grupo incluye otros trastornos cutáneos influidos psicosomáticamente como, por ejemplo, por la dermatitis perioral, las verrugas vulgares, la urticaria y el liquen plano.

Estos dos intentos de clasificación han sido seleccionados porque ilustran claramente las cuestiones de mayor importancia que aparecen al clasificar los trastornos psicodermatológicos. (Se pueden ver otros intentos de clasificación en Musaph, 1976; Panconesi, 1984; C. S. Koblenzer, 1990; P. J. Koblenzer, 1996; Gieler y Bosse, 1996.) El problema principal que se deriva de la clasificación de Eller es que es un intento de clasificación orientada patogénicamente, que comprende entidades diagnósticas fenomenológicas y nosológicas mezcladas en clases patogénicas globales. La alineación en clases patogénicas se basa en las suposiciones y postulados de la época, más o menos probadas, y de discreta evidencia empírica. Además, se obtiene fácilmente la impresión de que a algunos trastornos dermatológicos se les han atribuido una base psicodermatológica simplemente porque su origen físico es todavía desconocido. El problema más importante de la segunda clasificación es su inconsistencia respecto los criterios de selección y respecto a los grupos diagnósticos. Las dos primeras clases representan clases patogenéticas que incluyen trastornos mentales y alteraciones físicas derivadas de manifestaciones cutáneas (clase primera) y alteraciones dermatológicas de origen psicológico (clase segunda). En la tercera clase se alinean síntomas y síndromes psicopatológicos que se observan con frecuencia en la práctica psicodermatológica. La cuarta clase está constituida por

alteraciones dermatológicas particulares, como el eccema constitucional endógeno, que se considera en psicodermatología como el trastorno psicósomático central y que para los autores representa el tema de mayor interés científico.

En psicodermatología existen otros problemas de clasificación, y son derivados del hecho de que una clasificación psicodermatológica representa una clasificación de trastornos mentales que habitualmente son desarrollados y establecidos por dermatólogos que no están familiarizados con trastornos mentales. Y también, por otra parte, porque la mayor parte de los psiquiatras, o bien no muestran particular interés por la psicodermatología, o no están suficientemente comprometidos en cuestiones psicodermatológicas como para ser capaces de construir un sistema de clasificación de relevancia práctica. Otro problema de los intentos de clasificación en psicodermatología (y asimismo de la mayor parte de los intentos de clasificación en psiquiatría) se basa en el hecho de que no se consideran las diferencias entre los intentos de clasificación orientados de forma fenomenológica, etiológica y nosológica, los intentos de clasificación orientados patogénicamente. Como resultado de ello, la mayor parte de las clasificaciones generales representan una mezcla de estos intentos, lo que implica problemas capitales en una buena práctica clínica y en investigación.

El proyecto diagnóstico viene para trastornos psicodermatológicos (VDS) que se va a presentar a continuación es el resultado de experiencias clínicas acumuladas a lo largo de la labor clínica en una unidad de psicodermatología (ver tabla 1, pág. 138). En esta clasificación los autores tratan de evitar, en la medida de lo posible, los problemas mencionados, así como los escollos de clasificación, e intentan establecer un sistema de clasificación relevante que abarque alteraciones y problemas psicodermatológicos, y que pueda resultar útil, tanto en la práctica clínica diaria como en investigación. Los trastornos o problemas con los que en general se tienen que confrontar las unidades de psicodermatología pueden ser clasificados en cuatro categorías diagnósticas principales: en la primera categoría se incluyen trastornos mentales sin sintomatología dermatológica. En la segunda categoría, trastornos mentales combinados con enfermedades dermatológicas. En la tercera, enfermedades dermatológicas sin ninguna enfermedad mental, y en la cuarta categoría se incluyen alteraciones dermatológicas y/o psicológicas que no alcanzan el nivel de enfermedad.

La primera categoría diagnóstica está formada por cuatro subcategorías: 1) Síndromes delirantes (p. ej., delirio de parasitosis, delirios dismórficos, delirios olfatorios, delirios de sida, y otros delirios hipocondríacos); 2) Fobias y trastornos obsesivo-compulsivos (p. ej. dismorfobia, bromidrosfobia); 3) Prurito sine materia, y 4. Síndromes dolorosos: glosodinia, vulvodinia, escrotodinia, anodinia. J. Cotterill (1981, 1996) introdujo el excelente término de “no enfermedad dermatológica” para este grupo de enfermedades. Estos pacientes afectados de no enfermedad dermatológica constituyen un problema de orden mayor, tanto en la práctica dermatológica como en la práctica psiquiátrica. Los pacientes sufren enfermedades mentales gra-

Siempre que visitemos a un paciente con una dermatosis que puede resultar inestética para la cara (rosácea, acné, grandes y profundas verrugas seborreicas, etc.), es necesario que escuchemos sus quejas con atención, para conocer el grado de participación psíquica que sus lesiones le pueden conllevar. En el caso de pacientes poco explícitos, procede un interrogatorio discreto.

Cuando buscando precisar un eventual estado de ansiedad interrogamos a un paciente sobre su irritabilidad, en ocasiones cabe recordarles que no se trata de la forma irascible como contestan a preguntas incorrectas en casa o en el ambiente laboral, sino de la forma en que desearían hacerlo, si no se contuvieran.

ves, y por ello necesitan un tratamiento que debe ser planeado y puesto en práctica por un psiquiatra que disponga de buena práctica en ello.

La segunda categoría diagnóstica mayor incluye siete subcategorías: 1) Trastornos psicósomáticos (clásicos) y trastornos dermatológicos relacionados con el estrés; 2) Trastornos dermatológicos debidos secundariamente a enfermedades o problemas mentales; 3) Trastornos mentales secundarios a enfermedades cutáneas; 4) Trastornos mentales debidos a tratamientos dermatológicos; 5) Trastornos dermatológicos debidos a tratamientos psicofarmacológicos; 6) Enfermedades dermatológicas que a menudo transcurren asociadas con trastornos mentales; 7) Trastornos dermatológicos y mentales que son independientes los unos de los otros.

Los diagnósticos clásicos distinguían entre tres grandes grupos de trastornos: somáticos, psicósomáticos y mentales. Los trastornos somáticos se definen como trastornos de origen somático y se manifiestan con síntomas somáticos. Contrastados a ellos, los trastornos mentales se consideran como trastornos manifestados como fenómenos psicopatológicos con un origen psicológico, físico, y/o social. De acuerdo con conceptos psicósomáticos de hace tiempo, los trastornos psicósomáticos eran considerados trastornos somáticos causados por factores psicológicos. Se han conceptualizado como trastornos psicósomáticos algunas alteraciones cutáneas que, a menudo, transcurren asociadas con problemas psicológicos o con sintomatología psicológica, (p. ej., la dermatitis atópica, la urticaria y el acné *excoriée des jeunes filles*). De acuerdo con los dos enfoques psicoterapéuticos principales, los trastornos psicósomáticos están conectados con conflictos de las primeras etapas de la vida y constituyen el resultado de factores estresantes que devienen efectivos como tales en individuos que no disponen de las estrategias de adaptación adecuadas. Sin embargo, como existe evidencia de que, por un lado, no todos los llamados trastornos psicósomáticos son causados por constelaciones psicológicas que actúan como factores predisponentes o desencadenantes (Gieler y Bosse, 1996; Musalek, 1991) y que, por otro lado, existen trastornos somáticos típicos (que habitualmente no son considerados como trastornos psicósomáticos) que comprenden constelaciones psicológicas que poseen una importancia patogénica capital, resulta esencial cambiar el concepto clásico de enfermedades psicósomáticas por el que deriva de aplicar un enfoque moderno del tema (ver más adelante). Así pues, la categoría diagnóstica de trastorno psicósomático constituye sólo una reminiscencia histórica que permite a los psicodermatólogos (que están fuertemente influidos por la psicósomática clásica) la posibilidad de clasificar aquello que ellos denominarían trastornos psicósomáticos. Trastornos, por ejemplo, como el eccema atópico y la urticaria también pueden ser atribuidos a las categorías diagnósticas 2.2 ó 3, dependiendo de la significación patogénica de la constelación física que (no) ocurre en conexión con el trastorno.

Los trastornos dermatológicos que son debidos a trastornos o problemas mentales, como, por ejemplo, automutilaciones, trastornos ficticios, tricotilomanía y tricocriptomanía, debieran ser colocados en la categoría diagnóstica 2.2. La categoría

2.3 incluye trastornos en los que la enfermedad cutánea es el acontecimiento primario, y en los que los trastornos mentales y los problemas psicológicos son resultado de una reacción con ella, tal como sucede en enfermedades que desfiguran o que provocan distorsiones, en enfermos con cáncer cutáneo y con heridas importantes. Los trastornos mentales que son causados por tratamientos dermatológicos, como las psicosis por corticoides o por los diferentes interferones, deberían ser clasificadas como grupo 2.4. Opuestas a ellas, los trastornos dermatológicos originados por tratamientos psiquiátricos debieran constituir el grupo 2.5. Como la mayor parte de los psicofármacos son compuestos químicos complejos, las reacciones alérgicas constituyen un efecto secundario frecuente de estos tratamientos. En muchas enfermedades en las que coexisten trastornos mentales y dermatológicos resulta difícil diferenciar entre lo que es alteración primaria y lo que es alteración secundaria, como es el caso de la psoriasis y la alopecia areata; estas enfermedades deberían ser clasificadas como grupo 2.6. Y por último, cabe remarcar que la coincidencia de alteraciones en un mismo enfermo no significa necesariamente que éstas guarden relación la una con la otra. Los trastornos mentales que, con independencia de la dermatosis, puedan sufrir los enfermos dermatológicos debieran ser clasificados como categoría 2.7.

La tercera categoría diagnóstica principal se reserva para los enfermos que sufren un trastorno dermatológico sin ningún signo de trastorno mental. Esto significa que la tarea mayor del psicodermatólogo no es sólo la de diagnosticar los varios trastornos mentales que pueden darse en los pacientes dermatológicos, sino también la de diferenciar si en ellos existe o no una alteración mental. A primera vista parece difícil entender que enfermos dermatológicos que no sufran ninguna alteración mental puedan consultar una unidad psicodermatológica. Sólo algunos de ellos han sido mal diagnosticados por un dermatólogo que los ha transferido erróneamente. Cabe destacar que principalmente se trata de pacientes que son “problemáticos” o “resistentes al tratamiento” y que por estos motivos son muchas veces catalogados como enfermos mentales. La mayor parte de los trastornos del grupo 3 representan las así llamadas alteraciones psicosomáticas clásicas, aunque no presenten elementos constitutivos psicológicos. Como se ha indicado más arriba, algunos estudios clínicos empíricos indican que no todos los pacientes que sufren de alteraciones clásicamente psicosomáticas, como dermatitis atópica o acné excoriado, presentan una constelación psicológica que sea responsable de la aparición del trastorno. Por consiguiente, una parte de ellas tiene que ser considerado como perteneciente a la categoría 3.

En la práctica psicodermatológica también tenemos que hacer frente a pacientes que sufren trastornos dermatológicos, como, por ejemplo, envejecimiento cutáneo o problemas cosmetológicos, pero que no cumplen ni con los criterios diagnósticos de enfermedad cutánea ni con los de enfermedad mental. Los pacientes de este grupo 4 se superponen en parte con los del grupo 1 (que sufren delirios, ideas sobrevaloradas o fobias), resultando así de diagnóstico diferencial difícil en relación a los casos limítrofes. Pero la diferenciación cuidadosa entre los que pertenecen al grupo 4 y los del grupo

Es preferible el uso de comprimidos al de cápsulas (de ansiolíticos y de psicótropos con efectos secundarios tranquilizantes), porque se pueden partir. Reducir mecánicamente una pequeña porción del medio comprimido es una nimiedad que puede permitir proseguir la medicación en lugar de verse obligado, por somnolencia, a abandonarla. Compruebo que algunos psiquiatras no aceptan esto. Quizá porque los suyos son enfermos más graves que los nuestros.

Son aspectos de hábito obsesivo-compulsivo grave la compra compulsiva, el exhibicionismo compulsivo, la cleptomanía, la despersonalización y los celos obsesivos. Tales pacientes no consultan al dermatólogo. Los enfermos con hábito compulsivo que nosotros diagnosticamos (que no han sentido previamente la necesidad de acudir al psiquiatra) sufren un grado de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de grado mucho menor. Más que obsesivos, pueden ser considerados como pacientes con conductas, o tendencias, obsesivas.

1 adquiere importancia y relevancia capital. En los enfermos del grupo 1 tenemos que evitar una confrontación demasiado temprana con el hecho de que el trastorno cutáneo no existe, mientras que en los enfermos del grupo 4 debemos confrontarlos con el hecho de que ellos no sufren ningún trastorno cutáneo. El sufrimiento de estos pacientes debe ser tomado en serio, y debemos informarles de que el trastorno dermatológico no existe, a fin de eliminar así la posibilidad de que el paciente asuma su papel de enfermo, simplemente porque se le ha prestado atención médica en este sentido.

Tabla I

Plan diagnóstico vienés de los trastornos psicodermatológicos.
(WDS - Wiener Diagnosenverzeichnis für psychodermatologische Störungen)

1. Trastornos mentales sin sintomatología dermatológica:
 - 1.1. Síndromes delirantes (p. ej., delirio de parasitosis, delirio dismórfico, delirio olfatorio, delirio de sida, otros delirios hipocondríacos).
 - 1.2. Fobias y trastornos obsesivo-compulsivos (dismorfofobia, bromidrosfofobia).
 - 1.3. Pruritus sine materia.
 - 1.4. Síndromes dolorosos: glosodinia, vulvodinia, escrotodinia, anodinia.
 2. Trastornos mentales y trastornos dermatológicos:
 - 2.1. Trastornos psicósomáticos “clásicos” y trastornos dermatológicos relacionados con el estrés en sentido estricto (p. ej., dermatitis atópica, urticaria, acné exco-riado).
 - 2.2. Trastornos dermatológicos secundarios a trastornos o problemas mentales (p. ej., automutilaciones, trastornos ficticios, tricotilomanía, tricocriptomanía).
 - 2.3. Trastornos mentales secundarios a trastornos dermatológicos (desfiguraciones y distorsiones, melanoma, heridas).
 - 2.4. Trastornos mentales debidos a tratamientos dermatológicos (p. ej., psicosis cor-tisónicas y psicosis por interferones).
 - 2.5. Trastornos dermatológicos debidos a tratamientos psicofarmacológicos (reac-ciones alérgicas inducidas por agentes farmacológicos complejos, dermatosis inducidas por litio).
 - 2.6. Trastornos dermatológicos asociados, a menudo, con trastornos mentales (p. ej., psoriasis, alopecia areata).
 - 2.7. Trastornos dermatológicos y mentales independientes los unos de los otros.
 3. Trastornos dermatológicos sin trastornos mentales (p. ej., trastornos psicósomáticos clásicos sin elementos psíquicos constitutivos, pacientes diagnosticados errónea-mente como psiquiátricos, “pacientes problemáticos”, “pacientes resistentes al trata-miento”).
 4. Problemas dermatológicos o físicos que no alcanzan el nivel de enfermedad (p. ej., envejecimiento cutáneo, problemas cosméticos).
-

El objetivo de esta clasificación es el de incluir en ella todos los trastornos y problemas que pueden ser observados en la práctica psicodermatológica. La principal atención, las responsabilidades y tareas de la psicodermatología quedan definidas cuidadosamente, permitiendo así la separación entre la psicodermatología y otras disciplinas médicas. Esto significa que se han cumplido todas las exigencias importantes de clasificación mencionadas en el principio. Además, deja bien claro la clase de especialista por la que el paciente debe ser tratado.

Los pacientes del grupo 1 tienen que ser tratados por psiquiatras que dispongan de buena experiencia. Sin embargo, resulta necesaria una estrecha cooperación para hacer posible el primer contacto y para establecer una relación estable basada en la confianza entre el paciente y el psiquiatra. La mayor parte de estos pacientes son más o menos renuentes a recibir cuidados y tratamiento psiquiátricos, y consultan con dermatólogos que habitualmente quedan abrumados por los problemas psiquiátricos complejos con los que son confrontados. Se necesitan programas de tratamiento especiales para poder acceder al enfermo y para tratarlo con eficiencia. El modelo vienés (Musalek, 1991) propone una solución a este problema. El tratamiento del paciente se efectúa en estrecha cooperación entre dermatólogos y psiquiatras. Al menos en la primera consulta, el paciente es visitado al mismo tiempo por un dermatólogo y por un psiquiatra. El enfermo es acompañado personalmente a la unidad psicodermatológica que está ubicada en un departamento dermatológico, con lo cual se evita que el paciente se dé cuenta de que también será visitado por un psiquiatra. Si consigue establecerse con éxito una relación estable, basada en la confianza, entre los terapeutas y el enfermo, éste habitualmente acepta el hecho de que también sea tratado por un psiquiatra (Musalek, 1991).

El tratamiento efectivo de los pacientes del grupo 2 necesitan habitualmente de una cooperación estrecha entre el dermatólogo y el psiquiatra, puesto que la mayoría de los pacientes sufren a la vez de un trastorno dermatológico y de un trastorno psiquiátrico. En algunos casos puede resultar suficiente un tratamiento planeado y llevado a la práctica por un dermatólogo con experiencia en psicoterapia. La parte de tratamiento más importante del grupo 3 de pacientes debe necesariamente ser aplicada por un dermatólogo, aunque es imprescindible un psiquiatra bien entrenado para decidir si existe o no un trastorno mental. En este contexto resulta importante enfatizar que es mucho más difícil distinguir entre si existe o no un trastorno mental que el diagnóstico diferencial cuidadoso del trastorno mental. Atribuir correctamente a cuál se trata, de los varios casos limítrofes que pueden ser, puede llegar a ser difícil, incluso para un psiquiatra bien entrenado. La distinción más o menos clara entre si existe o no un trastorno mental no posee sólo interés teórico, sino que reviste importancia clínica capital. Puesto que, en nuestra sociedad, tanto los trastornos mentales como los trastornos psicodermatológicos constituyen alteraciones estigmatizantes, se deben tratar cuidadosamente. Además, cabe ser remarcado que un diagnóstico erróneo de trastorno psicodermatológico (como por ejemplo, un así llamado trastorno psicósomático pero sin una constelación mayor

Goodwin y cols. describieron en 1979 (*JAMA*, 241:117-20) que en un grupo de 22 pacientes con lupus eritematoso sistémico, 3 de 4 investigadores correlacionaron el hecho de que resultaran enfermos poco agradables con la gravedad de su afectación psiquiátrica. En enfermos dermatológicos que nos resulten desagradables, hay que sospechar una alteración psiquiátrica.

Un enfermo puede estar tan acostumbrado a tomar tranquilizantes para dormir que no lo mencione. Hay que preguntarlo siempre que se interroga sobre la calidad del descanso nocturno, sobre todo en ancianos o pacientes maduros.

de condiciones psicológicas) puede convertirse en una intensiva psicoterapia, de larga duración y elevados costes, que no se precisaba.

El requisito de mayor importancia para los diagnósticos en general, y por tanto también para categorías diagnósticas en particular, es la relevancia clínica de los diagnósticos en lo que se refiere al tratamiento y a los pronósticos. Ninguna clasificación categórica de trastornos mentales puede satisfacer este requisito.

Los sistemas de clasificación categórica de los trastornos mentales, y por extensión, los trastornos psicodermatológicos, han sido establecidos de acuerdo con los sistemas de clasificación botánicos: fenómenos particulares y signos (en el caso de la clasificación de plantas, el color y número de los pétalos, los estambres, etc.; en el caso de la clasificación de trastornos mentales, fenómenos psíquicos y físicos) constituyen la base para atribuir el trastorno a una categoría diagnóstica particular. Varios estudios patogenéticos de los diferentes grupos diagnósticos en sistemas de clasificación común de trastornos mentales, como, por ejemplo, el DSM-IV y el ICD-10, muestran que las categorías diagnósticas no se caracterizan simplemente por una patogenia especial o por constelaciones particulares de condiciones tales como las postulaba la nosología clásica (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994; WHO, 1993). No es sorprendente que una clasificación basada en el modelo botánico resulte de un valor menor que el que deriva de intentos de tratamiento orientados según la patogénesis. Ningún botánico esperaría ganar información sobre la función y el origen de una planta simplemente por su ubicación en una categoría específica de clasificación (Musalek y cols., 2000). Como las entidades corrientes de diagnóstico de los desórdenes mentales no hacen referencia a la patogénesis, los diagnósticos de categoría clásica no proporcionan la base para un tratamiento orientado en la patogenia. En psicodermatología cabe esperar lo mismo de intentos de clasificación categórica. Así, de esta manera, se está haciendo necesario cambiar el paradigma en los diagnósticos con el fin de conseguir más efectivas estrategias de tratamiento orientadas en la patogénesis. Un programa dimensional podría constituir una alternativa posible al clásico programa por categorías.

El término diagnóstico dimensional incluye un amplio alcance de significados. Si bien no intentamos discutir la terminología en detalle, de todas maneras tenemos que dejar claro que en este artículo el término diagnósticos dimensionales no significa la extensión por el factor “tiempo” de los diagnósticos por categorías, tal como puede encontrarse en la literatura angloamericana. “Diagnósticos dimensionales” la usamos para designar unos diagnósticos orientados en la patogenia, según la tradición de Kretschmer (1918). Estos diagnósticos evitan la clasificación nosológica y nosográfica y ponen su atención en la constelación de condiciones de fenómenos o síntomas psicopatológicos únicos.

Los diagnósticos dimensionales modernos siguen un modelo dinámico de vulnerabilidad en cuanto a la predisposición a volverse enfermo mental como un proceso dinámico. Esto significa que el grado de vulnerabilidad varía de intensidad en los diferentes estadios de la vida de una persona. Cuando la vulnerabilidad es alta,

estresantes de grado menor son suficientes para desencadenar un trastorno mental, mientras que en periodos de vulnerabilidad baja son necesarios estresantes de nivel alto (Faloon, 1984). El grado de vulnerabilidad depende del estado mental y físico del paciente. Los estresantes crónicos, tanto si son mentales como físicos o sociales, conducen a una deterioración de los estados mental y físico, aumentando así el grado de vulnerabilidad. Todas las actuaciones que aumenten el bienestar general resultan en una disminución de la vulnerabilidad. Por tanto, la vulnerabilidad no es un proceso estático sino dinámico. Si el factor estresante no existe, el trastorno subyace latente sin ningún síntoma clínico. Algunas veces, sin embargo, estamos sometidos a un estrés sin caer enfermos. La explicación para ello está en que los estresantes sólo producen un impacto si nosotros no disponemos de mecanismos de adaptación adecuados. Cuando se disponen de altos mecanismos adecuados de adaptación, incluso los estresantes de gran potencial no causan impacto. En resumen, se puede decir que un trastorno (tanto dermatológico como psicodermatológico) sólo se manifestará si existe una vulnerabilidad específica para el trastorno y si existe una falta de estrategias de adaptación adecuadas.

La investigación patogénica moderna, sin embargo, no puede restringirse a la consideración de los factores predisponentes y desencadenantes, sino que tiene que ocuparse especialmente de los factores que mantienen el trastorno (Musalek y cols., 2000). Sólo porque en una ocasión se hayan dado, los síntomas físicos y/o psicológicos no persisten a lo largo de toda la vida. Para mantener el proceso patológico causado originalmente por factores predisponentes y desencadenantes se necesitan factores patogenéticos. Aunque no siempre, algunas veces unos y otros pueden ser los mismos. Sin embargo, muy a menudo resulta que la constelación de condiciones necesarias para la persistencia del trastorno difieren en gran manera de la condición que fue responsable de la aparición del trastorno. En el proceso diagnóstico diferencial resulta muy importante distinguir entre los factores predisponentes, desencadenantes y los que lo mantienen, puesto que ellos son los que van a determinar el tratamiento. Desde luego, lo que determina el tratamiento de las fases agudas son los factores de mantenimiento, mientras que los factores predisponentes y desencadenantes sirven como base para las estrategias de profilaxis en los tratamientos (Musalek y cols., 2000).

Por todo ello, la patogénesis de los trastornos psicodermatológicos tiene que ser considerada como un proceso multidimensional, en el que varios factores, mentales, físicos y sociales, actúan como factores predisponentes y desencadenantes. Éstos, a su vez, provocan reacciones mentales, físicas y sociales que funcionan como factores mantenedores del trastorno, a través de lo cual consiguen que el trastorno persista. Siguiendo este argumento, resulta menos válida la distinción entre trastornos dermatológicos, psicosomáticos y mentales. Este punto de vista multidimensional implica un cambio paradigmático tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Considerando la patogénesis de un trastorno en general, así como de un trastorno psicodermatológico en particular, uno y otro deben ser considerados

El varón con una dermatosis en los genitales suele consultar con carácter de urgencia. También pueden hacerlo algunas mujeres con cualquier alteración en la piel de las mamas descubierta recientemente. El resto de pacientes que consultan con urgencia, no reconocida en la visita como real por el dermatólogo, son sospechosos de ansiedad, o de estados depresivos, o presentan características obsesivas.

como un proceso dinámico en el que una interacción compleja de condiciones físicas, mentales y sociales sirven para predisponer, desencadenar y mantener el trastorno. Por tanto, un plan terapéutico no puede ya más ser basado sobre atribuciones diagnósticas por sistemas de clasificación en categorías, que resultan artificiales y que prácticamente carecen de utilidad terapéutica. Las estrategias de tratamiento modernas tienen que estar basadas en diagnósticos diferenciales cuidadosos en relación a la constelación compleja de condiciones subyacentes que establecen el proceso dinámico del trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th ed. American Psychiatric Press: Washington, DC, 1994.
2. Berner P: Psychiatrische Systematik (3rd ed.). Huber: Bern, 1982.
3. Bosse, KA: Psychosomatische Gesichtspunkte in der dermatologie. In Thure v. Uexküll (Editor), Psychosomatische Medizin (3rd ed.). Urban u. Schwarzenberg: München-Wien-Baltimore.
4. Cotterill JA: Dermatological non disease a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *British Journal of Dermatology* 1981; 104:611-19.
5. Cotterill JA: Dermatologic Nondisease. *Psychodermatology* 14 1996; 3:439-445.
6. Eller JJ: Neurogenic and psychogenic disorders of the skin. *Med J Rec* 1929; 129, 454-459, 481-485, 616-620, 675-679.
7. Faloon IR, Boyd JL y McGill CW: Family care of schizophrenia. Guilford Press: Nueva York, 1984
8. Gieler U y Bosse KA: Seelische Faktoren bei Hauterkrankheiten. Beitrag zur psychosomatischen Dermatologie. 2nd Edition. Verlag Hans Huber: Bern-Göttingen-Toronto-Seattl
9. Koblenzer CS: What is psychocutaneous disease? *Int J Dermatology* 1990; 29(2):105-106.
10. Koblenzer PJ: A brief history of psychosomatic dermatology. *Dermatologíaclínica* 1996; 14(3):395-397.
11. Kretschmer E: Der sensitive Beziehungswahn. Springer Verlag: Berlín, 1918
12. Musalek M: Der Dermatozoenwahn. Georg Thieme Verlag: Stuttgart-Nueva York, 1991
13. Musalek M, Griengl H, Hobl B, Sachs G y Zoghiami A: Dysphoria from a Transnosological Perspective. *Psychopathology* 2000; 33:209-214.
14. Musaph H: Psychodermatology. En: Hill OW (ed.). Psychosomatic medicine. Butterworths: Londres, 1976. pp. 347-362.
15. Panconisi E: Stress and skin diseases: Psychosomatic dermatology. Lippincott: Filadelfia, 1984.
16. WHO: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO: Ginebra, 1993.

12

DERMATITIS ARTEFACTA

A. Rodríguez-Pichardo

CONCEPTO

Se define como dermatitis artefacta (DA) o dermatitis facticia (DF) a todo cuadro dermatológico con lesiones que el paciente causa en su piel, negando su participación en ello. Este sería el concepto de Obermayer¹ y Muller². Sin embargo, Lyell³ opina que la DA, lejos de ser un fenómeno aislado, es parte de un amplio espectro de enfermedades causadas por uno mismo, que pueden suceder en cualquier disciplina médica; años más tarde Lyell⁴ considera a la DA como parte del “síndrome de la enfermedad artificial”, y señaló que el término dermatitis artefacta no es satisfactorio, ya que no es una dermatitis en sentido estricto, proponiendo la denominación de enfermedad cutánea artefacta.

Otros autores, como Gandy⁵, opinan que la DA es un síndrome psicosomático y no una enfermedad cutánea, pues “sería una proyección en la piel de una afección de la mente”, Hawking⁶ prefiere denominarla “incapacidad premeditada” y Hollender⁷ la define como “una enfermedad ubicua, proteiforme y fastidiosa”. Abely⁸, siguiendo el concepto de la escuela francesa, llamó a la dermatitis artefacta “patomime” (de *pathos*: enfermedad y *mime*: imitación) pues evocaría el trabajo del actor en el teatro clásico griego, que expresaría por gestos la acción y los sentimientos en las comedias familiares; sería como la imitación de situaciones afectivas o conflictivas diversas. Para Panconesi⁹ debería llamarse “pathomimesis” y Unamuno¹⁰ prefirió el de patomimia.

Cotterill¹¹ define los “artefactos” como lesiones causadas o perpetuadas por la acción del paciente. Muchos procesos pruriginosos se agravan por la fricción, rascado o excoiación, especialmente en pacientes desequilibrados emocionalmente; y el límite entre un acné excoiado y la DA es a veces difícil de establecer, pero es de importancia práctica. La diferencia es que la DA es completamente autoprovocada y si ha sido superpuesta a algún otro proceso no se encuentran relaciones causales con ella.

Por último, Fabisch¹² al plantearse qué es la DA, concluye que se trata de “la evidencia de un proceso psicológico de formación reactiva en



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 32 años. Lesiones pretendidamente espontáneas. No se pueden catalogar como excoiaciones neuróticas porque la paciente pretende que no participa en su aparición.

Algunos dermatólogos consideran el diagnóstico de dermatitis facticia como un éxito para sí mismos. Pero en realidad constituye un diagnóstico problemático. Si simplemente se confronta al paciente con él, no se consigue nada, porque el enfermo abandona al médico que le ha descubierto e inmediatamente busca a otro, a quien intenta engañar. Si lo consigue, y suele hacerlo, se invierten de nuevo esfuerzos y costes económicos inútiles en exploraciones. Así, el “brillante” diagnóstico de un principio puede terminar en un enfermo perdido y oneroso. Si estos pacientes hacen lo que hacen, es porque son enfermos psiquiátricos. El éxito real sólo lo consigue el dermatólogo que tiene la habilidad de llevarlo a renunciar a su actitud. Para aceptar la transferencia al psiquiatra, puede ser un argumento válido en ocasiones la advertencia de que la mejoría obtenida, tanto en su estado cutáneo como en su bienestar psicológico, ha sido conseguida por medio de psicótropos. El manejo efectivo es aún más difícil en los “neuróticos de renta” y en aquellos que con su proceder buscan una compensación económica.

un individuo predispuesto por su tipo de personalidad”. Las DA se consideran en todas las clasificaciones como de origen psíquico. Obermayer¹ las incluye en las “dermatoneurosis verdaderas” y Cormia¹³ entre las “manifestaciones cutáneas de neurosis, psicosis y hábitos nerviosos”; el mismo origen psíquico le atribuyen Honigman¹⁴, Alker¹⁵, Eller¹⁶, Aller¹⁷, English¹⁸, García Pérez¹⁹ y Zaidens²⁰, Stokes²¹ y Koblenzer²².

Dos características de la DA son importantes para definir la ubicación de esta enfermedad entre las dermatosis autoprovocadas: A) La ausencia de un motivo racional que la explique, y B) La segunda característica esencial de la DA es el secreto que el paciente guarda sobre su responsabilidad en la génesis de su dermatosis²³.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Hay bastantes referencias bíblicas y homéricas sobre simulación de enfermedad, muchas de ellas recogidas por Vallejo Nágera²⁴ en su libro *La enfermedad simulada*. Se cuenta de Pío V que durante el cónclave que precedió a su elección; “fingía tan acentuada senilidad, que todos creían en su próxima muerte, motivo que facilita su elección; pero, aclamado pontífice, arroja el bastón que sostenía su, al parecer, decrepito cuerpo, yérguese y entona el *Te Deum* con tan potente voz que retiembla la bóveda de la Capilla Sixtina”. Dejando a un lado estos ilustres simuladores, pasamos a aquellos que han hecho de la simulación una forma de vida, como serían la mayoría de los mendigos. Los textos y la iconografía muestran, desde los tiempos más remotos, sujetos afectados de llagas horribles hechas y mantenidas con el fin de lograr la piedad de los viandantes. Abundan los documentos en la Edad Media, como la famosa “pierna de Dios”, descrita por J. Lacasagne y H. Joly²⁵; estos mismos autores citan el *Liber vagatorum*, especie de evangelio de los mendigos, que indica mil curiosas maneras de causarse lesiones o contraer enfermedades.

En España, Cristóbal Pérez Herrera nos refiere en su *Discurso del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos* (Madrid, 1598)²⁶ las mañas de que se valían los galeotes



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Chica de 19 años. Lesiones autoprovocadas en la cara. También en cuello y en antebrazos. Lesiones alargadas, con bastante simetría. Pretende que son lesiones espontáneas.

para vagabundear en hábito de fingidos pordioseros, y cómo pudiendo trabajar se causaban llagas o se hacían pasar por mudos o ciegos. Estos fenómenos anteriores se pueden incluir en la actual “neurosis de renta”; sin embargo, más extrañas resultan en la actualidad el fenómeno de las “estigmatizaciones”, presentadas como la única modalidad de experiencia religiosa mística donde el cuerpo está implicado o comprometido de una manera objetiva, directa y esencial.

La serie de las figuras cutáneas incluidas en los estigmas místicos comprenden las imitaciones, los símbolos figurativos (como la cruz, el látigo y otros elementos análogos) y los símbolos epigráficos (en forma de letras), todos ellos referidos no sólo a las cinco llagas de la crucifixión de Jesús, sino a las huellas corporales de la Pasión, ocasionadas por la corona de espinas en la frente, los latigazos en la espalda y el soporte de la cruz en los hombros.

La época de los estigmatizados se inició en el siglo XIII con San Francisco de Asís, que, en 1224, presentó por primera vez estigmas en las manos, pies y costado derecho, falleciendo dos años después. A menudo, en esa época, los oradores religiosos ilustraban sus homilías con actitudes tomadas de Cristo y se había extendido la moda de exhibir como manifestación de fe religiosa alguna pintura imitando las llagas de Cristo, en regiones visibles del cuerpo²⁷.

En la España del siglo XIX, la monja Sor Patrocinio²⁸, a caballo entre la simulación, los estigmas y la dermatitis artefacta, adquiere un importante papel en la corte de Isabel II, y aunque no obtiene beneficios para ella, se constituye en consejera de la reina y sus opiniones son tenidas en cuenta por ella.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 60 años. Faenas domésticas. Lesiones que se van repitiendo desde hace un año, simétricas en la cara y en dorso de mano izquierda. Corresponde a una dermatitis por contacto irritativa, tóxica, por algún producto profesional (sal fumante, limpiador de hornos?).

EPIDEMIOLOGÍA

La presentación en la clínica de pacientes con el diagnóstico de DA es excepcional; existen, por tanto, pocas series publicadas con este diagnóstico. La mayoría de las ocasiones son uno o dos casos los que han despertado el interés de los especialistas, ya sea por la dificultad diagnóstica, o bien, por la gran expresividad clínica. De todas formas parece ser el diagnóstico más frecuente entre las enfermedades artefactas, así en un estudio²⁹ realizado en un hospital general se encontró la siguiente distribución: 13 casos de DA, 12 de fiebre simulada, 3 de hemorragias autoprovocadas, 1 de síndrome poliuria-polidipsia, 1 de hipoglucemia y 1 de hipertiroidismo.

Un dato interesante es el claro predominio femenino en todas las series. Así, Van Moffaert³⁰, aunque consideró en su serie otras formas de lesiones autoprovocadas, halló una proporción de 3,6 mujeres por cada varón, la proporción de Haenel³¹ fue



*Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez).
Chica de 16 años, con lesiones tóxicas, de
formas geométricas (“la naturaleza huye
de las formas geométricas”), que guardan
bastante simetría.*

de 5 mujeres por cada varón. Hawking⁶, de 6,3 mujeres por varón, Unamuno¹⁰ de 7 mujeres por varón., Fabisch¹² 7,3 mujeres por 1 varón, Beek³² al igual que Ornish³³, 7,5 mujeres por varón; también coinciden Sneddon³⁴ y Hollender⁷ en 8,3 mujeres por 1 varón. En la serie de nuestro servicio, con 23 años de seguimiento, la proporción entre 124 pacientes estudiados es de 2,75 mujeres por cada varón.

Se acepta que la DA es más frecuente en personas jóvenes. La mayoría de los pacientes se encuentran entre los 15 y 25 años de edad, es raro en niños y excepcional por encima de los 55 años³⁴. Las dos terceras partes de la casuística de Hollender⁷ eran menores de 30 años. Hallando la media de edad en las distintas series donde está recogido este dato, observamos que en la serie de Beck³² es de 25,6 años, en la Sneddon³⁴ de 28,1 años y en la de Unamuno de 28,1 años. Entre nuestros pacientes la edad media fue de 31,2 años.

Otro dato recogido en la literatura es el de la soltería. Así, en la casuística de Hollender⁷, el 72,2 % de las mujeres eran solteras; en la de Sneddon³⁴ eran solteros 2 de 5 hombres y 24 de 36 mujeres. En nuestra casuística de 124 pacientes, había 70 solteros y 4 viudas.

CLÍNICA

La DA puede presentarse con una gran variedad de formas clínicas^{35,36,37,38}. La presentación va a depender del método empleado para realizar la autolesión. Las más frecuentes son:

A) *Úlceras*: suele ser la lesión que se ve con más frecuencia y la podemos encontrar como forma inicial o en el periodo de resolución de una escara. La úlcera tiene una morfología que llama la atención³⁹: regularidad perfecta de los bordes o, por el contrario, contornos irregulares, con segmentos rectilíneos, ángulos agudos y obtusos forman triangulares, estrelladas...; también pueden verse lesiones lineales, que parten de la lesión principal (por chorreo). Otras veces se comprueba la coexistencia de lesiones claramente ulceradas y otras peor ejecutadas, bien incompletamente realizadas, o bien por salpicaduras del cáustico empleado.

Las ulceraciones antiguas, sometidas a irritación repetida o modificadas por tratamientos múltiples, adoptan aspectos tórpidos (esclerosis, atrofas...) y, a veces, hay osteítis o necrosis subyacente por infecciones secundarias sobreañadidas. Además, pueden observarse cicatrices que también tendrán aspecto geométrico, irregular.

Las úlceras “inexplicadas”⁴⁰ pueden ser exploradas con papel tornasol, lo que nos indicará alcalinidad o acidez como causas probables del uso



*Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez).
Chica de 17 años. Lesiones de 2 días de
evolución, lineales, simétricas.*

de un producto químico. Los fallos repetidos de los injertos cutáneos, habitualmente debidos a causa vascular, deben hacer sospechar la interferencia por parte del paciente, especialmente cuando el único organismo encontrado es flora fecal (dato observado en cuatro de nuestros casos).

En nuestra serie, la presentación clínica de “úlceras” se dio en 33 pacientes, lo que significa un 26.6 % del total de pacientes y, por tanto, el segundo diagnóstico más frecuente.

B) *Ampollas*: A veces, las lesiones causadas tienen morfología ampollosa, incluso con aspecto insólito. Los elementos son alargados, angulosos, poligonales..., y en ocasiones de gran tamaño, formándose ampollas de varias lobulaciones. En la mayoría de las ocasiones, estas ampollas coexisten con otras lesiones, como eritema de contornos más o menos geométricos, ulceraciones y escaras.

El antiguo *pemphigum virginum* o “pénfigo histérico” debe considerarse como una dermatosis ampollosa autoprovocada. Se designaba con este nombre un cuadro constituido por erupción ampollosa, hemorrágica, pustulosa o gangrenosa, que surgía bruscamente, en mujeres jóvenes nerviosas de “carácter extravagante”⁴¹. Los elementos tienen forma irregular, o alargados, y están distribuidos de un modo singular, a veces con una irregularidad perfecta. Su evolución es siempre benigna, pero su extensión, número y el carácter gangrenoso que a veces presentan pueden producir verdaderas mutilaciones. Las lesiones se deben a quemaduras o cauterizaciones por agentes químicos o medicamentosos.

Brehmer-Anderson⁴² presentaron tres casos de DA con lesiones vesiculosas o ampollosas causadas por fricción. Las ampollas por esta causa se pueden provocar precozmente en lugares en los que la epidermis es gruesa y está firmemente pegada a los tejidos profundos; tienen una histología característica que las diferencia de las enfermedades ampollosas auténticas y de las debidas a quemaduras, que también pueden ocurrir en la DA. Dufton⁴³ publicó el caso de una paciente con ampollas por succión (con tetina de goma) que simulaba penfigoide; el cuadro se acompañaba de edema de piernas y alteraciones en pezones.

En nuestra serie, 17 pacientes (13,7%) consultaron con diversos cuadros ampollosos.

C) *Excoriaciones*. Es la lesión artefacta más fácilmente diagnosticable. Su morfología suele ser lineal, y en la mayoría de las ocasiones causada con las uñas, aunque también pueden usarse distintos objetos cortantes. A veces, puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con las “excoriaciones neuróticas”¹, pero en éstas el paciente reconoce su ejecución.

Las excoriaciones se sobreinfectan fácilmente, y habitualmente hay un dato llamativo: la no presencia de prurito previa a la aparición del cuadro.

Es la forma clínica más ampliamente representada en nuestra casuística con 41 pacientes (33%).



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Chica de 18 años. Lesiones residuales por ampollas, en disposición lineal, causadas por algún producto tóxico.

Con el nombre de “patomimetismo dermatológico”, Leslie Millard describió en 1984 los artefactos cutáneos provocados a plena conciencia, reproduciendo o perpetuando dermatosis orgánicas reales, tales como dermatitis de contacto, toxicodermias, alopecias medicamentosas o úlceras de decúbito. Cabe diferenciarlos de los artefactos por simulación provocados sin lesiones orgánicas previas.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 42 años. Lesiones limitadas a una sola pierna, cicatrizales (con mínimas excoriaciones aún por epitelizar) que siguen a úlceras tóxicas.

D) *Induraciones*: Ackerman⁴⁴ describió el caso de una adolescente con fiebre, síndrome nodular y paniculitis no supurativa, que recordaba clínica e histológicamente a la enfermedad de Weber-Christian. Casualmente se descubrió que estaba causado por inyecciones de leche, y que la leche inyectada produce localmente nódulos eritematosos con fiebre, sudor, escalofríos y malestar general. Steinman⁴⁵ presentó otro caso causado también por inyecciones de leche, en una enfermera, localizado en dorso de mano izquierda.

Es necesario recordar, como hace Lyell⁵, que hay pacientes que desarrollan lesiones induradas en mamas, que a veces se ulceran, debidas a extravasaciones lácteas y que, al ser enviadas a clínicas quirúrgicas, a veces sufren una mastectomía sin biopsia previa.

En cinco de nuestros pacientes se diagnosticó paniculitis facticia; una de ellas estaba causada por la inyección subcutánea de orina.

E) *Costra localizada*: Cuadro de afectación labial descrito por Savage⁴⁶, que consiste en costras queratósicas o hemorrágicas que afectan a los labios sin causa establecida y en la cual se sospecha manipulación deliberada o inconsciente. Existen diversas publicaciones^{47,48} e, incluso, se describe la afectación nasal. En todas ellas se detectan problemas de personalidad. En nuestra serie se recogen 5 pacientes con esta patología, uno de ellos varón.

F) *Lesiones eccematosas* debidas a la aplicación cutánea de irritantes o por re-exposición a productos alérgicos en casos de dermatitis de contacto.

G) *Edemas*. Secretan, en 1911⁵¹, describió la hinchazón de miembros como una forma de presentación de la enfermedad autoinfligida. Posteriormente, Angellini denomina a esta modalidad clínica autoprovocada “síndrome de Secretan”⁵². Smith⁵³ señaló unos criterios para sospechar el linfedema facticio: linfedema recidivante unilateral, sin aparente obstrucción linfática o venosa, así como todo linfedema que esté bien delimitado por un anillo de distinta coloración. En la literatura se recogen diversos tipos de edema causados por ligaduras, así se ha descrito en el pezón⁵⁵, lengua⁵⁶, cuello⁵⁷ e, incluso, en escroto, dando lugar a autocastración⁵⁸.

DIAGNÓSTICO

Dos hechos sugieren el diagnóstico de artefactos cutáneos: A) La naturaleza de la lesión y las circunstancias que rodean su aparición, y B) La personalidad del paciente. No obstante, no es aconsejable hacer el diagnóstico atendiendo a uno solo de estos criterios⁴. La DA es la expresión somática de un padecimiento mental extremadamente grave, desconocido por el paciente, que subyace profundamente²³. En la DA están trastocados los roles normales de médico, paciente y enfermedad, estableciéndose un doble desafío: por una parte, un desafío psicológico y, por otra, a las reglas en las que se basa la práctica médica.

El diagnóstico no debe ser el resultado de un proceso de eliminación, sino que debe establecerse entre otros diagnósticos posibles. El diagnóstico de DA se basa en la conjunción de argumentos dermatológicos y psicológicos positivos, y requiere la colaboración del cuadro médico y la aceptación de que la DA es la expresión de un sufrimiento mental importante, del cual el paciente es ignorante.

Aunque tiene muchos años la sistemática de Stokes y Gardner²¹ sigue estando vigente para establecer el diagnóstico de lesiones autoprovocadas. Establecen varios apartados:

a) Morfología y configuración de las lesiones

Para Obermayer¹, el diagnóstico debe determinarse por la morfología de las lesiones y por la exclusión de otras dermatosis con características establecidas. Aunque las lesiones pueden deberse a quemaduras químicas o térmicas, también pueden tener un origen traumático. Los artefactos cutáneos causados por un instrumento son frecuentemente de forma regular y geométrica, hecho poco habitual en una erupción espontánea. Asimismo, las quemaduras químicas tienen un patrón regular, aunque, a veces, se aprecian digitaciones por goteo, por extensiones lineales del líquido cáustico usado.

Otras veces, las lesiones tienen aspecto fantástico³³, apareciendo de repente, a intervalos irregulares, normalmente una o dos al “mismo tiempo, y adoptan un curso rápido. Cuando el cáustico es aplicado con agujas o pinzas, como es frecuente en áreas gangrenosas, los bordes se presentan dentados o serrados, como consecuencia de los numerosos pinchazos en el borde de avance. Cuando hay escaras, son superficiales y separadas de la piel normal por una línea eritematosa intensa. En algunas ocasiones, es posible descubrir que las uñas, dedos o algún objeto cortante están impregnadas con el agente causal.

En síntesis, las lesiones tienen a los ojos del experto una apariencia rara desde el principio, que permiten definir las como inesperadas y heterodoxas. La primera reacción es una fuerte impresión, de gran importancia para el diagnóstico. No obstante, la lesión no debe considerarse como autoprovocada sin un crítico y análisis detenido. Por inspección de los elementos se pueden detectar algunos que nos lleven al diagnóstico inconfundible de autolesión. La DA siempre es destructiva (úlceras, enucleaciones, gangrenas...)⁴.

Existen otros datos no recogidos en la bibliografía, y que se observan en nuestra serie. Nosotros pudimos comprobar que las localizaciones múltiples eran una característica femenina, mientras que la localización única se observaba predominantemente en varones. La simetría es un dato distintivo de la DA. Presentaban esta característica en nuestra serie 67 de 124 pacientes.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 54 años. Escaras tóxicas de bordes geográficos y en ángulo recto.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Queilitis encostrada. Auxiliar de clínica de 22 años.

b) Distribución de las lesiones

Aparecen en el radio de acción de las manos, y serán más numerosas en lugares accesibles a la mano derecha en los diestros, y al revés en los zurdos. Habitualmente, palmas, plantas, nariz, boca, pabellones auriculares, cuero cabelludo y genitales están respetados³³. El hecho de que asiente en zona no accesible a las manos no invalida un diagnóstico de DA, ya que se puede llegar con otros medios¹⁷. A veces, aparecen distribuidas regularmente alrededor de un centro, como puede ser el pezón o el ombligo, y no es raro que se hallen en la proximidad de una lesión previa, en un intento de prolongar el daño original.

En nuestra serie, las localizaciones fueron las siguientes: cabeza, 46 casos; tórax, 21 casos; miembros inferiores, 49 casos; miembros superiores, 21 casos; manos, 26 casos; abdomen, 12 casos; nalgas, 5 casos; y pies, 4 casos. Existe un mayor número de localizaciones que de casos, ya que muchos presentaban localizaciones múltiples.

Si como postula Fabisch¹² la localización corporal de la DA tiene un significado psicológico, que debe ser tenido en cuenta por el psicoterapeuta, es interesante destacar el gran número de mujeres en nuestra serie que tienen DA en mamas, algunas con formas clínicas muy destructivas.

c) Apariencia del paciente

Se da mucha importancia a la apariencia del paciente con DA; inquietud, temblor fino de los músculos faciales, ojos llorosos, o por el contrario, la “cara de jugador de póquer” o la expresión de “Mona Lisa”⁴⁰. Otras veces expresa la calma de una persona tensa, o bien, una mirada de connotaciones eróticas (“mirada dormitorio”). Hay que añadir una observación destacable, la actitud mental de calma y complacencia (la *belle indifférence* de los franceses) en la cara. A veces, el enfermo, una persona joven, viene acompañado de unos padres dominantes, o bien son padres solícitos que acompañan a un hijo de maliciosa precocidad. El interés del paciente en su lesión, la tendencia a exhibirla y a estar enfadado, pueden levantar sospecha de autolesión.

La expresión puede variar desde la de culpable, “furtivo” o de pocos amigos, hasta la del tipo crudo de simulador. A veces se detecta cierta reserva, incomunicación y signos de un bajo nivel de inteligencia; aunque Lyell⁴ es de la opinión de que un alto nivel de inteligencia es compatible con el diagnóstico de DA, pero no lo es una personalidad madura.

Lógicamente, ninguno de estos criterios tienen un valor absoluto, y como decía Walker⁵⁹, refiriéndose a los simuladores castrenses, “... ningún rango, educa-

ción, inteligencia, devoción al deber, ni el carácter más ejemplar excluyen la posibilidad de automutilación”. No hay que olvidar que uno de los primeros pacientes descritos por Erasmus Wilson era un clérigo, considerado como un celoso trabajador de la Iglesia de Inglaterra⁴.

d) Cronología

Las recidivas que siguen a periodos de estrés, los episodios de sonambulismo, la desaparición después de varias visitas, la aparición en determinadas fechas y el desarrollo durante la noche son sugestivas de autolesiones. También la reaparición de lesiones coincidentes con un nuevo empleo, cambio de domicilio o colegio, la muerte de un familiar o cualquier otra situación que genere estrés psíquico, estarán de acuerdo con la edad y circunstancias del paciente, interpretándose la lesión como un intento de comunicación no verbal⁶⁰.

La incapacidad o falta de interés del paciente para discutir sobre el comienzo de las lesiones impiden al dermatólogo hacerse una idea clara; lo que manifiesta el paciente es, a veces, tan inconsciente que Gandy⁵ lo describe como la historia hueca o falta de contenido (*hollow story*). Esta incertidumbre es manifestada por el paciente con acritud y hostilidad, y nuevas lesiones continuarán apareciendo siempre que las condiciones le sean favorables; es decir, la intimidad y, a veces, el suministro de materiales.

Por otro lado, está la “profecía melodramática”⁴ por la que el paciente predice el lugar y el tiempo de aparición de nuevas lesiones. Muchos de los pacientes juegan con el médico asegurándole en 12-24 horas de adelanto la zona donde aparecerán nuevas lesiones y diciéndole que estarán precedidas de calor, quemazón o alguna otra sensación anormal³³.

El comienzo de la DA puede coincidir con problemas escolares, sexuales, matrimoniales o dificultades en el trabajo, y estarán de acuerdo con la edad y circunstancias del paciente⁶⁰, interpretándose la lesión como un intento de comunicación no verbal.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 36 años. Si bien en un primer momento las lesiones del borde radial del antebrazo hubieran podido sugerir eccemas numulares múltiples por xerosis y tiempo frío, las dos lesiones del borde cubital, por su aspecto geométrico, son sugerentes de patomimia. Las del dorso de la mano, caprichosamente lineales, evidencian el diagnóstico.

e) Estudio de los motivos

En los pacientes “histéricos”, el motivo es intentar engañar, pero la causa es sólo el deseo de estar enfermo para así poder escapar de las miserias de la vida y de sus conflictos íntimos⁶¹, aunque aparentemente no hay justificación para su conducta⁶². Las posibilidades van a ser tan variadas como lo



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 50 años, con escaras tóxicas en brazo izquierdo, provocadas por la inyección de amoníaco “en un intento de saber si el amoníaco podía detener el corazón”. Posteriormente fué diagnosticada de otitis autoprovocada, y en sus antecedentes figuraban varios intentos de autolisis.

son las personalidades y situaciones de la vida misma⁵. A veces, es un simple deseo de excitar la conmiseración de la familia o amigos; otras un intento de racionalizar los sentimientos de frustración o fallos en la vida e, incluso, consecuencia de fricciones ambientales, inseguridad económica, falta de autoestima, expiación de culpas, consecución de venganza, evasión de responsabilidades etc.⁸ Las acciones de los artefactos cutáneos tienen también la finalidad de llamar la atención del entorno hacia un conflicto interno que el paciente vive sin solución, con frecuencia de forma inconsciente por parte del afectado.

Los defraudadores no engañan fácilmente a los médicos⁴ ya que el simulador puro es un impostor, y debe buscarse un motivo para confirmar el diagnóstico⁵. Habitualmente usan las lesiones para una ganancia secundaria: explicar fallos, atraer simpatías, escapar de responsabilidades o simplemente demorar un pago¹⁶.

También con fines delictivos, como fraude o exención de una obligación⁶² e, incluso, para obtener privilegios, dinero o narcóticos⁴.

AGENTES ETIOLÓGICOS:

Los medios para causar las lesiones autoprovocadas son tan variados que abarcan una gama tan amplia como puede ser la imaginación del que los realiza. Como el médico no suele discutir con el paciente cómo lo ha hecho o si lo ha hecho él mismo, no se sabe con certeza cuál es el agente etiológico⁴. Los medios pueden ser mecánicos,¹⁷ como alfileres, cuchillos, uñas, papel de lija, o bien, botellas de agua caliente, planchas calientes, o bien, diversos agentes químicos irritantes, que causan quemaduras en la piel, en la mayoría de los casos sustancias que se utilizan para la limpieza. A veces, los agentes químicos son utilizados mediante inyecciones hipodérmicas, como petróleo, vaselina, parafina, leche u orina.

El diagnóstico cierto puede hacerse al encontrar al paciente manipulando las lesiones, o bien, descubriendo en su habitación los medios con los que lo realiza, si está ingresado en un hospital. Para el paciente ambulatorio puede servir como confirmación del diagnóstico de DA la cura con vendaje oclusivo, que impida la manipulación⁴.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Habitualmente, los procesos dermatológicos que más se prestan a problemas diagnósticos con la DA son las excoriaciones neuróticas (EN), en las que, aunque

también son autoprovocadas, los pacientes no intentan engañar, sino que son víctimas de un irresistible deseo de picar, arañar o de alguna otra manera alterar la piel, las uñas o los pelos^{7,63}. Una diferencia importante entre EN y DA es que mientras los primeros sólo usan las uñas, en la DA se emplean múltiples medios.

La DA debe diferenciarse de las lesiones cutáneas causadas por los pacientes psicóticos, en las que éstos pueden excoriar su piel con las uñas, provocando úlceras que llegan a infectarse; pero el origen no admite dudas, ya que se las causan delante de otras personas.

No cabe duda de que las lesiones de la DA pueden remedar otros procesos cutáneos. Como dice McCormac⁶², está claro que no pueden producirse lesiones que semejen un psoriasis o un liquen plano, pero sí aquellas que tengan un sustrato inflamatorio evidente.

El diagnóstico diferencial puede hacerse con los siguientes procesos:

- a) Eritemas: dermatitis de contacto, fitofotodermatitis, Nevil (liquen estriatus...).
- b) Ampollas: pénfigo, penfigoide, penfigoide cicatricial, porfiria cutánea tarda, impétigo estafilocócico.
- c) Úlceras.
- d) Gangrenas: diabetes, colagenosis, enfermedad vascular.
- e) Excoriaciones: sarna, pediculosis, enfermedad renal, enfermedad hepática, pancreática, tiroidea, linfomas.
- f) Quemaduras: síndrome de la piel escaldada estafilocócica.
- g) Púrpuras y hematomas: Painful bruising syndrom.
- h) Edemas: eccema de contacto, erisipela, dermatomiositis, obstrucción mediastínica, tumores secretantes, urticaria, edema angioneurótico...

PERSONALIDAD DEL PACIENTE

Quizá lo que más preocupa al médico que estudia la DA es encontrar un motivo que justifique la conducta del paciente que se autolesiona, aunque algunos clínicos y dermatólogos han minimizado el papel de la mente en el desarrollo y perpetuación de alguna variedad de enfermedad cutánea, frivolisando con el apellido de “nervioso”, sin procurar que el paciente sea asistido psiquiátricamente¹⁷. Afortunadamente, las aportaciones de English¹⁸, Cormia¹² y Zaidens²⁰ han ayudado a comprender y tratar la patología psicósomática.

Para Abély,⁸ la DA es un mensaje somático o psicósomático enviado a sí mismo o a los demás, que supone un modo de



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 45 años. Lesiones en ambas mamas, que se iniciaron a los pocos meses de quedar viuda, con un hijo con trastorno de la personalidad. Se intensificaron las lesiones coincidiendo con problemas jurídicos por conductas antisociales de éste. Las lesiones dejaron de aparecer coincidiendo con el fallecimiento del hijo en un accidente de circulación.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 38 años. Lesión vesículo-ampollosa, en forma de cruz, que aparece en mama izquierda en Viernes Santo, después de acompañar toda la noche en procesión a la Virgen de la Macarena.

defensa, de disculpa o de sobrecompensación o agresividad inconsciente. Sería un mensaje imitado, sin lenguaje directo, sin convicción profunda, en los límites de la mala fe. Para este autor, unos pacientes serían hipocondriacos, deprimidos y ansiosos, que se agarrarían a todas las “boyas” sin estar convencidos de su salvación; otros serían paranoicos, susceptibles de reacciones reivindicativas, unas veces agresivas y otras de venganza. En los primeros, la DA es suplantación; en los segundos es desafiante y hostil. La naturaleza de la herida indicaría la estabilidad previa del paciente⁶⁴.

No hay unanimidad en el tipo de personalidad; para Eller¹⁶, Gandy⁵, Johnson⁶⁵ y Mc Cormack⁶², habría dos tipos de pacientes; unos serían histéricos y otros simples simuladores; para Allen¹⁷, Abély⁸, Pillsbury⁶⁶ y Pinkerton⁶⁷ serían histéricos, y psicóticos; Michelson⁶¹ y Susskind⁶⁸ piensan que sólo habría histéricos, y Koblenzer²², que serían psicóticos borderline. La

enfermedad artefacta aparece como una especie de válvula de inseguridad emocional en pacientes inmaduros emocionalmente, que habitualmente, presentan rasgos histéricos y masoquistas³. Las lesiones pueden producirse bajo condiciones de alteración psicogénica o estados crepusculares⁶⁹. La importancia psíquica de la DA es que, mientras el paciente conscientemente se produce las lesiones, no sabe bien las razones que justifican su conducta autodestructiva. El dolor puede exagerarse adoptando la postura de “mártir”, como lo demuestra su gran capacidad para tolerarlo con placer¹⁷. Gillespie⁷⁰ considera que la piel es un medio para los exhibicionistas, por lo que estos pacientes obtienen excesiva satisfacción de las molestias de sus lesiones.

Muchos de estos enfermos, aunque no pueden considerarse psicóticos, tienen una estructura de personalidad borderline y una incapacidad para desarrollar relaciones maduras. Aprovechan sus lesiones para mantener contactos con otros y lograr las atenciones que necesitan desesperadamente, llenando así su vacío emocional. Otra posible justificación de las lesiones autoprovocadas sería el cumplimiento de una penitencia por culpas inconscientes, o bien, la expresión desplazada de rabia infantil²².

Musaph⁷¹ considera que la DA es producida por el paciente de forma inconsciente, y por estudios psiquiátrico-psicológicos se ha revelado que en parte se debe a sentimientos sexuales agresivos, dirigidos contra figuras claves de la infancia del paciente.

Quizá quien ha aportado más sobre la DA es Zaidens⁶⁹. Esta autora cree que las dermatitis autoprovocadas representan frustración, resentimiento, reivindicación, angustia, hostilidad e impotencia. La autodestrucción es proporcional a la alteración emocional básica.

Los mecanismos autodestructivos ocurren en individuos dependientes y tímidos que no saben expresarse por sí mismos. Estos pacientes han sido concebidos y

criados en una atmósfera de barrera emocional, y su crecimiento no ha importado mucho a sus padres, sobre todo a su madre. La mayoría de los pacientes con DA son personas de mediana edad que no han conseguido sus metas o están por debajo de sus modelos de clase, tanto social como económicamente⁷². Psicológicamente utilizan la DA para obtener simpatías, atenciones, piedad o compensaciones; además, como el paciente con DA, es incapaz de admitir o afrontar sus problemas; las lesiones sirven para racionalizar sus frustraciones¹.

La mayoría de los estudios sobre DA están realizados por dermatólogos, aunque, desde el punto de vista psiquiátrico, existe un claro intento de clarificar estas patologías. Así, en el manual estadístico de enfermedades (DSM-IV)⁷³ se recogen las peculiaridades diagnósticas del trastorno facticio. Los trastornos facticios se caracterizan por el fingimiento consciente, deliberado y subrepticio de síntomas físicos o psicológicos para simular una enfermedad. El único objetivo evidente de esta conducta es asumir el rol de paciente; esta motivación contrasta con la simulación en la que resulta evidente un objetivo claramente identificable, como el dinero, la incapacitación o el librarse de responsabilidades laborales o militares. En el trastorno facticio se engloba la enfermedad facticia más conocida: el síndrome de Munchausen⁽⁷⁴⁾.

El fenómeno de la enfermedad facticia presenta muchas paradojas, siendo la más importante la de que el paciente induce una enfermedad y simultáneamente busca un remedio para ella. La etiología psicodinámica del trastorno facticio puede estar relacionada con la privación emocional temprana, una falta de cuidados, una historia de abusos o abandono en la infancia, factores que resultan típicos en la historia de estos pacientes^{31,50,75}. Otros autores han interpretado el trastorno según la línea de la personalidad límite. En su definición, los pacientes actúan como “víctima y castigador”, captando la atención de los médicos y simultáneamente devaluándoles y desafiándoles. El beneficio secundario de asumir el rol de enfermo (es decir, de obtener atención, apoyo, simpatía y alivio de las responsabilidades) puede también ser prioritario en estos pacientes. Mediante el fingimiento de una enfermedad, puede conseguirse huir de responsabilidades y satisfacer las necesidades de dependencia, aunque en la dermatitis artefacta es de un modo estafalario y autodestructivo.

Los criterios del DSM-IV para el trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos son:

A) Producción intencionada o fingimiento de síntomas físicos (pero no psicológicos).

B) Necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, puesta de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para la conducta; p. ej., ganancia económica, mejores cuidados o bienestar físico.

C) El trastorno no sólo aparece en el curso de otro trastorno del eje 1, como la esquizofrenia.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Chica de 14 años. Lesiones geométricas, simétricas, excoriadas en la cara.



Dermatitis artefacta (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 23 años, con lesiones en ambas mamas, provocadas por la aplicación de algún cáustico.

Dermatitis artefacta y suicidio

Aunque el suicidio no es frecuente en la DA, debe tenerse en cuenta que estos pacientes presentan una elevada prevalencia de trastornos de personalidad, que cursan con inestabilidad afectiva, bajo control de impulsos e intolerancia a las frustraciones, que los convierten en un grupo de riesgo. Sin embargo, en una revisión de más de 40 pacientes con D.A. se comunicó un solo caso de suicidio consumado⁷⁶. Se han comunicado otros casos aislados, algunos de ellos en relación con la confrontación directa^{77,78}. En el estudio de Haenel⁷⁹, el 23% de los pacientes referían uno o varios intentos de suicidio en la anamnesis, y 2 de ellos acabaron suicidándose. En nuestra serie, por datos recogidos en la anamnesis, se detectó un 6,2% de pacientes que referían intentos de suicidio previos a la aparición de la DA.

Las dermatitis autoprovocadas fueron definidas por Menninger⁸⁰ como “formas atenuadas de autodestrucción”, en las que “el instinto de muerte” es evitado sacrificando una parte por el todo. De la misma opinión es Waisman⁷¹, que denomina “suicidio parcial” al artefacto cutáneo. Para Abély⁸, la autodestrucción cutánea expresa el pánico y la desesperación, y a veces es un signo premonitorio de suicidio. Los casos más graves de DA pueden representar autocastigo, como la autocastración, y en muchas ocasiones es una forma de suicidio; básicamente, la autodestrucción es una reacción paranoide volcada sobre uno mismo; Zaidens⁶⁹ también presentó casos psicodinámicos de dermatosis autoinfligidas e hizo hincapié sobre el papel de la hostilidad reprimida hacia la autoridad y el autocastigo por este odio.

Dermatitis artefacta e intervenciones quirúrgicas

Abély⁸ llamó la atención sobre aquellos pacientes con DA que él denominaba “psicópatas masoquistas polioperados”, y que recurren reiteradamente al cirujano por presentar rasgos masoquistas importantes. En la literatura sobre DA, destaca claramente la asociación a intervenciones quirúrgicas previas^{63,59}. En la casuística de Haenel⁷⁹, el 83% de sus pacientes presentaban una anamnesis quirúrgica positiva, muchas de ellas eran histerectomías, y en la mayoría de los casos por posibles motivos funcionales. Hollender⁴⁷ refiere casos de amputaciones únicas o múltiples.

Dermatitis artefacta y medicamentos

Los medicamentos juegan un importante papel en la DA, ya que pueden provocarlas, o bien, ser la causa directa de su consumo exagerado. En el primer caso,

destaca el síndrome de abuso de la penatazocina², que produce ulceraciones en el lugar donde se inyecta, habitualmente muslos y abdomen. Este cuadro es más frecuente entre personal sanitario. En el segundo grupo, drogodependientes, estaría constituido por pacientes que lesionan su piel para conseguir medicamentos (morfina o similares) de su médico.

Síndrome de Munchausen

Asher, en 1951⁷⁴, describió el “síndrome de Munchausen” (SM), afección relativamente frecuente en hospitales de la que se ha escrito poco. Al igual que el famoso barón Munchausen, los enfermos siempre han viajado mucho (de hospital en hospital) y las historias que cuentan son como las del famoso barón, dramáticas y falsas (pseudología fantástica). Los pacientes que presentan el SM son admitidos en el hospital con una aparente enfermedad aguda, apoyada por una historia creíble y dramática, pero llena de falsedades. Además, han sido atendidos anteriormente en un gran número de hospitales, engañando a médicos y enfermeras, con las que han mantenido violentas discusiones. Es muy característica la presencia de múltiples cicatrices abdominales de intervenciones previas. Este último dato, junto a evasivas y truculencias en sus maneras, y el que la historia inmediata sea siempre aguda y poco convincente, confirman el diagnóstico. Otras veces, los responsables del SM son los padres de los niños, que son ingresados de forma reiterada por motivos nimios, y que Meadow denominó síndrome de Munchausen por proximidad⁸¹.

Los pacientes con SM y los que padecen DA tienen en común una alteración psíquica grave que habitualmente no pertenece a ningún tipo nosológico determinado, pues, con frecuencia, se trata de alteraciones borderline de psicosis o alteraciones neuróticas graves. Pueden ser histéricos, esquizofrénicos, masoquistas o psicópatas⁷⁴.

RELACIÓN CON EL PACIENTE

El dermatólogo no habituado a enfrentarse a enfermos psiquiátricos, como son los de DA, suele adoptar una actitud poco comprensiva y, a veces, agresiva, que va a defraudar al paciente que espera lo contrario⁸².

Estos pacientes son tan hábiles al manipular a la profesión médica que enfrentan al médico del hospital con el médico general, y a un departamento de hospital contra otro. Naish⁸³ señala que, generalmente, es otro miembro de la familia el que



Dermatitis artefacta (gentileza del Dr. L. Conde Salazar). Provocada conscientemente por ella misma, pretende que la lesión es espontánea. Artificialmente lineal, no se adapta a la forma semicircular del párpado, afectando zonas que suelen mostrar diferentes morfologías patológicas: “La naturaleza huye de las formas geométricas.”

culpa al doctor: padres en caso de un niño, maridos que insisten en que se puede hacer un diagnóstico si el médico es competente..., los pacientes peregrinan de un especialista a otro. Los problemas comienzan cuando se tiene la evidencia de las automutilaciones, ya que la conducta autodestructiva irrita a médicos y enfermeras, y es muy difícil evitar una actitud de rechazo hacia el enfermo. Además, si los problemas emocionales del paciente no están resueltos y hay que hacer cirugía como tratamiento, ésta se verá predestinada al fracaso⁶⁴.

La patomimia es siempre difícil de afirmar, pues la confesión del paciente se obtiene sólo en contadas ocasiones, y el interrogatorio orientado, que debe hacerse sin testigos, es delicado y puede ser inoportuno en casos de psicopatías²³. Siempre se buscarán las razones sociales, afectivas, morales u otras, y se comprobará la personalidad del paciente, que puede ser causa de estas automutilaciones.

SEGUIMIENTO

Existen varios estudios de seguimiento: MacCormac⁶² hizo el primer estudio de seguimiento en 1926, enviando un cuestionario a 10 pacientes, y aunque sólo 5 le respondieron, sugirió la rareza de que la enfermedad se presentara por encima de los 25 años de edad. Sneddon y Sneddon³⁴ estudiaron 43 pacientes, en la mayoría la DA fue sólo un incidente en una larga historia de alteraciones psíquicas; sin embargo, el 30% continuaba produciéndose lesiones o padecía otras alteraciones psiquiátricas a los 12 años del comienzo de los síntomas. Haenel y cols.³¹ invitaron a un nuevo examen a 59 pacientes, que habían sido tratados previamente en la Clínica Dermatológica de la Universidad de Basilea por lesiones cutáneas autoprovocadas, pero sólo acudieron 36 mujeres y 2 hombres; en 9 de sus pacientes, el artefacto cutáneo fue un simple episodio, pues los otros seguían presentándolo de forma recidivante, muchos tenían escaras, dos tercios alteraciones emocionales graves y bastantes, depresión. En un estudio de seguimiento hecho en nuestro servicio hace 15 años se avisaron a 64 pacientes de DA para una nueva revisión, acudiendo 34 pacientes (24 mujeres y 10 varones). De ellos 25 habían curado de sus lesiones cutáneas, persistiendo el cuadro dermatológico en los 9 restantes.



Dermatitis artefacta de los muslos (gentileza del Dr. Joan Vilaplana). Chica de 16 años en la que fueron solicitadas pruebas epicutáneas.

TRATAMIENTO

El componente más importante de los trastornos facticios es la pericia en la realización del diagnóstico. Si se sospecha el diagnóstico, debería planificarse cuidadosamente la confrontación y presentarse de un modo no punitivo y con una estrecha colaboración entre el psiquiatra y el

médico de atención primaria. También resulta esencial una evaluación familiar completa, particularmente si la inducción del trastorno facticio se relaciona con la motivación de escapar de situaciones abrumadoras o intratables en el hogar. En más de la mitad de las ocasiones, la confrontación inicial, a pesar del exquisito tacto desplegado, puede producir negativas coléricas e intentos de marcharse. Un periodo prolongado en el que se establezca una relación amigable con el paciente puede prevenir la terminación abrupta del tratamiento. Si la confrontación inicial no provoca negativas o huidas, posiblemente pueda instituirse un plan de psicoterapia y, si es posible, estaría indicado su ingreso hospitalario. Aunque difícil, en algunos casos ha sido posible el tratamiento psiquiátrico. El tratamiento de prueba y al mismo tiempo curativo consiste en poner al paciente ante la imposibilidad de manipular su lesión cutánea.



Dermatitis artefacta de las manos (gentileza del Dr. Joan Vilaplana). Paciente en la que fueron solicitadas pruebas epicutáneas.

La terapéutica de la enfermedad artefacta suele ser poco satisfactoria^{4,69}, ya incumba al dermatólogo, al psiquiatra o a los dos. Quizá sea debido a que los pacientes se esconden y, aunque tienen que consultar por lo obvio de su enfermedad, no desean que les curen. Como opina Sneddon⁷⁶, el tratamiento del paciente con DA es difícil pues, aunque necesitan la ayuda del psiquiatra, la rechazan y cualquier sugerencia de que su enfermedad no es orgánica conduce a una entrevista traumática, después de la cual cambian de médico. Pero, además, es muy difícil convencer al médico de familia de que su paciente lo ha engañado. No se puede hacer más que lo preconizado por Lyell⁴: indicar indirectamente al paciente que sus actividades son reconocidas y que, no obstante, se simpatiza con él.

El aislamiento y la incomunicación son los mayores problemas para la resolución de estos casos. Muchos pacientes ignoran los mecanismos emocionales que subyacen a su conducta autodestructiva y frecuentemente son resistentes a la ayuda del psiquiatra⁶⁹. Al no desear ayuda psicológica, la psicoterapia tendrá un valor limitado⁷⁶.

Como comenta Koblenzer⁶³, una actitud comprensiva y alentadora, por parte del dermatólogo, puede tener un efecto terapéutico beneficioso y, en muchas ocasiones, puede servir para hablar con el paciente sobre su situación real. De la misma autora⁸⁴ son diversas guías para la terapéutica de la DA en diversas situaciones, como niños o adolescentes, así como pacientes con neurosis histérica o con alteraciones borderline de personalidad.

Difícil es la derivación al psiquiatra de estos pacientes, ya que no entienden cómo pueden ser enviados a otros especialistas que no sean dermatólogos, ya que su "enfermedad" asienta en la piel, y es preciso recordar que el paciente no es consciente de su alteración psiquiátrica. A veces, es preciso plantear la hospitalización, sobre todo cuando existe un riesgo de suicidio, o bien, para disminuir las tensiones en los familiares, así como las de éstos y el paciente con el médico. Asimismo, la

El dermatólogo perceptivo que, además de ayudar a mejorar la calidad de vida psicológica de sus pacientes, quiera publicar su experiencia en ello, para elaborar su trabajo debe contar con la ayuda de un psiquiatra, que es el que aplicará los criterios objetivos aceptados para clasificar a los enfermos.

hospitalización puede ser beneficiosa para intentar el tratamiento con psicoterapeutas, así como la comprobación, por enfermería, de la posible manipulación de lesiones²³. A veces, y puede servir como confirmatorio de DA, ésta empeora cuando se anuncia el alta hospitalaria al paciente.

El dermatólogo debe estar preparado para un tratamiento prolongado, aceptando los empeoramientos repetidos, sin mostrar en ningún momento sentimientos hostiles por estos fracasos. Las lesiones cutáneas pueden ser curadas con vendajes oclusivos (cola de cinc, a veces escayola). La rápida curación de una úlcera que antes se había mostrado rebelde a todas las terapéuticas es un gran criterio diagnóstico³⁹, al igual que lo es el que aparezcan lesiones en lugares no vendados y que en la mayoría de los casos no se habían afectado previamente. Los vendajes oclusivos pueden ser traspasados por objetos punzantes, o bien, inyectar a través de ellos. Por eso puede añadirse una hoja de papel metálico en la que quedarían grabadas las posibles manipulaciones. La cirugía reparadora sólo debe realizarse en colaboración con el psiquiatra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Obermayer ME: True dermatoneurosis. En: Obermayer Springfield ME, C (eds.). *Psychocutaneous Medicine*. 1.ª ed. 1953; 103-165.
2. Muller SA: Psychocutaneous disorders and neurogenic skin diseases. En: Moschella SL y Hurley HJ (eds.). *Dermatology*. W.B. Saunders Company. Filadelfia. 2.ª ed. 1985; 1821-1831.
3. Lyell A: Dermatitis artefacta in relation to the syndrome of contrived disease. *Clin Exp Dermatol* 1976; 11:109-126.
4. Lyell A: Cutaneous artificial disease (a review, amplified by personal experience). *J Am Acad Dermatol* 1979; 1:391-407.
5. Gandy DT: The concept and clinical aspects of factitial dermatitis. *South Med J* 1953; 46:551-555.
6. Hawkings JK, Jones KS, Sim M y Tibbets R: Deliberate disability. *Br Med J* 1956; 1:361-367.
7. Hollender MH, Abram HS: Dermatitis factitia. *South Med J* 1973; 66:1279-1285.
8. Abély P: La pathomimie. G.M. de France 1973; 86:321-327.
9. Panconesi E: Stress and skin diseases. Psychosomatic Dermatology. *Clinics in Dermatology* vol 2, n.º 4. Lippincott JB: Filadelfia 1984.
10. Unamuno P, Gauro M, Martin Pascual A: Patomimias. Revisión casuística. *Actas Derm Sif* 1977; 78:459-466.
11. Cotterill JA, Millard LG: Psychocutaneous disorders. En: Rook-Wilkinson-Ebling Textbook of Dermatology. Sixth ed. Ed. By RH Champion, JL Burton; DA Burns and SM Breathnach. Blackwell Science. Oxford 1998.
12. Fabisch W: What is dermatitis artefacta? *Int J Dermatol* 1981; 20:427-428.
13. Cormia FE: Basic concepts in the production and management of the psychosomatic dermatoses. *Br J Dermatol* 1951; 63:83-129.
14. Honigman J: Psychogenic and neurogenic skin diseases. In: Moschella SL, Pillsbury, Hurley HS (eds.). *Dermatology*. W.B. Saunders Company. 1ª ed. Filadelfia. 1975; 1553-1564.
15. Alker DS: Psychocutaneous dermatoses. *Cutis* 1968; 4:1083-1087.
16. Eller JJ: Skin disorders and the psyche. *Cutis* 1974; 13:395-416.

17. Allen AC: Psychocutaneous disorders. En: The skin. A clinico-pathologic treatise. The C.V. Mosby Co. St Louis. 1954; 538-555.
18. English OS: Role of emotion in disorders of the skin. *Arch Dermat Syph* 1949; 60:1063-1076.
19. García Pérez A: Dermatología Clínica, 5.^a ed. Librería Cervantes. Salamanca, 1997.
20. Zaidens SH: Self-inflicted dermatoses and their psychodynamics. *J Nerv Ment Dis* 11951; 113: 395-404.
21. Stokes JM, Gardner VC: The diagnosis of self-inflicted dermatoses and their psychodynamics. *JAMA* 1929; 10:438-443.
22. Koblenzer CS: Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalysts viewpoint. *Arch Dermatol* 1983; 119:501-512.
23. Consoli SG: Dermatitis artefacta: A general review. *Eur J Dermatol* 1995; 5: 5-11
24. Vallejo Nágera A: La enfermedad simulada. Salvat 3.^a ed. Barcelona, 1951.
25. Clément Simon: Dermatoses en rapport avec des troubles mentaux. En: Darier, Sabouraud, Gougerot et Clément Simon (eds.). Nouvelle Practique Dermatologique. Masson et Cie Ed. París 1936; 820-867.
26. Pérez Herrera C: Discurso del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos. Madrid. Biblioteca Hospital San Carlos, 1598.
27. Alonso Fernández F: Estampas de estigmatizados contemporáneos en el campo de la mística. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. 1984; 101:355-373.
28. Jarnés B: Sor Patrocinio. La monja de las llagas. Espasa Calpe. Madrid, 1971.
29. Attolini E, Conri C, Moreau F y cols.: Pathomimie: une pathologie frontiere. *Rev Med Psychosom* 1986; 8:45-59.
30. Van Moffart M: Factitious affections in dermatology. *Arch Belg Dermatol* 1974; 30:221-224.
31. Haenel T, Rauchfleisch U, Schuppli R: Die Bedeutung von Hautartefakten. *Schweiz Med Wochenschr* 1982; 112:326-333.
32. Beek CH: Self-inflicted lesions. *Dermatologica* 1953; 107:115-123.
33. Ormsby OS: Factitious dermatoses. *JAMA* 1915; 65:1622-1628.
34. Sneddon I, Sneddon J: Self-inflicted injury: A follow-up study of 43 patients. *Br Med J* 11975; 3:527-530.
35. Ostlere L S, Hardy D, Denton C, Willians J, Black C, Rustin A: Boxing-glove hand: An unusual presentation of dermatitis artefacta. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28:120-122.
36. Harper JL, Copeman PWN: Dermatitis artefacta presenting as a "vasculitis". *J Roy Soc Med* 1983; 76:32-33.
37. Levitz S M, Tan OT: Factitious dermatitis masquerading as a recurrent herpes zoster. *Am J Med* 1988; 84:781-783.
38. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B, Camacho F: Dermatitis artefacta: A clinical study. *Dermatology in Europe*. Ed. E Panconesi. Blackwell Scientific Publicatons. Londres, 1991.
39. Degos R: Erosions, ulcérations, gangrènes. En: Degos R (ed.). *Dermatologie*. Flammarion Médecine Sciences, París, 1981; 731-750.
40. Sneddon IB: Simulated disease: Problems in diagnosis and management (The Parkes Weber lecture 1982). *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 1983; 17:199-205.
41. Darier J: Compendio de Dermatología. Salvat. Barcelona, 1925.
42. Brehmer-Anderson E, Goransson K: Friction blisters as a manifestation of pathomimia. *Acta Derm Venereol* (Stockh). 1975; 55:65-71.
43. Dufton P, Griffiths A: Suction blisters mimicking pemphigoid. An unusual case of dermatitis artefacta. *Clin Exp Dermatol* 1981; 6:163-166.
44. Ackerman AB, Mosher DT, Schwan HA: Factitial Weber-Christian syndrome. *JAMA* 1966; 198:731-736 .

45. Steinman R, Mendelson J, Portnoy J: Self-inoculation with milk as a cause of recurrent cellulites. *Can Med Assoc J.* 1975; 112:605-606.
46. Savage J: Localized crusting as an artefact. *Br J Dermatol* 1978; 99:573-574.
47. Crotty CF, Dicken CH: Factitious lip crusting. *Arch Dermatol* 1981; 117:338-340.
48. Calobrisi SD, Baselga E, Miller ES, Esterly NB: Factitial cheilitis in an adolescent. *Ped Dermatol* 1999; 116:12-15.
49. Bazex A, Corraze J: Les pathomimies. *Rev Prat* 1966; 16:2073-2084.
50. Van Moffaert M, Vermander F, Kint A: Dermatitis artefacta. *Int J Dermatol* 1985; 24:236-238.
51. Secretan H: Oedème dur et hiperplasie traumatique du métacarpe dorsal. *Rev Med Suisse Romande* 1911; 21:409-415
52. Angelini G, Meneghini CL, Vena GA: Secretan's syndrome: an artefact edema of the hand. *Contact Dermatitis* 1982; 8:345-346.
53. Smith RJ: Factitious lymphedema of the hand. *J Bone Joint Surg* 1975; 57:89-94.
54. Flechet ML, Priollet F, Consoli S, Vayssairat M: Housset E: L'oedème bleu de Charcot. Une observation. *Ann Med Interne* 1983; 134:35-37.
55. García RL, Hubbell CG: Factitious pseudoainhum of the nipple. *Cutis* 1979; 23:80-81.
56. Dutta T, Vasudevan K: Gangrene of the tongue following self-application of a rubber band. *Br J Surg* 1975; 62:956.
57. Knight A, Thomsons J: Elastic band artifact. *Proc R Soc Med* 1975; 69:383-384.
58. Van Kammen DP, Money J: Erotic imagery and self-castration. *Br J Sexual Med* 1979; 6:63-66.
59. Walker N: An introduction to Dermatology. W Green and Son Ltd, 7^a ed. Edimburgh? 1922.
60. Fabisch W: Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br J Dermatol* 1980; 102:29-34.
61. Michelson HE: Psychosomatic studies in dermatology. A) The motivation of self-induced eruptions. *Arch Dermatol* 1945; 51:245-250.
62. McCormac H: Self-inflicted hysterical lesions of the skin, with special reference to the after-history. *Br J Dermat and Syph* 1926; 38:371-375.
63. Koblenzer CS: Neurotic excoriations and Dermatitis artefacta. *Dermatol Clin* 1996; 14:447-455.
64. Battle RJV, Pollitt JD: Self-inflicted injuries *Br J Plast Surg* 1964; 17:400-412.
65. Johnson TW: Psychiatric aspects of dermatological diseases. *Journal of the National Medical Association* 1969; 61:130-131.
66. Pillsbury DH, Shelley WB, Kliginan AM: Psychocutaneous Medicine. En: Pillsbury DH, Shelley WB, Kliginan AM (eds.). Dermatology. W.B. Saunders Company. Filadelfia, 1955; 1215-1240.
67. Pinkerton P: Psychosomatic aspects of skin disease. En: Verbov J (ed.), Modern Topics in Paediatric Dermatology. Willian Heinemann Medical Books Limited. Londres, 1979; 201-210.
68. Susskind W: Psychosomatic Medicine: II. Psychosomatic aspects of skin diseases. *Practitioner* 1972; 208:298-306.
69. Zaidens SH: Self-induced dermatoses: Psychodynamics and treatment. *Skin* 1964; 3:1135-143.
70. Gillespie RD: Psychological aspects of skin diseases. *Br J Dermatol* 1938; 50:1-15.
71. Musaph H: Aggression and symptom formation in dermatology. *Psychosom Res* 1969; 13:257-264.
72. Waisman M: Pickers, pluckers and impostors. A panorama of cutaneous self-mutilation. *Postgrad Med J* 1965; 38:620-630.
73. DSM-IV: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 4. American Psychiatric Association. Washington, 1994.
74. Asher R: Munchausens syndrome. *Lancet* 1951; 1:339-340.
75. Van Moffaert M, Vermander F, Kint A: Dermatitis artefacta. *Int J Dermatol* 1985; 24:236-238
76. Sneddon I, Sneddon J: What happens to patients with artefacts? *Br J Dermatol* 1974; supp 91:113.

-
77. Fabisch W: Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br J Dermatol* 1978; supp 16:18.
 78. Cotterill JA: Skin and the psyche. *Proc R Coll Physicians Edinb* 1995; 25:29-33
 79. Haenel T, Rauchfleisch U, Schuppli R, Battegay R: The psychiatric significance of dermatitis artefacta. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1984; 234:34-41.
 80. Menninger KA: Psychology of a certain type of malingering. *Arch Neurol and Psych* 1935; 33:517.
 81. Meadow R: Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1973; I:343-345
 82. Sneddon IB: Simulated disease and hypochondriasis in the dermatology clinic. *Seminars in Dermatology* 1983; 2:177-181.
 83. Naish JM: Problems of deception in medical practice. *Lancet* 1979; 2:139-142.
 84. Koblenzer CS: Psychocutaneous disease. Grune and Stratton Orlando, 1987.

EXCORIACIONES NEURÓTICAS

A. Rodríguez-Pichardo

LOS PACIENTES QUE SUFREN ESTA DERMATOSIS SE SIENTEN OBLIGADOS a rascarse, pellizcarse o frotarse la piel de forma compulsiva hasta que aparecen las típicas lesiones. El paciente es consciente de su conducta autodestructiva pero se siente incapaz de renunciar a este hábito¹.

Las excoriaciones neuróticas se observan más frecuentemente en mujeres de edad media, aunque Michelson² distingue dos grupos de pacientes: uno compuesto por mujeres jóvenes que se excorían sobre lesiones preexistentes, habitualmente lesiones de acné (ver acné excoriado) y un segundo grupo compuesto por mujeres de 40-50 años. Zaidens³, además, recalca que este segundo grupo está compuesto mayoritariamente por mujeres solteras. Sin embargo, Koblenzer¹ opina que puede verse en cualquier grupo de edad y con diverso grado de afectación. El comienzo de la enfermedad se sitúa entre los 30 y 50 años, con una duración media de diez años en el grupo más afectado, en los que el proceso tiende a ser persistente. Estas pacientes se describen con rasgos rígidos y obsesivos y con gran represión de las emociones; tienen dificultad para verbalizar sus problemas y son agresivas a la vez que inseguras⁵, aunque otros autores consideran que la depresión es el síntoma principal⁶. El arañar y excoriar la piel se hace por ataques que exceden el simple hábito, y los pacientes lo describen como arañar, excavar y excoriar, usando su propia piel como instrumento, hasta producir hemorragia y dolor. Los ataques tienen una cualidad compulsiva que necesita continuar hasta la producción de dolor; la duración puede ser de varias horas y ritualizarse tanto en el tiempo como en el lugar, frecuentemente a la hora de acostarse. La aparición de estrés psicosocial precede la exacerbación de las excoriaciones en el 30-90%⁷ de los pacientes e, inmediatamente después de esta conducta, los pacientes se sienten infelices y culpables por la desfiguración que se han ocasionado.

CLÍNICA

Las lesiones pueden comenzar sobre pequeñas irregularidades de la superficie cutánea, tales como tapones de queratina, picaduras de insectos, foliculitis o acné, o bien desarrollarse sobre piel normal.

No hace “padrastrós” o “repelones” periungueales quien quiere, sino quien puede. Para ello, se necesita en la zona periungueal la paraqueratosis subyacente de la constitución psoriática. Los que se los provocan compulsivamente con las uñas de los otros dedos, o se los arrancan con los dientes (así como también los que practican onicofagia), suelen ser ansiosos, o también presentar características obsesivas.



Excoriaciones neuróticas (Dr. A. Rodríguez). Varón de 27 años. Este paciente reconoce que se las provoca él mismo, en momentos de fuerte ansiedad.

Las lesiones pueden verse en todos los estadios de desarrollo. Normalmente, las lesiones agudas son menores de 1 cm de diámetro, rodeadas de un halo eritematoso y cubiertas de costras hemorrágicas. Pueden ser profundas, extendiéndose hasta la dermis, y distribuidas simétricamente en el radio de acción de las manos. Característicamente asientan en manos, antebrazos, muslos, piernas, cara y parte inferior del tronco, pero pueden encontrarse cerca de las márgenes del cabello, cara y cuello, o aparecer especialmente en hombros y pecho. Las lesiones antiguas se presentan como cicatrices rosadas o rojas, algunas de las cuales pueden ser hipertróficas y rodeadas de un halo de hipopigmentación. Muchas lesiones crónicas pueden presentar cicatrices atróficas, que coalescen y dan la apariencia de lesiones lineales. Las lesiones aparecen en todos los estadios de desarrollo y varían en número, desde pocas hasta el centenar⁸.

EVOLUCIÓN

La duración media de los síntomas es de 5 a 8 años⁵, aunque se han comunicado mayores periodos de evolución. Si no se trata la enfermedad, se hace persistente y la gravedad va paralela a la aparición de situaciones vitales estresantes¹.

Los niños presentan mejor pronóstico, siendo de menor duración y beneficiándose de la adquisición de madurez, particularmente si la familia le apoya y es sensible a las necesidades emocionales del niño. En los adultos puede darse en buen pronóstico en casos de corta duración y en individuos que tienen una buena salud sin complicaciones psicósomáticas⁹.

Los éxitos psicoterapéuticos son anecdóticos y habitualmente están referidos en estudios no controlados; sin embargo, Fruensgaard⁵ observó la curación cutánea en 17 de 20 pacientes, cinco años después de finalizar la psicoterapia.

PSICOPATOLOGÍA

Las excoriaciones neuróticas son lesiones autoprovocadas de forma compulsiva en las



Excoriaciones neuróticas en las piernas (Dr. A. Rodríguez). Varón de 21 años. Lesiones en diferentes estadios evolutivos. Una excoriación en el centro de una placa redondeada limitada por un anillo oscuro es una imagen frecuente en lesiones provocadas por rascado violento y repetido. Se diferencia de la dermatitis artefacta o patomimia en que el enfermo no sabe que se lo fabrica él mismo. Las patomimias se diferencian de la simulación en que el simulador se fabrica lesiones para obtener un beneficio laboral, mientras que la patomimia es el resultado del actuar de un enfermo mental.

que frecuentemente subyace un estado de ansiedad o depresión¹⁰. Los pacientes con EN no son un grupo homogéneo psiquiátricamente, aunque habitualmente es la expresión cutánea de una patología obsesivo-compulsiva^{5,11,12}. En casos leves o transitorios, sobre todo en niños, puede ser una respuesta al estrés en aquellos con rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva pero, en casos graves y persistentes, la investigación psiquiátrica revela un trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos obsesivo-compulsivos se clasifican como una alteración de la ansiedad, y se caracteriza por brotes incontrolables de fuerte ansiedad, que en el caso de las EN sólo pueden ser mitigadas por el acto compulsivo de pellizcar, que puede ser realizado como un acto inconsciente por el paciente¹. Esta actividad ocurre frecuentemente por la noche o cuando el paciente no está ocupado, haciendo que disminuya, aún más, su pobre autoestima. Muchos autores han descrito como precipitante los factores psicosociales estresantes^{9,11}.

Psicobiológicamente, las afecciones obsesivo-compulsivas se asocian con una disminución de actividad de los mediadores de la serotonina¹³, un hallazgo que se confirma por los estudios tomográficos de emisión de positrones en la actividad metabólica del cerebro¹. Psicodinámicamente, los pacientes describen infancias difíciles, con padres punitivos y que les rechazan⁵; los pacientes con EN son rígidos, perfeccionistas e indecisos por miedo a equivocarse; pierden la autoconfianza, siendo muy sensibles a la crítica, y se muestran socialmente reservados; asimismo, sufren de sentimientos de castigo y culpabilidad. Quizá la característica más importante⁵ es que tienen una profunda dificultad en manejar la angustia y la agresión, que a veces es explosiva y en otras ocasiones se desplaza; la dificultad en manejar la agresividad se les convierte en un hecho inaceptable y muchas de las agresiones están inconscientemente dirigidas hacia sus padres, o bien a los sustitutos de éstos en situaciones normales de la vida. Estas agresiones, al ser inaceptables para el paciente, pueden quedar de forma inconsciente y no son expresadas directamente. En definitiva, las lesiones sirven para expresar estos sentimientos agresivos y, a su vez, el castigo por la manifestación de esta agresividad.

Por otra parte, Kalivas¹⁴ detectó, entre sus pacientes con EN, más pacientes con depresión menor y mayor que trastornos obsesivo-compulsivos. Aunque no de forma generalizada, existen dos grupos de pacientes con EN y que padecen depresión: un grupo sería el de pacientes varones con acné⁵ y el otro el compuesto por mujeres en la edad media de la vida. Mediante una historia cuidadosa se puede constatar que son pacientes faltos de entusiasmo, fatigados, irritables, sin relaciones sociales y fácilmente llorosos. En casos graves puede haber alteración del sueño o el apetito, así como la aparición de síntomas somáticos no específicos.



Excoriaciones neuróticas sobre lesiones mínimas de acné (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 21 años.



Excoriaciones neuróticas del cuero cabelludo. Varón de 28 años. Chófer de autoescuela, que hasta hace 3 meses ha sido un empleado y que ahora se ha establecido por su cuenta. Admite que siente prurito en el cuero cabelludo, pero no sabía que se provoque él las lesiones.



Prurigo-excoriaciones neuróticas. Mujer de 57 años. Afecto todo el tronco, respetando la parte de la espalda donde no se alcanza con las uñas, brazos y muslos. “Le brotan sin cesar”. Viuda, con un hijo disminuido mental. Otra hija, casada, que se desentiende del hermano. No acepta que ella se provoque las lesiones. “Se las rasca, porque le causan picor”.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La morfología, la distribución de las lesiones y la historia clínica son elementos clave para el diagnóstico diferencial¹¹. Es importante diferenciar las excoriaciones producidas por prurito generalizado o enfermedades ampollosas, tales como pénfigo, y las lesiones excoriadas lineales, como pueden ser liquen plano o lupus eritematoso. A veces, es más difícil de diferenciar de algunos cuadros como papulosis linfomatoide o parapsoriasis liquenoide y varioliforme, sin olvidar una frecuente infestación como es la sarna¹¹. El mismo tipo de lesiones puede observarse entre pacientes con retraso mental, demencia o psicosis; sin embargo, existen otros rasgos diagnósticos que permiten diferenciarlo. Asimismo, en la delusio de parasitosis es fácilmente diferenciable al no existir rasgos alucinatorios. La dermatitis artefacta puede diferenciarse de las EN, porque, en esta última, el paciente niega su acción en la formación de las lesiones, por la historia clínica y por los rasgos de personalidad¹.

TRATAMIENTO

El tratamiento dermatológico de las EN es sintomático, y cuando el prurito es grave, pueden ser útiles los antipruríticos tópicos, tales como la doxepina al 5% en crema o lociones de mentol o fenol en una base emoliente. Las compresas frías facilitan la separación de las costras y, si es seguido por el uso de cremas emolientes, se reduce la xerosis y contribuyen al alivio del prurito. La administración por vía oral de antihistamínicos, como la hidroxicina, produce efectos sedativos y antipruriginosos; también es útil el uso de cremas que contengan antibióticos y corticoides. Koblenzer¹ refiere mejoría en niños con EN, sólo con terapia tópica y soporte emocional. En adultos que estén motivados para curarse, el uso de medicamentos tópicos conjuntamente con psicoterapia puede ser suficiente; si los pacientes adultos no mejoran con estas medidas terapéuticas, se puede añadir un medicamento de inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI).

La naturaleza compulsiva de esta enfermedad responde bien a antidepresivos del tipo SSRI, tales como fluoxetina¹⁵, clomipramina¹⁶ y doxepina¹⁷, que se han mostrado eficaces. Asimismo, la sertralina¹⁴ se ha usado en el tratamiento de las EN, consiguiéndose mejorías superiores al 50% de las lesiones cutáneas en el 68% de 28 pacientes evaluables. Recientemente se ha comunicado¹⁰ el éxito terapéutico de la paroxetina en un caso de EN. La paroxetina tiene un bajo nivel de acción antihista-

mínica, por lo que el efecto beneficioso debe ser achacado a su acción sobre el sistema serotoninérgico. Los SSRI, o grupo de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se han mostrado eficaces en el tratamiento de enfermedades depresivas, crisis de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de ansiedad. El aspecto compulsivo de la conducta de autoexcoriación puede ser controlado por los SSRI, que se han mostrado eficaces en disminuir el prurito por disminución del ciclo rascado-prurito-rascado; son más manejables que los antidepresivos tricíclicos, ya que tienen menos efectos adversos, y algún efecto antihistamínico y anticolinérgico, lo que los hacen fácilmente manejables por el dermatólogo. Aunque muchos dermatólogos son de la opinión de que el tratamiento con SSRI debe ser prescrito por un psiquiatra¹⁴, no hay que olvidar el hecho de que muchos pacientes con EN, por diversas razones, son reacios a consultar con un psiquiatra. A veces es preciso el uso de ansiolíticos, cuando la ansiedad es el componente predominante en pacientes con EN.

La psicoterapia de soporte puede producir mejoría significativa, mientras que la terapia analítica puede exacerbar los síntomas⁸. La terapia cognitivo-conductual ha mejorado a algunos pacientes¹⁸. Sin embargo, el manejo de las dificultades de la personalidad subyacente pueden requerir la destreza de un psicoterapeuta. Con lo anterior habitualmente se resuelven la mayoría de los casos. Los de más fácil resolución son los casos de EN en mujeres de edad media, con patrones de excoriación bien establecidos.



Excoriaciones neuróticas de la cara. Mujer de 37 años. De familia acomodada, viuda reciente, ha descubierto considerables deudas de su marido.

BIBLIOGRAFIA

1. Koblenzer CS: Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Dermatol Clin* 1996; 14:447-455.
2. Michelson ME: Psychosomatic studies in dermatology. *Arch Dermatol Syphil* 1945; 51:245-250.
3. Zaidens SH: Self-inflicted dermatoses and their psychodynamics. *J Nerv Ment Dis* 1951; 13:388-395.
4. Nielsen H, Fruensgaard K, Hjørshøj A: Controlled neuropsychological investigations of patient with neurotic excoriations. *Psychother Psychosom* 1980; 34: 56-61.
5. Fruensgaard K: Neurotic excoriations. *Int J Dermatol* 1987; 17:761-767.
6. Musaph H: Psychodermatology. En: Hill O (ed.). *Modern trends in psychosomatic medicine*. Butterworths. Londres, 1974. 216-219.
7. Gupta M, Gupta A, Haberman H: Neurotic excoriations: a review and some new perspective. *Compr Psychiatry* 1986; 27:381-386.
8. Cotterill JA, Millard LG: Psychocutaneous disorders. En: Rook, Wilkinson, Ebling *Textbook of Dermatology* (eds.) by RM Champion, JL Burton DA Burns SM Breathnach. Blackwell Science. Oxford, 1998; 2785-2813.
9. Fruensgaard K: Neurotic excoriation: A controlled psychiatric excoriation. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 69 (suppl I):1-52.

10. Biondi M, Arcangeli T, Petrucci RM: Paroxetine in a case of psychogenic pruritus and neurotic excoriations. *Psychother Psychosom* 2000; 69:165-166.
11. Koblenzer CS: Psychocutaneous diseases. F L Grune & Straton. Orlando, 1987.
12. Stein DJ, Hollender E: Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:237-242.
13. Murphy DL, Pato MT, Pigott TA: Obsessive-compulsive disorder. Treatment with serotonin selective uptake inhibitors, azapiroben and other agents. *J Clin Psychopharm* 1990; 19 (supp I):915-989.
14. Kalivas J, Kalivas L: Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Arch Dermatol* 1996; 132:589-590.
15. Primeau F, Fontaine R: Obsessive disorder with self mutilation: a subgroup responsive to pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 1987; 32:699-702.
16. DeVaugh-Geiss J, Landau F, Katz R: Preliminary results from a multicenter trial of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Pharmacol Bull* 1989; 25:36-40.
17. Harris BA, Shoretz EF, Flowers FP: Improvement of chronic neurotic excoriations with oral doxepin therapy. *Int J Dermatol* 1987; 26:541-543.
18. Welkowitz LA, Held JL, Held AL: Management of neurotic scratching with behavioural therapy. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21:802-804.

J. A. Cotterill

INTRODUCCIÓN

La no-enfermedad dermatológica, la dismorfofobia y el trastorno dismórfico corporal son todos términos empleados para describir a pacientes sin patología dermatológica orgánica en absoluto o con pequeñas lesiones en áreas significativas de la imagen corporal que causan una ansiedad y un distrés cosmético desproporcionados.² En resumen, los pacientes se perciben a sí mismos como feos, cuando en realidad no lo son.

Desde el punto de vista psiquiátrico, los pacientes con no-enfermedad dermatológica invariablemente tienen un trastorno narcisista de la personalidad, mientras que la enfermedad psiquiátrica presente con más frecuencia es la depresión, que con frecuencia es profunda y, en algunos pacientes, lo suficientemente intensa como para conducir al suicidio.⁵

DISMORFOFOBIA

Se puede definir la dismorfofobia como la preocupación por algún defecto corporal menor que el paciente piensa que es muy sobresaliente a la vista de los demás mientras que, objetivamente, el paciente no tiene causa alguna para esta queja.

TRASTORNO CORPORAL DISMÓRFICO

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.^a ed., se define el trastorno corporal dismórfico como la preocupación por un defecto imaginado en el aspecto, como pérdida de pelo, nariz grande o genitales pequeños. La preocupación del individuo afectado sobre el síntoma es notablemente excesiva, y esta excesiva preocupación produce un distrés emocional significativo y un deterioro de la función en áreas importantes, como el colegio o el propio hogar.

La convicción de fealdad puede oscilar desde una idea sobrevalorada, en el extremo neurótico del espectro, hasta una convicción inquebrantable (delirio), en el extremo psicótico del espectro.

Algunos pacientes con molestias especiales, como orodinia o dismorfofobia, que consultan al dermatólogo, no pueden ser curados si no se atiende a su sustrato psico-psiquiátrico. C. Bridgett afirma que muchos de ellos mejoran con sólo un ansiolítico.



Dismorfofobia. Relieve de los bulbos pilosos en la piel del cuerpo del pene. Varón de 23 años. Quejoso del trato recibido por dos dermatólogos consultados previamente. Interrogatorio psicológico sistematizado: no se halla ansiedad ni trastorno depresivo, pero sí una tendencia a conductas obsesivas.

INCIDENCIA DE LA NO-ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA

Un estudio reciente de Phillips y colaboradores ha mostrado una incidencia de la enfermedad corporal dismórfica del 12% en una clínica dermatológica general⁶. Se encontró una incidencia similar en una clínica dermatológica cosmética universitaria. Sin embargo, más de un tercio de los pacientes de esa clínica en concreto declinaron rellenar los cuestionarios, de manera que es posible que la verdadera incidencia de este trastorno se acercase al 40%, por ejemplo, en clínicas cosméticas y de láser. Ésta sería mi experiencia personal con respecto a la incidencia en una clínica de dermatología con láser.

PATOGÉNESIS

No hay datos sobre la patogénesis de esta enfermedad frecuente.

Hay algunas indicaciones en la literatura acerca de que los pacientes con no-enfermedad dermatológica pueden haber tenido dificultades con las relaciones desde sus primeros días y con problemas de vinculación con sus padres y, en concreto, con su madre. Una de las facetas más dolorosas de la vida para un paciente con no-enfermedad dermatológica es la reunión con otros seres humanos y es posible que los numerosos síntomas de los que se quejan estos pacientes sean utilizados por ellos para evitar situaciones que les producen estrés, como reunirse con otras personas. El autor ha tenido noticias de casos anecdóticos de pacientes con esta enfermedad que se pueden comunicar libremente con otros enfermos en Internet, donde se puede evitar completamente el contacto cara a cara.

Los pacientes con no-enfermedad dermatológica suelen estar socialmente aislados, solteros o divorciados, y con frecuencia son incapaces de ir al colegio o al trabajo por su preocupación obsesiva con su aspecto y su comportamiento de comprobación constante ante el espejo. Para algunos pacientes puede terminar el día antes de que consideren su piel lo suficientemente adecuada como para salir de su casa.

Un acompañamiento clínico invariable es un trastorno de la personalidad de tipo narcisista caracterizado por una preocupación excesiva sobre la piel, comprobación constante ante el espejo, baja autoestima y confianza e “ir de médico en médico”.

Con frecuencia también está presente una depresión profunda. Se sabe que la imagen corporal puede verse modificada adversamente por la depresión. Sin

embargo, es probable que la depresión sea secundaria al trastorno de la personalidad básico narcisista subyacente.

IMAGEN CORPORAL

Básicamente, los pacientes con no-enfermedad dermatológica tienen un trastorno fundamental en su percepción de sí mismos, y en su imagen corporal en particular. En gran medida, la imagen corporal es cutánea, y es importante en el desarrollo de autoestima y confianza. Las áreas más importantes de la imagen corporal son la cara, incluidos los ojos, la nariz y la boca, el cuero cabelludo, incluido el pelo, las mamas en la mujer y el área genital en ambos sexos.

Es interesante que los pacientes que presentan no-enfermedad dermatológica habitualmente tienen una sintomatología florida referible a estas áreas importantes de la imagen corporal.



Dismorfofobia. Relieves fisiológicos del paladar. Varón de 21 años. Comportamiento que en la consulta llama la atención, no consigue mirar a la cara, se sienta compungido en un lado del sillón. Interrogatorio psicológico: duerme muy bien y muchas horas. Se siente un desgraciado, no tiene suerte ni en el trabajo ni con las mujeres. “Le gustan tres de ellas a la vez, pero cree que están casadas”. La única mujer que le comprende es su madre.

Historia ilustrada de un caso

Una mujer, profesora y madre, de 34 años, acudió a la consulta del autor de forma privada, siendo referida por su médico de asistencia primaria por una quemazón y un enrojecimiento constantes en su cara. El médico de referencia mencionó en su carta que no había sido capaz de detectar ninguna anomalía obvia de la piel facial y que la propia paciente decía “es como cuando vas al dentista, ese día estás bien”. El médico de atención primaria observó que la paciente le había visitado en varias ocasiones durante las dos semanas previas debido a esta queja, pero que normalmente había sido una “buena paciente”, con lo cual el autor cree que quería decir que le había consultado en pocas ocasiones.

En la exploración no había absolutamente ninguna anomalía dermatológica significativa. La paciente estaba bien vestida, limpia y aseada, y se ponía a la defensiva cuando el autor trataba de sondear sus antecedentes. Sin embargo, dijo que había estado durmiendo mal porque recientemente había muerto uno de los parientes de su padre.

La paciente sostenía firmemente que era alérgica a algo y, como joven e inexperto dermatólogo en aquel momento, el autor gestionó la realización de pruebas de parches. Se colocaron las pruebas de parches en la espalda de la paciente, pero la paciente no acudió al seguimiento, porque se suicidó lanzándose delante de un tren justo antes de que se fuesen a interpretar los parches.

Posteriormente se supo que esta mujer estaba enfadada con su marido, que estaba teniendo una relación extraconyugal. El autor creía que había fallado a la

Las ideas exageradas de fealdad propia no suelen responder ni a los antidepresivos ni a los antipsicóticos. Son enfermos con procesos graves, que corresponden al psiquiatra.

paciente, porque sus síntomas eran lo mejor que pudo hacer la paciente en aquel momento para indicar su intensa ira y desesperación sobre la situación marital en que se encontraba.

SÍNTOMAS DERMATOLÓGICOS

Los síntomas se producen en tres principales áreas corporales: la cara, incluida la boca, el cuero cabelludo y el periné.¹

Sintomatología facial

El síntoma facial más frecuente es una queja de quemazón que es persistente durante el día y la noche y puede interferir con el sueño. Este síntoma se puede acompañar de enrojecimiento facial excesivo.

Otros rasgos de presentación frecuentes son una preocupación por tener excesivo pelo facial, cicatrización, poros o arrugas excesivamente grandes. El paciente afecto, que habitualmente es una mujer, pasa la mayor parte del día en un ritual inspeccionando su piel enfrente de un espejo de aumento. Con frecuencia se observa foliculitis perioral por depilación cutánea excesiva en estos pacientes. La extracción de granos, que genera un cuadro clínico de acné excoriado, es relativamente frecuente.

También se pueden ver pacientes con lesiones diminutas que producen un distés desproporcionado. En estos casos se consulta a doctores sobre venas retorcidas más o menos invisibles en las mejillas y la nariz, y puede haber una preocupación excesiva sobre el tamaño o la forma de la nariz. De hecho, muchos pacientes con trastorno dismórfico corporal se han sometido a cirugía estética previa y no es raro que se haya practicado más de una rinoplastia.

Las mujeres con síntomas faciales con frecuencia están muy deprimidas y es frecuente la ideación suicida. En una minoría de pacientes se intenta el suicidio, a veces, con éxito.⁵

Sintomatología del cuero cabelludo

Los pacientes con no-enfermedad dermatológica presentan dos síntomas principales referidos al cuero cabelludo, a saber, una quemazón intensa, no remitente, que persiste día y noche. Esto se puede asociar a una queja de que el pelo sale rápidamente o los pacientes se quejan de una pérdida excesiva del pelo. Dichos pacientes con frecuencia traen paquetes de pelo rescatados del agujero del lavabo para subrayar sus ansiedades. Algunos pacientes traen libros de notas que contienen

recuentos diarios del pelo, que a veces se extienden varios años atrás, subrayando la personalidad obsesiva. La exploración no revela anomalías significativas.

La mayoría de los pacientes con sintomatología del cuero cabelludo son mujeres. Se ven algunos varones con un grado muy pequeño de alopecia de patrón masculino.

Síntomas perineales

En la experiencia del autor se ven más varones que mujeres con sintomatología referida al área genital. Con frecuencia, dichos síntomas se desarrollan después de una exposición imaginada o real a infección en el área, con la consiguiente preocupación sobre una enfermedad venérea. En varones, puede existir una queja de molestias generalizadas en el área genital, que con frecuencia se extienden a la parte anterior, medial y lateral de los muslos, haciendo difícil para los pacientes llevar ropa o, incluso, sentarse, y los pacientes pueden quejarse de estar incómodos en la cama por la noche.

Algunos varones obsesivos se quejan de tener el escroto irritado, rojo e inflamado, lo que encuentran tan molesto que se sienten incapaces de caminar, trabajar o llevar ropa. Las relaciones sexuales se hacen imposibles. Algunos pacientes acuden pidiendo la castración, mientras que a otros les ha sido seccionado el nervio cutáneo lateral del muslo por algún optimista y mecanicista cirujano. Los urólogos están acostumbrados a ver pacientes que se quejan de “secreción uretral”, “herpes simple” o, incluso, “sida”, cuando no hay ninguna enfermedad orgánica presente.

El equivalente femenino es el síndrome de la quemazón vulvar, o vulvodinia.⁷

OTROS RASGOS CLÍNICOS

Ocasionalmente, un paciente con síntomas faciales puede acudir posteriormente con síntomas referidos al cuero cabelludo o al periné. Puede producirse *folie à deux*, pero es un rasgo menos marcado que en las familias con ilusión de parasitosis.

Otra pista más para el diagnóstico puede ser la carta inicial de referencia del médico de atención primaria, que suele ser mucho más larga de lo normal, mencionando que el paciente se ha sometido a muchas investigaciones, con resultados negativos y, probablemente, ha visto a varios doctores y dermatólogos.

Es interesante que después de ver a un paciente con no-enfermedad dermatológica, el dermatólogo o el cirujano plástico también escribe de vuelta una carta inusualmente larga, que contrasta enormemente con las cartas escritas sobre pacientes con patología orgánica, como tumores de piel.

La “imagen corporal” es un concepto completamente subjetivo. Se ha definido (Critchley, 1980) como “las características físicas de una persona tal como ella las mantiene en su imaginación”. Un paciente puede sentir la necesidad de mejorar su aspecto eliminando una queratosis seborreica de su cara. Un beneficio real o aparente del aspecto físico de un hombre maduro, y también viejo, suele reportar una mejoría del bienestar psicológico, y este último, aunque pueda ser transitorio, sí es importante. Expresiones nuestras de valor parecido a ése proporcionan complicidad y bienestar al enfermo que casi se excusa por su solicitud de coagulación de una queratosis seborreica.

Con frecuencia, a los pacientes con no-enfermedad dermatológica se les ha sometido a muchos otros procedimientos estéticos, incluidos cirugía dental estética, rinoplastia, blefaroplastia, aumento de los senos e inyecciones de colágeno y botox. Los pacientes con no-enfermedad dermatológica van “de médico en médico” y habitualmente tienen historias voluminosas, especialmente en el área de atención primaria. Los recepcionistas tienen dificultad para concretar citas con estos pacientes, que están al teléfono indefinidamente, y no es raro que un paciente no acuda o cancele una cita en el último minuto.

La consulta con el paciente con no-enfermedad dermatológica siempre lleva mucho más tiempo que una consulta con un paciente con enfermedad cutánea orgánica. Esto es un reflejo de la personalidad mediatubunda del paciente, que vuelve al mismo tema una y otra vez.

Después de una consulta larga, el paciente puede pedir ver al doctor otra vez, o llamar al doctor, haciendo las mismas preguntas que antes.

Siempre hay un salto en la comunicación entre el dermatólogo y el paciente que es imposible evitar. El dermatólogo ve los problemas del paciente en términos psiquiátricos, mientras que el paciente ve sus problemas en términos puramente dermatológicos. La sugerencia de que el paciente consulte a un psiquiatra sin demora se encontrará con ira y el paciente habitualmente abandonará la consulta.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LA NO-ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA

El diagnóstico de no-enfermedad dermatológica, dismorfofobia o trastorno corporal dismórfico es sólo el punto de partida para llegar a un diagnóstico psiquiátrico final. Los pacientes con no-enfermedad dermatológica pueden tener muchos problemas psicológicos o psiquiátricos diferentes, que van desde problemas maritales a trastorno de la personalidad limítrofe, trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, esquizofrenia e, incluso, demencia. Sin embargo, el problema psiquiátrico presente con más frecuencia es la depresión.¹

A los pacientes auténticamente delirantes se les ha dado la etiqueta diagnóstica de psicosis hipocondriaca monosintomática primaria por parte de Munro⁸, que observó que una proporción significativa de pacientes con este trastorno respondieron favorablemente a pimozide.

Es frecuente un trastorno de personalidad narcisista, y los pacientes con dismorfofobia se pueden incluir en el espectro de enfermedades obsesivo-compulsivas.



Dermatitis artefacta de las mamas. Mujer de 34 años, levemente disminuida, que vive con su madre viuda. Coincidió con celos por el regreso a casa de una hermana parturienta, para obtener ayuda de su madre.

Los pacientes con dismorfofobia tienen una baja percepción de su imagen corporal, y se ha demostrado que están menos satisfechos con su imagen corporal, autoconcepto y relaciones que un grupo control de pacientes⁹. Se ha demostrado que los pacientes piensan que si tuvieran diferente aspecto, su sensación de inadecuación personal y social se superaría. Si se pregunta directamente sobre la depresión a los pacientes, con frecuencia la negarán, pero puntúan muy alto en los cuestionarios sobre depresión.⁹

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DISMORFOFOBIA

El tratamiento de los pacientes con no-enfermedad dermatológica es una de las tareas más difíciles para un dermatólogo. Estos pacientes son muy exigentes, consumen mucho tiempo y hay un riesgo claro de suicidio, especialmente en mujeres con síntomas faciales. Además, hay dermatólogos y algunos psiquiatras con poca experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes, y estos profesionales pueden tener un trato muy duro con algunos pacientes.

Es muy probable que el paciente con dismorfofobia consulte a un dermatólogo o un cirujano plástico en una clínica cosmética o de láser en lugar de a un psiquiatra y, a menos que se haya dado una formación especial a los médicos que trabajan en este contexto clínico, el diagnóstico se puede pasar por alto y se puede administrar un tratamiento inadecuado. A este respecto, se sabe que menos del 10% de los pacientes con no-enfermedad dermatológica estarán satisfechos con las intervenciones dermatológicas o por parte de cirujanos plásticos¹⁰.

Una clínica de coordinación dentro de un departamento de dermatología es una manera muy útil de intentar establecer un puente de comunicación entre los pacientes y los médicos en el manejo de esta enfermedad. Sin embargo, es importante una fuerte aportación psiquiátrica en la clínica de coordinación por parte de un psiquiatra experimentado.

Los pacientes con depresión grave pueden aceptar el ingreso en una planta dermatológica en primera instancia y luego una opinión psiquiátrica posteriormente.

Algunos pacientes con dismorfofobia están enfadados. Pueden dirigir su ira al médico o, con más frecuencia, hacia sí mismos. Si la ira se dirige al médico, puede haber amenazas de matar al médico. Yo he sido acechado durante ocho meses por un paciente dismorfofóbico. En mi experiencia, la litigación es más frecuente en este grupo de pacientes, puesto que menos del 10% están satisfechos con el tratamiento dermatológico o de cirugía plástica que reciben. Un suicidio conseguido puede ser el resultado si el paciente dirige su ira hacia sí mismo.⁵

El paciente clásico con no-enfermedad dermatológica es mal comunicador y cualquier dermatólogo involucrado puede esperar pasar horas en la consulta con el paciente antes de que se haga mucho progreso.

Se posee un cuerpo (y una piel) real. En algunos pacientes, lo que se tiene, en cuerpo y piel, es diferente de lo que uno imagina tener. Un conflicto entre los dos, realidad e imaginación o deseo, puede ser la causa de preguntas solapadas, pero que realmente son raras y sorprendentes para el dermatólogo. Éste, en ocasiones, debe reconciliar al paciente con su piel (y con su imagen corporal). Con los debidos eufemismos, el dermatólogo debe aconsejar a algunos pacientes que dejen de ocuparse en buscar lo que no tienen, y que intenten aprender a contentarse con aquello que sí tienen (Sylvie Consoli).

Tratamiento farmacológico de la no-enfermedad dermatológica¹¹

La disponibilidad de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) ha hecho menos arduo el tratamiento de esta difícil enfermedad, aunque el cumplimiento del tratamiento sigue siendo un gran problema. Ahora hay datos en la literatura que muestran que los ISRS son más eficaces en los pacientes con trastorno corporal dismórfico que los antidepresivos convencionales. Con ISRS sólo el 20% de los pacientes tratados se quedan sin síntomas, pero la mayoría comunica disminución del estrés y del tiempo preocupado por sus síntomas. También puede ser posible la vuelta al colegio o al trabajo, mientras que el comportamiento ritual, como la comprobación en el espejo y la manipulación de la piel, se hacen menos marcados. Desgraciadamente, sólo una pequeña minoría de los pacientes que responden experimentan alguna mejoría en sus percepciones.

La dosis eficaz de los fármacos ISRS siempre es mayor que la dosis empleada convencionalmente para tratar la depresión. La dosis promedio necesaria para fluoxetina es de 50 mg al día y para fluvoxamina, de 260 mg al día. La respuesta al tratamiento lleva, en promedio, unos dos meses, pero, a veces, hasta tres o cuatro meses. Desgraciadamente, no todos los pacientes responden al tratamiento con ISRS y entonces hay que considerar otras opciones de tratamiento.

La cirugía plástica normalmente no ayuda, pero en una pequeña minoría de casos seleccionados puede suceder que, tras la cirugía plástica, las inquietudes corporales del paciente se conviertan en una preocupación por otra área diferente.

Tratamiento de comportamiento cognitivo

Se han comunicado tratamientos efectivos mediante terapia de exposición, audiovisual, autoconfrontación y desensibilización sistémica. Es útil animar a los pacientes a evitar el comportamiento ritual, como comprobación ante el espejo y abandonar el camuflaje cosmético. Al mismo tiempo, el paciente se expone a las situaciones sociales que más teme. También se puede intentar un planteamiento cognitivo que conlleva construcción de autoestima, modificación del pensamiento distorsionado y estrategias para aprender a sobrellevar las situaciones.

Es probable que el tratamiento de comportamiento cognitivo sea más eficaz en pacientes que están tomando ISRS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cotterill JA: Dermatological non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *Br J Derm* 1981; 104: 611-618.

2. Cotterill JA: Clinical features of patients with dermatological non-disease. *Seminars in Dermatology II*, 1983; 203-205.
3. Cotterill JA: Dermatological non-disease. *Dermatological Clinics* 1996; 14:439-445.
4. Cotterill JA: Bodydysmorphic disorder. *Dermatological Clinics* 1996; 14:453-463.
5. Cotterill JA, Cunliffe WJ: Suicide in dermatological patients. *Br J Derm* 1997; 137:246-250.
6. Phillips KA, Dufresne JRG, Wilkel C y cols.: Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Ac Dermatol* 2000; 42: 436441.
7. McKay M: Vulvodynia. A multifactorial clinical problem. *Arch Derm* 1989; 125, 256-262.
8. Munro A: Delusional parasitosis: From a monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Seminars in Dermatology* 1983; 11:197-202.
9. Hardy GE, Cotterill JA: A study of depression and obsessionality in dysmorphophobic and psoriatic patients. *Br J Derm Psych* 1982; 140:19-20.
10. Veale D, Boocock A, Gournay K y cols.: Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psych* 1986; 169-201.
11. Phillips KA: Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs* 1995; 3, 30-40.

15 LAS DINIAS

J. A. Cotterill

INTRODUCCIÓN¹⁻⁵

Los dermatólogos son consultados con frecuencia por pacientes con problemas orales y genitales. Un número significativo de pacientes consultan por dolor en y alrededor de la boca y en el área genital. Se han usado muchos términos para esta sintomatología.

Con respecto a la boca, se han usado orodinia, glosodinia, estomatodinia y el síndrome de la boca quemante para describir sensaciones prolongadas y dolorosas de dolor y/o quemazón en/y alrededor de la boca. El autor utilizará el término orodinia, puesto que muchos pacientes experimentan dolor, no sólo en la lengua, sino también en otras áreas de la boca.

ORODINIA^{1,2,3,4}

Rasgos clínicos

Hasta el 90% de estos pacientes son mujeres. El trastorno es extremadamente raro en jóvenes y se ve fundamentalmente en mujeres entre 50 y 70 años.

Pueden afectarse muchas áreas diferentes de la boca, pero la lengua es la que se afecta con más frecuencia, especialmente la punta. Se pueden experimentar también dolor y quemazón en la mucosa bucal, las encías y los labios. La sensación de dolor, molestias o quemazón comienza característicamente después de levantarse por la mañana y puede exacerbarse con comidas ácidas, como vinagre o zumo de limón. Sin embargo, es inusual que el dolor interfiera con el sueño. En la mayoría de los pacientes no hay factores precipitantes obvios, aunque a veces se culpa a un dentista. Habitualmente no hay anormalidades en la exploración, pero la parte anterior de la lengua puede aparecer bastante lisa, porque el paciente lame constantemente los dientes delanteros u otras áreas, como los labios.

Característicamente, los pacientes han consultado a varios dentistas, cirujanos orales y dermatólogos contándoles sus problemas, que con frecuencia se extienden varios años atrás.

Siempre que un paciente (sobre todo, si es mujer y menopáusica) abra la boca para quejarse de alguna molestia que el médico no puede objetivar, el diagnóstico de sospecha de entrada debe ser trastorno depresivo enmascarado.



Glosodinia. Lengua de caviar. Suele denominarse así las formaciones varicosas que se observan en un número reducido de casos de orodinia. Mujer de 60 años. Cuida, sola, de su marido inválido. Tres hijos, casados, sólo uno de ellos vive en la misma ciudad, lo ve una vez por semana. Interrogatorio: ansiedad con trastorno depresivo. Puesto que realmente dificultades económicas no las hay, que se busque un cuidador profesional a domicilio de enfermos para que pueda salir obligatoriamente dos tardes por semana. Los antidepressivos suelen proporcionar ayuda en las glosodinas.

Patogénesis

La patogénesis de esta enfermedad es desconocida, pero la literatura está llena de muchas posibles asociaciones, como la diabetes, la deficiencia de hierro, de ácido fólico y de vitamina B₁₂, la alergia local a placas dentales y la candidiasis.

Los médicos cuidadosos han hecho una diferenciación entre el síndrome de glosodinia y la glosodinia enfermedad. El término síndrome de glosodinia se reserva para pacientes en los que la glosodinia es un síntoma que acompaña a otra enfermedad bien definida, mientras que el término glosodinia enfermedad se usa para describir a los pacientes cuando no hay otros signos de enfermedad orgánica. Los que usan esta clasificación creen que deben pasar al menos tres años antes de que se pueda establecer un diagnóstico firme de glosodinia enfermedad.

En la literatura también abundan los datos, con frecuencia anecdóticos, que vinculan la orodinia a problemas emocionales, psicológicos y psiquiátricos. En la experiencia del autor, la fobia al cáncer es muy frecuente en este grupo de pacientes, y esto puede ser un rasgo de depresión enmascarada en un número significativo de pacientes. Además, la orodinia se puede considerar un síndrome fóbico con semejanzas paralelas a la fobia al cáncer.

Además, se ha demostrado que los pacientes con orodinia muestran unas puntuaciones mayores que los controles en la ansiedad como estado y como rasgo, en depresión y en reacciones somáticas al estrés y neuroticismo.

También se ha mantenido que este perfil psicopatológico se parece al comunicado en pacientes con otros trastornos de dolor crónico, de manera que el distrés psicológico aumentado del paciente se puede asociar al dolor crónico que experimentan.

Hautman y Panconesi llamaron la atención sobre el hecho de que una proporción significativa de los pacientes con orodinia son solitarios, viven solos y su estrés marital puede ser también un factor de la patogénesis. Los antecedentes de intervención psiquiátrica o psicológica previas también son más frecuentes en este grupo de pacientes antes del desarrollo de sus síntomas orales.

Tratamiento

En la experiencia del autor es inusual que se encuentre una causa orgánica que explique los síntomas del paciente. Sin embargo, es importante excluir la patología dental local, como denticiones que se ajustan mal o placas dentales con un alto contenido en monómeros. Normalmente se hace un análisis sencillo de sangre para

conocer el recuento sanguíneo completo, el azúcar sanguíneo, la ferritina, el hierro sérico, la capacidad de fijación de hierro, B12 y folato séricos.

Una boca con sensación de quemazón puede acompañar a una boca seca, por lo que puede estar indicado clínicamente estudiar si el paciente padece síndrome de Sjögren.

Es importante dedicar una cantidad significativa de tiempo en las consultas con estos pacientes. La comunicación con ellos no es fácil y, si se les pregunta directamente si están deprimidos, habitualmente dicen que no. Sin embargo, la depresión enmascarada es, en mi experiencia, frecuente, y los cuestionarios sobre depresión mostrarán una depresión significativa en más del 50% de los pacientes.

El tratamiento con antidepresivos puede ser útil, pero la generación antigua de antidepresivos tricíclicos tienden a secar la boca, y el cumplimiento del tratamiento es difícil. El cumplimiento con la nueva generación de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina también puede ser un problema, pero se produce porque es difícil el cumplimiento en este grupo de pacientes, que pueden no ser capaces de aceptar que los factores psicológicos y psiquiátricos son importantes en la patogénesis de sus problemas.

Es necesario tranquilizar al paciente, y puede ser preciso repetirlo, destacando la ausencia de cáncer.

Las medidas tópicas con lavados de boca o geles orales empeoran el trastorno (reacción nocebo). Los pacientes con frecuencia han sido tratados repetidamente por candidiasis oral y, debido a ello, pueden haber llegado a aceptar que sus problemas se asocian a infección por esta levadura. El paciente puede pedir más medidas dirigidas a erradicar las levaduras de su boca cuando dicho tratamiento no está indicado, a menos que haya datos clínicos o micológicos firmes para prescribir agentes tópicos orales anti-candida.

Debido a la alta incidencia de depresión enmascarada en este grupo de pacientes, puede estar indicado referir al paciente a un psiquiatra potencialmente interesado y con tacto, pero, con frecuencia, esto será rechazado por el paciente. La provisión de una clínica de coordinación en la unidad de dermatología es muy útil a este respecto. Sin embargo, es importante no decir al paciente, a los cinco minutos de la consulta, que necesita consejo psiquiátrico, porque esto conducirá a una pérdida de contacto con el paciente en la mayoría de los casos.

Los pacientes que meditan repetidamente sobre la posibilidad de tener un cáncer también son más proclives a ser ayudados por un psiquiatra que por un dermatólogo.

Pronóstico

No hay buenos datos en la literatura sobre el pronóstico después del tratamiento de este difícil trastorno. En la experiencia del autor, los pacientes con fre-

La orodinia y la glosodinia están tan ligadas a la depresión enmascarada (el paciente no sabe que está deprimido porque no se siente triste), que pocas veces acompañan a los trastornos bipolares que visitan los psiquiatras. Una mujer con enfermedad depresiva bipolar sólo refirió estas molestias bucales cuando un tratamiento antidepresivo instituido por un psiquiatra le mejoró tanto su estado, que le permitió creer que se encontraba curada de su proceso depresivo. Era la misma enfermedad pero en otro estadio, y acudió al dermatólogo.

Cuando la glosodinia en una mujer mayor corresponde a una queja hipocondríaca, es importante que el dermatólogo conozca el significado y el valor económico de la queja. De hecho, la glosodinia puede constituir una protección real contra el colapso, la deserción y la muerte por depresión (Sylvie Consoli).

cuencia no acuden para seguimiento y mi sospecha es que probablemente continúan con sus costumbres de visitas a médicos/dentistas.

VULVODINIA¹⁻⁶

Vulvodinia, síndrome de la quemazón vulvar, vaginitis psicósomática son todos ellos términos que se han empleado para describir el escozor, la quemazón, la sensación de tener el área en carne viva o dolor en las áreas vulvares.

Ahora se reconocen dos principales categorías de vulvodinia: la vulvodinia disestésica y la vestibulitis vulvar.

Vestibulitis vulvar

El vestíbulo es una entidad anatómica diferenciada interna a la línea de Hart, y en la mayoría de las pacientes es claramente visible. El cambio de color se debe a un cambio de piel queratinizada con glándulas sebáceas a piel no queratinizada y, desde el punto de vista embriológico, tiene una fuente de origen diferente a la de otras áreas de la vulva.

Las pacientes con vestibulitis vulvar describen el dolor cuando algo intenta penetrar en la vagina, por ejemplo, tras la inserción de un tampón o con el contacto sexual.

Con mucha frecuencia se quejan de áreas discretas de hipersensibilidad en puntos, más notable a la presión.

A la exploración, se pueden ver enrojecimientos parcheados variables, que con frecuencia corresponden a áreas de hipersensibilidad exquisita en puntos. Las pacientes con el síndrome de vestibulitis vulvar son más jóvenes que las pacientes que se ven con vulvodinia disestésica. El rango habitual de edad es desde el final de la adolescencia hasta los 40. Al igual que los pacientes con orodinia, estas pacientes es muy probable que hayan consultado diferentes médicos generales, ginecólogos, urólogos y dermatólogos. Característicamente, las pacientes han recibido tratamiento masivo de sus médicos, que atribuyen sus síntomas a candidiasis.

Desde el punto de vista de las investigaciones, la exploración bacteriológica y micológica es negativa, y la biopsia de piel demuestra sólo cambios inespecíficos.

Vulvodinia disestésica

El dolor en el área vulvar que se produce en ausencia de cambios orgánicos y en un grupo de pacientes más mayores, posmenopáusicas con frecuencia, se conoce como vulvodinia disestésica. Clásicamente, el dolor es constante y de naturaleza

quemante. Las pacientes con frecuencia comunican que el dolor persiste a lo largo del día y la noche, y que para ellas, el sentarse les duele. Algunas pacientes no se acuestan por el dolor. Es frecuente la depresión enmascarada en este grupo de pacientes, que pueden responder al tratamiento con antidepresivos.

PAPILOMATOSIS VESTIBULAR

Una minoría de pacientes con vulvodinia tienen pápulas aterciopeladas vestibulares y, ocasionalmente, toda la cara interna de los labios menores puede verse afectada. Estas pápulas no tienen origen vírico. Ahora se reconoce que estos cambios se pueden ver en mujeres asintomáticas y no se piensa que las lesiones sean responsables del dolor.

Factores de la patogénesis

Es posible que las pacientes con vulvodinia sufran de dolor neurogénico, que se define como el dolor experimentado en ausencia el estímulo habitual. Se ha propuesto el concepto de una excitación autoperpetuada de sensación molesta con “charla cruzada” entre los mediadores del dolor simpático y somático, produciendo una reducción del umbral del dolor, y se ha propuesto la sensación de dolor por un tacto ligero (alodinia). Un aumento en la respuesta a los estímulos produce hiperalgesia y dolor prolongado postestimulación.

Tratamiento

A las pacientes con vulvodinia, habitualmente varios médicos les han dicho que tienen candidiasis o que no tienen nada. Sienten que sus médicos de cabecera (médicos de atención primaria) e, incluso, muchos de los especialistas que han visto no pueden entender sus problemas. Su calidad de vida se ha visto afectada adversamente por sus síntomas. Algunas han tenido que abandonar el trabajo e, incluso, relaciones. Se hace imposible para ellas llevar ropa muy ajustada, por ejemplo, vaqueros, en el grupo más joven. El contacto sexual se hace imposible. La mayoría de las pacientes con vulvodinia se deprimen mucho y, desde el punto de vista del autor, no es sorprendente que la depresión reactiva, que puede ser intensa en algunas pacientes, sea un acompañamiento frecuente de la vulvodinia.

La mayoría de los intentos de intervención quirúrgica de cualquier tipo han conducido a empeoramiento de los síntomas, por lo que, en mi opinión, se debe tener mucho cuidado antes de hacer una biopsia de piel. En opinión del autor, una

Litt & Pawlak en el *Drug Eruption Reference Manual* 1997 citan a W. Shelley de Toledo-Ohio, que ha referido orodinia y glosodinia en el curso de tratamientos con antidepresivos ISRS. Éste es un hecho clínico que hallo con frecuencia en mi despacho. No se trata de una complicación medicamentosa, sino el efecto del buen resultado de la medicación. Mientras los enfermos sufrían depresión mayor, se sentían tristes y no somatizaban. En cuanto un tratamiento les mejora, hasta el punto de que el enfermo se considera curado porque les desaparece la penosa sensación de tristeza, el paciente (con su enfermedad no curada suficientemente y evolucionada a una fase de depresión enmascarada) puede somatizar. Cuando lo hace en la boca, aparecen la glosa y la orodinia.

respuesta quirúrgica más complicada para el trastorno, como la vestibulectomía, está contraindicada, y la neurocirugía de los plexos simpáticos relevantes no ayudará a la paciente.

Se ha sugerido una amplia variedad de medicaciones tópicas, incluidos los anestésicos locales. Los esteroides tópicos no suelen ser útiles y la capsaicina tópica suele ser demasiado dolorosa localmente como para ser útil.

Dos estudios piloto recientes han indicado que el tratamiento suave con el láser de pulsos de tinción podría conducir a una reducción significativa del dolor vulvar, especialmente en pacientes con el síndrome de vestibulitis vulvar. Este alivio de los síntomas se acompañó de una reducción significativa del eritema vestibular.

Se administra tratamiento a cualquier área roja, sensible, del vestíbulo, usando un láser de tinción en pulsos que emita luz naranja a 585 nm. Se emplea un diámetro del haz de 0,5 cm con una fluencia de energía de 4-5 J/cm². La mayoría de las pacientes pueden tolerar el procedimiento sin anestésico local, aunque algunas encuentran incómodo el tratamiento. Habitualmente, sólo son necesarios algunos pulsos para cada paciente y el resultado produce una púrpura mínima de la mucosa tratada, que dura sólo unos pocos días. El tratamiento se administra a intervalos mensuales y la mayoría de las pacientes precisan 3-5 tratamientos a intervalos mensuales para alcanzar resultados óptimos (Cotterill y Harrington, observaciones personales no publicadas).

En la experiencia del autor, el beneficio de una dieta en oxalatos con citrato añadido no resulta de ayuda.

Es importante explorar los factores emocionales, psicológicos y psiquiátricos en las pacientes individuales y dar a la paciente la oportunidad de localizar sus ansiedades y preocupaciones. Si la paciente está deprimida, y habitualmente lo está, un antidepresivo es útil, pero es importante aumentar gradualmente la dosis hasta los niveles terapéuticos para la depresión. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina pueden tener algunas ventajas en el tratamiento de este trastorno, en el sentido de que la paciente está menos adormilada con este grupo de fármacos. La respuesta al tratamiento puede ser lenta y puede llevar de dos a tres meses, y el cumplimiento puede ser un problema.

DOLOR PERIANAL CRÓNICO, SÍNDROME PERINEAL – COCCIDINIA.

DOLOR ANAL IDIOPÁTICO CRÓNICO – PROCTALGIA FUGAX^{1,2}

Hay diversas entidades clínicas que producen dolor en el periné. La proctalgia fugax se caracteriza por la aparición súbita de dolor rectal y anal intensos que persiste sólo durante unos pocos minutos. El dolor puede producirse característica-

mente por la noche y suele afectar a varones adultos jóvenes. Por otro lado, la coccidinia y el dolor anal idiopático crónico afectan, fundamentalmente, a mujeres y el dolor es característicamente sordo y en latidos y empeora al sentarse. Se desconoce la patogénesis, aunque el estrés podría ser importante.

BIBLIOGRAFÍA

Orodinia

1. Grushka M: Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surgery* 1987; 63:30-36.
2. Lamb AB, Lamey PJ, Reeve PE: Burning mouth syndrome: psychological aspects. *Br Dental J* 1988; 165; 256-260.
3. Van der Waal Y: The burning mouth syndrome. Munksgaard: Copenhagen, 1990.
4. Browning S, Hislop S, Scully C y cols.: The association between burning mouth syndrome and psycho social disorders. *Oral Surgery* 1987; 64:171-174.
5. Helton J, Storrs F: The burning mouth syndrome: lack of a role for contact urticaria and contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31, 201-205.

Vulvodinia

1. McKay M: Vulvodynia. *Arch Dermatol* 1989; 125:256-262.
2. Marinoff SC, Turner MLC: Vulvar vestibulitis syndrome. *Derrn Clin* 1992; 10:435-444.
3. Goetsch MF: Vulvar vestibulitis and historic features in general gynaecologic practice population. *Am J Obst & Gyn* 1991; 164:1609-1616.
4. Lynch PJ: Vulvodynia. *Gen Reprod Med* 1986; 31:773-780.
5. Cotterill JA: Dermatological non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *Br J Derm* 1981; 104:611-619.
6. Freiderich EG: Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. *Gen Reprod Med* 1988; 33:514-518.

Dolor perianal crónico

1. Neill ME: Swash M. Chronic perianal pain: an unsolved problem. *J R Soc Med* 1982; 75: 96-101.
2. Lask B: Chronic perianal pain. *J R Soc Med* 1982; 75:370.

PRURITO PSICOGÉNICO, PRURIGO, NEURODERMATITIS CIRCUNSCRITA, PRURITO ANAL Y VULVAR

F. Grimalt

PRURITO

El prurito se define como una sensación desagradable de la piel, que obliga a rascarse¹. Existen los pruritos que acompañan a dermatosis reconocidas, y los que se presentan en ausencia de cualquier cuadro dermatológico (prurito “*sine materiae*”). El prurito crónico puede ser generalizado, o localizado. Formas clínicas de prurito localizado son el prurito vulvar, el anal, el de una neurodermitis, y el liquen simplex nuchae, nombre, este último, que muchos autores reservan para una forma clínica especial de neurodermitis localizada en la nuca de psoriáticos.

Etiología del prurito

Una buena parte de los enfermos que aquejan prurito sufren constitución atópica, aunque no hayan presentado nunca un eccema atópico típico. En todo prurito hay que descartar también la diabetes, una drogadicción, el embarazo, que puede producirlo, el etilismo crónico, las hiperuricemias, las hepatopatías, la hiposideremia, la policitemia vera, la enfermedad de Hodgkin y otros linfomas, la insuficiencia renal crónica tratada o no con diálisis, una paraneoplasia, parasitosis intestinales, el llamado prurito senil por asteatosis o piel seca propia en esta edad, a veces favorecido por exceso de calefacción en invierno³, y el que acompaña a la piel seca en jóvenes tratados con curas de isotretinoína para el acné, en otros como manifestación de uso excesivo de jabón de baño. También el prurito puede ser síntoma propio del síndrome posmenopáusico¹ y también ser producido por el quiste hidatídico.

Panconesi³ señala que hay individuos “pruritosos” que generan o sienten picor ante estímulos mínimos y que la cuantificación del prurito es difícil, por cuanto sólo podemos conseguir una idea del mismo por la intensidad de los signos de rascado. El *prurito biopsiante*, indicador de la intensidad del rascado, no depende sólo de los estímulos psicológicos que impulsan al paciente a rascarse de forma tan violenta, sino también de las características de la piel donde se ejerce

Un excesivo prurito, expresado con demasiada vehemencia por un paciente con un discreto eccema seborreico de cuero cabelludo, obliga a sospechar un estado de ansiedad o depresión.

El prurito persistente de los orificios nasales, así como cualquier tipo de parestesias de la cara (la necesidad de apartarse un estorbo de las pestañas, o de la oreja un cabello caído que no hay, etc.) puede indicar ansiedad o abuso del café. Y también de cocaína.

esta violencia, que yo encuentro con mayor frecuencia en las llamadas psoriasis plantares, que se presentan como zonas secas y duras, pero que son quebradizas e inelásticas.

En la frase popular “*con el comer y el rascar, todo es empezar*” se manifiesta el sentir profano de que en el rascado se presentan unas crisis cortas de intensidad en aumento (paroxismos de picor) sin posibilidad de detención. Algunos enfermos, durante el rascado, pueden adoptar un aspecto como en trance de sufrimiento y placer³ como los que acompañan algunos actos sexuales. Tales sujetos, con reacciones psicológico-psiquiátricas exageradas, se rascan hasta hacerse daño, porque la sensación dolorosa anula la sensación pruriginosa y, en cuanto debajo de las uñas se derrama un mínimo de sangre o serosidad, se anula súbitamente la tensión de la necesidad de rascado y aparece la típica fase de relajación (*orgasme cutané*e y equivalente cutáneo de masturbación)³.

Koblentz⁵ cita a Lyell que en una serie de 74 pacientes encontró que un 31% de ellos sufrían prurito debido a enfermedades cutáneas, otro 31% tenían prurito psicogénico y un 25% tenían una enfermedad sistémica subyacente; en un 10% de ellos no se pudo identificar la causa.

PRURITO PSICOGÉNICO



Prurito biopsiante, sobre psoriasis plantar, por rascado sin contención por prurito intenso paroxístico. Varón de 35 años. No hace prurito biopsiante quien quiere, sino quien puede. La paraqueratosis, con su piel gruesa y dura, pero frágil, facilita la excoriación profunda por un rascado violento. Rinítico. En su historia figuran consultas previas conmigo por eccema del pañal, numulares infantiles, mollusci contagiosi y por pitiriasis rosada. El resultado del interrogatorio psicológico sistematizado proporciona un estado evidente de ansiedad relacionado con su ocupación. Últimamente, “el trabajo le desborda”.

Es el prurito que constituye una manifestación cutánea de trastornos psicológicos. No existe ninguna regla que permita decidir cuándo un prurito, tanto generalizado como localizado, es psicogénico. En la práctica se suele diagnosticar como psicogénico el prurito en el que no se encuentra otra causa¹. Los factores emocionales pueden aumentar y prolongar la sensación de prurito, cualquiera que sea la causa de éste⁵, y es característico del prurito psicogénico su aparición en forma de ataques paroxísticos, que siguen en estrecha relación con los estados emocionales. Empeoran al atardecer y al acostarse, aunque rara vez impidan el sueño, y pueden mejorarse en situaciones que distraen la atención del paciente.

Hay que tener en cuenta que en el curso de un prurito de causa somática real, pero desconocida por el dermatólogo, puede coincidir un trastorno depresivo. Hace treinta años traté sin éxito con antidepresivos tricíclicos a una chica de 20 años en la que su trastorno depresivo era evidente. Mejoró al cabo de un mes de su prurito, pero no llegó a resolverse satisfactoriamente. En la primera visita negó que hubiera convivido previamente con perros. En un segundo intento diagnóstico, la serología de la hidatidosis fue positiva, y la extirpación quirúrgica de un

quiste hidatídico pulmonar permitió suprimir tanto el prurito como el trastorno depresivo secundario. John Koo denomina esta situación clínica como “enfermedad pseudopsicodermatológica”⁷.

El prurito con frecuencia es sintomático de psiconeurosis, pero sólo raramente se observa en pacientes con psicosis, y es más frecuente en trastornos depresivos enmascarados⁵. Musaph interpretó algunas formas de rascado automático generadas como “actividad derivada” (de sentimientos inaceptables por el mismo paciente) de vergüenza, rabia, impaciencia o excitación sexual⁵. En la mayor parte de los pruritos vulvares que yo observo, un cuidadoso interrogatorio psiquiátrico permite hallar sentimientos inconscientes para la misma paciente frente a actitudes o conductas no aceptadas, no forzosamente sexuales, del marido. En pacientes con prurito psicogénico se han referido toda clase de mecanismos psicológicos de ambivalencia, por ejemplo situaciones conflictivas de sumisión que alternan con sentimientos agresivos, o satisfacción y a la vez vergüenza, por el rascado⁵, así como también ambición de contactos sociales en sujetos que se reconocen como inhábiles para ellos³. Para Whitlock⁹, la mayoría de los enfermos con prurito psicogénico están deprimidos.

Diagnóstico

Una vez se han descartado las otras causas que pueden provocar prurito, puede sospecharse que el prurito es psicogénico. La sospecha quedará afianzada, o rechazada, por medio del interrogatorio psicológico psiquiátrico expuesto en el capítulo 2.2 (Diagnóstico de alteración psicológica). En pruritos generalizados se suele hallar con mayor frecuencia trastornos depresivos que estados ansiosos.

Con espíritu crítico, el diagnóstico de prurito psicogénico no debiera de ser un diagnóstico de exclusión, sino uno activo por reconocimiento de los enfermos depresivos, ya sea por su forma de exponer o por el contenido de su exposición. Esta sospecha de coexistencia de trastorno psicológico es necesaria ante cualquier otro proceso cutáneo con una etiología no tan complejo como el prurito, como, por ejemplo, el caso de consulta por queratosis seborreicas en un anciano, o la angustia de una madre que trae un niño con moluscos recidivantes. En la práctica puede suceder que en un enfermo determinado, tanto la sospecha en primer lugar, como después las respuestas al interrogatorio, resulten muy sugerentes de trastorno depresivo leve y enmascarado, coincidente con el prurito en el paciente, pero también en este enfermo antes de considerarlo como psicógeno hay que descartar todas las otras causas somáticas de prurito.



Prurigo, lesiones discretas, en la parte alta de la espalda de una mujer de 46 años. Refiere un intenso prurito en esta zona, que ha aparecido coincidiendo con los preparativos de la boda de una hija.



Prurigo, lesiones mínimas, bilaterales, en el brazo de una modista de 52 años. Siente prurito en esta zona. El interrogatorio permite conocer un estado de ansiedad con un cierto grado de depresión coincidiendo con un mayor apremio de su marido, “excesivamente dominante”, a que deje este trabajo. Admite que con sus ingresos como modista cree conseguir un cierto grado de independencía. “Toda la vida ha soportado con mayor entereza la oposición del marido, pero últimamente está cansada de él”.

Desconozco el número de pruritos vulvares que consiguen resolver los ginecólogos, pero sí recuerdo casos que ellos no han solucionado, después de años de estar aplicando sus métodos analíticos locales habituales.

Si no existen signos y síntomas evidentes de enfermedad sistémica, hay que practicar una revisión física completa, que incluya un examen pélvico y rectal, seguido de un recuento hemático completo, revisión radiográfica de tórax, y analítica renal y hepática¹. Y será prudente que aún después de haber recetado los psicótrópos correspondientes, el enfermo con prurito generalizado diagnosticado de psicógeno sea visitado con regularidad si la respuesta a ellos es mediocre, en busca de un diagnóstico que en el primer intento ha resultado infructuoso.

PRURIGO

Prurigo es un término antiguo perteneciente a la protodermatología, según Panconesi³. Es un término de base clínica que ha resultado difícil de precisar en la literatura y que todavía se sigue aplicando a un grupo heterogéneo de dermatosis. Aquí me refiero a cuadros con lesiones papulosas persistentes, con una pápula excoriada por rascado; se suele acompañar de otras lesiones de rascado, y el enfermo se queja de picor. Muchos de estos enfermos tienen constitución atópica.

El llamado prurigo agudo simple, o urticaria papulosa, o estrófulo, es el que se suele reservar para las lesiones por rascado en niños, observable, sobre todo, en verano, y producida como respuesta de sensibilización a picaduras o contacto con insectos. El prurigo de Besnier es la denominación usada por dermatólogos escandinavos para la dermatitis atópica. Algunos autores⁴ lo reservan para la forma crónica liquenificada flexural de la dermatitis atópica. El *summer prurigo* de Hutchinson, así como el prurigo actínico, son cuadros causados por la luz. El *prurigo gestationis* se observa en el embarazo. El prurigo linfadenico es un término que se había reservado para las lesiones de rascado observables en la leucemia linfocítica crónica, en algunas otras hemopatías y linfomas, especialmente en el Hodgkin. El prurigo subagudo del pasado corresponde a las actuales excoriaciones neuróticas³.



Prurigo. Antebrazo, mujer de 27 años. La naturaleza psicodermatológica de la alteración obliga a practicar un interrogatorio que permite descubrir un estado de ansiedad relacionado con un matrimonio poco afortunado en el que los dos están considerando una separación.

El prurigo crónico de los adultos

O urticaria papulosa crónica, denominación del pasado, debiera considerarse sólo como un prurigo en un adulto. Es una entidad de límites imprecisos, parecida al estrófulo de los niños, pero que no responde al tratamiento de las picaduras de insecto, que se observa en adultos, sin ritmo estacional, que dura varios meses e, incluso, años, que aparece, sobre todo, en cara extensora de los miembros, parte superior del tronco y piel de los glúteos, en forma de pequeñas pápulas excoriadas. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la dermatitis herpetiforme, algunas vasculitis, picaduras de insectos y la dermatosis acanto-

lítica transiente o persistente⁴. Algunos casos aparecen en la enfermedad de Hogkin y en la policitemia⁴. En mis pacientes, el interrogatorio psicológico proporciona resultados positivos en casi todos ellos, y un manejo terapéutico acorde con él, a veces medicamentoso, suele proporcionar resultados duraderos. También Panconesi suele encontrar factores psíquicos en estos enfermos³.

Prurigo nodular

Se caracteriza por nódulos, en número escaso, pero que pueden llegar a ser centenares, intensamente pruriginosos, duros, semiesféricos, de 1 a 3 cm de diámetro, oscuros, de superficie verrugosa, que aparecen en cualquier zona, en pacientes entre 20 y 60 años, pero predominantemente en la parte distal de los miembros. El prurito aparece en crisis de pocos minutos hasta dos horas, y es muy intenso. La causa es desconocida, si bien el estrés emocional parece ser un factor contributorio en algunos casos⁴. Un 80% de los pacientes son atópicos, y en un 20% de ellos las lesiones siguen a una picadura de insecto⁴. Panconesi no consiguió hallar ningún factor emocional en 5 casos suyos³. Las infiltraciones con corticoides suelen resultar efectivas, aunque el medicamento de elección sería la talidomida. Los sedantes proporcionan mejoría en algunos casos⁴. La decisión sobre la necesidad de utilizar psicótropos, así como la elección del mismo, debiera asentar sobre el resultado del cuestionario psiquiátrico sistematizado.

NEURODERMATITIS

O neurodermitis circunscrita, o liquen símplex. Constituye un tipo de respuesta cutánea a un rascado enérgico y repetido. La piel aparece engrosada, como corteza de árbol⁴. Histológicamente aparece acantosis e hiperqueratosis. Es frecuente en individuos con constitución atópica, y se considera una afección psicodermatológica. Se quiere distinguir entre liquenificación secundaria, que aparece sobre una dermatosis previa, y el llamado liquen símplex, que aparece sobre piel normal. Pero en uno y otro caso está producida por el rascado excesivo de sujetos afectos de alguna tensión emocional de sentimientos inaceptables por el mismo paciente, que intentan disminuir como “actividad derivada” rascándose de manera violenta.

El síntoma primero y predominante es el prurito. El prurito psicogénico localizado aparece sobre piel sana. Puede formarse de forma paroxística. El paciente se rasca hasta hacerse daño. Después que éste ha aparecido, se forma un periodo refractario al picor. Se pueden observar diferentes grados de intensidad. No aparece en niños. En casos de lesiones simétricas, cabe sospechar una dermatitis de contacto⁴ rascada excesivamente. Existen unas áreas de elección: cuero cabelludo, nuca,

Los pruritos vulvares crónicos suelen tener como base un trastorno psicológico-psiquiátrico. El interrogatorio puede llegar a ser muy difícil, porque en ocasiones alcanza a hurgar en aspectos de las relaciones conyugales que ellas nunca se habían permitido cuestionar a sí mismas. Sea consciente o no lo sea, existe en cada comunidad humana una política conyugal, generalmente aceptada como correcta, que muchas mujeres no se atreven a cuestionar. Aunque se suele considerar como típico, el prurito vulvar, pocas veces está relacionado con desavenencias sexuales en sentido estricto. Mujeres con una protesta inconsciente contra el comportamiento de unos hijos, o de cualquiera que no sea su marido, no somatizan nunca esa protesta en el área vulvar. El prurito vulvar crónico apunta al marido. Suele ser una queja contra el comportamiento, en cualquier aspecto, del marido.

Hace unos treinta años traté sin resultado con antidepresivos tricíclicos a una chica de 19 años afecta de un intenso prurito generalizado, en la que un trastorno depresivo era clínicamente evidente. El prurito y la depresión desaparecieron después de la extirpación quirúrgica de un quiste hidatídico pulmonar, una vez que se me ocurrió solicitar la serología.



Prurigo en ambas piernas. La naturaleza psiquiátrica del interrogatorio es reconocida por la paciente, mujer de 35 años, que advierte que está bajo tratamiento del psiquiatra, por trastorno ansioso-depresivo, con clorazepato dipotásico y paroxetina. Me limito a prescribir tratamiento tópico.

lados del cuello, cara anterior de piernas, tobillos, pliegues de codos, zona retroauricular, parte superior de los muslos, vulva, pubis y escroto. El que aparece en la parte inferior del occipital, entremedio de los cabellos, suele acompañarse de lesiones más o menos psoriáticas en el cuero cabelludo, responde pronto al tratamiento, pero es la forma que recidiva con mayor frecuencia, porque, más que debida a unas circunstancias generadoras de estrés, se observa con frecuencia en personas que necesitan un cierto estado de excitación continuo para sentirse bien.

Las neurodermitis suelen aparecer en individuos ansiosos, si bien no existe ningún trastorno emocional concreto que pueda relacionarse con la aparición de la neurodermatitis. Es necesario practicar un interrogatorio psicológico sistematizado, que permite encontrar la alteración que la acompaña. El tratamiento de ésta ayudará al tratamiento tópico y proporcionará un aumento de la calidad de vida psicológica del enfermo. Los ejemplos que se encuentran en la literatura^{1, 2, 3, 4, 5} son múltiples y de todo tipo.

En general, responden bien a la cura tópica. En las zonas susceptibles de ser vendadas, se puede empezar explicando al enfermo que la alteración está provocada por el rascado, muchas veces inconsciente, y en algunos de ellos, nocturnos. Que le desaparecería si pudiéramos esposar las manos en la espalda. Que no le vamos a exigir que deje de rascarse, sino a ofrecerle el modo de que no pueda hacerlo. Se trata de aplicar un vendaje suficientemente prieto para que no pueda rascarse con el mismo vendaje, haciéndolo correr o girar. Sólo se necesita la voluntad del enfermo de evitar el rascado, cada 24 horas, durante los minutos que va a durar la ducha y el cambio de la cura. Los deseos incontrolables de rascarse que pueden aparecer en este momento pueden satisfacerse pasando las yemas de los dedos y evitando las uñas. Que, en este momento, 20 segundos de rascado intenso anularían el beneficio conseguido en 24 horas de vendaje. Cuando el vendaje esté aplicado, el golpeteo con las puntas de los dedos ayuda en momentos intensos de picor. Antes de aplicar la venda antirrascado hay que frotar con un corticoide potente, sobre del cual, una vez absorbido, hay que aplicar “una gasa cubierta con una capa de 2 mm” de pasta Lassar con un 3% de brea destilada de hulla. Es conveniente usar una emulsión limpiadora para eliminar la pasta secada sobre la piel engrosada. En estas localizaciones susceptibles de ser envueltas, la cura suele ser efectiva en unos 15-21 días. A pesar de la acción antipruriginosa de los antihistamínicos sedantes, éstos son innecesarios si como resultado del interrogatorio se suministran ansiolíticos. En los casos poco frecuentes de un interrogatorio psicológico negativo, o cuando se rechazan los psicótrpos recetados, la hidroxicina como antihistamínico “que suprime el picor” puede resultar útil. La somnolencia frente a este antihistamínico es variable pero se pueden considerar tres grados de intensidad: 1. Aquellos que soportan altas dosis sin somnolencia (25 mg, 3 veces al día); 2. Los que lo soportan si se limitan a tomar

medio comprimido por la noche, que les resulta eficaz (para el prurito acuagénico por ejemplo, y para todas las formas de pruritos que ocasionalmente pueden ocurrir en pacientes que aceptan que en alguna ocasión lo han sufrido), y 3. Los que, con esta última dosis nocturna, se sienten con molesta somnolencia durante 24 horas. Algunos pacientes mejoran al suprimir el consumo de café. Para algunos individuos, una tacita de infusión de café al día puede resultar una dosis excesiva.

Las neurodermitis que aparecen en zonas que no se pueden envolver, como nuca y periné, suelen precisar un mayor número de días para responder al tratamiento, y el éxito del tratamiento no resulta tan seguro. En estas otras zonas, la pasta con breva puede ser aplicada por la noche, cubierta con unas curas que obliguen a mantener el contacto sobre la piel.

Algunos casos de neurodermitis de escroto pueden ser mejoradas con el uso de un suspensorio, por su acción antirascado.

La de la nuca (liquen simplex nuchae) suele responder bien a la aplicación nocturna de la crema Nueva Darier durante unos 9 días, con lavado de la cabeza al día siguiente por la mañana, como cura de ataque. Debe ir seguida, sin interrupción, de una cura de mantenimiento.

Crema Nueva Darier, para usar como “cura de ataque”(tanto en el liquen simple de la nuca, como en todo tipo de psoriasis del cuero cabelludo):

Dp/ crema excipiente cera Lanette c.s.p.	100
Resorcina	10
Acido salicílico	10
Acetonide triamcinolona	0,1

m.s.a

frotar hasta absorción cada noche durante 7-10 días, con lavado a la mañana siguiente con un champú neutro.

Inmediatamente después de haberse conseguido liberar de las escamas, debe instaurarse la “cura de mantenimiento”, a base de usar dos veces por semana un champú anticasca, cuya espuma debe dejarse actuar durante 4 minutos cada vez. La noche anterior se debe aplicar una solución de corticoide o de calcipotriol. Esta cura de mantenimiento debe ser proseguida durante largo tiempo.

En las neurodermitis del interior del conducto auditivo externo (causadas por objetos duros como llaves de coche, pasadores de cabello o sujetadores de capuchón de bolígrafo) se puede aplicar alternativamente, dos veces al día, pomada de corticoide con ácido salicílico al 3% y pomada de tacalcitol. Esta última no sería tolerada en eccemas agudos. Se aplica con bastoncitos para los oídos, pero conviene explicar que cada vez hay que usar varios de ellos, porque la aplicación con cada una de las dos puntas no debe durar más que dos segundos para que la pomada no facilite el



Prurigo crónico del adulto. Espalda de mujer de 32 años. Se reconocen las cicatrices de lesiones ya pasadas. Un año de evolución. El motivo de la consulta de hoy ha sido un eccema seborreico centrofacial. Venía decidida a no comentar el prurito de la espalda, para el que “ella ya sabía que tenía que conseguir no estar nerviosa”. Dice que “es un motor generador de ansiedad” (frases de valor parecido a ésta permiten pronto reconocer las visitas previas con un psicólogo).



Neurodermitis de la vulva. Son lesiones idénticas a las neurodermitis de otras zonas cutáneas, con características aquí más difíciles de reconocer. Un tratamiento con un corticoide por la mañana junto con pasta Lassar con un 3% de breva por la noche conseguirá resolver el proceso. El interrogatorio permite reconocer un discreto estado transitorio reactivo de ansiedad con un trastorno depresivo moderado. Es un cuadro psicodermatológico muy diferente del prurito vulvar crónico, sin lesiones objetivables, que puede considerarse como una variedad con prurito de vulvodinia.



Neurodermitis del codo. Chico de 18 años, hijo único, en vías de formación de tornero. Coincide con la llegada a casa, no advertida previamente, de una nueva mujer por parte de su padre, viudo desde hacía 3 años.

desprendimiento del algodón del bastoncito y quede en el interior del conducto favoreciendo la formación de un tapón de oído.

PRURITO VULVAR

Las dermatosis de la vulva pueden causar prurito o no y, en todo caso, la intensidad del mismo está en relación con el estado del psiquismo de la paciente. De un estudio practicado por ginecólogos, de 161 mujeres con prurito vulvar, en 78 de ellas se consideró a una infección micótica como responsable, y a 83 de ellas, a alteraciones atróficas o leucoplásicas⁶. Por una consulta de prurito vulvar se puede descubrir liquen escleroso y atrófico, leucoplasia y carcinoma.⁶ Sobre lesiones atróficas de larga duración, la aparición de prurito debe obligar a descartar un estado de precáncer. Una biopsia sobre una dermatosis crónica puede demostrar un Paget extramamario, y la radioterapia resolver un prurito de años de duración. Se cita también a la cistitis, proctitis, cervicitis y vaginitis como causa de prurito⁶. El prurito vulvar de la adulta originado por oxiuros es raro⁶. En cambio, las vulvitis infantiles pueden ser debidas a ella, como también un cuerpo extraño introducido en la vagina por una niña pequeña.

Una vulvitis aguda escuece y puede provocar prurito y dolor. El término “prurito vulvar” se reserva para los pruritos crónicos de esta zona en los que no se encuentra una causa conocida. El área perivulvar queda incluida. Algunas pacientes refieren un malestar que no saben definir muy bien: ardor, escozor, o efecto de roer⁶.

Clínicamente puede presentarse en forma de una neurodermatitis, que puede afectar a todo el área, o ser sólo localizada, o puede no observarse lesión alguna. En ocasiones sólo puede apreciarse alguna excoriación. La paciente a veces apunta con los dedos la zona donde más siente las molestias.

Cuando lo que refiere no es prurito sino dolor, se suele aplicar al cuadro el nombre de vulvodinia. Este último caso es una forma clínica de dinia (dolor inexplicable en ausencia de lesiones objetivas), de valor parecido a las oro, glosa, y dentodinias (ver el capítulo de Cotterill), aunque esta localización obliga a dirigir el interrogatorio en un sentido sexual o marital.

En los casos visitados por mí no suele observarse dispareunia, si bien Ive⁶ lo refiere como habitual y comenta que evitar las relaciones sexuales puede constituir el premio que supone el real malestar del prurito.

PRURITO ANAL

El llamado prurito anal es más frecuente en la zona perianal. En el mismo ano es más frecuente el dolor. Puede darse en los dos sexos, si bien es más fre-

cuenta en hombres⁶. En mujeres puede coincidir con lesiones vulvares. Los adultos pueden también sufrir una oxiuriasis. En algunas observaciones de prurito de ano, estos parásitos resultan ostensibles dentro y en los márgenes. El llamado eccema seborreico de pliegues, o psoriasis invertida, o de pliegues, o psoriasis eccematosa (Epstein y Maibach⁸), constituyen imágenes clínicas evidentes, con sus márgenes rosados de borde externo bastante bien delimitado, que llegan a comprender unos tres traveses de dedo por cada lado, encerrando una zona ovalada, blanquecina y húmeda, con o sin fisuras, centrada por el ano. Pueden haber discretas lesiones satélites, y en la piel de los glúteos son frecuentes mínimas lesiones de foliculitis atópica frustrada. Suele responder con mayor rapidez a la aplicación nocturna de una capa de 2-3 mm de grosor de pasta Lassar con un 3% de brea destilada de hulla, acompañada de un corticoide tópico débil por la mañana, que a la administración de antifúngicos y anticándidas tópicos y sistémicos. En el varón, la zona del meato, y en la mujer una vulvitis aguda, brillante, rojo oscura, discretamente edematosa, sugieren glucosuria, que puede ayudar a mantener formas recidivantes.

La causa más frecuente de prurito anal es la contaminación fecal⁶. A ella ayuda la situación del ano, en el fondo del embudo anal, la obesidad cuando la hay, la defecación frecuente (el prurito anal es inhabitual en estreñidos), hemorroides y acrocordones, fisuras del esfínter mantenidas por hemorroides internas, y en algunos casos parece ser que determinados alimentos o bebidas pueden precipitarlo.

En este capítulo nos referimos a los pruritos de esta zona en el que no se puede reconocer ninguna enfermedad subyacente. Los pacientes, con prurito de ano refieren que aparece también en cama, y que pueden despertarse rascándose. El prurito anal psicogénico puede ser primario, si bien Ive⁶ recalca que los problemas psicológicos que se detectan en algunos enfermos con prurito de ano crónico pueden ser secundarios a la cronicidad del mismo prurito. Son característicos los ataques de prurito paroxístico. Suelen verse excoriaciones causadas por las uñas, y son frecuentes las neurodermitis, más intensas en un lado que otro. Koblenzer⁵ considera que los casos prolongados e intratables se observan en individuos con personalidades de tendencias obsesivas, y que es frecuente la asociación con un trastorno depresivo o un equivalente depresivo. Añade que en psicóticos y retardados mentales pueden encontrarse intensas y extensas neurodermitis, pero que éstos no se quejan de prurito. Desde un punto de vista psicodinámico, las dificultades de esta zona provienen del momento de la fase anal de la vida en que el niño experimenta deseos de ambivalencia, con necesidad de independencia de una madre a la que tiene que permanecer vinculado. Esta autora de Filadelfia cita a Macalpina que en sujetos con prurito de ano encontró posturas de sumisión que les protegía de sentimientos de agresión y sádicos, junto con “pánico homosexual”



Neurodermitis cara posterior de escroto. Varón de 32 años. Comercial. Interrogatorio psicológico sistemático imposible, por cuanto contesta sólo en actitud defensiva. Toma cinco tacitas de café al día por citas profesionales.

Las sensaciones pruriginosas imprecisas, de diagnóstico incierto, suelen responder bien a la hidroxicina si los enfermos que las refieren aceptan que en ocasiones sufren, o han sufrido alguna vez, prurito acuagénico.

Por cada "prurito anal" tal como se describen en los manuales de psicodermatología, sin lesiones de eccema, o con sólo alguna excoriación por rascado violento, observo tres "pruritos vulvares" psicógenos. La mitad de los pruritos vulvares y anales que me consultan se presentan con imagen de neurodermitis, con liquenificación por rascado. En cambio, visito con bastante frecuencia eccemas subagudos y agudos perianales y del pliegue interglúteo, los llamados eccemas seborreicos de pliegues (o *eczematous psoriasis*, de Epstein & Maibach). En estos últimos no encuentro ni en el contenido ni en la forma de exposición del enfermo o enferma ninguna sospecha de alteración psicológica, y se resuelven bien con sólo tratamiento tópico.

pasivo inconsciente. Panconesi³, de un estudio psicodinámico de 86 pacientes, obtiene que estos sujetos experimentan a la vez placer y vergüenza por el rascado. Que se sobrevaloran a sí mismos, y se quejan de la sociedad que no se adapta a sus deseos de gran ambición social que sienten no poder alcanzar. Koblenzer⁵ destaca que Cunliffe¹¹ refiere que los enfermos con prurito de ano no suelen quejarse de prurito en otras zonas, pero que ella lo puede encontrar en el cuero cabelludo y en otras zonas seborreicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greaves MW: Textbook of Dermatology, 5th edit. Rook-Wilkinson-Ebling. Blackwell, Oxford, 1992; 527.
2. García Pérez A: Dermatología clínica. Edita Librería Cervantes. Salamanca, 1987.
3. Panconesi E. Pruritus. Stress and skin disease. Psychosomatic Dermatology. Edit. Lipincott. Filadelfia, 1984; 98.
4. Burton JL: Eczema. En: Rook-Wilkinson-Ebling (ed.). *Textbook of Dermatology*, 5th ed., 582.
5. Koblenzer CS: Psychocutaneous Disease. Grune & Stratton. Orlando, 1987; 211.
6. Ive FA: The umbilical, perianal and genital regions. En: Rook-Wilkinson-Ebling (ed.). *Textbook of Dermatology*, 5th ed.; 2.844.
7. Koo, J y cols.: Dermatologic Clinics, Psychodermatology, vol. 14, N.3 1996; 325.
8. Epstein E y Maibach HI: Eczematous psoriasis: what is it? En: Roenigk H y Maibach HM Dekker (eds.): *Psoriasis* 2nd ed., Nueva York, 1991.
9. Whitlock FA: Psychophysiological aspects of Skin Disease. Saunders. Londres, 1976.
10. Manual Merck: 10ª edición española, 1999; 339.
11. Cunliffe WJ: The skin and the nervous system. En: Rook, Wilkinson y Ebling (eds.). *Textbook of Dermatology*, 2nd edit., Oxford, 1979; 1.993-2.022.

17

ACNÉ EXCORIÉE DES JEUNES FILLES

F. Grimalt

INTRODUCCIÓN

Constituye una variedad de acné, si bien los casos intensos entran de lleno en la esfera de las dermatosis psicocutáneas. Se ve predominantemente en mujeres, aunque no sea exclusivo de ellas. Hay que distinguir entre las formas en que sólo los elementos bien definidos de acné son excoriados y las otras en que las señales de excoriación o expresión se pueden observar sobre piel aparentemente sana. Los casos de intensidad mediana y grave suelen asentar en mujeres con algún trastorno psicológico¹.

CLÍNICA

Hay que distinguir entre diferentes grados de intensidad, moderados, medianos y graves. Estos últimos morfológicamente pueden limitar con las excoriaciones neuróticas, y las alteraciones provocadas predominan sobre las de acné. Koblenzer las estudia dentro de las excoriaciones neuróticas². Los otros casos pueden ser más o menos leves. En ocasiones la excoriación de lesiones no se aprecia hasta en una segunda entrevista, cuando la agudeza de las lesiones de acné, rebajada o suprimida por el tratamiento instituido, permite verlas.

Siendo el acné de naturaleza polimorfa, las excoriaciones, conseguidas rascando con una uña, o apretando entre dos uñas, pueden adoptar variadas formas. También pueden expresarse mínimos comedones, y en este caso, la lesión inicial apenas es reconocible.

PSICOPATOLOGÍA

Es la misma de las excoriaciones neuróticas. Son personalidades de tendencias obsesivo-compulsivas. En ocasiones, la

Unas mínimas lesiones excoriadas de acné pueden motivar un interrogatorio psiquiátrico sistemático sólo cuando el/la paciente se exprese de forma rara, por el contenido o por la forma de lo que dice. En cambio, cuando unas excoriaciones intensas destaquen ostensiblemente en el acné, el interrogatorio deviene imprescindible.



Excoriaciones neuróticas y acné excoriado (Dr. A. Rodríguez). Varón de 21 años. Dos años de evolución. En la espalda se aprecian algunas lesiones mínimas de acné. Consulta después del empeoramiento por haberse excoriado una pseudofoliculitis que ha seguido a un intento de depilación del pecho todo ello sobreimpuesto al acné.



Acné excoriado (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 23 años. Las lesiones lineales y estrechas de la parte alta de la cara corresponden a pellizcos entre las uñas.

chica que se exprime, sus lesiones de acné intenta “sacarse de encima una madre opresora”. Puesto que la niña o chica sufre la presión de la madre, y no consigue eliminarla, lo hace con sus granos, que esto sí puede hacerlo. Algunas de estas madres mantienen con sus hijas un mecanismo psicológico de ambivalencia: por un lado, las miman, para darles unos cuidados que ellas desearon y no tuvieron de pequeñas, y, por otro lado, son muy exigentes con ellas, para ayudarles a conseguir una calidad humana que les proporcione un estado social superior que ellas ambicionan y que no han obtenido. Algunas mujeres viudas pueden apoyarse excesivamente en sus hijos.

Las pacientes son más o menos conscientes de sus expresiones, pero ninguna lo niega. Algunas explican que se encierran en el lavabo y que, frente al espejo, no pueden resistirse a sus largas sesiones de estrujamiento, pellizcos y excoriaciones.

Estas lesiones curan muy lentamente dejando una cicatriz estrellada e hiperpigmentada³.

MANEJO TERAPÉUTICO

Además del tratamiento del acné, incluido el uso de isotretinoína oral, hay que investigar el substrato psicopatológico subyacente. En alguno de mis casos, la madre ha aceptado que también ella necesitaba al psiquiatra, pero esto pocas veces sucede así. Puede haber un evidente resentimiento entre madre e hija, y el interrogatorio y el subsiguiente tratamiento pueden resultar más bien difíciles. Son pacientes tributarias del psicólogo o psiquiatra. Sobre la decisión de si el psicólogo debe ser cognitivo-conductista o psicoanalista, hay que recordar que lo importante no es el método psicoterapéutico sino el psicoterapeuta.



Excoriaciones neuróticas. Chica de 21 años. Discreta disminución mental, personalidad límite, conducta a menudo antisocial. Tiene una hermana algo más profunda. Hermano mayor ingeniero, fallecido en accidente. Puede ser un intento de llamar la atención de sus padres, mayores.



Dermatitis artefacta de las piernas (gentileza del Dr. L. Conde Salazar). Lesiones geométricas, triangulares.



Acné excoriado (gentileza de Ramon Grimalt). Mujer de 32 años. No todas las excoriaciones en la cara de chicos o chicas jóvenes corresponden a acné excoriado. Existen formas clínicas intermedias entre lesiones de acné que existían ya previamente y algunos de cuyos elementos acnéicos no manipulados resultan evidentes (y éstas son más frecuentes, si bien no exclusivas, en jóvenes), y las excoriaciones neuróticas de la cara en zonas donde suelen aparecer elementos de acné. Algunas pacientes inquietas pueden no tolerar, y por esto intentan eliminarlas, mínimas papulopústulas premenstruales por las que no se suele consultar.



Acné excoriado. En esta paciente no es el resultado de excoriaciones sino de estrujones en un intento de vaciar comedones y pápulas. Se siente impulsada a hacerlo. Mujer de 34 años. "Siempre ha tenido acné". Desde hace 6 meses, después de una separación matrimonial hace un año, a iniciativa de ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sneddon J, Sneddon I: Acne excoriée: a protective device. *Clin Exper Dermatol* 1983; 8, 65-8.
2. Koblenzer CS: Compulsive habits and obsessional concerns as they relate to the skin. In *Psychocutaneous disease*. Edit. Grune & Stratton. Orlando, 1987; páginas 138-139.
3. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann RK: Acné excoriée de jeunes filles. En *Dermatología*. Springer. Barcelona, 1995

Musalek advierte que no todos los pacientes que sufren de alteraciones clásicamente psicósomáticas como dermatitis atópica o acné excoriado presentan una constelación psicológica responsable de la aparición del trastorno.

18 TRICOTILOMANÍA

A. Rodríguez-Pichardo

CONCEPTO

La tricotilomanía es una alopecia traumática realizada por el propio paciente al tirar de sus cabellos o vellos con el fin de arrancarlos o partirlos; estos cabellos o vellos habitualmente son tirados, aunque excepcionalmente pueden ser ingeridos, dando lugar al tricobezoar¹.

Al igual que otras dermatosis de origen psíquico, el diagnóstico de tricotilomanía no implica que estos pacientes presentan una psicopatología asociada, ni que deban ser necesariamente tratados por el psiquiatra; en la actualidad se considera un trastorno del control de los impulsos (TCI), al igual que son la cleptomania, piromanía y el juego patológico.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*², en la edición de 1995, define a la tricotilomanía con los siguientes criterios:

- A) Arrancamiento del propio pelo de forma crónica que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.
- B) Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir a la práctica de ese comportamiento.
- C) Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- D) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad dermatológica).
- E) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La tricotilomanía ocupa un lugar importante en la dermatología desde sus comienzos históricos, siendo descrita en 1889 por Hallopeau³ como sigue: "...de

La "rinotilexiamanía" refiere el hábito compulsivo de tirarse de los pelos del septo nasal. Afecta a un 0,8% de los adultos de los EE.UU. (Jefferson y Thompson, 1995). Un paciente mío lo practicaba con pinzas, y también se arrancaba los pelos del conducto auditivo externo.



Tricotilomanía provocada por algún instrumento de corte (Dr. A. Rodríguez). Mujer de 48 años, deficiente mental. Después de que se repoblase con un vendaje oclusivo, sus familiares aceptaron consultar con un centro de psiquiatría.

una parte, prurito intenso de todas las partes velludas del cuerpo, y de otra, por una verdadera demencia que lleva a los enfermos no sólo a ras-carse con furor, sino, sobre todo, a arrancarse o a cortar los pelos casi desde su salida, resultando una alopecia artificial”. La palabra procede de *thrix* = pelo y *tillo* = tirar, el sufijo “manía” implicaría la presencia de importantes alteraciones psicopatológicas.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de esta afección no es bien conocida, aunque en algún grado puede considerarse que afecta el 4% de la población⁴. Las mujeres se afectan hasta cuatro veces más que los varones⁵. Se ha sugerido que existen diferencias dependiendo de que el comienzo sea precoz o tardío; el comienzo precoz, habitualmente alrededor de los 6 años, se distribuye por igual entre chicos y chicas, con un curso de varios meses y habitualmente con buena res-puesta a los tratamientos; el comienzo tardío, normalmente comienza a los 13 años, afecta más a mujeres que a varones. Este inicio se asocia a una ten-dencia a la cronicidad y una peor respuesta a los tratamientos.

CLÍNICA

Puede afectarse cualquier superficie pilosa, aunque las localizaciones más fre-cuentes son cuero cabelludo, cejas y pestañas; las zonas del cuero cabelludo más afec-tadas son las regiones anteriores y vértex. Cuando hay una sola placa de alopecia, ésta suele afectar a región frontoparietal o frontotemporal. Las pestañas del párpado infe-rior suelen estar respetadas, dato que ayuda a diferenciarla de la alopecia areata¹. La afectación del vello pubiano es poco frecuente. Las placas de alopecia tiene un aspecto artificial, los bordes son imprecisos, o bien, lineales, pudiendo adoptar diversas for-mas y tamaños. En el interior de las placas se observan pelos rotos de distintas longi-tudes, dato que caracteriza este tipo de alopecia. El cuero cabelludo tiene una apa-riencia normal, sin signos de eritema o atrofia, si bien, en algunos casos en los que se añade, pueden observarse signos de excoriación o liquenificación, o bien, eritema, edema e hiperpigmentación postinflamatoria. En raras ocasiones, la apariencia clínica no es de placas, sino que presenta un aspecto de alopecia difusa¹.

La forma más distintiva es la tricotilomanía tonsurante⁶, en la que queda res-petada una hilera de cabellos que bordean todo el perímetro del cuero cabelludo; esta forma es más frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes, y es superponible a la descrita por Saboureaud como tricoclasia idiopática⁷.

La tricotilomanía puede asociarse a tricofagia, onicofagia y automutilaciones cutáneas.

La complicación más grave e importante es el tricobezoar¹. Es una complicación infrecuente y se origina cuando el pelo arrancado es ingerido por el paciente. En el tricobezoar puede aparecer dolor abdominal y epigástrico, náuseas, vómitos y hematemesis, aunque puede que los únicos hallazgos pueden ser síntomas más leves, como anorexia, estreñimiento, diarrea y flatulencia. La clínica suele ser intermitente, coincidiendo con periodos de obstrucción parcial. El tratamiento quirúrgico es curativo y las recidivas son raras.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de tricotilomanía suele ser suficiente el aspecto clínico, aunque hay ocasiones, y sobre todo para convencer a la familia, en la que es preciso realizar una biopsia para estudio histológico. Una biopsia-punch de 4-5 mm de diámetro puede ser suficiente para confirmar o descartar una sospecha diagnóstica de tricotilomanía¹. En los cortes histológicos se descubre la presencia de pelos dañados y normales en la misma área, epidermis normal y no afectación de glándulas sebáceas. Mehregan⁸ destaca en la dermatopatología de esta afección: 1) Importantes daños traumáticos foliculares secundarios a la extracción de los cabellos; 2) Atrofia de los folículos pilosebáceos y su transformación en catagen. En 1995, Sperling y Lupton⁹ resumen los hallazgos histológicos, definitorios en la tricotilomanía:

1. Presencia de cabellos normales entre folículos vacíos en una dermis no inflamatoria.
2. Bulbos pilosos no traumatizados en el 21% de los casos.
3. La alopecia no se detecta en la histología, aunque a veces hay una disminución significativa de cabellos.
4. Aumento de cabellos en catagen, hasta un 74%, excepcional en otras patologías. No obstante, este alto porcentaje de cabellos en catagen no es patognomónico.
5. El número de cabellos en telogen puede estar aumentado, aunque este rasgo puede aparecer en distintas afecciones del cuero cabelludo.
6. Hiperplasia epidérmica y, a veces, tapones queratósicos.
7. Vainas peripilares pigmentadas en el 61% de los casos, siendo muy evidentes en los cabellos recién traccionados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que excluir otros síndromes caracterizados por alopecia localizada o difusa, pues la tricotilomanía puede imitar alopecia areta, alopecia androgenética, tinea capitis y enfermedades hereditarias de la queratinización, tales como monile-

Una parte de niñas y adolescentes con tricotilomanía se arrancan el pelo como compensación a que no consiguen sacarse de encima una madre opresiva. Razonamientos parecidos deben hacerse en las chicas con acné excoriado. Pueden ser madres con sentimientos ambivalentes hacia sus hijas. Por un lado, son exigentes, forzando en ellas la perfección que no consiguieron ellas mismas y, por otro lado, pueden ser sobreprotectoras, en un intento de brindarles las condescendencias que ellas en su infancia echaron en falta.

En visita dermatológica pueden descubrirse formas mínimas de tricotilomanía, no consultadas, no forzosamente localizadas en el cuero cabelludo, en adultos varones con conductas compulsivas. Pueden afeitarse, depilarse con pinzas o arrancarse pelos de zonas concretas (del vestíbulo nasal, de la parte externa del conducto auditivo externo, todo el vello genital, o de las areolas mamarias, por ejemplo). Este signo puede valorarse como “etiqueta psiquiátrica”, y sugiere una concomitante alteración psiquiátrica, que puede ser relevante o no con la dermatosis consultada. Suelen ser enfermos ya visitados por un psiquiatra, al que han acudido por otras molestias psiquiátricas extracutáneas.



Tricotilomanía (Dr. A. Rodríguez). Niño de 9 años. Zona del vértex del cuero cabelludo.

trix y pili torti. Las alopecias traumáticas por rascado excesivo en dermatitis atópica, dermatitis seborreica, no deben considerarse formas de tricotilomanía¹⁰. La alopecia con la que más problemas diagnósticos plantea es la alopecia areata; al menos un tercio de los niños con diagnóstico clínico de alopecia areata pueden sufrir tricotilomanía¹.

ASPECTOS PSÍQUICOS

Las implicaciones psiquiátricas de la tricotilomanía varían según el origen del estudio (dermatológico o psiquiátrico) y también del grupo estudiado (niños, adolescentes o adultos)¹.

La causa de la tricotilomanía es motivo de discusión. Explicaciones psicodinámicas sugieren que la enfermedad es una respuesta a pérdida o separación en la infancia. Las madres de los pacientes se caracterizan por ser hipercríticas o que rechazan, y los padres son pasivos y emocionalmente sin carácter. Puede considerarse un hábito de conducta tal como chuparse el pulgar o comerse las uñas. Son pacientes con altos niveles de ansiedad.

La tricotilomanía puede ser considerada como una búsqueda de satisfacciones neuróticas mediante el arrancamiento del pelo, principalmente en niños. En los adultos demostraría una alteración profunda por conflictos sexuales, girando alrededor de que el sexo es sucio y repugnante e, inconscientemente, intentan “desahacerse” de estos sentimientos arrancándose el pelo, haciéndose poco atractivos sexualmente¹¹.

Los dermatólogos en sus estudios^{5,8} dan poca importancia a los aspectos psíquicos de la tricotilomanía, considerándolos un simple hábito.

Mannino y Delgado¹² la consideran como el resultado de una privación emocional sufrida por el paciente en la relación con su madre en los primeros años de vida. Koblenzer¹³ es de la misma opinión, considerando que el núcleo principal del problema es la relación del niño con sus padres. Oranje¹⁴, en su serie de 21 niños con tricotilomanía, detectó alteraciones en la relación madre-hijo en 7 pacientes y alteraciones psiquiátricas en 4 de los 11 pacientes que fueron remitidos al psiquiatra.

La tricotilomanía, al igual que otros trastornos del control de los impulsos, se incluye en los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo¹⁵; unos consideran¹⁶ que la tricotilomanía es una variante de un trastorno obsesivo compulsivo; sin embargo, otros¹⁷ piensan que esta relación puede ser explicada porque tanto en la tricotilomanía como en los TOC existe un estado de gran ansiedad. Realmente, tanto los pacientes con tricotilomanía, como los que sufren de TOC presentan diversas semejan-

zas, como es la conducta recurrente, aunque en la tricotilomanía, además, aparecen conductas ritualizadas (tirar del pelo de una determinada zona, o bien, en determinadas ocasiones). Entre las diferencias que existen entre tricotilomanía y TOC, la primera no se asocia con obsesión¹⁸; también difiere en el estímulo para desencadenar la conducta repetitiva. Así en el TOC hay una finalidad para justificar su conducta y el paciente con tricotilomanía niega que exista la relación entre un estímulo externo y el hecho de tirarse del pelo¹⁹. O sea, que no está aún tan claro la ubicación nosológica de la tricotilomanía entre los TOC; para más diferencia, Simeon²⁰ refiere que el 54% de sus pacientes con tricotilomanía se definen como que sufren de “conducta autodestructiva”, situación que no es asumida por los pacientes con TOC.

Concepciones organicistas de la psiquiatría han detectado anomalías en el neocórtex, al comparar pacientes con tricotilomanía con controles, mediante resonancia nuclear magnética tridimensional²¹, aunque otros estudios realizados entre pacientes con tricotilomanía, otros con TOC y controles, no encontraron ninguna alteración²².

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Tanto los pacientes como sus familiares no admiten la naturaleza autoprovocada de la alopecia. Una biopsia de cuero cabelludo sirve para ayudar a persuadir a los padres de la verdadera naturaleza del problema del niño, y de esta forma colaborar en su resolución¹. Ocasionalmente, los padres pueden admitir que habían sospechado del origen autoprovocado de la enfermedad. También algunos pacientes aceptan que se manipulan los cabellos; sin embargo, otros discuten con el médico y no aceptan su participación, aunque, una vez confrontados con la evidencia (habitualmente, la biopsia), sí aceptan su responsabilidad en la ejecución del cuadro, dato que los diferencia del paciente con dermatitis artefacta.

TRATAMIENTO

Algunas veces es suficiente para desterrar el hábito la discusión franca del problema, bien con los padres o con el niño²³. Es importante explicar que la repoblación puede retrasarse y que la caída puede aumentar en los próximos meses, debido al efluvio telogénico. Estas explicaciones tienen la misión de disminuir la ansiedad del paciente y de su familia, que observan cómo el cabello no crece a pesar de haber cesado el hábito.

En niños mayores o adultos, estas indicaciones no son suficientes, y se han ensayado diversas estrategias⁵ como: dejar crecer las uñas, o bien, cortarlas excesivamente, usar guantes para dormir, poner vaselina o aceite en el cabello, o auto-compensarse, o autocastigarse si persiste la conducta.

Onicofagia: el 50% de los niños de menos de 2 años y el 45% de los adolescentes la presentan (G.Guillet y B.Bassolas). El pronóstico de las onicofagias simples (una o varias uñas afectas) es bueno, puesto que sólo el 5% de ellas suponen problemas psicoemocionales profundos. Estos autores de Brest consideran tres grados de intensidad. El primero es un efecto de concentración, y constituye la mayoría de los casos de onicofagia. El segundo grado es debido a una sociopatía ansiosa y traduce un repliegue sobre sí mismo. El tercero está próximo al rechazo de sí mismo y a la patomimia.



Tricotilomanía. Hija segunda, de 11 años, de una enfermera, consciente de la naturaleza psiquiátrica del trastorno. La niña también acepta que se lo rompe. Hermana mayor de 19 años. Hace 3 años, muerte de un hermano de 3 meses. Desde entonces, la madre, "nerviosa", quizá trate a la niña con excesivo rigor. Buenas notas en el colegio, perfeccionista. La madre acepta que necesitan un psiquiatra las dos.

En casos graves, extensos, recidivantes y de comienzo tardío, lo que se impone es la derivación al psiquiatra para una evaluación psicopatológica.

La mayoría de los estudios con psicofármacos se sustentan en pocos casos, y en la mayoría de ellos son puramente anecdóticos. Sólo cinco tratamientos controlados se han realizado¹⁵; otros no deben ser tenidos en cuenta, ya que no son estudios controlados o bien casos anecdóticos. Swedo²⁴ publica el primer estudio comparando clomipramina y disipramina, siendo la clomopramina superior en la capacidad para reducir el hábito de tirarse del cabello. En otro estudio²⁵ comparando clomopramina, fluoxetina y placebo, ambas fueron igual de eficaces. Aunque en otros estudios la fluoxetina ha tenido la misma eficacia que el placebo^{26,27}. Sin embargo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) presentan menos efectos indeseables que un antidepresivo tricíclico como la clomipramina. Diversos ISRS han mejorado el cuadro, como: fluoxetina²⁸, paroxetina²⁹, sertalina³⁰, citalopran³¹ y fluvoxamina³². Un antidepresivo como la venlafaxina³³ parece actuar con gran eficacia, al igual que algún neuroléptico, bien solo o añadido a un IRS¹⁵.

Tópicamente se han usado diversos medicamentos: analgésicos como la capsaicina, antiinflamatorios esteroideos o antibióticos, en conjunción con terapia conductista y resultados variables¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho F, Rodríguez-Pichardo A: Alopecias por injurias externas al cuero cabelludo. Tricotilomanía. En: F Camacho y W Motagna (eds.). *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo*. Madrid. Grupo Aula Médica, 1996; 463-474.
2. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition (DSM-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Masson. Barcelona, 1995.
3. Hallopeau H: Alopécie pour grattage (trichomanie ou trichotillomanie). *Ann Dermatol Syphil* 1889; 10:440-441.
4. Burt V K: Impulse-control disorders not elsewhere classified. En: Kaplan HI y Sadock BJ (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995; 1409-1414.
5. Muller S A: Trichotillomania. *Dermatol Clin* 1987; 5:595-601.
6. Sanderson KV, Hall-Smith P: Tonsure trichotillomania. *Br J Dermatol* 1970; 82: 343-350
7. Sabouraud R: Trichoclasie idiopathique. En: Darier y cols (ed.). *Nouvelle Pratique dermatologique*. Masson. París, 1936; 119.
8. Mehregan AH: Trichotillomania: A clinicopathologie study. *Arch Dermatol* 1970; 102:129-133.
9. Sperling LC, Lupton GH: Histopathology of non-scarring alopecia. *J Cut Pathol* 1995; 22:97-114.
10. Whiting DA: The diagnosis of alopecia. Kalamazoo. Current concepts. Upjohn Co. 1990
11. Zaidens SH: Self-inflicted dermatoses and their psychodynamics. *J Nerv Ment Dis* 11951; 113:395-404.

12. Mannino FV, Delgado RA: Trichotillomania in children. A Review. *Amer J Psychiat* 1969; 126:505-511.
13. Koblenzer CS: Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol* 1983; 11:501-512.
14. Oranje AP, PeereboomWynia JDR, De Raeymaecker DMJ: Trichotillomania in childhood. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15:614-619.
15. Keuthen N J, O'Sullivan R L, Sprich-Buckminster S: Trichotillomania: Current issues in conceptualisation and treatment. *Psychother Psychosom* 1998; 67:202-213.
16. Tynes LI, White K, Steketee GS: Toward a new nosology of obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1990; 31:465-480.
17. Stanley MA, Borden JW, Bell GE, Wagner AL: Nonclinical hair pulling: Phenomenology and related psychopathology. *J Anxiety Disord* 1994; 8:119-130.
18. Stanley MA, Prather RC, Wagner AL, Davis ML, Swann AC: Can the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale be used to assess trichotillomania?. A preliminary report. *Behav Res Ther* 1993; 31:171-177.
19. Christenson G A, Mackenzie TB, Mitchell JE: Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991; 148:365-370.
20. Simeon D, Cohen LJ, Stein DJ: Comorbid self-injurious behaviors in 71 female hair-pullers: A survey study. *J Nerv Ment Dis* 1997; 85:117-119.
21. Grachev ID: MRI- based morphometric topographic parcellation of human neocortex in trichotillomania. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 51:315-321.
22. Jenike MA, Breiter HC, Baer l y cols.: Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:828-833.
23. Muller SA, Winkelman RK: Trichotillomania. A clinicopathologic study of 24 cases. *Arch Dermatol* 1970; 102:129-133.
24. Swedo S E, Leonard HL, Rapoport JL y cols.: A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med* 1989; 321:497-501.
25. Pigott TA, L'Heuex F, Grady TA y cols.: Controlled comparison of clomipramine and fluoxetine in trichotillomania. (abstracts of panels and posters, 157) 31st Annu Meet Am Coll Neuropsychopharmacol. San Juan, 1992.
26. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, Callies AL: A placebo-controlled, double-blind. Crossover study of fluoxetine for trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1566-1571.
27. Srechenwein SM; Thornby JI: A long-term, double-blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1995; 1152:1192-1196.
28. Koran LM, Ringold A, Hewlett W: Fluoxetine for trichotillomania: An open clinical trial. *Psychopharmacol Bull* 1992; 28:145-149.
29. Reid TL. Treatment for resistant trichotillomania with paroxetine (letter). *Am J Psychiatry* 1994; 151:290.
30. Bradford JMW, Gratzner TG: A treatment for impulse control disorders and paraphilia: A case report. *Can J Psychiatry* 1995; 40:4-5.
31. Stein DJ, Bouwer C, Maud CM: Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in treatment of trichotillomania. *Arch Psychiatry Clin neurosci* 1997; 247:234-236.
32. Christenson GA, Crow SJ: The characterization and treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl 8): 42-49.
33. Ninan TP, Knight B, Johns B y cols.: Trichotillomania: A controlled trial of venlafaxine (abstracts, posters, and presentation, 637). 37th Annu Meet NCDEU. Boca Raton, 1997.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y SEBORREICA

K. M. Taube

DERMATITIS ATÓPICA

Introducción

“Atopia” es un término descriptivo que significa “enfermedad extraña”. Dentro de la atopia (del griego *a-topos*: en lugar equivocado) se incluye la propensión a determinados trastornos alérgicos, como la dermatitis atópica, el asma bronquial alérgica extrínseca y las reacciones alérgicas al polen, como la fiebre del heno, la conjuntivitis y la rinitis (Coca y Cooke, 1923).

Aunque se conocen bastante bien los mecanismos patogénicos de las neumopatías alérgicas, siguen existiendo dudas acerca del papel que desempeñan las reacciones alérgicas en la fisiopatología de la dermatitis atópica. La confusión queda patente cuando se revisan los distintos nombres que ha recibido esta alteración cutánea, como dermatopatía atópica, eccema atópico, prurigo de Besnier (Besnier, 1831-1909), prurigo diatéxico, neurodermitis constitucional (Brocq, 1856-1928) o eccema endógeno¹³. Yo voy a utilizar el término dermatitis atópica.

Definición

Sin embargo, primero tenemos que definir el término atopia. Muchos piensan que atopia equivale a aumento de la síntesis de IgE, una suposición claramente incorrecta si pensamos en muchas otras enfermedades, como las parasitosis, las neoplasias malignas de células T o las reacciones de injerto contra huésped. Tenemos que definir la atopia como una hipersensibilidad familiar de la piel y las mucosas a determinados agentes ambientales, que se acompaña de un aumento de la producción de IgE o una alteración de la reactividad^{2, 13}.

Presentación

La atopia suele manifestarse clínicamente en forma de asma bronquial alérgica, rinitis alérgica o eccema atópico. Estos trastornos pueden aparecer simultáneamente

En todo caso de eccema o de dishidrosis en los que estemos habituados a recetar antihistamínicos convencionales con efecto más o menos sedante, éstos resultan innecesarios cuando como resultado de un interrogatorio psicológico-psiquiátrico recetemos ansiolíticos al paciente.

Al enfermo atópico y fumador le entrego un impreso con explicaciones del porqué fumar le provoca más daño a él que a los fumadores no atópicos. Me consta que algunos han dejado de fumar gracias a esta hoja. Pero cuando, además de atopia, descubro en él un estado depresivo enmascarado, me abstengo de hacerlo. Porque el intento de abandono de una adicción (como también sucede con la del alcohol) es depresógeno.

amente o desarrollarse sucesivamente. La lactancia suele caracterizarse por las lesiones de eccema atópico (costra láctea), mientras que en el periodo infantil posterior y el comienzo de la adolescencia predomina la alergia al polen, y en el periodo adulto, el eccema atópico, la fiebre del heno o el asma bronquial alérgica:

Lactancia	Eccema
Infancia	Asma
Adolescencia	Fiebre del heno

En la mayoría de los países occidentales, la experiencia clínica nos ha demostrado desde hace algún tiempo que está aumentando la incidencia del asma, la fiebre del heno y el eccema. Aunque el 25-30% de una población puede ser genéticamente atópica, la prevalencia de un trastorno determinado dependerá del grado de exposición a los alérgenos ambientales. El eccema atópico es una enfermedad muy corriente que afecta al 5-15% de los escolares y al 2-10% de los adultos. Los pacientes con dermatopatías atópicas representan, aproximadamente, el 15% de todos los pacientes de dermatología y cerca del 30% de las consultas dermatológicas de medicina general. La dermatitis atópica puede manifestarse en el periodo neonatal, a menudo, incluso, a los 2-3 meses de vida. Por supuesto, también puede aparecer durante la infancia. Es poco frecuente que se manifieste por primera vez en la adolescencia, pero también sucede. Aproximadamente, el 50% de los lactantes con dermatitis atópica desarrollan posteriormente asma y fiebre del heno³.

Herencia

Aunque la atopia muestra una clara tendencia familiar, desconocemos la forma exacta de herencia. Los padres sin atopia no suelen tener hijos atópicos. En las familias extensas se puede ver que la atopia se transmite verticalmente de una generación a la siguiente. Se ha observado que los matrimonios en los que uno de los cónyuges sufre atopia, aproximadamente la mitad de los hijos se ven afectados, y cuando ambos progenitores sufren atopia, la transmiten aproximadamente a dos terceras partes de su descendencia. Estas cifras concuerdan con una herencia autosómica dominante, pero como el 10% de los niños afectados no tienen ningún progenitor atópico, la penetración es incompleta. Las investigaciones en curso sugieren la existencia de un gen relevante en el cromosoma 11³.



Eccema atópico. Costra láctea. Niña de 5 meses. Ostensibles excoriaciones por rascado.

Patogenia

Como cualquier otro proceso biológico, la atopia no es una respuesta de todo o nada. Existen manifestaciones marginales

difíciles de clasificar. Nos sentimos tentados a hablar de una atopia latente o de un cierto grado de atopidad, y se podría pensar que los trastornos atópicos siguen una distribución gaussiana. Los conceptos etiofisiopatológicos citados con mayor frecuencia en relación con la dermatitis atópica son: las influencias genéticas, la sequedad de piel, las disfunciones inmunológicas (inmunodeficiencia celular), el aumento de la síntesis de IgE, las interacciones psicosomáticas y los desequilibrios del sistema nervioso autónomo.

La patogenia multifactorial de la dermatitis atópica depende de la interrelación entre un factor exógeno y un factor individual endógeno o entre el entorno y la diátesis atópica ⁶:

Tabla I

Etiopatogenia multifactorial de la dermatitis atópica		
Prevalencia	Sustancias	Alteraciones inmunitarias
20-30%	Alergenos aéreos, como el polen, pelos de animales.	Linfocitos TH1/TH2.
20-30%	Alergenos nutricionales e intolerancia.	Linfocitos TH1/TH2, histamina, basófilos.
20-30%	Dermatitis irritativa, por ejemplo, por agua, sustancias químicas, infecciones.	Resistencia cutánea, metabolitos del ácido araquidónico.
20-30%	Inflamación neurógena, estrés psicosocial.	Neuropéptidos neurotrofinas, psiconeuroinmunología.

Sabemos que la dermatitis atópica puede asociarse a otros trastornos como la ictiosis vulgar, el vitíligo o anomalías oculares (por ejemplo, catarata atópica).

Obviamente, el diagnóstico de dermatitis atópica no representa un trastorno homogéneo, sino que se pueden diferenciar de acuerdo con diferentes evoluciones sintomáticas distintos patrones genéticos y múltiples factores desencadenantes, como la alergia a los ácaros del polvo, el polen, los alimentos, el pelo de los animales, factores climáticos y endocrinos, irritaciones producidas por la ropa o por sustancias químicas, y factores psicológicos en el sentido de una inflamación neurógena.

Factores psicológicos

Los alergenos, las sustancias irritantes, el clima y determinados factores laborales contribuyen a exacerbar la dermatitis atópica. También se acepta la influencia de

Descartes sentenció “Pienso, luego existo”. Bernhard (1985, 1994) llamó la atención sobre la tendencia humana a rascarse al tratar de pensar. Surge la pregunta: “¿Acaso nos pica pensar?” y cambia la máxima de Descartes a “Pienso, luego me rasco. Me rasco, luego existo”. Los atópicos manifiestan que se rascan más bajo ciertas circunstancias (C. Bridgett, 2001).



Eccema atópico. Niño de 3 meses, primer hijo de una madre que pregunta si puede ser psoriasis, que afecta a su suegra y a varios miembros de la familia del padre. Le contesto afirmativamente, que en el niño coexisten psoriasis y eccema. Le prescribo tratamiento con corticoide y pasta Lassar con breva destilada de hulla. Regresa a los 3 días, tira el niño a la camilla, quejándose de que la pasta huele mal. Por dos veces tengo que instarle a que lo desnude ella misma. Desde luego no acepta la piel de su hijo.

M. Agustín y cols. han publicado (*Dermatology & Psychosomatics*, 2000;1:12-17) que, clínicamente, los enfermos con dermatitis atópica tienen unos valores de calidad de vida más reducidos que los afectados de psoriasis, urticaria y otras dermatosis. Para ello se han valido del *Interrogatorio de Freiburg para la valoración de la calidad de vida*.

los factores psicológicos en el agravamiento y la perpetuación de este trastorno. Resulta muy sorprendente que muchas personas interesadas por esta enfermedad han sospechado que existe alguna conexión entre la psique y algunas dermatitis atópicas. Durante la consulta, los pacientes suelen preguntar si podría tener un origen psicológico⁴. No obstante, existen distintas opiniones acerca de la relación causal entre factores psicológicos como el estrés y la dermatitis atópica. Hasta hace poco tiempo, los conceptos psicológicos predominaban en la literatura dedicada a los factores psicológicos relacionados con el desarrollo, la evolución y el tratamiento de las dermatopatías crónicas, como la dermatitis atópica. Desde un punto de vista somatopsicológico, se considera que problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión son más un resultado que la causa de los trastornos cutáneos. Para el paciente, la dermatitis atópica constituye un factor estresante crónico que no sólo implica molestias e inconvenientes físicos, sino también consecuencias en su vida personal y social y su actividad cotidiana. En nuestra cultura, en la que claramente se sobrevalora una piel lisa y perfecta, la visión de una piel que se considera sucia y desfigurada suele provocar proble-

mas con consecuencias psicológicas trascendentales. La estigmatización es una importante consecuencia psicológica de la dermatitis atópica⁹. La visión de la piel desfigurada provoca reacciones en las demás personas, como miradas, preguntas o comentarios. En la literatura sobre las consecuencias psicosociales de las dermatopatías crónicas como la dermatitis atópica se habla claramente del rechazo social, las limitaciones sociales y la evitación social, que se suman a otros factores estresantes en la vida del paciente. Todos los factores estresantes, relacionados con la dermatopatía o con acontecimientos mayores o menores de la vida del paciente, pueden ser considerados como una amenaza o una pérdida¹⁰. El círculo vicioso del prurito y el rascado provoca inquietud en el niño y le quita el sueño a toda la familia. La evolución crónica de esta enfermedad constituye una carga muy especial para los niños y sus cuidadores, y puede influir en toda la familia. Por ejemplo, se publican numerosos casos de separación de los padres, aunque no se analicen adecuadamente las razones. Sin embargo, existen pruebas que indican que el estrés familiar puede, incluso, agravar la intensidad de los síntomas de la dermatitis atópica¹⁷. Pero aunque se han publicado algunos estudios en los que se investigan las repercusiones psicosociales de la dermatitis atópica, son pocos los dedicados a valorar el impacto que tiene la dermatitis atópica de los niños sobre la calidad de vida de sus padres. En un estudio comparativo de familias con niños con dermatitis atópica y con niños diabéticos se comprobó que la dermatitis atópica moderada o grave repercute más en la valoración familiar que la diabetes mellitus. En otro estudio se afirmaba que las madres de niños con dermatitis atópica eran más pesimistas, depresivas o sobreprotectoras que las de

niños sanos. Las madres de niños con dermatitis atópica aseguraban que sus hijos tenían un comportamiento emocional negativo con mayor frecuencia que las madres de niños sanos. No obstante, el tratamiento eficaz de los niños con dermatitis atópica depende del modo en que los padres afronten la enfermedad. Un psicólogo me aseguraba: “Yo sólo trato a los padres, y la dermatitis atópica de sus hijos mejora”. Los sentimientos de desesperanza, los trastornos emocionales y el agotamiento pueden hacer fracasar el tratamiento de la enfermedad. Staab y cols. demostraron que la calidad de vida de los padres que tienen un hijo con dermatitis atópica es muy inferior a la de los controles sanos. Las madres sufren con la enfermedad más que los padres. La severidad del eccema y el tiempo dedicado al tratamiento explican sólo en parte el deterioro de la calidad de vida, que depende más de la forma en que se afronta la situación. Esto sugiere la necesidad de crear programas educativos para el paciente y sus familiares, que puedan enseñar a los padres la mejor forma de tratar y de adaptarse a la enfermedad de su hijo^{5, 17}.

Los factores psicológicos suelen ser también importantes para los niños mayores, los adolescentes y los adultos. El estrés y otros factores psicológicos pueden actuar a través del sistema adenilciclase-AMPC. Los pacientes con dermatitis atópica suelen ser de tipo asténico, tienen una inteligencia superior a la media, son egoístas, inseguros y sufren conflictos maternofiliales, frustración, agresividad o estados de ansiedad reprimida. Aunque siempre se plantea la duda de cuál es el factor primario y cuál el secundario, las lesiones cutáneas muy pruriginosas pueden alterar la personalidad e influir especialmente en el desarrollo y el progreso de los niños en edad escolar.



Blefaritis atópica. Bilateral, más intenso en el lado derecho. Mujer de 38 años. Recuerda episodios parecidos, ocurridos en el curso de los dos meses que siguen a un resfriado y cada vez coincidiendo con una época de estrés. Esta vez, con leucosis de su hija. “Lleva un tiempo hecha un desastre”. Rinitis, conjuntivitis, abundante lacrimo, asma productivo.

En la literatura aparecen repetidamente dos rasgos destacados: las alteraciones en las relaciones maternofiliales, y las dificultades para manejar la agresividad².

A primera vista, las madres de niños ecematosos parecían ansiosas y excesivamente preocupadas por sus hijos, a los que consideraban frágiles y vulnerables, y manifestaban un miedo irracional a hacerles daño. Al estudiarlas se pudo confirmar que esta actitud era una defensa contra una hostilidad inconsciente y profunda, que les impedía relacionarse normalmente. Las madres no sólo exponían a veces a sus hijos a situaciones realmente peligrosas, sino que también tenían manipularles, tocarles o cuidarles, de modo que esos niños que tenían mayores necesidades inherentes que los niños normales se



Eccema atópico. Niño de 7 años (cortesía de la Dra. Teresa Estrach). Algunos niños atópicos constituyen visitas esforzadas que abren y cierran cajones, saltan sobre la báscula, encienden y apagan lámparas, tocan el microscopio, frente a una madre, cansada de aguantarle.

Ante un niño con eccema atópico, el dermatólogo tendría que dispensar la suficiente atención a la dermatitis, pero fijarse mucho más en la actitud de la madre al presentarla. Si esto se tiene presente, es fácil reconocer a las madres que aceptan y a las que rechazan el eccema y la psicología asociada a esta constitución. La primera necesita sólo advertencias de tipo dermatológico, la segunda, empatía, consuelo, alabanzas, eufemismos y mucha mano izquierda.

En los individuos atópicos se ha descrito una personalidad especial (Sylvie Consoli), caracterizada por avidez afectiva y dependencia a los miembros de su entorno, y a la vez un deseo de protección y una actitud posesiva y cautivadora. Los enfermos atópicos montan en cólera con mucha mayor facilidad si se comparan con pacientes con otras dermatosis. Son más ansiosos y menos seguros de sí mismos. En ellos, las crisis de pánico son más frecuentes que en la población normal.

veían privados sistemáticamente de un contacto cutáneo esencial. Dado que ellas mismas eran muy inmaduras, estas madres apenas eran capaces de controlar o compensar su ansiedad inconsciente, y transmitían a sus hijos señales emocionales inconstantes y a menudo caóticas¹⁰.

La inconstancia afectiva crea un entorno en el que es difícil descargar la energía emocional. Es responsabilidad de la madre dominar su propia agresividad para permitir al niño conocer los límites y llegar a dominar la suya propia. En cuanto a la recepción de señales confusas, es muy difícil que el niño se arriesgue a expresar directamente la ira y la frustración que siente ante una madre que no sintoniza con sus necesidades, y debe suprimir sus intensas emociones^{10, 12}.

Síntomas

Las secuelas que sufre un paciente como resultado de esta relación anómala son, por ejemplo, una intensa ansiedad, la supresión de las emociones, la agresividad y los sentimientos sensuales y afectivos. Cualquier situación puede inducir al rascado y, por consiguiente, a la exacerbación. Del mismo modo, el paciente puede usar el contacto cutáneo en forma de frotamiento, fricción o excoiación para definir los límites y confirmar su imagen corporal y su imagen del yo, cuando está alterado el sentido profundo de estas estructuras. Por las razones relacionadas con el desarrollo que ya hemos citado, los pacientes atópicos suelen tener muy poca autoestima, y ésta se ve aún más mermada por la dermatosis visible y desfigurante. Cada uno de nosotros asigna un valor distinto y otorga un significado profundo diferente a las diversas partes del cuerpo. Para la mayoría de la gente, la cabeza y la cara tienen el mayor significado intrínseco, seguidas de cerca por los genitales. Se ha sugerido que los pacientes que sufren mayores alteraciones emocionales con el estrés se rascan fundamentalmente aquellas zonas que más valoran¹⁰.

El prurito es el síntoma dominante de la dermatitis atópica y la causa de excoiaciones y liquenificación secundarias. La dermatitis sería mucho más tolerable si se pudiera suprimir el picor. A pesar de su predominio en esta enfermedad tan frecuente, es muy poco lo que sabemos acerca del prurito de la dermatitis atópica⁷.

Para cumplir sus funciones como órgano protector, la piel dispone de una red de receptores y nervios sensitivos que pueden discriminar entre el tacto, la presión, el calor, el frío, el dolor y el picor. Los dos últimos son fenómenos desagradables provocados por estímulos nocivos y, debido a ello, reciben el nombre de “nociceptivos”, e inducen reflejos defensivos opuestos. El dolor provoca una retirada de un



Eccema numular. Varón de 43 años, político local. Ha consultado previamente por eccemas numulares de otras localizaciones, cada vez coincidiendo con épocas de estrés. Últimamente las cosas no van bien a su partido. Hace unos 20 días le fue rechazada una moción de censura que había presentado al Gobierno municipal.

posible estímulo dañino, mientras que el prurito produce un vivo deseo de rascarse. El objetivo evidente del rascado consiste en eliminar de la piel posibles agentes nocivos, como pelos punzantes, productos químicos destructivos o insectos que producen picaduras. En estos casos, la reacción de rascarse ante un picor es un reflejo lógico y explica por qué esta función sensitiva ha sobrevivido a lo largo de la evolución. Por otra parte, el picor patológico que aparece en muchas dermatopatías y trastornos internos no tiene ningún sentido aparente. En estos casos, el rascado irrita aún más la piel, produciendo más prurito e iniciando un círculo vicioso de picor-rascado. Un buen ejemplo de ello es el de la dermatitis atópica, en la que el rascado influye considerablemente en la formación de las lesiones cutáneas. Las personas que no han sufrido un picor pueden ser incapaces de comprender que un prurito persistente y generalizado pueda ser más discapacitante que un dolor intenso; incluso, ha llevado a algunos pacientes a suicidarse⁷. Conocemos los mediadores periféricos (como la histamina, las endopeptidasas, las cininas, los eicosanoides, la serotonina, los neuropéptidos, las linfocinas) y centrales (como la morfina) del prurito. En la fisiopatología del picor de la dermatitis atópica intervienen sustancias como la histamina o las linfocinas, pero también influyen la sequedad de la piel y factores psicógenos, como el estrés emocional.

Manifestaciones clínicas

La dermatitis atópica es el trastorno eccematoso más frecuente y mejor conocido; produce un prurito muy intenso, lesiones eccematosas y papulovesiculosas con formación de costras, nódulos y pápulas pruriginosas, y liquenificación. Las lesiones se distribuyen fundamentalmente por la cara y las superficies de flexión de codos y rodillas. Hanifin resumió sus características diagnósticas para ayudar al médico en la práctica clínica (tabla II)⁸:

La sequedad de la piel atópica es un signo cardinal, y representa un eccema subclínico.

Ignoramos por qué la enfermedad puede comenzar incluso en el periodo neonatal y tiene una evolución tan diferente entre unos casos y otros. Generalmente, la dermatitis atópica de la lactancia se caracteriza por un eccema exudativo, mientras que en etapas posteriores predominan en el cuadro clínico la inflamación progresiva y la exoriación y el aumento de grosor de la piel.

Aunque la forma de presentación de la dermatitis atópica varía con la edad, el rascado y la fricción de la piel producen unas características invariables y comunes (tabla III).

Las zonas más afectadas en los lactantes son las mejillas, la frente, el occipucio y las convexidades externas de la parte superior de los brazos. Hacia los 4 años de edad, la enfermedad suele afectar a las zonas de flexión de las extremidades,

El dermatólogo perceptivo tendría que aprender a reconocer a la madre de un niño con eccema atópico que, en una visita de urgencia a los dos días de la primera consulta, advierte: “Dijo usted que esto venía del asma de mi madre, pero he averiguado que el abuelo de mi marido falleció de asma”. En algunos casos es fácil percibir, en la consulta de una madre joven, lo que se ha llamado “solicitud ansiosa”, en la cual se tiene la impresión de que la madre se inhibe del eccema de su hijo. Consulta una y otra vez, con pocos días de intervalo, incapaz de soportar un empeoramiento o una recidiva. Se pueden usar muchas expresiones suaves y eufemísticas que se podrían resumir en: “El niño, señora, necesita mi crema, pero aún más que el ambiente de su casa sea relajado y acogedor”.

En algunos enfermos con eccema atópico resultan muy evidentes (Sylvie Consoli) brotes de eccema que aparecen al día siguiente de un estrés, así como sentimientos depresivos al día siguiente de un nuevo brote. Estudios controlados han permitido demostrar que ejercicios de autoentrenamiento en técnicas de relajación, así como la psicoterapia cognitiva y de comportamiento han logrado reducir la cantidad de corticoides aplicados.

Tabla II

Lista abreviada de las características de Hanifin para el diagnóstico de la dermatitis atópica

Características fundamentales (deben aparecer cuatro):

- Prurito.
- Edad temprana de comienzo.
- Morfología y distribución típicas: liquenificación de pliegues y linealidad en adultos.
 - Afectación de la cara y las superficies extensoras durante la lactancia y la infancia.
- Dermatitis crónica o crónicamente recidivante.
- Antecedentes personales o familiares de atopia (asma, rinoconjuntivitis alérgica, dermatitis atópica).

Características menores o menos específicas:

- Xerosis.
- Ictiosis/hiperlinealidad palmar/queratosis pilar.
- Respuesta inmediata de tipo I a las pruebas cutáneas.
- Dermatitis de manos/pies.
- Queilitis.
- Eccema de los pezones.
- Propensión a las infecciones cutáneas (especialmente, por *Staphylococcus aureus* y *Herpes simples*).
- Acentuación perifolicular.

con exudado y sangrado característicos en la piel excoriada y liquenificada. Si la dermatitis atópica persiste en la adolescencia y la vida adulta, puede migrar de las zonas de flexión a las superficies de las extremidades y también al tronco, el cuello, la cara, el cuero cabelludo, las manos y los pies. El síntoma principal es un prurito muy intenso, que puede aparecer episódicamente o de modo persistente en las zonas eccematosas³.



Eccema numular infectado de la pierna. Varón de 48 años. Una mutua de accidentes de trabajo solicita mi opinión sobre el posible origen profesional de la lesión. Barrendero municipal. El interrogatorio permite conocer un estado de ansiedad. Se muestra muy quejoso de la competencia de los compañeros inmigrantes jóvenes.

Tratamiento

Existen muchos tipos de tratamientos posibles, y la elección dependerá del cuadro clínico, las influencias multifactoriales y las circunstancias de cada caso. Durante el periodo neonatal, la enfermedad extendida con lesiones exudativas-eccematoides obliga a hospitalizar a los pacientes. En niños, adolescentes y adultos, el ingreso se puede limitar normalmente a un periodo muy breve (1-2 semanas). El reposo en casa puede ser muy beneficioso.

Tabla III

Variabilidad de las manifestaciones clínicas a distintas edades	
Edad	Zonas habituales de dermatitis atópica
Lactancia	Mejillas, frente, occipucio, parte alta de los brazos.
Infancia	Párpados, lóbulos de las orejas, muñecas, tobillos.
Adolescencia	Superficies de flexión de las extremidades.
Edad adulta	Las superficies accesibles muestran signos de liquenificación.

Tratamiento sistémico: para combatir las infecciones bacterianas secundarias más graves hay que administrar antibióticos. Para las infecciones víricas secundarias agudas se deben usar gammaglobulinas y viroestáticos, como el aciclovir. Para combatir el prurito más molesto se pueden aplicar diferentes tipos de antihistamínicos. Los glucocorticosteroides a dosis medianas deben utilizarse únicamente en los procesos extendidos o las exacerbaciones agudas, y sólo durante 2-4 semanas. En tales casos se han obtenido resultados satisfactorios combinando este tratamiento con antihistamínicos.

Tratamiento tópico: debe incluir la limpieza de la piel con limpiadores no alcalinos, como detergentes de pH ácido. El tipo de tratamiento local dependerá de la morfología de las lesiones cutáneas y las complicaciones. Es preferible usar bases oleosas o semioleosas (cremas, pomadas). El tratamiento antiinflamatorio con glucocorticosteroides ha dado buenos resultados.

Influencias psicosociales

Los estudios realizados sobre la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica demuestran que el deterioro de la misma (medido con cuestionarios generales) no sólo es mayor que en otras dermatopatías, sino también supera al de otros procesos crónicos graves, como las enfermedades oncológicas⁶.

Diferentes estudios y observaciones clínicas recientes indican que el estrés puede modificar la respuesta inmunitaria. El estrés durante el periodo natal, como el producido por la prematuridad, los partos complicados y la anestesia general en los lactantes, puede acompañarse del desarrollo posterior de alergias respiratorias. Parece que, durante este periodo de la lactancia, el individuo es especialmente vulnerable a la sensibilización. Es importante identificar a los individuos con mayor propensión a los procesos alérgicos, ya que parecen ser los que más sufren las diferentes influencias ambientales.

Algunas madres de niños atópicos y algunos atópicos adultos pueden tranquilizarse con las gráficas explicaciones que Ph. Humbert proporciona a sus atópicos: "El estrés actúa sobre las enfermedades como el viento lo hace sobre las brasas" (pero el viento no prendió el primer fuego). Este autor de Besançon advierte de que hay que evitar aumentar la congoja y el sentimiento de culpabilidad si se le dice al paciente que su mal deriva del estrés o de un malestar psíquico.

En la técnica de inversión de hábitos se consiguen buenos resultados (junto con el tratamiento tópico habitual) enseñando a pacientes adultos y a niños mayores de cinco años a ejercer alguna actividad mientras sientan la necesidad de rascarse, tal como apretar los puños y contar hasta treinta, o pulsar continuamente un contador manual portátil (C. Bridgett, 2001).

Consulta dermatológica y seguimiento del tratamiento

La consulta con el dermatólogo es el punto focal del tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica, aunque la consulta de un niño con dermatitis atópica no se parece a ninguna otra. Los niños con dermatitis atópica suelen mostrar una conducta hiperkinética, que no suele observarse en otros trastornos dermatológicos. En muchos casos, tan importante es tratar a los padres (y, en particular, a la madre) como al propio paciente.

Debemos identificar aquellos factores que puedan influir en la relación médico-paciente en dermatología general. También se suele decir que el médico es “alguien que extiende recetas” y que no identifica o acepta los muchos otros problemas médicos, sociales y psicológicos. De hecho, la creación de sociedades de autoayuda (por ejemplo, para el eccema) puede ser una reacción de aquellos que sufren la incompreensión de los médicos en relación con la enfermedad y los problemas que genera. Los pacientes con dermatitis atópica plantean problemas muy especiales al dermatólogo, y no siempre es adecuado adoptar una postura mecánica y limitarse a prescribir pomadas, cremas y otras medidas como antihistamínicos orales. Normalmente, el diagnóstico de la dermatitis atópica no plantea ninguna duda. Sin embargo, esto es sólo el punto de partida del tratamiento. La localización de la dermatitis atópica tiene, a menudo, una importancia crucial. Es muy probable que un adulto joven con dermatitis atópica grave en la cara sufra un deterioro severo de su imagen corporal y su autoestima y desarrolle

una depresión reactiva como consecuencia de todo ello. Problemas dermatológicos relativamente triviales en zonas de importancia crucial para la imagen corporal pueden provocar una depresión muy grave. Las zonas de mayor importancia para la imagen corporal son la cara, la nariz, el cuero cabelludo, los genitales y las mamas en las mujeres. Debido a ello, conviene no pasar por alto una posible depresión significativa en estos pacientes.

Aunque la mayoría de los pacientes están dispuestos a probar nuevos tratamientos, existen familias que sospechan de todo lo nuevo, y este tipo de personalidad se manifestará claramente durante la consulta. Puede que no importe tanto lo que se prescribe como la forma en que se prescribe. Puede ser muy difícil tratar con el personal paramédico y las personas que trabajan en institutos de belleza, que pueden manifestar una gran oposición durante la consulta con el dermatólogo. Aquellos pacientes que piensan que su problema se limita a una alergia suelen aceptar fácilmente un régimen de tratamiento que incluya la supresión de los ácaros del polvo doméstico y las restricciones de una dieta. A menudo, existen diferentes maneras de controlar a un paciente con dermatitis atópica. Se le puede citar periódicamente a intervalos



Eccema numular de la mano. Religiosa de 40 años, dedicada a la enseñanza. Localizados siempre en las manos, es el tercer brote en los últimos cinco años. Interrogatorio difícil, por la discreción con que contesta a mis preguntas, a algunas de las cuales responde con una sonrisa rehuendo la respuesta. Es licenciada en Filosofía y en Exactas, y actualmente la superiora, que no tiene ningún título, parece que ejerce su autoridad con cierta indelicadeza. “Una erupción crónica en las manos intenta decir algo al mundo exterior”.

mensuales o de 6 semanas. Sin embargo, en tales casos es frecuente que el paciente acuda a la consulta asegurando que se encontraba mucho peor la semana pasada, pero que ahora está bastante mejor. Cotterill recomienda dejar que sean los propios pacientes quienes se pongan en contacto con el dermatólogo cuando crean que necesitan algún consejo nuevo para su piel^{4, 5}.

Ya hemos hablado previamente de la hipercinesia de los niños con dermatitis atópica. Esta situación puede agotar considerablemente a uno o ambos progenitores.

Evolución

Crónica. Generalmente, el lactante se encuentra bien y no se alteran la alimentación ni el sueño. Pueden surgir complicaciones espontáneamente o tras un tratamiento irritante, pudiendo desembocar en la enfermedad de Leiner.

Tratamiento

Fundamentalmente de tipo local, debe conducir a la desecación de las lesiones y se debe basar en el uso de antiinflamatorios. Debido a la tendencia a la exacerbación, el tratamiento no debe ser irritante.



Eccema seborreico centrofacial. Mujer de 29 años, dependiente de una tienda de juguetes. Lo presenta durante todo el año, sólo desaparece en verano, y empeora cada mes de diciembre, en el que, por el estrés de las ventas, la dueña “se vuelve insoponible hasta después de Reyes”.

ENFERMEDAD DE LEINER

Puede ser una entidad patológica diferenciada, pero también puede representar la variante más grave de la dermatitis seborreica neonatal.

Manifestaciones clínicas

Eritrodermia con descamación laminar grasa, los síntomas suelen incluir fiebre, anemia, diarrea, vómitos, pérdida de peso y crecimiento inadecuado.

DERMATITIS SEBORREICA DE LOS ADULTOS

Definición

Es una dermatopatía eccematosa inflamatoria. Se pueden encontrar las siguientes formas: eccemátide seborreica, localizada, intertriginosa, dermatitis seborreica diseminada y eritrodermia seborreico.



Eccema seborreico en corona. Mujer de 40 años, ama de casa. Espacia el lavado de cabello porque empeora con ellos. Ya ha probado diferentes champús. Se refiere a su frente con expresiones demasiado lastimeras. El interrogatorio psicológico es obligado en los trastornos psicodermatológicos, pero en el resto de enfermos no es necesario practicarlo siempre, sino sólo en aquellos que llaman la atención de alguna manera

Incidencia

La dermatitis seborreica tiene una prevalencia del 1-3% en la población norteamericana y del 3-5% en los adultos jóvenes, aunque evidentemente son mucho más frecuentes las formas leves de caspa. Se cuestiona su posible relación con la psoriasis. Se observa un ligero predominio masculino; es bastante frecuente en los pacientes VIH seropositivos jóvenes.

Patogenia

Desconocida. Pueden tener importancia varios factores: una composición anormal del sebo, las infecciones bacterianas y micóticas de la piel y el tubo digestivo y las reacciones anormales a los microorganismos y otros factores.

Manifestaciones clínicas

Placas eritematosas y descamativas de bordes claramente delimitados en zonas ricas en glándulas sebáceas de la cara, como las cejas, los párpados (meibomitis), la barba y los pliegues nasolabiales. También puede aparecer en el tronco, especialmente en la zona preesternal, así como en las axilas, las ingles, los genitales y el ombligo.

Evolución

Generalmente crónica; a menudo, cuesta distinguirla de la psoriasis y la dermatitis seborreica; puede transformarse en psoriasis mediante el fenómeno de Koebner.

Tratamiento

Antibioterapia sistémica o tratamiento con antiinflamatorios locales suaves.

Factores psicológicos

En las formas infantiles de la dermatitis seborreica

Igual que sucede en los niños con dermatitis atópica, la dermatitis seborreica de los neonatos y los niños pequeños puede mermar considerablemente la calidad de vida del niño y su familia. La familia de un niño con dermatitis seborreica acude

al dermatólogo para que les prescriba un tratamiento y les tranquilice. Estas familias tienen que saber que no es una enfermedad infecciosa primaria, aunque también hay que explicarles que el trastorno puede degenerar en una infección cutánea secundaria. En tales casos, es importante informar y, sobre todo, tratar a los padres. En algunos casos es muy útil recomendar un programa de información para padres de pacientes con dermatitis seborreica en forma de sesiones de grupo: para que puedan intercambiar experiencias entre sí, hablar de los picores y el rascado y comentar las posibles consecuencias en el trabajo, el ocio y las actividades cotidianas.



Eccema atópico florido. Varón de 74 años. Prurito intenso.

En formas adultas de la dermatitis seborreica

Dado que la dermatitis seborreica y la eccemátide seborreica suelen tener una evolución crónica, se debe explicar a los pacientes que tendrán que convivir con este trastorno durante mucho tiempo. Hay que informales sobre su evolución habitual, las complicaciones con infecciones secundarias y las posibilidades de tratamiento. El desarrollo, la evolución y la gravedad de la dermatitis seborreica pueden asociarse a factores psicológicos, como el estrés. Para el paciente, la dermatitis seborreica constituye un factor estresante crónico que no sólo provoca molestias e inconvenientes físicos, sino también tiene consecuencias sobre la vida personal y social y las actividades diarias.

En relación con la seborrea, hay que señalar que la dermatitis seborreica tiene una incidencia superior en trastornos neurológicos que producen seborrea, como el parkinsonismo, las parálisis de nervios craneales y las lesiones medulares. En pacientes homosexuales varones con dermatitis seborreica se ha cultivado *pityrosporum ovale* en muestras de la zona interescapular. La dermatitis seborreica es muy frecuente en el sida y se ha encontrado en el 45-83% de los pacientes afectados; además, se correlaciona con un pronóstico general muy desfavorable.

Los principales temas que se deberían tratar en un programa de preparación para pacientes con dermatitis seborreica podrían ser:

- información sobre la enfermedad (cuadro clínico, patogenia, correlación entre la dermatitis seborreica y la psoriasis o el sida, diferentes posibilidades de tratamiento),
- plan de tratamiento personalizado,
- cómo afrontar el estrés u otras influencias, y
- consecuencias en el trabajo, el ocio y la vida diaria.

La dermatitis atópica y la dermatitis seborreica son enfermedades crónicas de la piel con una patogenia y unas repercusiones multifactoriales. Actualmente, ade-

más de los tratamientos locales y sistémicos, conocemos algunas formas nuevas de tratamiento complejo y planes de prevención: programas de educación para los pacientes que incluyen medidas para prevenir el rascado, adiestramiento conductista y métodos de relajación. Los principales objetivos de estos programas para los pacientes consisten en mejorar la adaptación, solucionar los problemas subjetivos y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Björkstén B: Atopic prophylaxis. In: Ruzicka T, Ring J, Przybilla B: Handbook of atopic eczema, Springer, 1991; 339-344.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH: Dermatology. Springer, 1991; 340 - 350.
3. Bridgett, C, Norén P, Staughten R: Atopic skin disease, Wighson biomedical publishing Ltd, 1996
4. Cotterill JA: Psychotherapeutic approaches in the treatment of atopic eczema. En: Ruzicka T, Ring J, Przybilla B: Handbook of atopic eczema. Springer, 1991; 459-465.
5. Cotterill JA, Millard LG: Psychocutaneous disorders. En: Rook/Wilkinson/Ebling, Textbook of dermatology, 1998; 2785-2797.
6. Gieler U, Kupfer J, Niemeier V, Brosig B, Stangier U: Atopic eczema prevention programs - a new therapeutic concept for secondary prevention. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:138-147
7. Hägermark Ö: The pathophysiology of itch En: Ruzicka T, Ring J, Przybilla B: Handbook of atopic eczema. Springer, 1991; 278-286.
8. Hanifin JM: Atopic dermatitis. En: Marks R (ed.): Eczema. Martin Dunitz, 1992, 77-97.
9. Jaspers, JPC, Span L, Molier L, Coenraads PJ: A multimodal education and treatment program for young adults with atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:148 -153.
10. Koblenzer, CS: Psychocutaneous disease. Grune&Stratton, 1987; 281-310
11. Lemke R, Peter M, Tirre A y cols.: Training of patients with atopic dermatitis and psoriasis vulgaris in an ambulant neighbourhood rehabilitation program: presentation of a pilot project. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:163-171
12. Rajka G: Essential aspects of atopic dermatitis. Springer, 1989; 209-210.
13. Ring J: The patophysiology of atopic eczema: synopsis. In: Ruzicka T, Ring J, Przybilla B: Handbook of atopic eczema, Springer, 1991; 330-335.
14. Sandwijk FJ van, Eland - de Kok PCM, Os - Medendorp H van, Vloten WA van: Activities of dutch atopic dermatitis groups. *Dermatol Psychosom* 2900; 1:187-189.
15. Schmid - Ott G, Keins P, Fartasch M, Ring J, Lob-Corzilius T, Ruden U von, Wolf P, Gieler U: Atopic eczema prevention program in childhood and adolescence - a model project of the German government, *Dermatol Psychsom* 2000; 1:179-182.
16. Schopf R: Seborrhoeic eczema. En: Marks R (ed.): Eczema. Martin Dunitz, 1992; 129-145.
17. Staab D, Ruden U von, Kehrt R, Wahn U: The impact of childhood atopic dermatitis on quality of life of the family. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:173-178.
18. Zschocke I, Förster - Holst C, Esser C, Ravens - Sieber U, Lorenz 8, Miltenburger C, Builinger M, Augustin M: Attitudes and Experiences towards corticoid treatment among parents of children with atopic dermatitis. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:155-161.

20

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ECCEMA DISHIDRÓTICO. QUEIROPOMFOLIX

U. Gieler

DESDE QUE EN 1873 TILBURY FOX LA DESCRIBIÓ, LA ETIOLOGÍA DEL eccema dishidrótico no ha quedado bien definida. En 1876, Jonathan Hutchinsonson denominó a esta condición con el nombre de queiropomfolix, que en griego significa ampollas en las manos. Si bien los primeros autores llamaron a esta alteración dishidrosis, que significa disfunción de las glándulas sudoríparas, está claro que las vesículas no están primariamente relacionadas con las glándulas del sudor. Algunas hipótesis arguyeron que parece ser más frecuente en personas con diátesis atópica, de ahí que se crea ser el resultado de una reacción alérgica. Pero también existen buenas razones para aceptar un origen psicossomático de la enfermedad. La sudoración generalmente es controlada emocionalmente (Lerer, 1977), por lo que parece evidente que el eccema dishidrótico posee un componente emocional. Fredricks y Becker (1954) practicaron una revisión sobre la clínica y los resultados analíticos de 145 pacientes con dishidrosis. Al describir las características clínicas de la enfermedad, en un 81% de los pacientes encontraron ansiedad, tensión y fatiga nerviosa, mientras que sólo en un 32% resultó razonable incriminar a los detergentes como la causa de los mismos. Estos autores llegaron a la conclusión de que “los factores contribuyentes más importantes fueron la tensión, la ansiedad y la fatiga nerviosa, y se puede ayudar a la gran mayoría de los pacientes con comentarios terapéuticos, sedación y medicamentos anticolinérgicos”.

Miller y Coger (1979) estudiaron 33 pacientes con eccema dishidrótico que habían aprendido unos a aumentar y otros a disminuir la conductividad eléctrica de la piel. Se ha encontrado que la conductividad cutánea está en relación con el contenido epidérmico de agua, y también con variables emocionales, y de ambas se ha sugerido que mantienen relación con el eccema. Los individuos que sabían disminuir la conductividad cutánea reaccionaron clínicamente mejor que los pacientes del otro grupo. También mostraron una disminución significativa de la conductividad y de la ansiedad. Los controles mostraron una ansiedad aumentada, y ningún cambio significativo del nivel de conductividad cutáneo.

Finalmente, Koldts y Meyer (1979) describieron 5 pacientes con eccema dishidrótico grave que estaban bajo tratamiento reaccional. Los 5 pacientes mostraron mejoría de su estado clínico previo al entrenamiento. Los 2 pacientes que presentaban el estado más grave fueron los que notaron más claramente que el estrés les pro-

Las diferentes formas clínicas de dishidrosis, y el eccema numular del adulto, entre otras dermatosis, se beneficiarán del tratamiento psicológico y del tratamiento idóneo que se desprenda de un interrogatorio psiquiátrico.



Eccema dishidrótico en dedos de las manos. Varón de 43 años, fresador. Brotes de predominancia estival desde hace 6 años. No alérgico al níquel. Brote mucho más intenso coincidiendo con el diagnóstico e intervención quirúrgica de cáncer de mama de su esposa.

vocaba la erupción en las manos, y también los que mejoraron de manera más notable. Todos los pacientes notaban mejoría tanto subjetiva como objetiva bajo tratamiento reaccional. Por desgracia, el estudio no funcionó en un grupo control.

En otro estudio, Hansen y cols. (1981) describieron 20 pacientes que sufrían eccema dishidrótico de las manos en los que se investigó la relevancia de un enfoque psicossomático para la clínica y el tratamiento. Una serie de pruebas psicológicas y alérgicas revelaron los resultados siguientes: 10 pacientes sufrían de alergia por contacto, y estos pacientes resultaron ser menos agresivos y más permisivos comparados con la población estándar. Refirieron más quejas somáticas que los sujetos sanos. Los resultados de una entrevista semiestructurada dieron pie a la hipótesis que a menudo el eccema dishidrótico posee una función expresiva. Los pacientes exhiben su conflicto de depen-

dencia de una manera simbólica, por medio de sus manos. Tratan de coger su vida con sus propias manos; sin embargo sus intentos de autonomía se ven obstaculizados por sus propias necesidades de dependencia. Los autores consideran que el desarrollo de los síntomas dishidróticos corresponden a la autonomía que se ha conseguido en relación con el conflicto real de ambivalencia. Siguiendo el concepto psicossomático de Engel y Schmale, los autores discuten la patogenia de la dishidrosis en el sentido de una complicación de la conversión, con las manos como parte afecta.

En las dos últimas décadas no se ha publicado sobre este tema, así que no ha sido posible repetir y convalidar con precisión estos estudios. Deberían practicarse, próximamente, otras investigaciones con mayor eficacia sobre esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fredricks MG, Becker FT: Vesicular eruptions of the hands and feet of dyshidrotic type. *Archiv of Dermatology* 1954; 70:107-114.
2. Hansen O, Küchler T, Lotz GR, Richter R, Wilckens A: My fingers itch but my hands are tied. A psychosomatic explorative study on cheriompompholic patients. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 1981; 27:275-290.
3. Koldys Kw, Meyer RP: Biofeedback Training in the Therapy of Dyshidrosis. *Cutis* 1979; 24:219-221.
4. Lerer: Hyperhidrosis: A review of it psychological aspects. *Psychosomatics* 1976; 28-31.
5. Mentzel G: Sweating in psycho-vegetative disturbances. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1976; 22:331-341.
6. Miller RM, Cogger RW: Skin conductance conditioning with dyshidrotic eczema patients. *British Journal of Dermatology* 1979; 101:435-440.

INTRODUCCIÓN

El acné es un estado de la piel benigno y común, al menos en adolescentes, y fácil de diagnosticar en todas las edades. En patofisiología está ya muy bien estudiado, y el tratamiento resulta efectivo en la gran mayoría de casos. Sin embargo, el acné plantea todavía problemas de índole psicológica, a saber:

- El impacto psicológico.
- Sumisión terapéutica.
- Factores.

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DEL ACNÉ

Como todos los estados cutáneos, el acné condiciona el aspecto personal, modificando tanto la imagen de sí mismo como la que se ofrece a los demás. Una imagen armoniosa de sí mismo se acompaña de una sensación de seguridad mental y física y también de autoestima, factores que constituyen el narcisismo individual. El impacto psicológico del acné resulta especialmente intenso e impredecible por ocurrir normalmente en la cara y durante la adolescencia. La cara es la parte del cuerpo más expuesta a la vista de los demás, y es también el lugar más importante para la comunicación no verbal; la que delata, por ejemplo, la mayor parte de las emociones. También es la cara la que determina si alguien parece agradable o, al contrario, repulsivo.

La adolescencia, el paso de la infancia a la adultez, es un periodo delicado de la maduración sexual y emocional. Los adolescentes tienen que empezar a seducir a otras personas que a sus padres y, para ello, emplear recursos interiores y exteriores diferentes a los que usaron de niños. Algunos adolescentes están avergonzados crónicamente de las transformaciones que su cuerpo está sufriendo, y ello revierte, a menudo, en una modestia excesiva. Los médicos que examinan a adolescentes, especialmente si tienen que tocarles la piel o pedirles que se desvistan, deberían recordar la posibilidad de tales sentimientos.

Aunque muchos dermatólogos no sean conscientes de ello, en consulta dermatológica diaria es más elevado el número de enfermos que se beneficiarían del resultado de un interrogatorio y tratamiento psicológico-psiquiátrico que el de pacientes que consultan por acné.

Chicas y mujeres con acné pueden referirse al “síndrome premenstrual”. El DSM-IV lo denomina como trastorno disfórico premenstrual. Además del típico síntoma físico de aumento de peso, sensación de hinchazón y dolor abdominal, de espalda y de cabeza, existen síntomas conductuales, como mayor número de accidentes, torpeza, disminución de la actividad y respuestas agresivas. Como síntomas psicológicos existen inestabilidad emocional, llanto fácil, sensación de soledad, irritabilidad, insomnio y escasa concentración (Roca y Bernardo, 1996).

Sin embargo, las quejas de los adolescentes expresan sobre todo sus dificultades de comunicación, de amar y de ser amados. Para una persona joven, gustar o ser amado significa sentirse aceptado y valorado por los demás, y apreciarse uno mismo a través de la visión del prójimo. El narcisismo adolescente es, pues, extremadamente inseguro, en cuanto su capacidad de seducción se pone en cuestión. Esa inseguridad narcisista se puede agravar por la mínima imperfección de la cara o del cuerpo.

Así pues, el impacto psicológico del acné es impredecible y potencialmente intenso, ya que el acné atenta sensiblemente contra el narcisismo. Eso puede producir:

- Rechazo de ciertas situaciones socioprofesionales o afectivas.
- Un estado depresivo, más o menos grave, con dificultades de relación, aislamiento socioafectivo y relaciones personales conflictivas. Los resultados escolares pueden empeorar bruscamente.

De todas maneras, el impacto psicológico del acné en un determinado individuo puede depender también de trastornos psicológicos previos, relacionados con la fragilidad narcisística.

Los médicos están a veces sorprendidos de la aparente desproporción entre la naturaleza benigna del acné y la importancia que tiene en la mente del paciente. Esa desproporción puede revelar una depresión latente en una personalidad neurótica o, incluso, psicótica. Nótese que las dismorfofobias, o preocupaciones anormales por la estética corporal, se concentran, a menudo, en los folículos pilosos, aunque las lesiones puedan ser clínicamente irrelevantes. Tal persona puede pasar horas escrutando los folículos pilosos de su nariz, por ejemplo. Las dismorfofobias son relativamente frecuentes y benignas durante la adolescencia, pero pueden tomar también un cariz francamente delirante e indicar un brote esquizofrénico (un principio de esquizofrenia). En estos casos, la seguridad que el dermatólogo puede ofrecer no basta para calmar la angustia de los pacientes a propósito de su cuerpo, ni tampoco un tratamiento cutáneo corriente. Esos pacientes requieren una terapia dual, dermatológica y psiquiátrica. La tarea más difícil corresponde al dermatólogo, que tiene que convencer al paciente de la necesidad de esa terapia dual.

El impacto psicológico del acné se ha visto corroborado por numerosos estudios. Se ha demostrado, por ejemplo, que los pacientes con acné sufren de angustia, irritabilidad y depresión respecto a otros pacientes (sujetos normales, y sujetos con melanoma maligno o otros estados cutáneos), así como muy baja auto-estima. Además, se ha probado recientemente que la prevalencia de ideas reales de suicidio es más alta en sujetos con acné que en los de otras condiciones somáticas.

Muchos estudios han documentado el rechazo social sufrido por las personas con acné. Por ejemplo, un estudio basado en empresarios ingleses reveló que muchos de ellos se resisten a emplear a personas con acné, por temor a dañar la imagen de su empresa.

El acné es, pues, un estado objetivamente desfigurador, que puede producir discapacitación y así potencialmente conducir a un rechazo socioprofesional y afectivo.

En la práctica, el pronóstico psicológico es bastante favorable cuando el sujeto con acné sabe expresar su malestar mental y pedir ayuda, siempre y cuando esta petición sea atendida, sea por los padres (en el caso de un adolescente) y/o por el médico. Estos pacientes tienden a cooperar, buscando soluciones para los problemas dermatológicos y psicológicos, tanto si el dermatólogo trabaja en equipo con un psicoterapeuta como si no.

En cambio, cuando un adolescente, que muchas veces acude a la consulta de la mano de su madre, aparece indiferente al impacto cutáneo y psicológico del acné, el pronóstico puede resultar más preocupante.

Dado el carácter crónico del acné, el dermatólogo puede seguir viendo al adolescente, con madre o sin ella, tanto tiempo como sea necesario, sea con un tratamiento prescrito (o aceptado) o no. Un pretexto puede ser, por ejemplo, el dar consejos sobre la exposición al sol en verano... El dermatólogo puede también observar, en términos cuidadosamente escogidos para no herir, hasta qué punto un acné clínicamente leve puede comportar un impacto psicológico grave. Finalmente, examinando los síntomas depresivos del adolescente, el dermatólogo puede mostrar al paciente su dolencia psicológica.

Sin embargo, una reacción puramente medicamentosa a un trastorno considerado solamente fisiológico sería inadecuado y potencialmente peligroso, sobre todo si el acné es grave, porque pondría en peligro la relación de confianza entre el dermatólogo y el paciente. Y es solamente esa relación la que permite evaluar el impacto psicológico y la sumisión terapéutica durante el largo tratamiento del acné.

SUMISIÓN TERAPÉUTICA

El tratamiento del acné es normalmente muy efectivo, pero debe ser aplicado localmente y a diario, y puede tener efectos estéticos adversos (aunque sean de fácil solución).

El resultado terapéutico depende, pues, de la constancia y de la paciencia de la persona con acné, cualidades que no siempre posee el adolescente.

Una relación de confianza entre el médico y el adolescente con acné es crucial para que éste se sienta apoyado durante el tratamiento. Para ello, el médico debe basarse en el diálogo: sobre todo escuchando las ideas preconcebidas del sujeto, sus fantasías y deseos alrededor del acné y de su tratamiento.



Acné polimorfo. Chica de 19 años. El acné guarda una relación estrecha con los estados psicológicos, pero esto no significa que en todo caso de acné sea necesario practicar el interrogatorio psiquiátrico específico, que debe reservarse para los pacientes en los que su forma de comportarse o de manifestarse los convierta en sospechosos de alteración psicológica.

Tanto si los conflictos psicológicos en el acné son primarios como si son secundarios, el dermatólogo debe ser consciente de que los acnéicos de ambos sexos tienen un grado de desempleo mayor que los no acnéicos (W.J. Cunliffe, 1986). Se consigue mejor la necesaria atención continuada del tratamiento tópico que el curso del acné exige del paciente, cuando el dermatólogo que explica esta necesidad se ha preocupado de establecer relaciones de empatía con él.

Un acné recalcitrante en un joven que se medica con litio no forzosamente es debido a este medicamento. El acné provocado por litio se presenta a altas dosis del fármaco, aparece en zonas comúnmente respetadas por el acné polimorfo, como son los antebrazos y las piernas, está constituido por lesiones monomorfas pustulosas sin comedones, y no evoluciona cíclicamente (M. Heng, *British J. of Derm.* (1982)106, 107-109.) Pero yo visité un acné polimorfo de topografía típica en un chico de 25 años que empeoraba con la administración de litio, y que mejoraba sin él.

Luego habrá que explicar claramente, como con pacientes adultos, la base patofisiológica, las intenciones y las estrategias del tratamiento. Así les resultará más fácil librarse de ideas preconcebidas: el acné no mejora con el matrimonio, ni dejando el chocolate, ni tomando el sol. Finalmente hay que tomar en serio las quejas estéticas del adolescente, por ejemplo sobre los efectos adversos del tratamiento o sobre las secuelas cutáneas del acné. La buena relación entre el médico y el joven paciente facilitará un acuerdo sobre una solución razonada, sea cosmética, médica o, incluso, quirúrgica, sea absteniéndose terapéuticamente.

Pero cuando un adolescente tiene manifiestas dificultades en seguir un tratamiento, el médico debe intentar comprender sus razones subyacentes, que pueden ser complejas. Cuando un adolescente requiere tratamiento, puede ser conveniente averiguar hasta qué punto la consulta se debe a la motivación del propio sujeto o a la de la madre, que puede tener dificultades en aceptar que su preciosa criatura se transforme en un adolescente de cara manchada y pelo grasiento. Pero hay que tener también en cuenta que, en algunos casos, la madre puede constituir una auténtica “portavoz” de su hijo adolescente, que estaría demasiado avergonzado para poder hablar de sus problemas de piel, desvelando la importancia que para él o ella tiene tener una piel limpia y seductora... Los adolescentes pueden sentirse divididos, efectivamente, entre el deseo de tener una piel seductora y el de quedarse, gracias al acné, en una vía muerta del “juego seductor”. Así que la madre no debe quedar necesariamente excluida de la relación terapéutica, al menos al principio. Además, el tratamiento del acné puede convertirse en un tema importante dentro de la relación conflictiva con los padres. En ese caso, la sumisión terapéutica puede ser escasa y el adolescente puede volver al médico diciendo: “Su tratamiento no funciona.”

Finalmente, aunque la terapia oral con isotretinoína no puede ser médicamente garantizada y conlleva un riesgo elevado de efectos secundarios, adultos jóvenes o adolescentes (y sus padres) pueden pedirlo de forma insistente. No es siempre fácil para el médico resistirse a tal presión. De hecho, el joven adulto o el adolescente con acné (y sus padres) pueden ver la **isotretinoína** oral como la última oportunidad, el único medicamento capaz de curarles de una condición la gravedad de la cual se mide en términos del sufrimiento mental del enfermo. Nótese que se han descrito casos de depresión grave, algunas veces desembocando en suicidio, por parte de adolescentes y jóvenes adultos con acné tratados con isotretinoína.

Esos casos de depresión grave se encuentran, a menudo, en un contexto psicológico especial (p. ej., en una persona con un narcisismo especialmente frágil), pero algunos ocurrieron también sin predisposición psiquiátrica alguna, desapareciendo entre 2 y 7 días después de retirar la isotretinoína. Algunos autores relacionan esa depresión grave al desarrollo de un síndrome, en el tratamiento oral con isotretinoína, parecido al que se observa en la hipervitaminosis A. Se han descrito, a menudo, dolores de cabeza y mareos en estos pacientes con depresión grave.

Antes de empezar el tratamiento con isotretinoína oral, y durante todo el tratamiento, el terapeuta debe buscar síntomas de depresión, tales como:

- Fatiga, sobre todo por la mañana.
- Desórdenes del sueño y de la memoria.
- Accesos de lágrimas.
- Ideas tristes y negativas.
- Jaquecas y mareos.

El médico debe explicar también detalladamente, y repetir si hace falta, las precauciones para el uso, como una contracepción efectiva en mujeres jóvenes.

Cuando un médico cree que la isotretinoína oral no es conveniente y propone por tanto, otro tratamiento, debe explicar al paciente (y a los padres si hace falta) sus razones para ello.

EL PAPEL DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA APARICIÓN Y EN LA DESAPARICIÓN DEL ACNÉ

Los estudios psicológicos del acné han remarcado la importancia de la ansiedad como factor agravante, junto con la inestabilidad emocional y la sensibilidad al estrés. Esos sujetos muestran también una mayor receptividad hormonal. Todos esos factores parecen actuar sobre todo sobre el componente inflamatorio del acné.

Por otra parte, el papel del stress se ha descrito a menudo en hiperandrogenismo, del cual el acné es uno de los principales síntomas clínicos. De hecho, la producción de hormonas esteroides por la corteza adrenal (especialmente de andrógenos via ACTH) puede aumentar considerablemente en situaciones de estrés físico y/o psicológico. En esas mismas situaciones aumenta también la producción de prolactina, que favorece a su vez la aparición del hiperandrogenismo. Eso explicaría, por ejemplo, la frecuente aparición de hiperandrogenismo después de un episodio depresivo. Un estudio reciente ha demostrado una fuerte correlación entre el aumento de testosterona biológicamente activa y testosterona libre, y la intensidad de los trastornos depresivos. El factor de estrés descrito más frecuentemente por los pacientes mismos es una ruptura afectiva (separación, traslado, exilio, etc.).

En el acné excoriado, la ansiedad es un factor particularmente importante. Esa condición se encuentra sobre todo en chicas jóvenes que temen situaciones socio-profesionales o afectivas que supongan un reto a su confianza personal. El acné excoriado se usa para evitar tales condiciones ansiogénicas. Las lesiones faciales sirven de señuelo: capturan y enfocan la atención de la gente sobre las imperfecciones visibles. Según esas pacientes, las imperfecciones más profundas, fantásmicas (p. ej., la incapacidad de ser una mujer “amable”) pueden así resultar disimuladas.

Mujeres mayores con acné excoriado son, a menudo, rígidas, perfeccionistas y dudan de sí mismas, y presentan muchas veces una personalidad neurótica organizada de un modo compulsivo-obsesivo. Tienen mayores dificultades para mantener

En los últimos años se ha discutido la posibilidad de estados depresivos graves como efecto secundario de curas orales con isotretinoína para el tratamiento del acné. He tratado a una chica de 21 años con este retinoide (dosis acumulativa total 120 mg/kg de peso) que 6 meses después de librada de su acné había perdido 6 kilos de peso por mareos pertinaces, que no cedieron con metoclopramida, recetada por el digestólogo. Estas alteraciones cedieron completamente cuando llevaba 45 días tratándose con sertralina.

John Koo publicó en *J. Am. Ac. Derm.* 1995;32:26-30 que los afectos de acné tienen tendencia a la autodevaluación, pérdida de seguridad, perturbación de la imagen corporal, pérdida de relaciones sociales, tendencia a la depresión, sentimientos de cólera, frustraciones y dificultades familiares.

su agresividad libre de sentimientos de culpa y tienden a canalizar esa agresividad hacia dentro, contra sí mismas. Un estudio señaló la presencia de síntomas depresivos, más o menos latentes, en mujeres con acné refractario.

Hablando con el paciente sobre el papel que los factores psicológicos podrían tener en la aparición del acné, el hecho de identificar y afirmar un estado depresivo potencial muestran al paciente que son tan dolorosos el sufrimiento físico como el mental y que el dermatólogo está interesado por la mente tanto como por la piel.

Si aparece necesario un acercamiento psicológico a los problemas del joven paciente, retener esos conceptos puede resultar muy útil.

CONCLUSIÓN

Un acercamiento atento y global al paciente con acné, de alcance tanto somático como psicológico, es crucial. Mejora la sumisión al tratamiento y a las precauciones de uso (p. ej., la contracepción en mujeres jóvenes durante el tratamiento oral con isotretinoína). Según estudios recientes, un tratamiento efectivo del acné, a menudo, basta para mejorar considerablemente el estado psicológico del paciente.

22

PATOMIMETISMO DERMATOLÓGICO (PD)

L. Millard

EL PATOMIMETISMO DERMATOLÓGICO ES UNA FORMA DE AFECTACIÓN cutánea facticia que se produce por un acto encubierto y deliberado del paciente con pleno conocimiento y consciencia. A diferencia de la dermatitis artefacta, donde se producen lesiones nuevas o provocadas, en el patomimetismo dermatológico los pacientes reproducen o perpetúan su cuadro dermatológico orgánico utilizando o resaltando aquellos mecanismos que lo causaron. En consecuencia, tal como se describe en el artículo original¹, los pacientes reproducen su dermatitis alérgica de contacto y las erupciones por fármacos, o perpetúan una ulceración gravitacional. Las descripciones previas del patomimetismo así definido son escasas, pero resaltan tanto la reproducción como la perpetuación del cuadro cutáneo^{2,3}. También se distingue entre el patomimetismo dermatológico y la dermatitis simulada, denominada dermatitis simulata por algunos autores⁴, que consiste en la producción de una enfermedad cutánea facticia por medios artificiales, habitualmente para crear una reproducción modelada o artística de las enfermedades de la piel sin ocasionar ningún daño orgánico en ella.

En la tabla I se resume la situación de la dermatitis artefacta, del patomimetismo dermatológico y la dermatitis simulata, dentro del espectro de enfermedades facticias cutáneas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los pacientes implicados eran predominantemente mujeres, con una edad que osciló entre el final de la adolescencia y los 70 años.

Los tipos de problemas clínicos encontrados serían, como era de esperar, aquellos cuyo mecanismo se había explicado previamente en el inicio de su enfermedad y que, en consecuencia, se podían reproducir utilizando el mismo mecanismo. Por tanto, aquellas patologías que pueden ser el resultado de un insulto predecible sobre la piel o sus anexos son las que estarán representadas con mayor frecuencia en esta forma de afectación facticia (tabla II).

En las descripciones originales se hablaba de un grupo de 6 pacientes, 4 mujeres y 2 varones, que habían exacerbado su estado eccematoso reintroduciendo el

Hay que mirar a los ojos de los ansiosos. No sólo para decidir con ello si procede someterles al interrogatorio sistemático, sino para descubrir un cierto grado de exoftalmia, que nos induzca a descartar analíticamente un hipertiroidismo.

Tabla I

Clasificación de los síndromes cutáneos facticios
<p>Enfermedad cutánea facticia</p> <p><i>Dermatitis artefacta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Munchausen. Dermatitis artefacta por un sustituto. Dermatitis simulata. Patomimetismo dermatológico. Simulaciones.

Tabla II

<ul style="list-style-type: none"> • Alergenos a tópicos. • Alergenos de contacto. • Sensibilidad a fármacos sistémicos. • Sensibilidad a fármacos de contacto. • Alteraciones del pelo inducida por fármacos. • Dermatitis industrial irritativa. • Edema periférico de las extremidades.

alergeno que había causado el problema. Dos mujeres exacerbaban su enfermedad, una de ellas tomando gluten, al que sabía que era sensible, y la otra por contacto con los caballos, que ya la habían inducido graves reacciones con anterioridad, que llegaron hasta el angioedema. Entre los varones, 2 habían exacerbado su dermatitis profesional, que era fotosensible, exponiéndose deliberadamente a la luz ultravioleta, tanto a la luz natural del sol como a una lámpara de rayos UVA en un caso, que originó la misma respuesta.

Las respuestas de la dermatitis de contacto pueden ser irritativas, como en un caso descrito⁵, o con respuestas alérgicas demostradas a la lanolina o a un antibiótico, la neomicina, en los otros dos casos. Este contacto reprodujo rápidamente la dermatitis de contacto cuando se provocaron. El problema cutáneo parecía ser una exacerbación de la dermatitis previa, y no es una práctica infrecuente en la consulta de dermatología administrar un tratamiento directo incuestionable para solucionar un cuadro, causando al final un recrudescimiento de la enfermedad previa sin que se hagan más preguntas.

Las erupciones cutáneas pueden ser reconocidas, en particular las erupciones por exantema fijo medicamentoso recurrente. En consecuencia, se han descrito casos previos con exantema fijo medicamentoso debidos a aspirina o fenolftaleína. La ventaja con estos fármacos que se pueden comprar sin receta en la farmacia es que se pueden medir en sangre u orina y que se pueden identificar de una manera relativamente fácil. Las erupciones cutáneas medicamentosas son más generalizadas, y pueden demostrar una amplia gama de exantemas diseminados, pero la respuesta al fármaco tiende a

producir la misma clase de reacción en cada exposición, aunque la reacción será cada vez más grave ante una auténtica respuesta alérgica. Por tanto, se han descrito casos con eritema multiforme recurrente y también angioedema y urticaria, en particular utilizando analgésicos, como la dihidrocodeína o el coproxamol.

La pérdida del pelo es más frecuente en las mujeres, pero no es un hallazgo habitual como datos de presentación de un patomimetismo¹. No obstante, la pérdida del pelo en respuesta a la ingestión de fármacos no es infrecuente⁶, y este mecanismo se ha utilizado en el pasado para producir una pérdida de pelo tan significativa que las investigaciones repetidas en busca de la causa forman parte del deseo del paciente de adoptar un papel de enfermo.

El grupo que se presenta con una ulceración crónica en la pierna o un edema dependiente tiende a estar formado por personas mayores, casi siempre mujeres. En estos casos, los pacientes retrasan u obstruyen la cicatrización de las úlceras de la pierna quitando los vendajes, limpiándose la zona en exceso utilizando un antiséptico fuerte o eliminando deliberadamente todos los medicamentos después de que éstos han sido aplicados diligentemente por su enfermera. En un caso⁷, un edema dependiente inducido deliberadamente al mantener la pierna colgada había interferido en la curación de las úlceras con un mecanismo pasivo pero muy eficaz.

DIAGNÓSTICO

Es muy difícil estudiar a un paciente que acude con un cuadro cutáneo que el mismo ha fabricado o en el que perpetúa deliberadamente las lesiones. El índice de sospecha tiene que ser bastante alto para poder identificar una lesión precoz de patomimetismo, y el primer paso esencial es que exista historia de un episodio (o episodios) previo similar sin un motivo aparente para una recurrencia, que, en esencia, será totalmente prevenible. La historia de la recurrencia de la enfermedad no contiene los mismos efectos “huecos” asociados con la dermatitis artefacta, ya que el episodio es un recrudescimiento exacto de la enfermedad orgánica, pero el interrogatorio inicial debería dirigirse, por ejemplo, hacia el grado de evitación de los alérgenos conocidos. En el caso de respuestas a fármacos, medir su presencia en sangre u orina es un método muy simple y que lleva al diagnóstico si se realiza en la fase aguda. No disponemos de un método diagnóstico absoluto en aquellos casos con ulceraciones crónicas o edema en las piernas, pero se planteará la sospecha en aquellos casos en los que haya evidencias de interferencias o retirada de los vendajes y apósitos y cuando exista una aparición recurrente de la dermatitis irritativa en la zona afectada, a pesar de los cambios periódicos de la medicación y cuando no se haya podido demostrar la dermatitis de contacto en las pruebas del parche. Se ha registrado un ejemplo de patomimetismo *folie à deux*¹, donde tanto una mujer pensionista como su marido presentaban úlceras en las piernas. Ella había perpetuado sus úlceras durante años, y cuando su marido desarrolló una úlcera traumática en la

Enfermos verdaderamente urgentes, hay pocos en dermatología. La mayor parte de los pacientes que exigen una entrevista con carácter de urgencia son sólo pacientes que tienen prisa. Ocultos debajo de esa prisa suelen haber estados de ansiedad y algunos enfermos con conductas obsesivas.

pierna, ella continuó perpetuando el cuadro, retirando los apósitos y contaminando la úlcera con microorganismos procedentes de sus propias úlceras.

PSICOPATOLOGÍA

Una de las características de este particular síndrome es que el paciente implicado no presenta una historia pasada larga significativa de enfermedades psiquiátricas. El grupo más joven estaba formado, principalmente, por mujeres jóvenes que expresaban problemas sociales, sexuales o laborales relacionados con la familia. Se trataba de una respuesta a una situación en la cual se sentían impotentes e incapaces, o no dispuestas, a afrontar el problema en el seno de su familia o en el marco laboral. Se había asumido que el problema formaba parte de su papel femenino, y comentar o solucionar el tema con su pareja o con el resto de la familia no formaba parte del entorno de relaciones para afrontar la dificultad. Y la inducción de la recurrencia de la enfermedad aportaba a estos pacientes una mayor respetabilidad y simpatía que la que hubieran obtenido con cualquier otro papel, como el de dolientes. Era evidente que la mayoría carecía de experiencias en habilidades interpersonales y que eran incapaces de comunicar los problemas de una forma tan satisfactoria que produjese una respuesta útil. El grupo de mayor edad estaba también formado predominantemente por mujeres, que presentaban una defensa más crónica, elaborada y sistematizada a su enfermedad facticia. Una paciente mostró una demencia precoz y otra, una depresión.

Del pequeño número de varones que han presentado este fenómeno de patomimetismo dermatológico, podemos decir que todos ellos tenían un carácter más bien enfadado, insatisfecho y manipulador, siendo su principal motivo de queja la búsqueda de una compensación o la revisión de la compensación por una lesión laboral.

TRATAMIENTO

La mayoría de los casos fueron tratados como si presentasen una recidiva o recrudescimiento de su cuadro cutáneo previo, lo cual era, de hecho, cierto. Sin embargo, el papel normal empático de soporte y tratamiento del médico no es suficiente en estos casos, una vez que se plantea la sospecha de que estamos ante una forma de enfermedad facticia como base de la enfermedad cutánea continuada. En ningún caso, este papel benigno de soporte produjo la reducción de los síntomas, y la recurrencia y la perpetuación de la enfermedad facticia fueron la norma. Aunque se aprecia que esta enfermedad es un artefacto y por tanto, en esencia, un engaño, en ningún caso el tratamiento incluirá ningún juicio al respecto, incluso aunque estos pacientes sean, a todos los efectos, unos mentirosos. Inicialmente, al menos, no debe afrontarse directamente el tema, lo cual se verá como un acto de agresión, y se establecerá una plataforma de confianza y ayuda mutua que incluirá la explo-

ración de aquellos factores familiares, sociales, sexuales o financieros que puedan suponer una carga para esta reacción oportunista. Una vez establecida la vinculación entre el problema físico y las demás fuentes de estrés, y en el momento adecuado, se invitará al paciente a hablar sobre cómo se produjo el recrudecimiento de la enfermedad. Es importante evitar cualquier mecanismo de confrontación directo o indirecto en el que el médico pudiese sugerir una culpa o un reproche, o una agresión por parte de aquellos facultativos que se sientan engañados. Además, se tendrá en cuenta que la resolución satisfactoria de las dificultades está en manos del médico y del paciente, pero que el apoyo de la familia es esencial, aunque no se explicará a ésta el mecanismo de la enfermedad, ya que se desacreditaría al paciente y le causaría problemas a más largo plazo.

No obstante, enfrentarse a estas formas de enfermedades dermatológicas facticias genera una respuesta instantánea en la dermatitis simulata, pero tiene un efecto controvertido en la dermatitis artefacta. En la dermatitis simulada, en la cual hay un modelado que utiliza sustancias externas como colas y azúcar para causar una queilitis o pintura para una reacción eritematosa, estos artefactos se pueden eliminar con facilidad en la misma consulta, y el abordaje no agresivo permitirá abrir una conversación más amplia sobre las causas subyacentes de la reacción. Aunque se puede hacer frente a algunos pacientes más jóvenes con dermatitis artefacta⁸, permitiendo la flexibilidad de una explicación comprensiva, en los pacientes de mayor edad en los que la dermatitis puede haberse convertido en una forma organizada de automutilación, el antecedente original del factor causante o provocador ha desaparecido hace tiempo, pero las ganancias obtenidas originan tales beneficios que un cuadro se perpetúa para continuar obteniendo éstas.

El seguimiento a largo plazo de los patomimetismos dermatológicos⁸ sólo demostró después de cinco años una recurrencia leve en 2 de los 13 pacientes originales.

No es infrecuente ver en la consulta de dermatología una recurrencia grave inesperada e inexplicada de una dermatosis inflamatoria, en particular de un eccema atópico, una psoriasis, una dermatitis de contacto o una urticaria, y puede resultar beneficioso explorar este fenómeno de vez en cuando para valorar si el patomimetismo dermatológico puede explicar el cuadro. Dentro de la evaluación global de estos pacientes, es esencial evaluar la presencia de otras tensiones en el seno de la familia o el marco laboral, porque, en esencia, el patomimetismo dermatológico podría quedar enmarcado dentro de una respuesta de estrés en la enfermedad cutánea, aunque sea de una forma muy particular y definida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Millard LG: Dermatological Pathomimicry: a form of patient maladjustment. *Lancet* 1984; 2:969-71.
2. Reich P, Gottfreid LA: Factitious disease in a teaching hospital. *Ann Int Med* 1983; 89:527-30.

3. Van Moffaert M: Psychosomatics for the practising dermatologist. *Dermatologica* 1982;165:73-87.
4. King MC, Chalmers RJG: Another aspect of continued disease: "dermatitis simulata". *Cutis* 1984; 34:463-4.
5. Conde-Salazar L, Gómez J, Meza B: Artefactual irritant dermatitis. *Contact Dermatitis* 1993; 28:246.
6. Pillaris PI, Wards DJ: Drug associated alopecia. *Int J Dermatol* 1995;34:149-58.
7. Stoberi C, Musalek M, Partsch H: Artefactual oedema of the extremity. *Hautartz* 1994; 45:149-53.
8. Millard LG: Dermatological pathomimicry - a follow-up study. Proceedings of the first International Symposium on Dermatology and Psychiatry. Vienna, ESDaP.1987.

ROSÁCEA Y ENROJECIMIENTO FACIAL. HIPERHIDROSIS

J. A. Cotterill

ROSÁCEA¹⁻⁴

La mayoría de los pacientes con rosácea recordarán episodios de rubor, con frecuencia muchos años antes de que se desarrolle la rosácea. El rubor persistente, cualquiera que sea su causa, puede conducir finalmente a los síntomas y signos de rosácea. Entre los rasgos cardinales de la rosácea figura el enrojecimiento, comenzando especialmente en las áreas convexas centrales de la cara y acompañado de pápulas y pústulas, telangiectasias, edema variable (con frecuencia, linfedema) y, finalmente, induración y engrosamiento permanentes de la piel afectada. El proceso puede progresar a rinofima, especialmente en varones.

Patogénesis de la rosácea

Hay casi tantas teorías sobre la patogénesis de la rosácea como dermatólogos. El papel de *demodex folliculorum* en la rosácea es controvertido y desconocido. Intentos recientes por incriminar al *helicobacter pylori* en la patogénesis de la rosácea han conducido a resultados conflictivos y hasta el momento no hay pruebas claras de que la gastritis asociada a *helicobacter pylori* se asocie significativamente a la rosácea.

La piel céltica parece especialmente proclive a desarrollar rosácea y, por ejemplo, la incidencia en Irlanda es mayor que en ningún otro país europeo (del 5%), de manera que los factores genéticos son importantes en la patogénesis.

Otros posibles factores agravantes inespecíficos son la ingestión de bebidas calientes, de alcohol, la exposición al sol y los esteroides tópicos. Se ha comunicado rosácea como manifestación de la infección por VIH.

Ha habido un largo debate sobre la relación de la rosácea con el estrés. En la experiencia del escritor, muchos pacientes con rosácea combinan un carácter muy sensible, poco enérgico, con una personalidad muy concienzuda. La personalidad obsesiva y concienzuda de un paciente individual con rosácea hace que el individuo tenga un cuidado especial con cualquier tarea en casa o en el trabajo. El paciente con rosácea es reconocido habitualmente por la empresa y sus jefes como una

Siendo la nariz el centro de la cara, una mínima lesión en ella puede tener mayor importancia para el paciente que otra lesión de aspecto objetivamente peor en la mejilla. Un mínimo angiofibroma de la nariz debe ser coagulado, aunque ello no sea explícitamente solicitado por el paciente que lo enseña. (Por algo lo hace; tantos pacientes los tienen y nunca consultan por ellos.)

“máquina de trabajar”. La mayoría de los pacientes con rosácea no encuentran fácil decir “No”. Debido a ello, los individuos con rosácea son explotados por sus jefes y por la empresa y constantemente se les pide que hagan más de lo que pueden alcanzar cómodamente con sus estándares tan altos. Esto origina conflictos y estrés y característicamente en este momento es cuando se desarrolla la rosácea. Además, una proporción significativa de pacientes, en la experiencia del autor, tienen miedo a las multitudes y prefieren salir de habitaciones calientes, abarrotadas y de supermercados. Resumiendo, desde el punto de vista psiquiátrico, la clásica persona con rosácea es ansiosa, a veces fóbica, muy sensible, obsesiva y poco energética.

Tratamiento del paciente con rosácea

Habitualmente se sugiere el tratamiento mecánico con antibióticos orales, antibióticos tópicos, tratamiento con rayos X, láser con tinción de pulsos o tratamiento KTP para la telangiectasia y láser de erbio: YAG o tratamiento con láser UltraPulse para la rinofima. Los pacientes que no respondan a estas medidas con frecuencia se tratan con ácido 13 cis-retinoico con algún beneficio.

Desde el punto de vista psicológico, siempre es importante explorar factores en la patogénesis y factores de estrés en las vidas de los pacientes. Es importante un entrenamiento asertivo simple, de manera que el paciente promedio con rosácea aprenda a decir “No”.

Las mujeres con rosácea tienden a ir mejor que los hombres. Los hombres habitualmente necesitan tratamiento antibiótico a largo plazo, mientras que las mujeres suelen responder a ciclos intermitentes. El rinofima es mucho más frecuente en varones y rara vez se ve en mujeres.

Tratamiento del enrojecimiento facial asociado a telangiectasia

Eritrofobia

Los pacientes con rosácea a los que les molesta mucho el rubor se pueden beneficiar de clonadina a una dosis de 50 µg dos veces al día, y un bloqueador beta cardioselectivo como propranolol 40 mg dos veces al día también puede ser útil. Si estas simples medidas no tienen éxito, con frecuencia es eficaz un tratamiento con láser pulsátil activado con colorante, aunque a los pacientes no les gustan las equimosis que induce este láser a corto plazo.

Los pacientes con eritrofobia son especialmente difíciles de tratar. Se puede probar inicialmente tratamiento farmacológico con clonadina o un bloqueador beta. Sin embargo, este grupo de pacientes parecen necesitar que se les tranquilice de forma constante y sufren de muy baja autoestima y poca confianza, debido a los

problemas que perciben. A algunos pacientes se les puede ayudar con hipnosis.

ENROJECIMIENTO FACIAL¹⁻⁹

La cara es muy importante para la imagen corporal y en la comunicación. Se pueden comunicar mensajes significativos a través de cambios en el flujo sanguíneo cutáneo facial. Así, la cara se vuelve blanca con la ira o el miedo, y se ruboriza con el júbilo y el estrés. El rubor es frecuente después del ejercicio y como respuesta a una temperatura ambiental alta y al consumo de alcohol (véase más adelante).

Con respecto al rubor, el espectro clínico es amplio. Por ejemplo, una minoría de pacientes, especialmente hombres jóvenes nerviosos, se encuentran muy incómodos por lo que describen como rubor profundo, pero con frecuencia hay muy poco que ver durante una consulta con estos pacientes. Mucho más raramente, el rubor episódico puede significar una enfermedad interna grave, como el síndrome carcinoide. Los ataques episódicos de enrojecimiento acompañados por una sensación de calor o quemazón en la cara, especialmente en mujeres, se pueden extender al cuello y el tronco superior (erythema fugax). Este rubor puede conducir a telangiectasias significativas, especialmente en la cara, uno de los rasgos clásicos de la rosácea.

El 80% de las mujeres menopáusicas desarrollan rubores molestos, con frecuencia asociados a sudoración.

El flujo sanguíneo cutáneo de la cara está controlado tanto químicamente como por el sistema nervioso y algunas autoridades distinguen entre el rubor “húmedo” y el rubor “seco”. El rubor húmedo es enrojecimiento facial acompañado de sudoración y se asume que se debe a afectación de las fibras nerviosas vasodilatadoras autonómicas de la piel de la cara. El sistema nervioso autónomo también inerva a las glándulas sudoríparas, y esto explica por qué el eritema se acompaña de sudoración. Por otro lado, el rubor seco, es decir, el rubor no acompañado de sudoración, se piensa que se debe al efecto de sustancias químicas como la histamina.

Enrojecimiento facial fisiológico

Los cambios en el flujo sanguíneo señalan a nuestras emociones y es frecuente el rubor debido a la turbación, especialmente en personas de piel clara, sensibles, en las que el umbral para esta respuesta puede ser bajo. Con el tiempo, los pacientes con este tipo de rubor desarrollan telangiectasias y habitualmente se asocian a sudoración.

Se puede producir un rubor similar después del ejercicio físico o la exposición a una temperatura ambiente alta. Las bebidas calientes producen una elevación de



Rosácea seborreica pustulosa. Mujer de 62 años. Evolución a brotes. Su máxima intensidad coincidió el año pasado con tres viajes que tuvo que efectuar a los EE.UU. Para atender como embarazada y después del parto a una de sus hijas, casada allí.



Rosácea seborreica pustulosa, con atrofia cortisónica y cortisondependencia. Aparte de las pertinentes telangiectasias, se aprecia en la parte derecha e inferior de la imagen la estructura de la red capilar, por atrofia epidérmica, entremezclada con vello cortisónico. Mujer de 56 años, viuda. El interrogatorio muestra un grado moderado de ansiedad y de depresión y a dos hijos jóvenes que “crecen sin el control que un padre podría ejercer”. El brote actual de pústulas coincidió con un accidente de motocicleta del menor por el que tuvo que ser ingresado.

la temperatura de la sangre que perfunde al hipotálamo y esto conduce a un rubor facial reflejo para aumentar la pérdida de calor.

Enrojecimiento facial menopáusico

Aproximadamente, el 80% de las mujeres menopáusicas desarrollan rubor, asociado a veces a sudoración. Los ataques, que con frecuencia se describen como precedidos de una sensación de calor, parecen estar causados por el ejercicio, comida o bebida calientes o por las emociones.

El criterio ginecológico convencional atribuye estos ataques a la caída de los niveles de estrógenos, porque los ataques se suelen abolir mediante un tratamiento hormonal sustitutivo.

Enrojecimiento facial asociado al alcohol

Se sabe que se puede producir un rubor facial significativo, que puede durar hasta dos horas, después de la ingestión de cantidades relativamente bajas de alcohol. Sin embargo, la relación entre el consumo de alcohol y la rosácea no está clara (véase más adelante). Los individuos del sudeste asiático desarrollarán un rubor importante después del consumo de dosis pequeñas de alcohol y esto se asocia a niveles plasmáticos más altos de acetaldehído y deficiencia de una isoenzima de la aldehído deshidrogenasa hepática. Aproximadamente, el 50% de los japoneses muestran esta deficiencia enzimática y se pueden detectar los individuos potencialmente afectados usando una prueba de parche de etanol que muestra eritema debido a una acumulación de acetaldehído en la piel tratada con etanol.

Enrojecimiento facial producido por fármacos

El rubor por clorpropramida-alcohol es un tipo específico de rubor inducido por alcohol que se produce fundamentalmente en diabéticos no dependientes de insulina que están recibiendo el compuesto antidiabético oral de tipo sulfonilurea denominado propomide. Incluso, cantidades pequeñas causan un intenso rubor en los minutos siguientes a la ingestión. No hay sudoración asociada ni síntomas sistémicos. Se sabe que este cambio se hereda de forma dominante y se asocia a una frecuencia baja de complicaciones diabéticas. Una vez más, el rubor está mediado por niveles plasmáticos elevados de acetaldehído, pero las prostaglandinas también pueden estar implicadas, puesto que la aspirina y otros agentes no esteroideos y antiinflamatorios bloquean el rubor.

Se puede producir un síndrome similar al rubor menopáusico en varones tratados por cáncer de próstata con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, como busserelina.

El enrojecimiento facial se puede asociar a otros tratamientos farmacológicos (tabla I).

Fármacos que producen rubor asociado al alcohol (tabla II)

Tabla I

Trinitrato de glicerina
Sildenafil (Viagra)
Ácido nicotínico
Nifedipina
Prostaglandina E
Prostaciclín fentolamina
Buserelina

Tabla II

Disulfiram
Metronidazol
Clorpropamida

Enrojecimiento facial asociado a la comida

El rubor gustatorio se debe a un reflejo nervioso que afecta a las neuronas autonómicas conducidas por ramas del nervio trigémino. Esta reacción puede ser unilateral o bilateral, y se puede producir a los pocos segundos de la ingestión de comida. Hay algunas dudas sobre si el glutamato monosódico es responsable del rubor asociado a sudoración y mareos que se puede producir después de la ingestión de comida china (náuseas de Kwok).

La intoxicación por peces escombroides se asocia a rubor, enrojecimiento, sudoración, vómitos y diarrea. Todos estos síntomas, que se deben a intoxicación por histamina, sólo se desarrollan cuando se ha permitido que el pez se deteriore y, como consecuencia de ello, se desarrollen niveles altos de histamina en el pez afectado a través de la biosíntesis bacteriana.

ENFERMEDADES QUE PRODUCEN ENROJECIMIENTO FACIAL EPISÓDICO

Clásicamente, el rubor se asocia al síndrome carcinoide, pero también se puede ver en individuos con mastocitosis, carcinoma medular de tiroides, en algunos

pacientes con tumores pancreáticos y en algunos pacientes con insulinooma. También se puede ver rubor con el síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteinemia monoclonal y cambios en la piel). En casi las tres cuartas partes de los pacientes con el síndrome carcinoide, los episodios de rubor intenso desempeñan un papel importante en la sintomatología. Los ataques de rubor son precipitados por el ejercicio, el alcohol, el estrés y ciertas comidas, como las especias, el chocolate, el queso, los aguacates, las ciruelas y las nueces. La localización de origen del tumor determina el carácter del rubor. Por ejemplo, los tumores del intestino anterior (estómago/pulmón/páncreas) asociados a un rubor geográfico de color rojo brillante tienen una duración más sostenida junto con sensación de quemazón. Estos rasgos también se pueden asociar a lagrimeo, estornudos y sudoración.

Los tumores del íleon producen un rubor púrpura más parcheado que se puede entremezclar con áreas de palidez. En conjunto, el rubor de los tumores del íleon dura menos que el rubor de los tumores del intestino anterior. El rubor se puede acompañar de edema y producir telangiectasias y rosácea. La histamina es probablemente responsable del rubor de tumores del intestino anterior, pero las acciones farmacológicas de la serotonina, un producto importante de los tumores del íleon, son insuficientes para explicar el aspecto clínico del rubor en pacientes con tumores en esta localización. Las prostaglandinas y las taquicininas también pueden participar en el rubor, mientras que la serotonina probablemente sea la causa más importante de la diarrea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marks R: Concepts in pathogenesis of rosacea. *Br J Derm* 1968; 80:170-177.
2. Parish LC, Witkowski JA: Acne rosacea and helicobacter pylori. *Int J Derm* 1995; 34:237-238.
3. Marks R: Rosacea: Hopeless hypotheses, marvellous myths and dermal disorganisation. In: Marks R. *Plewig G ed. Acne related disorders*. Martin Dunitz, Londres; 1989, 293-299.
4. Lowe NJ, Behr K L, Fitzpatrick R y cols.: Flashlamp pump dye laser for rosacea-associated telangiectasia and erythema. *J Derm Surg & Oncol* 1991; 17:522-525.
5. Wilkin JK: Oral thermal induced flushing in erythematotelangiectatic rosacea. *J Invest Derm* 1981, 76, 15-18.
6. Mulley G, Mitchel GR: A Menopausal flushing: does oestrogen therapy make sense? *Lancet* 1976; i, 1397-1399.
7. Wolff PH: Ethnic differences in alcohol sensitivity. *Science* 1972; 175:449-450.
8. Harada S, Agarawal DP, Goedde HW: Aldehyde dehydrogenase deficiency is a cause of facial flushing reaction to alcohol in Japanese. *Lancet* 1981; ii:982.
9. Wiles PG, Pyke DA: Chlorpropamide alcohol flush. *Clinical Science* 1984; 67:375-381.
10. Kwok RH: A Chinese restaurant syndrome. *New England J Medicine* 1968, 278-796.
11. Kim R: Flushing syndrome due to mahi mahi (scombroid fish) poisoning.
12. Wereide K, Neset G: Skin manifestations in carcinoid syndrome. *Acta Dermato Venereologica (Stockholm)* 1961; 41:264-276.
13. Norheim I, Oberg K, Theodorsson-Norheim E y cols.: Malignant carcinoid tumours. An analysis of 103 patients in relation to tumour localisation, hormone production and survival. *Annals of Surgery* 1987; 206:115-126.

LA ADAPTACIÓN A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS: SISTEMAS Y ESTRATEGIAS

I. H. Ginsburg

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS CONSTITUYE un hecho vital inevitable y omnipresente para muchos de los pacientes tratados por los dermatólogos. Sería importante que éstos tuvieran siempre en mente las estrategias cuyo uso pudiera disminuir en sus pacientes la vergüenza y los sentimientos de estar estigmatizados por su trastorno y que, a la vez, aumentaran su autoestima y la confianza en sí mismos y que, paralelamente, les ayudaran de manera constructiva a hacer frente a la ansiedad y al trastorno real que la enfermedad les hace experimentar en sus vidas con tanta frecuencia.

Se dispone de una amplia literatura sobre el tema de la calidad de vida, sobre los sentimientos de estigmatización y sobre otros aspectos dolorosos relacionados con las dermatosis crónicas, en particular sobre el miedo a sentirse rechazado por ellas. Por ejemplo, un estudio realizado con enfermos con psoriasis demostró que el 78% de los casos eran más reactivos al estrés relacionado con la psoriasis, estaban más incapacitados y presentaban un estado de salud mental menor que los casos del grupo control². Las investigaciones realizadas para cuantificar la experiencia del estigma han subrayado los sentimientos existentes de anticipación de rechazo, de ocultación y de sentirse defectuosos^{3, 11}. Se ha señalado que, teniendo la piel la función de mostrarse y de ser vista, se tendría que considerar la dermatosis grave o crónica como signo de fallo cutáneo, análogo a un fallo hepático renal, con el consiguiente aislamiento, incapacidad, rechazo y disminución de la comunicación en las esferas social y sexual^{9, 10}.

De todo ello, se desprende que es necesario que el médico terapeuta pregunte en esencia: ¿cómo pueden ser ayudados mis pacientes, de forma que se sientan más confortables en y con su propia piel?

Los dermatólogos que trabajan en clínicas privadas u hospitales tienen que usar estrategias para poder establecer una cierta empatía a la hora de comunicarse con sus pacientes, en relación con la corta duración característica de una visita dermatológica. Los psiquiatras que atienden a los pacientes que se sientan acosados por enfermedades cutáneas crónicas y que, al igual que otros profesionales de la salud mental, los tratan, están en situación de poder trabajar en los términos más profundos y psicológicamente más complejos que se presenten.

Los trastornos psiquiátricos pueden provocar algunos síndromes dolorosos crónicos, pero todo tipo de dolor crónico persistente (por ejemplo, la neuralgia postherpética) puede deprimir. Esta modalidad de dolor responde mejor a los antidepresivos que a los analgésicos.

Dolores excesivos en una verruga plantar en tratamiento, o en una cicatriz plantar quirúrgica, que no ceden con los analgésicos habituales, obligan a sospechar un estado de ansiedad y, o, depresión. Los enfermos que consultan con helomas múltiples sobre callosidades plantares por trastornos del ortoestatismo, de evolución, suelen estar deprimidos. No son los helomas en sí que deben hacer sospechar el diagnóstico, sino el hecho de que, habiéndolos soportado durante años, en un momento determinado se considere necesario consultar por ellos.

En el presente trabajo vamos a dividir estas técnicas en dos categorías que, si bien están relacionadas entre sí, difieren en la profundidad del consejo en el que el dermatólogo se compromete. Son las estrategias y planteamientos psicosociales, que pasamos a comentar.

ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES

Entre ellas, hablaremos de cuatro apartados: decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad, dominio de las situaciones sociales, participación activa en el mundo y manejo del estrés (tabla I).

Tratamiento de la enfermedad

El tratamiento que requiere una dermatosis crónica, con todas sus complejidades, constituye el modo más importante y obvio que el paciente tiene de enfrentarse a ella. Si la enfermedad es de extensión limitada o si responde fácilmente al tratamiento instituido, el paciente se adaptará fácilmente a tener una enfermedad leve o no evidente, disponiendo de sentimientos de mayor seguridad sin tener que enfrentarse con la intrusión de una enfermedad cutánea. Algunas veces, los pacientes con una enfermedad que ha sido tratada con éxito, de manera que ya no la tienen, o sólo presentan lesiones mínimas, pueden sentirse todavía profundamente afectados y con sensación de estrés por su enfermedad o ansiosos por temer una exacerbación.

No es raro que algunos pacientes que presentan una enfermedad resistente o extensa se encuentren derrotados por ella y abandonen el tratamiento a causa del tiempo, la atención y el dinero que requiere, todo lo cual provoca en el mismo paciente, y también en la familia, un estrés mayor que la propia enfermedad. Desde luego, sólo es el paciente el que puede decidir si se debe o no proseguir con el tratamiento, pero tal decisión debería basarse en una conversación detallada e informativa sobre el tratamiento con el dermatólogo, quien debería ser considerado como un aliado en el enfrentamiento.

Tabla I

Estrategias psicosociales

- Decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad.
- Dominio de las situaciones sociales.
- Participación activa en el mundo.
- Manejo del estrés.

Dominio de las situaciones sociales

El grado de comodidad del paciente con su vida cotidiana tiene mucho que ver con su sensación de competencia ante las situaciones sociales a las que se enfrenta, en el trabajo, en la escuela, en las reuniones sociales, en la calle, o incluso, dentro de su propia familia. Por tanto, es esencial que los pacientes puedan distinguir entre el rechazo anticipatorio y la experiencia de ser realmente rechazados. Los pacientes evitarán con frecuencia unirse a un equipo o club, ir a reuniones sociales o pedir un ascenso, por el miedo de ser rechazados por su problema cutáneo.

En realidad, no pueden predecir con certeza qué es lo que sucederá. Si evitan esta clase de situaciones, se están defendiendo a sí mismos, pero garantizando a la vez que sus vidas cotidianas serán menos gratificantes, menos interesantes y menos placenteras de lo que podrían ser. Si los médicos reconocen que muchos de los pacientes tienden a comportarse esta manera, pueden alentarles a evitar los comportamientos de autodefensa.

En ocasiones, los pacientes deben enfrentarse con preguntas y comentarios impertinentes sobre su piel, y en ocasiones, de hecho, se enfrentan al rechazo y la grosería en su vida social. Ciertamente, es difícil enfrentarse a ello, pero mostrarse autoritario y directo hará que, a menudo, los pacientes perciban un mayor control de la situación contrarrestando la ignorancia y el miedo con información y racionalidad ⁴.

Participación activa en el mundo

Como la dermatosis crónica puede erosionar la sensación de sí mismo y de su autoestima, para el paciente es particularmente importante centrarse en aquellos aspectos de la persona en los cuales la enfermedad cutánea no puede inmiscuirse. Un estudio realizado en niños y adolescentes con vitíligo demostró que aquellos casos que se sentían menos afligidos por su aspecto físico y que evolucionan mejor en la escuela y con sus compañeros presentaban un mayor interés y entusiasmo⁷. Además, los pacientes con psoriasis que trabajaban eran menos vulnerables a sentirse estigmatizados y eran menos propensos a preocuparse por lo que otros piensan de su aspecto y anticipaban menos rechazos³. Se podría concluir que este comportamiento se debe a que las personas que trabajan se perciben a sí mismas con una vida social satisfactoria, mantienen a sus familias y disfrutan de su estado como un adulto que funciona en el mundo exterior. En consecuencia, estas personas que están inmersas en sus propios intereses, que están dedicadas ardientemente a otros temas y principios, se centran más allá de los límites de su propio cuerpo y de sus preocupaciones cotidianas inmediatas.

El dermatólogo puede indagar en los intereses y aficiones del paciente y alentar una mayor participación en ellos o el desarrollo de alguno, si no existen. Este tipo de intereses puede ser muy variado, incluyendo la política local, actividades

Cualesquiera que sean las causas iniciales que condujeron al alcoholismo, éste por sí solo, cuando ya ha provocado adicción, constituye una enfermedad grave debido a sus perniciosos efectos sobre todas las esferas del individuo.

Está sobradamente referida la eficacia de la fluoxetina en la neuralgia postherpética, pero yo he tratado con ella durante 3 meses sin resultado a una mujer de 72 años que había sufrido un herpes zóster L III y L IV. Respondió muy bien a las tres semanas cuando cambié este ISRS por imipramina, con la que durante muchos años he estado consiguiendo buenos resultados en este dolor crónico. Otra enferma que, por motivos extraherpéticos, estaba siendo tratada con 40 mg/d de fluoxetina desde hacía 6 meses, desarrolló una neuralgia postherpética que cedió en 30 días después de cambiar a imipramina.

De un 10% a un 15% de los pacientes con herpes simple genital no llegan nunca a adaptarse, y desarrollan dificultades que les inducen al aislamiento en todas las áreas de su vida (Luby y Klinge, 1985). Es posible que ello ocurra sólo en pacientes psiquiátricamente predispuestos.

Toda persona sana presenta una serie de trastornos cutáneos mínimos, con los que convive tranquilamente. Cuando esta tranquilidad se pierde, puede sentir la necesidad de consultar al dermatólogo.

religiosas, deportes, música, baile, etc. Las actividades este tipo pueden ser apasionantes y emocionantes, permitiendo que la persona se integre en grupos de otras personas que comparten este entusiasmo y enriquecen su vida social, intelectual y espiritual⁴. Está claro que, cuando los pacientes se centran en el mundo exterior, disminuirá su preocupación e inquietud excesiva sobre su alteración cutánea; su autoestima se alimentará por el mayor control y el placer que le proporcionan estos otros aspectos de su vida.

Por ejemplo, un ama de casa de 50 años de edad que presentaba una dermatitis atópica se sentía deprimida y absorbida por el cuidado de su piel, consultando a muchos dermatólogos en busca de una curación. Cuando su vecina insistió en que la acompañara a reuniones de un club de jardinería, revivió en ella un interés pasado sobre la botánica y se metió de lleno en los placeres de cultivar flores y plantas, llegando a ocupar un alto cargo dentro del club. Su piel mejoró de forma espectacular.

Manejo del estrés

Una vez que el dermatólogo determina que el paciente tiene dificultades para adaptarse al estrés que supone presentar y afrontar una dermatosis crónica, puede sugerirle el empleo de técnicas de manejo del estrés. En algunos pacientes puede ser útil remitir el caso a una consulta de psicoterapia o *biofeedback*, pero también hay otras sugerencias valiosas que el dermatólogo clínico puede hacer.

Las técnicas de relajación, como las técnicas de respiración, la meditación y la relajación muscular, realizadas de forma periódica, ayudan algunos pacientes a relajarse. Un ejemplo es la respuesta de relajación de Benson, una técnica sencilla y fácil de enseñar que consiste en pensar en la palabra “un” u otro monosílabo cada vez que se exhala el aire durante periodos de 15-20 minutos¹.

Los abordajes de manejo del estrés implican, casi siempre, este tipo de estrategias como prioridades y objetivos que se establecen de forma acorde a la realidad de la vida cotidiana de cada paciente, variando la rutina con el ejercicio y las aficiones; hay que ser suficientemente autoritario y capaz de decir “no”, utilizar el humor para calmar situaciones tensas, etc.¹².

ABORDAJES PSICOLÓGICOS (Tabla II)

El dermatólogo también puede utilizar otras estrategias psicológicas para ayudar a los pacientes a enfrentarse con el modo en que su enfermedad cutánea complica sus vidas. La exploración por parte de otros profesionales puede ser una razón de peso para remitir el caso, un psiquiatra. Entre los distintos abordajes psicológicos, pasaremos revista a los siguientes: Necesidad de afrontar los sentimientos reales. ¿Los problemas se deben a la enfermedad o a la personalidad? Separar la propia

Tabla II

Abordajes psicológicos

- Necesidad que afrontar los sentimientos reales
- ¿Los problemas se deben a la enfermedad o a la personalidad?
- Separar la propia identidad de la enfermedad cutánea
- ¿Se cuenta, o se mantiene en secreto?
- Vulnerabilidad narcisista

identidad de la enfermedad cutánea. ¿Se cuenta, o se mantiene en secreto? Y vulnerabilidad narcisista.

Necesidad de afrontar los sentimientos reales

La capacidad de la persona para enfrentarse a las exigencias de sus vidas gira en torno a la conciencia activa de cómo se siente en realidad. En ocasiones, las personas con dermatosis crónicas intentarán minimizar el impacto del cuadro sobre sus vidas o sus sentimientos y, de hecho, algunas personas pueden tomárselo con calma y se sienten realmente cómodos con ellos mismos. Pero es más frecuente que se muestren sentimientos intensos y, a menudo, conflictivos sobre la enfermedad, que son incómodos, incluso dolorosos, y que muchas personas pueden negar, provocando así síntomas reales de depresión y ansiedad.

Entre los sentimientos que puede originar la enfermedad cutánea, podemos encontrar la vergüenza, la tristeza, el enfado, el disgusto y la culpa. Tener estos sentimientos puede ser tan desagradable, e incluso atormentante, como reconocer que se tienen, por lo que es importante que los pacientes afectados lo reconozcan. Es muy significativo si se consigue que acepten ante ellos mismos que éstos son sus auténticos sentimientos. Además, compartir estas sensaciones ayudará a los enfermos a controlar el impacto emocional de la enfermedad. Comentar el tema con miembros de la familia o con amigos íntimos les ayudará mucho, al igual que las conversaciones con un consejero religioso o un terapeuta. Aceptar estos sentimientos dolorosos y admitir que su presencia es aceptable mitigan el efecto de la enfermedad sobre la vida diaria. Los grupos de apoyo, en los cuales los pacientes se relacionan con otras personas que también presentan problemas cutáneos, suponen un foro que permite airear y trabajar estos potentes sentimientos⁴.

¿Los problemas se deben a la personalidad o a la enfermedad?

Es importante que, en interés de la claridad de mente y de sentimientos, una persona conozca cuántas dificultades de su vida cotidiana son consecuencia de la

Los enfermos crónicos son fácil presa de depresión, y entre ellos, de forma especial, los individuos con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y los neoplásicos. De vez en cuando uno de ellos puede consultar al dermatólogo.

En el primer número de *Dermatology & Psychosomatics*, Uwe Gieler y cols. han referido la capacidad de aceptación a su vitiligo de 33 pacientes ingresados en Bad Salzschiirf de Alemania; 27,3% de ellos atribuían su discromía al estrés emocional. Unos interrogatorios sistematizados consiguieron evidenciar en estos pacientes un mayor índice de ansiedad que de depresión. Se consiguieron descensos en ambos con estrategias terapéuticas de adaptación.

En un estudio de 47 pacientes, la urticaria crónica altera la calidad de vida: el descanso nocturno, el dinamismo, la movilidad, las reacciones emocionales; y puede conducir al aislamiento. Provoca dificultades familiares y profesionales, sexuales, del ocio y de las vacaciones. La urticaria retardada por presión deteriora aún más. (O'Donnell BF y cols. *Br. J. Derm.* 1997, 136:197-201).

enfermedad y cuáles se relacionan con sus problemas de carácter y personalidad. Por ejemplo, los médicos que entablan relaciones de empatía ven cómo simpatizan con aquellos pacientes que son adolescentes adultos jóvenes. Estas personas pueden quejarse por la vergüenza que supone tener acné o psoriasis, lo cual les impide salir, hacer amistades o participar en actividades sociales. Sin embargo, después se llega a descubrir que estas personas presentaban otros problemas, como timidez o torpeza, mucho antes de desarrollar su cuadro cutáneo.

De igual forma, los problemas del matrimonio pueden achacarse en ocasiones a la alteración cutánea. Un marido con psoriasis insistía en que la familia debía ir de vacaciones a la playa para favorecer la evolución de su piel, mientras que la esposa reclamaba con igual fuerza un viaje al extranjero. Esta discusión, que podría parecer un conflicto generado por la enfermedad cutánea, puede serlo superficialmente, pero esta pareja se encontraba en una continua lucha de poder en muchos otros temas, siendo la enfermedad cutánea sólo una más en una lista de materias que generaban conflicto: el auténtico problema era la dinámica de la pareja y no la psoriasis del marido. Se podría esperar que el dermatólogo ayudase a la pareja a trabajar en conjunto su conflicto interpersonal, pero sería más útil si pudiera indicar a la pareja cuál es su patrón de comportamiento, para que pudieran buscar ayuda en otros especialistas.

Separar la propia identidad de la enfermedad cutánea

Incluso, aunque las enfermedades cutáneas pueden ser muy molestas, hasta el punto de gobernar la vida del sujeto, ajustarse a la enfermedad mientras que se continúa con la vida de cada uno supone una gran ayuda cuando la persona *no* entrelaza su identidad con el cuadro cutáneo. Y realmente, la persona debería contemplarse a sí misma como un individuo *con una enfermedad* y no considerar que el individuo *es* la propia enfermedad. Por ejemplo, creo que es más exacto y útil pensar en personas con psoriasis o dermatitis atópica que de sujetos psoriásicos o atópicos. Cuando la identidad de la persona es distinta de la enfermedad, es más fácil detestar la enfermedad pero mantener sentimientos positivos sobre uno mismo.

¿Se cuenta, o se mantiene secreto?

La mayoría de las personas que presentan un cuadro estigmatizante utilizan una de estas dos estrategias para enfrentarse a él, intentar mantener la enfermedad en secreto o mostrarse muy abiertos sobre su existencia. Algunas personas se sienten tan humilladas por su enfermedad, que la ocultarán de cualquier forma posible: no hablarán del tema, incluso con sus amigos más íntimos, llevarán manga larga y

pantalones largos, sin importar si hace calor. Aunque este comportamiento les haga sentirse más cómodos psicológicamente, ya que no tienen que enfrentarse al rechazo, las miradas o las preguntas de la gente, puede que ésta no sea la mejor estrategia a largo plazo. La mejor forma de afrontar una enfermedad cutánea no es reconocerla y ocultarla, ya que así será más difícil que la persona afectada la acepte, y la aceptación implica una reacción de actividad contra ella.

Las personas con enfermedades cutáneas con las cuales los curiosos no están familiarizados son, en realidad, quienes mejor pueden educar a la gente sobre los problemas cutáneos. Por ejemplo, una joven de 17 años con una dermatitis atópica grave, asma y otras alergias, presentó una comunicación sobre la dermatitis atópica para su clase de ciencias. Los grupos de pacientes, como la Fundación Nacional de las Psoriasis en los Estados Unidos y la Asociación de la Psoriasis y la Sociedad del Eccema en Gran Bretaña, disponen de excelentes boletines informativos y folletos para la docencia.

La mayoría de las personas utilizan tanto la comunicación como el secreto para enfrentarse a su enfermedad, dependiendo de cada situación. Sin embargo, en conjunto, es probable que ser más abierto produzca una mayor autoconfianza y autoaceptación que ser más cerrado, con una mayor interacción social y una mayor educación hacia el público general.

Vulnerabilidad narcisista

Debajo de gran parte del distrés de una persona con una enfermedad crónica se esconde una vulnerabilidad narcisista. La enfermedad cutánea se puede experimentar como un insulto hacia el narcisismo de la salud del individuo. La integridad del ser, así como el ego ideal (ese aspecto del ser implicado en conseguir la opinión y esperanzas idealizadas que cada uno tiene de sí mismo) se pueden rescatar de la depredación de una dermatosis crónica. A menudo aparece la sensación de una vergüenza y humillación intensas⁶. Para ejemplo, una mujer joven con psoriasis grave lamentaba la pérdida de su piel “perfecta”, un atributo del que siempre se había sentido orgullosa. Como adolescente conflictiva y preocupada, sentía que era la menos apreciada de los hijos de unos padres estrictos. Decidió que tenía que trabajar en el nuevo negocio que estaban poniendo en marcha sus padres, con la esperanza de convertirse, finalmente, en la hija favorita. Muy cerca del nivel de consciencia se encontraba la fantasía de que sus padres, ahora encantados con ella, utilizarían su omnipotencia para provocar la desaparición de su problema cutáneo.

El dermatólogo puede tranquilizar a sus pacientes, en el sentido de que mucha gente experimenta estas sensaciones de vergüenza y humillación. Si parecen conducir a una depresión importante o cualquier otra forma de interferencia con la vida normal del paciente, se tomará muy en serio la posibilidad de remitir el caso a una consulta con el psiquiatra.

Las alteraciones físico-psíquicas de la menopausia son aceptadas más fácilmente por las mujeres socialmente autónomas (Cohen-Letessier). Una gran parte de las mujeres de 40 a 50 años manifiestan sentimientos de renacimiento, vitalidad y de autoestima.

Un trastorno (tanto dermatológico como psicodermatológico) sólo se manifestará si existe una vulnerabilidad específica para el trastorno, y si existe una falta de estrategias de adaptación adecuadas. El grado de vulnerabilidad depende del estado mental y físico del paciente. Los estresantes crónicos, tanto si son mentales como físicos o sociales, aumentan el grado de vulnerabilidad. Todas las actuaciones que aumenten el bienestar general resultan en una disminución de la vulnerabilidad.

Conclusiones

Cuando los dermatólogos enseñan a sus pacientes las estrategias para enfrentarse a su dermatosis crónica, es probable que encuentren que la alianza terapéutica con ellos sea cada vez más fuerte y eficaz. Cuando los pacientes perciben que sus sentimientos y preocupaciones son importantes para su dermatólogo, y que éste les entiende, se mostrarán más cooperadores con el tratamiento y experimentarán un aumento de su autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benson H: The Relaxation Response. William Morrow, Nueva York, 1975.
2. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM y cols.: Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997; 137:755-760.
3. Ginsburg IH, Link BG: Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20:53-63.
4. Ginsburg IH: Coping with psoriasis: a guide for counseling patients. *Cutis* 1996; 57:323-325.
5. Ginsburg IH: Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis. *Dermatologic Clinics* 1995; 13:793-804.
6. Ginsburg IH: The psychosocial impact of skin disease. *Dermatologic Clinics* 1996; 14: 473-484.
7. Hill-Beuf A, Porter DRP: Children coping with impaired appearance: social and psychologic influences. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6:294-301.
8. Koo J: Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatologic Clinics* 1996; 14: 485-496.
9. Ryan TJ: The confident nude or whither dermatology. *Derm Practice* 1987; 5:8.
10. Ryan, TJ: Disability in dermatology. *Br J Hosp Med* 1994; 46:33.
11. Schmid-Ott G, Jaeger B, Kuensebeck HW y cols.: Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a "Questionnaire on Experience with Skin Complaints," *Dermatology* 1996; 193: 304-310.
12. Winchell SA, Watt SRA: Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 101.

25 PSICOSOMÁTICA DE LOS ENFERMOS CON PSORIASIS

J. Y. M. Koo, C. S. Lee y P. Lin

INTRODUCCIÓN

La psoriasis plantea dos cuestiones psicosomáticas fundamentales: cómo puede exacerbar el estrés la psoriasis, y cómo influye la psoriasis en el equilibrio psicosocial y laboral de los pacientes. La primera cuestión se engloba, a veces, dentro de la denominación genérica de “aspectos psicosomáticos”, mientras que para la segunda se emplea a veces la denominación de “aspectos somatopsíquicos”. En este capítulo vamos a analizar ambas cuestiones, empezando por los aspectos psicosomáticos relativos a los efectos del estrés sobre la psoriasis.

EL ESTRÉS Y LA PSORIASIS

Son muchas las pruebas clínicas que demuestran que el estrés desempeña un papel muy importante en el comienzo y el desarrollo de la psoriasis, llegando a afectar al 90% de los pacientes psoriásicos¹⁻⁸. No se ha podido identificar de modo concluyente ningún rasgo específico de la personalidad ni problemas de adaptación interpersonal en estas personas “sensibles al estrés”⁹⁻¹⁴. El tiempo transcurrido entre las crisis de estrés y la exacerbación de la psoriasis suele ser inferior a un mes, y en dos tercios de los pacientes se reduce a menos de dos semanas¹⁵.

PSICONEUROINMUNOLOGÍA

Aunque es bien sabido que el estrés puede desencadenar y exacerbar la psoriasis, desconocemos el mecanismo exacto de este fenómeno. Recientemente ha surgido la especialidad de la psiconeuroinmunología, que pretende explicar los mecanismos en los que se basan las complejas interacciones entre la mente y el cuerpo, y que se manifiestan en forma de alteraciones de los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario¹⁶. Los mecanismos psiconeuroinmunológicos pueden explicar la correlación que existe entre el estrés y la psoriasis.

Clínicamente, de forma análoga al paciente atópico y al psoriático, en los que no es la atopia ni la psoriasis, sino el grado de intensidad de las mismas lo que determina su calidad de vida, así sucede también con los ansiosos, los depresivos y los obsesivos.



Placa numulariforme de psoriasis palmar. Que "pica, duele y escuece, tanto, que le hace dormir mal". Varón de 59 años, que hace 23 años consultó en diversas visitas por dishidrosis de los dedos, por picaduras de insectos y por una rosada. Tres meses antes de su aparición había iniciado la administración de un β bloqueante por hipertensión arterial. El interrogatorio permite conocer un trastorno depresivo enmascarado, con mucho cansancio. Se queja de que últimamente no encuentra nunca la esposa en casa, que siempre está jugando al bridge con sus amigas. Hace tres años, por holgazanes, expulsó de casa a sus dos hijos varones. Se muestra muy seguro de esto, "se lo merecían". Acepta que se encuentra solo. Le receto sertralina y le recomiendo un psicólogo para que intente aclarar por qué la esposa se ausenta de casa.

LA PSORIASIS Y EL SISTEMA NERVIOSO

Existen pruebas clínicas y experimentales de la influencia neural sobre la psoriasis. Se han obtenido pruebas clínicas sorprendentes de esta influencia neural en una serie de pacientes en los que se consiguió eliminar las placas psoriásicas mediante la sección de algunos nervios^{17,18}. Dos pacientes con placas psoriásicas persistentes en ambas rodillas se sometieron a una intervención quirúrgica en la que se les cortaron los nervios cutáneos en una de las rodillas. Tras la cirugía, la psoriasis desapareció sólo en la rodilla operada. En la rodilla contralateral no se observó ningún cambio. Una tercera paciente se sometió a una mastectomía derecha por un carcinoma de mama que dañaba el nervio intercostobranquial, produciendo entumecimiento en la cara superointerna del brazo. Tras la cirugía remitió gradualmente la psoriasis que afectaba al brazo derecho; no se produjeron cambios en las lesiones psoriásicas de la extremidad contralateral.

También se han obtenido pruebas de la influencia neural en la psoriasis en diversos estudios en los que el tratamiento quirúrgico de la psoriasis con lesiones cutáneas importantes (mediante raspado con dermatomo¹⁹, láser de anhídrido carbónico²⁰ o dermoabrasión²¹) permitió eliminar la psoriasis en la zona lesionada, debido posiblemente a una lesión de los nervios periféricos. Por otra parte, Farber ha sugerido que la simetría de

muchas lesiones psoriásicas podría deberse a la distribución bilateral de los nervios periféricos cutáneos²².

NEUROFISIOLOGÍA DEL ESTRÉS

Se ignora el mecanismo por el cual el estrés puede influir negativamente sobre la psoriasis, pero sí se sabe que el estrés induce la liberación de distintas hormonas, como ACTH, catecolaminas y acetilcolina²³. Además de esta respuesta convencional al estrés, se han observado cambios característicos en el sistema inmunitario, como una activación de la síntesis de interferón, una depresión de la respuesta mitogénica de los linfocitos y un aumento de la fagocitosis neutrofilica²⁴. El estrés activa también determinadas regiones cerebrales ricas en neuropéptidos. Se ha medido un aumento de las concentraciones de sustancia P en estas regiones corticales superiores, en las glándulas suprarrenales y en el suero²⁵.

Farber²² postuló que las causas y la patogenia de la psoriasis están mediadas por una inflamación neurógena inducida por neuropéptidos. Para explicar cómo

estos cambios neuroquímicos provocados por el estrés en el cerebro podrían mediar los efectos periféricos en la piel, Farber propuso un mecanismo neuroanatómico en el que participan interneuronas opioides del asta dorsal^{18,26,27}. La activación de zonas corticales superiores durante el estrés induce una liberación de la sustancia P, un neuropéptido suprarrenal, a través de fibras vegetativas descendentes²⁵, algunas de las cuales inervan interneuronas opioides del asta dorsal²⁸. Dado que estas interneuronas están comunicadas anatómicamente con nervios raquídeos que contienen la sustancia P, podrían desencadenar la liberación antidrómica de neuropéptidos en la piel. La liberación de la sustancia P y de otros neuropéptidos de los nervios sensitivos de la piel puede originar reacciones inflamatorias locales que inician la psoriasis. La mediación de los neuropéptidos en esta respuesta está respaldada por el hecho de que al inyectar por vía intradérmica la sustancia P se observan cambios inflamatorios similares²⁹.

Los neuropéptidos modifican distintas células y funciones cutáneas, que también se ha comprobado que están funcionalmente alteradas en la psoriasis. Por ejemplo, la sustancia P³⁰ y el péptido vasoactivo intestinal³¹ pueden provocar una hiperproliferación queratinocítica, uno de los signos distintivos de la psoriasis. También se ha observado que la sustancia P, el péptido intestinal vasoactivo y la somatostatina potencian considerablemente la desgranulación^{32,33} y estimulan la proliferación de mastocitos cutáneos humanos, que a su vez inducen una excitación de los nervios sensitivos y una amplificación de la inflamación neurógena mediadas por la histamina³⁵. Por otra parte, al exponer cultivos cutáneos a la sustancia P, ésta induce la expresión de la molécula de adhesión leucocítica endotelial, lo que demuestra que la sustancia P puede modificar *in vivo* las interacciones entre el endotelio y los leucocitos y aporta "pruebas adicionales de una modulación neurógena y psicógena de la respuesta inmunitaria"³⁶. Además, existen varios neuropéptidos que alteran la función de otras células inmunitarias implicadas en la patogenia de la psoriasis, como los linfocitos y los neutrófilos³⁷. En otro trabajo³⁸ se puede encontrar una revisión más detallada de los efectos de la sustancia P y de otros neuropéptidos. Bernstein y cols.³⁹ aportan más pruebas sobre una patogenia neurógena de la psoriasis; estos autores han comprobado que la psoriasis puede mejorar con la aplicación tópica de capsaicina, una sustancia que provoca una depleción de neuropéptidos en los nervios sensitivos locales⁴⁰. La infusión intravenosa de somatostatina, un inhibidor de la sustancia P⁴¹, resulta beneficiosa en la psoriasis severa⁴².

Sin embargo, no se ha podido demostrar la liberación local de neuropéptidos a partir de los nervios sensitivos de la piel en respuesta a estímulos estresantes en los animales o los seres humanos, aunque se ha observado que las concentraciones de sustancia P y de péptido intestinal vasoactivo son significativamente mayores en las lesiones psoriásicas⁴³ que en la piel sin lesiones y



Psoriasis rupioide en cara anterior de pierna. Varón de 37 años. Lo importante no es la psoriasis en sí, extensa y uniforme, de relativo fácil tratamiento, o gruesa y en placas limitadas, como es en este caso, de tratamiento difícil, sino la importancia que el paciente otorgue a la misma. Este concepto puede variar según las circunstancias psicosociales del enfermo.

To cure rarely, to relieve sometimes, to comfort always, sir Wilfred Thomason Grenfell (1865-1940). Según este médico y misionero inglés, esto es lo que todo médico debe pretender en sus enfermos. Resulta fácil de aceptar si la cita se aplica a una enfermedad recidivante como la psoriasis, pero se debería aplicar también al bienestar psicológico de todos los enfermos que nos consultan.

en la piel normal de control. Además, se ha detectado en la epidermis psoriásica un aumento significativo de las fibras nerviosas que contienen sustancia P⁴⁴, aunque este hallazgo no ha quedado confirmado en otro estudio en el que se observó una densidad y un patrón de distribución comparables de fibras nerviosas que contienen sustancia P y péptido intestinal vasoactivo en la piel con lesiones psoriásicas, la piel sin lesiones y la piel normal⁴⁵. Cabe destacar que la sustancia P y el péptido intestinal vasoactivo se encuentran no sólo en las fibras nerviosas cutáneas, sino también en el citoplasma de los neutrófilos del infiltrado, lo que parece sugerir que existe otra posible fuente de estos neuropéptidos en las lesiones psoriásicas. Por otra parte, se han encontrado receptores de la sustancia P (tanto distribuidos regularmente por la epidermis como agrupados focalmente en la dermis) en una región que corresponde a las posibles estructuras dérmicas contra las que actúa la sustancia P (microvasos, mastocitos, queratinocitos)⁴⁶. Por consiguiente, en la piel se encuentran los elementos necesarios para una inflamación neurógena (terminaciones nerviosas, neuropéptidos y células diana), que están aumentados en la piel afectada por la psoriasis. Los cambios observados en las concentraciones de sustancia P y de péptido intestinal vasoactivo en la psoriasis indican una participación de esos neuropéptidos y de los nervios cutáneos en los mecanismos de los que depende la aparición o el mantenimiento de las lesiones psoriásicas.

La beta-endorfina es otro mediador importante del estrés. Ejerce un efecto antinociceptivo sobre los nervios sensitivos periféricos^{47,48}, e induce una inmunomodulación de la respuesta linfocítica^{17, 44}. La secreción de beta-endorfina aumenta durante los periodos de estrés, y se ha podido comprobar que depende de la estimulación del eje hipófisis-glándula suprarrenal^{49,50}. Además, este péptido puede ser sintetizado también por células inflamatorias como los linfocitos, los macrófagos, los monocitos y las células plasmáticas en los tejidos periféricos⁴⁸. Se ha detectado un aumento marcado de la beta-endorfina sérica en los pacientes con psoriasis⁵¹. Las concentraciones más elevadas de beta-endorfina se han medido en pacientes con psoriasis en placas en fase de extensión activa, mientras que los pacientes sin lesiones presentaban concentraciones reducidas de este neuropéptido. Por consiguiente, parece que la beta-endorfina constituye otro mediador importante en la inmunomodulación inducida por el estrés.

Se ha comprobado que las células de Langerhans y las fibras nerviosas que contienen la proteína relacionada con el gen de la calcitonina (PRGC) interactúan estrechamente en la epidermis humana. Se ha podido encontrar la PRGC en la superficie de estas células y se ha comprobado, además, que inhibe la presentación antigénica de la célula de Langerhans⁵². Por consiguiente, la PRGC podría tener efectos inmunomoduladores *in vivo* y constituir otro punto de interacción entre el SNC y la función inmunológica.

Todos estos hallazgos concuerdan con la hipótesis de que los efectos del estrés sobre la evolución y el pronóstico de la psoriasis se deben a una modulación neu-

roendocrina de la función inmunitaria, y que la sustancia P y otros neuropéptidos liberados por las fibras nerviosas de la dermis y la epidermis son muy importantes en la patogenia de la psoriasis. Por supuesto, el estrés también puede influir indirectamente en el sistema inmunitario: una persona estresada puede alimentarse y dormir peor o ser más propenso a ingerir sustancias como el alcohol, con la consiguiente merma en su resistencia⁵³.

EL ESTRÉS Y LOS MASTOCITOS CUTÁNEOS

Recientemente se ha demostrado que el estrés psicológico agudo induce una desgranulación de los mastocitos cutáneos, un efecto mediado por la hormona liberadora de corticotropina (CRH)⁵⁴. Theoharides postula que durante el estrés inducido *in vivo* los nervios simpáticos posganglionares y las fibras nerviosas sensitivas periféricas liberan CRH, que actúa sobre los mastocitos locales potenciando la permeabilidad vascular. Los mediadores inflamatorios liberados podrían reclutar y activar células inmunitarias, así como actuar sobre las terminaciones nerviosas liberando más péptidos y estimulando de ese modo a nuevos mastocitos⁵⁵. Por el momento desconocemos la contribución relativa de la CRH a los procesos inflamatorios, en comparación con la de otros neuropéptidos colocalizados en las fibras nerviosas simpáticas posganglionares y sensitivas.



Psoriasis palmar que ha aparecido hace tres meses. Varón de 44 años. Desde hace 27 años ha contactado sin problemas con taladrinas en una fábrica de compresores de nevera. No ha cambiado de sección. Empeora con el trabajo y mejora en fines de semana y durante las vacaciones. También es verdad que sucedería exactamente igual con cualquier otro trabajo. Un mes antes inició un tratamiento de hipertensión arterial con un preparado a base de enalapril, coincidiendo con un cambio de propietarios de la empresa que conllevó una mayor rigidez laboral. Después de la cara, las manos constituyen el segundo órgano de expresión.

EFEECTO ADICIONAL DEL ESTRÉS SOBRE EL SISTEMA INMUNITARIO

Arnetz y cols.⁵⁶ han estudiado las reacciones psicoendocrinas y metabólicas a factores estresantes experimentales en 10 pacientes psoriásicos, que empeoraban con el estrés, y en 10 controles de características equiparables. Al comenzar no existían diferencias en la reacción psicoendocrina, pero, durante las pruebas de conflictos mentales forzados con el color y la aritmética, los pacientes psoriásicos sintieron el estrés con mayor intensidad, experimentaron un incremento mayor de la adrenalina urinaria y la glucemia, y alcanzaron menores concentraciones de cortisol plasmático que los sujetos sanos. Se ha sugerido que el estrés podría activar el eje hipófisis-glándula suprarrenal y, junto con el descenso del cortisol sérico, podría intensificar la psoriasis, actuando como el paradigma de un brote tras la retirada del



Psoriasis del cavum. Varón de 26 años. Comercial. Psoriasis-eccema-neurodermitis. Refiere prurito intenso y el placer que proporciona rascarse con las llaves del coche.

tratamiento esteroideo. Schmid-Ott y cols.⁵⁷ han observado también que los pacientes psoriásicos alcanzaban mayores concentraciones plasmáticas de adrenalina y noradrenalina y menores concentraciones plasmáticas de cortisol que los sujetos sanos en respuesta al estrés. Estos datos experimentales indican que los pacientes psoriásicos presentan una respuesta vegetativa más intensa y una menor actividad hipofisaria-suprarrenal en respuesta al estrés en comparación con los sujetos sanos.

CONCLUSIÓN

En resumen, en relación con el mecanismo fisiopatológico por el cual el estrés emocional puede exacerbar la psoriasis, cabe destacar que los científicos dedican cada vez mayores esfuerzos a investigar desde los distintos aspectos hormonales hasta nuevos mecanismos y neuropéptidos. Sin embargo, es evidente que sus esfuerzos se encuentran todavía en una fase muy precoz; es necesario seguir investigando en el futuro para poder esclarecer mejor la relación entre el estrés emocional y la exacerbación de la psoriasis.

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA PSORIASIS

Introducción

El otro aspecto psicosomático de los pacientes psoriásicos es la repercusión que la psoriasis tiene en la calidad de vida de los pacientes. A continuación, presentamos una revisión de los trabajos publicados sobre este tema.

Definición de calidad de vida

La calidad de vida (CdV) es un concepto que la mayoría de los dermatólogos practicantes probablemente puedan definir de modo intuitivo. En términos muy generales, la CdV tiene que ver con el bienestar físico, psicológico, social, sexual y profesional de una persona. También depende de las repercusiones de los regímenes de tratamiento que necesita una persona, ya que los tratamientos que conllevan muchos inconvenientes, gastos y molestias, pueden reducir también la CdV de un individuo. Por consiguiente, aunque el concepto es bastante amplio, a continuación incluimos algunos de los elementos fundamentales que determinan la CdV de una persona:

1. *Factores físicos*: como el prurito, la irritación, el dolor, el insomnio, la imposibilidad de usar las manos o de caminar, etc.
2. *Impacto psicológico*: es lo que se conoce a veces como el parámetro “intrapsíquico”, ya que el paciente puede sentirse muy incómodo a ese nivel, aun cuando nadie más note la enfermedad cutánea del paciente. Algunas de las manifestaciones son la conciencia del problema, la vergüenza, la frustración, la ira, la desesperanza, la depresión, la estigmatización, la anticipación del rechazo (p. ej., en la peluquería, la piscina pública, las fiestas playeras, etc.).
3. *Impacto social*: inhibición a la hora de asistir a actos sociales, de dar la mano, la necesidad de usar determinados tipos de prendas para ocultar las lesiones, etc.
4. *Repercusiones sexuales*: sensación de falta de atractivo físico que conlleva una reducción de la actividad sexual.
5. *Repercusiones laborales*: negativa a considerar determinadas ofertas de trabajo debido a una posible impresión negativa en los clientes como consecuencia de una apariencia desfavorable; pérdida de días de trabajo debido a los brotes de psoriasis; pérdida de productividad debido a la necesidad de seguir tratamientos prolongados como la fototerapia o el tratamiento de Goeckerman, etc.



Psoriasis invertida.

Además de los cinco factores citados, también pueden influir negativamente en la CdV algunas modalidades terapéuticas como aquellos tratamientos que roban mucho tiempo y esfuerzo al paciente, los efectos secundarios de algunos medicamentos y la suciedad de determinados procedimientos terapéuticos.

Teniendo presentes los aspectos citados anteriormente, a continuación presentamos una revisión de la literatura acerca de las repercusiones psicosociales y laborales de la psoriasis.

Repercusiones psicosociales y laborales de la psoriasis

En el estudio PLSI realizado en Estados Unidos con 217 pacientes psoriásicos, Gupta y Gupta⁵⁸ comprobaron que es posible clasificar en dos categorías los problemas cotidianos menores que se observan con más frecuencia. La primera categoría corresponde a la ansiedad que provoca la desfiguración estética, especialmente la conciencia de la enfermedad en presencia de personas extrañas (el 52% la experimentaba), la inasistencia a lugares públicos (como piscinas, gimnasios, restaurantes) (50%), el uso de determinadas prendas para cubrir las zonas afectadas (46%) y el rechazo a tomar el sol (44%). Era menos frecuente la ansiedad que causaba el hecho de que el peluquero se negase a cortar el pelo al paciente (15%) o el esfuerzo consciente de algunas personas para no tocar al paciente (18%). La segunda categoría



Psoriasis que provoca prurito.

corresponde a la ansiedad generada al tener que afrontar las consecuencias físicas de la enfermedad, especialmente las molestias producidas por la descamación de la piel (66%), el tiempo dedicado al tratamiento de la psoriasis (51%), el temor a los efectos secundarios de la medicación (31%) y la falta del dinero necesario para pagar las facturas médicas (22%).

En otro estudio, Gupta y Gupta⁵⁹ examinaron a 215 pacientes afectados por la psoriasis en Estados Unidos y comprobaron que, en relación con la apariencia y la vida social, los pacientes solían preocuparse por su enfermedad en presencia de extraños (el 53% experimentaba esta sensación), evitaban los lugares públicos como piscinas, gimnasios, restaurantes (50%), llevaban ropas feas o incómodas para cubrir las zonas afectadas (46%) y evitaban tomar el sol (44%). Menos frecuentes eran los casos de personas que no deseaban ser vistas en compañía del paciente (4%), el rechazo por parte de las personas de sexo opuesto (7%), los comentarios desagradables de amigos y familiares (10-12%) y el rechazo del peluquero a cortar el pelo al paciente (15%). En cuanto al trabajo y la economía, los pacientes aseguraban en muchos casos que no tenían suficiente dinero para pagar las facturas médicas (22%), tenían miedo de perder sus trabajos (15%) y de perder su sueldo o sus ingresos (13%). Por último, en relación con los síntomas y el tratamiento, los pacientes se preocupaban especialmente por la descamación de la piel (66%), por tener que dedicar mucho tiempo al tratamiento de la psoriasis (51%) y por los efectos secundarios de los tratamientos médicos (31%). Los grupos de 18-29 años y de 30-45 años tenían más problemas de apariencia/vida social y de trabajo/economía. Los hombres tenían más problemas laborales que las mujeres, aunque no existían diferencias en el apartado de apariencia/vida social.

Dooley y Finlay⁶⁰ investigaron en Gran Bretaña la adaptación social de 43 pacientes con psoriasis en doce circunstancias sociales. Estos autores definían la adaptación social como la relación entre factores como la confianza, la vergüenza, la conciencia personal, la agresividad, la conciencia corporal y la timidez en los pacientes psoriásicos. Observaron que los pacientes con psoriasis afrontan peor las situaciones de mayor exposición, especialmente las playas y la peluquería. No encontraron diferencias en la adaptación social entre hombres y mujeres, aunque las mujeres tienen una mayor conciencia de sus cuerpos en el trabajo y en el hogar, que se correlaciona con la gravedad de su enfermedad.

En un estudio en el que participaron 100 pacientes psoriásicos de Estados Unidos y en el que emplearon muestras de población epidemiológicamente válidas, Ginsburg y Link⁶¹ comprobaron que el 19% de los pacientes experimentaron 50 episodios de rechazo manifiesto, generalmente en gimnasios, peluquerías y piscinas. Estos autores extraían la conclusión de que las experiencias de rechazo originaban sentimientos de estigmatización, que inducían al paciente a buscar ayuda y, hasta cierto punto, interferían con su trabajo.

Koo⁶² llevó a cabo un estudio epidemiológico de la psoriasis en la población norteamericana utilizando muestras de población epidemiológicamente válidas, prestando un interés muy especial a las repercusiones psicosociales en la vida diaria. En general, observó una estrecha correlación entre la gravedad de la psoriasis percibida por el propio paciente y las repercusiones sobre los factores psicosociales. Las emociones más afectadas y que más se correlacionaban con la gravedad de la psoriasis eran la conciencia del problema, la sensación de impotencia, la vergüenza y la ira/frustración; y las menos afectadas eran los problemas de aceptación por parte de amigos/familiares y los deseos de relacionarse socialmente. El prurito, la irritación física y los dolores/molestias físicos tenían un gran impacto físico, mientras que las dificultades para realizar las tareas domésticas, caminar o usar las manos tenían un impacto físico muy inferior. Las actividades cotidianas más afectadas eran la asistencia a piscinas/playas/gimnasios, el uso del bañador y el cortarse el pelo en la peluquería, mientras que otras como acudir a entrevistas, dar la mano e ir al colegio no se veían tan afectadas. En relación con la imagen corporal y la aceptación social, los encuestados se sentían preocupados por el hecho de que la psoriasis les produjera un aspecto más o menos antiestético. En relación con el impacto psicosocial global, la pregunta genérica de “¿le resulta muy problemática su psoriasis?” recibió la mayor puntuación, mostrando una gran correlación con el grado de severidad de la psoriasis percibido por el propio paciente. La mayoría de los encuestados admitían que las personas en general y los médicos en particular tienden a subestimar el impacto psicológico y social de la psoriasis. Los encuestados no pensaban que la psoriasis hubiera influido negativamente en su vida profesional o provocado el rechazo de las personas del sexo opuesto. El 74% de los encuestados consideraban que lo peor o lo segundo peor de la psoriasis eran sus síntomas, especialmente el prurito o el rascado, mientras que el 51% pensaban que lo peor era su apariencia, especialmente el aspecto antiestético y la descamación.

Ramsay y O'Reagan⁶³ valoraron los efectos sociales y psicológicos de la psoriasis en 140 pacientes hospitalizados en Gran Bretaña. En relación con las actividades sociales, los efectos más frecuentes eran la renuncia a bañarse (72%), tomar el sol (60%), ir al peluquero (34%), hacer deporte (40%) y acudir a baños/duchas públicos (64%). Entre las consecuencias emocionales, destacaban la sensación de sentirse observados constantemente (57%), la vergüenza (55%) y un sentimiento de “desaseo” (56%). El 50% de los pacientes sufrían consecuencias en su vida sexual; el 65% de los mismos tenían placas genitales. La mayoría (86%) pensaba que la psoriasis no había influido en la elección de su profesión, pero el 37% había faltado al trabajo 1-8 semanas en los 12 meses anteriores y el 11% durante más tiempo incluso. En relación con la vestimenta, el 64% evitaba las prendas veraniegas de manga corta, el 33% evitaba las ropas oscuras (debido a las costras del cuero cabelludo) y el 25% evitaba totalmente ir a comprar ropa. Al preguntarles acerca de lo peor de la psoriasis, el 48% respondía que el aspecto general de la piel y el 31% aseguraba que lo peor era el prurito. El 86% creía que los problemas de la psoriasis

Sylvie Consoli señala que “se ha podido demostrar que la calidad de vida de pacientes con psoriasis está en relación no sólo con la visibilidad de las lesiones de psoriasis, sino con el grado de concienciación del estrés que la enfermedad provoca en los pacientes. Y aún más, el estrés causado por la enfermedad no está en relación ni con la gravedad clínica, ni con la visibilidad de la misma”. Es decir, que una dermatosis no tiene la importancia que nosotros creamos que pueda tener, sino la que el paciente le otorgue.



Psoriasis. Afectación ungueal intensa.

serían mucho menores si la población general estuviera mejor informada sobre esta enfermedad.

CONCLUSIÓN FINAL

Disponemos de bastantes datos sobre los aspectos psicossomáticos y somatopsíquicos de la psoriasis, que hemos resumido en este capítulo. No obstante, todavía queda mucho por hacer, no sólo para conocer los mecanismos fisiopatológicos bioquímicos de la psoriasis en relación con el estrés emocional, sino también para encontrar un instrumento psicométrico válido que sirva para poder correlacionarlo con la gravedad de la enfermedad de los pacientes. Aun cuando se ha desarrollado aproximadamente media docena de esos instrumentos, no está claro si se correlacionan adecuadamente con la gravedad de la enfermedad que, en opinión de los autores, es el punto de referencia para valorar la validez del instrumento. Los estudios que resumimos aquí representan básicamente las tentativas iniciales para intentar esclarecer las repercusiones psicosociales y laborales mediante el uso de parámetros cualitativos o semicuantitativos. Es evidente que para avanzar al “siguiente escalón” necesitamos un instrumento psicométrico validado que sea sensible a la gravedad de la enfermedad. Los autores confían que se podrá disponer de un instrumento de esas características en un futuro no muy lejano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lomholt G: Psoriasis, prevalence, spontaneous course, and genetics. GEC Gad, Copenhagen, 1963.
2. Boyd AS, Menter A: Erythrodermic psoriasis. Precipitating factors, course, and prognosis in 50 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 985-991.
3. Farber EM, Nall L, Charuworn A: Psoriasis and stress. In: Kukita A, Seiji M (eds). Proceedings of the XVI International Congress of Dermatology. Tokyo University Press, Tokio, 1983, 81.
4. Hellgren L: Psoriasis. A statistical, clinical, and laboratory investigation of 255 psoriatics and matched healthy controls. 1964; 44:191-207.
5. Braun-Falco O, Burg G, Farber EM: Psoriasis: eine Fragebogenstudie bei 536 Patienten. *Munch Med Wochenshr* 1972; 114:1-15.
6. Farber EM, Nall ML: The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica* 1974; 148:1-18.
7. Newbold PCH: Pruritus in psoriasis. In: Farber EM, Cox AF, (eds.). *Psoriasis*. Proceedings of the Second International Symposium. Stanford University, Yorke Medical Books, Nueva York, 1977. 334.
8. Nyfors A: Psoriasis in children: characteristics, prognosis, and therapy: a review. *Acta Dermatovenereol (suppl)* 1981; 95: 47-53.
9. Goldsmith LA, Fischer M, Wacks J: Psychological characteristics of psoriatics. *Arch Dermatol* 1969; 100:674-676.

10. Baughman R, Sobel R: Psoriasis, stress, and strain. *Arch Dermatol* 1971; 103: 599-600.
11. Baughman R, Sobel R: Psychological factors relating to psoriasis. In: Farber EM, Cox AJ, (eds.). Psoriasis. Proceedings of the International Symposium. Stanford University Press, Stanford, 1971. 61.
12. Gilbert AR, Rodgers DA, Roenigk HH: Personality evaluation in psoriasis. *Cleve Clin Q* 1973; 40:147-152.
13. De la Brassine M, Neys C: Psychosomatics and psoriasis. In: Farber EM, Nall L, Morhenn V, Jacobs PH (eds.). Psoriasis. Proceedings of the Fourth International Symposium. Stanford University, Elsevier, Nueva York, 1987. 552.
14. McEnvoy MT, Roenigk RK: Psychological aspects of psoriasis. In: Roenigk HH, Maibach HI (eds.), *Psoriasis* 2nd ed. Marcel Dekker Inc, Nueva York, 1990.
15. Seville RH: Stress and psoriasis: the importance of insight and empathy in prognosis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 97-100.
16. Ader R (ed): Psychoneuroimmunology. Academic Press, Nueva York, 1981.
17. Dewing SB: Remission of psoriasis associated with cutaneous nerve section. *Arch Dermatol* 1971; 104: 220-221.
18. Farber EM, Lanigan SW, Boer J: The role of cutaneous sensory nerves in the maintenance of psoriasis. *Int J Dermatol* 1990; 29: 418-420.
19. Kill J, Sogaard H: Surgical treatment of psoriasis. *Lancet* 1985; 2: 16-18.
20. Bekassy Z, Astedt B: Carbon dioxide laser vaporization of plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 1986; 114:489-492.
21. Gold MH, Roenigk HH: Surgical treatment of psoriasis: a review including a case report of dermabrasion of hypertrophic psoriatic plaques. *J Dermatol Surg Oncol* 1987; 13:1326-1331.
22. Farber EM, NickeoloffBJ, Recht B, y cols.: Stress, symmetry, and psoriasis: Possible role of neuropeptides. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14: 305.
23. Moore RY, Bloom FE: Central catecholamine neuron systems: anatomy and physiology of the norepinephrine and epinephrine systems. *Annu Rev Neurosci* 1979; 22: 13-168.
24. Palmblad JEW: Stress-related modulation of immunity. *Cancer Detect Prev Suppl* 1987; 1: 57-64.
25. Oehme P, Hecht K, Diesche L: Substance P - new aspect to its modulatory function. *Acta Biol Med Ger* 1980; 39: 469-477.
26. Farber EM, Nall L: Psoriasis: A stress-related disease. *Cutis* 1993; 5: 322-326.
27. Farber EM, Rein G, Lanigan SW: Stress and psoriasis, psychoneuroimmunologic mechanisms. *Int J Dermatol* 1991; 30: 8.
28. Levine JD, Lane Sr, Gordon NC y cols.: A spinal opioid synapse mediates the interaction of spinal and brain stem sites in morphine analgesia. *Brain Res* 1982; 236: 85-91.
29. Wallengren J, Hakanson R.: Effects of substance P, neurokinin A and CGRP in human skin and their involvement in sensory nerve-mediated responses. *Eur J Pharmacol* 1987; 143: 267-273.
30. Wilkinson DI.: Mitogenic effect of substance P and CGRP on keratinocytes. *J Cell Biol* 1989; 107: 509.
31. Haegerstrand A, Jonzon B, Dalsgaard CJ, y cols.: Vasoactive intestinal peptide stimulates cell proliferation and adenyl cyclase activity of cultured human keratinocytes. *Proc Natl Acad Sci* 1989; 86: 5993-5996.
32. Foreman JC: Neuropeptides and the pathogenesis of allergy. *Allergy* 1987; 42: 1-11.
33. Ejavec F, Lembeck F, Florjanc-Irman T, Skofitsch G, Donnerer J, Saria A, Holzer P: Release of histamine by substance P. *Naunyn-Schmiedeberg Arch Pharmacol* 1981; 317: 67-70.
34. Rein G, Korins K, Karasek M: Sensory neuropeptides enhance survival of human skin mast cells in tissue culture. *J Cell Biol* 1988; 107: 701a.
35. Church MK, Lowman MA, Robinson C, Holgate ST, Benyon RC: Interaction of neuropeptides with human mast cells. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 1989; 88:7078.

36. Matis WL, Lauker RM, Murphy GF: Substance P induces the expression of an endothelial leukocyte molecule by microvascular endothelium. *J Invest Derm* 1990; 94: 492.
37. Pincelli C, Fantini F, Magnoni C, Giannetti A: Psoriasis and the nervous system. *Acta Dermatovenereologica Suppl* 1994; 186: 60-61.
38. Jessel TM. Substance P in the nervous system. In: Iverson LL, Snyder SH, eds. *Handbook of Psychopharmacology*. Vol 17. Plenum, Nueva York, 1983; 1-105.
39. Bernstein JE, Parish IC, Rapaport M, Rosenbaum MM, Roenigk HH: Effects of topically applied capsaicin on moderate and severe psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 504-507.
40. Carter RB: Topical capsaicin in the treatment of cutaneous disorders. *Drug Dev Res* 1991; 22: 109-123.
41. Brodin GE, Olgart L, Panopoulos P: Evidence that substance P is a mediator of antidromic vasodilation using somatostatin as a release mediator. *Acta Physiol Scand* 1984; 113:155-159.
42. Weber G, Klughardt, Neidhart M: Psoriasis and human growth hormone: aetiology and therapy. *Arch Dermatol Res* 1981; 270: 361-365.
43. Eedy DJ, Johnston CF, Shaw C, y cols.: Neuropeptides in psoriasis: An immunocytochemical and radioimmunoassay study. *J Invest Dermatol* 1991; 96: 434.
44. Naukkarinen A, NickoloffBJ, Farber EM: Quantification of cutaneous sensory nerves and their substance P content in psoriasis. *J Invest Dermatol* 1989; 92:126-129.
45. Pincelli C, Fantini F, Romualdi P, Sevi-nani C, Lesa G, Benassi L, Giannetti A: Substance P is diminished and vasoactive intestinal peptide is augmented in psoriatic lesions and these peptides exert disparate effects on the proliferation of cultured human keratinocytes. *J Invest Dermatol* 1992; 98:421-427.
46. Pincelli C, Fantini F, Giardino L, Zanni M, Calza L, Giannetti A: Autoradiographic detection of substance P receptors in normal and psoriatic skin. *J Invest Dermatol* 1993, 101:01-304.
47. Olsen GA, Olson RD, Kastin AJ: *Endogenous opiates. Peptides* 1985; 7: 907-933.
48. Stein C, Ahmed HS, Hassan F, y cols.: Opioids from immunocytes interact with receptors on sensory nerves to inhibit nociception in inflammation. *Proc Natl Acad Sci USA* 1990; 87: 5935-5939.
49. Morley JE: The endocrinology of the opiates and opioid peptides. *Metabolism* 1981; 30: 195-209.
50. Fisher A, Comly M, Do R, y cols.: Two pools of beta-endorphin-like immunoreactivity in blood: plasma and erythrocytes. *Life Sci* 1984; 34: 1839-1846.
51. Glinski W, Brodecka H, Glinska-Ferenz M, Kowalski D: Increased concentration of beta-endorphin in sera of patients with psoriasis and other inflammatory dermatoses. *Br J Dermatol* 1994; 131: 260-264.
52. Hosoi J, Murphy GF, Egan CL, y cols.: Regulation of Langerhans cell function by nerves containing calcitonin gene-related peptide. *Nature* 1993; 363: 159.
53. O'Leary A: Stress, emotion and human immune function. *Psychol Bull* 1990; 108: 363-382.
54. Singh LK, Pang X, Alexacos N, Letourneau R, Theoharides TC: Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotropin releasing hormone, neurotensin, and substance P: A link to neurogenic skin disorders. *Brain, Behavior, and Immunity* 1999; 13: 225-239.
55. Theoharides TC, Singh LK, Boucher W, Pang X, Letourneau R, Webster E, Chrousos G: Corticotropin-releasing hormone induces skin mast cell degranulation and increased vascular permeability, a possible explanation for its proinflammatory effects. *Endocrinology* 1998; 139: 403-413.
56. Arnetz BB, Fjellner B, Eneroth P y cols.: Stress and psoriasis: Psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psychosom Med* 1985; 47: 528.

-
57. Schmid-Ott G, Jacobs R, Jager B, Klages S, Wolf J, Werfel T, Kapp A, Schurmeyer T, Lamprecht F, Schmidt R, Schedlowski M: Stress-induced endocrine and immunological changes in psoriasis patients and healthy controls. *Psychother Psychosom* 1998; 67: 37-42.
 58. Gupta M and Gupta A: The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venereol* 1995; 75: 240-243.
 59. Gupta M and Gupta A: Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology* 1995; 34: 700-703.
 60. Dooley G and Finlay AY: Personal construct systems of psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15: 401-405.
 61. Ginsburg I, Link B: Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Intl J Dermatol* 1993; 32: 587-591.
 62. Koo J: Population-based epidemiological study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Psychodermatology* 1996; 14: 485-496.
 63. Ramsay B and O'Reagan M: A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988; 118: 195-201.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA

F. Camacho

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se considera la alopecia androgenética (AGA) una dismorfofobia, porque determina en las personas que la presentan, tanto hombres (MAGA) como mujeres (FAGA), una serie de problemas psicológicos como inadaptación social, si bien la mayoría mantiene la integridad de su personalidad¹.

Si quisiéramos hacer *a priori* una descripción del tipo de pacientes con AGA que tienen un comportamiento psicológico especial, diríamos que son personas con dificultad de imagen corporal, que creen todo lo que leen, oyen en la radio o ven en televisión, sin detenerse a comprobar si se trata de publicidad e, incluso creen en los consejos de curanderos, mancebos de farmacia, peluqueros, vecinos, amigos, etc., porque hay la creencia generalizada de que todo el mundo sabe de tricología. Suelen haber recorrido multitud de centros capilares y cuando acuden a la consulta vienen buscando una solución quirúrgica a su problema, aunque sean los “implantes capilares”, y, lo que es más frecuente, pocos tienen en realidad un problema que sólo pueda solucionarse mediante autotrasplantes.

ANTECEDENTES

Los trabajos que existen hasta el momento son los de Maffei y cols.², Kalisck³, y Cash, Price y Savin⁴, y no se ponen de acuerdo sobre la frecuencia de distintos síntomas ni en qué sexo son más frecuentes.

Maffei y cols.² han señalado que las alteraciones de la personalidad son independientes del sexo y que suelen existir antes de la AGA; no obstante, admiten que se acrecientan con la presencia de la alopecia.

Kalisck³ indicó que, aunque es verdad que tanto hombres como mujeres con AGA tienen síntomas, el porcentaje de mujeres con alteraciones psicológicas es mayor y que estos síntomas son depresión, compulsión obsesiva y ansiedad.

Cash, Price y Savin⁴ realizaron un trabajo con 96 FAGA y 60 MAGA, con 56 FAGA como controles. Sus conclusiones son bastante similares a las del trabajo de Kalisck, pues afirman que las mujeres se afectan mucho más, se encuentran incómo-

La consulta por alopecia cíclica moderada en la mujer puede constituir un caso típico de ansiedad en un paciente dermatológico.

Los dermatólogos no podemos dejar de comprobar la cifra de ferritina. No sólo en las alopecias y en los acnés de mujeres (que requieren cifras por encima de 40 ng/ml y no de los 15 ng/ml referidos como cifra normal mínima por el laboratorio), sino también en todas aquellas que nos consultan por cualquier cosa sólo porque están deprimidas, aún sin ellas saberlo.

das y estresadas, incluso con FAGA.I, y hay que plantearles soluciones médicas, pues lo que importa actualmente en cualquier tipo de pacientes es la “calidad de vida”.

Y en relación con la calidad de vida, Rinaldi⁵ pasó un cuestionario revisado de alteraciones de la personalidad, con una lista de 90 síntomas, a 116 pacientes de ambos sexos con AGA, comprobando que no existían diferencias de comportamiento en relación con el sexo.

COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO DE HOMBRES Y MUJERES CON ALOPECIA ANDROGENÉTICA

Durante muchos años hemos ido comprobando que hay pacientes con AGA que tienen un comportamiento psicológico diferente a la mayoría de los pacientes que acuden a una unidad de investigación tricológica. Por ello, nos planteamos en marzo de 1997 realizar un trabajo retrospectivo en un importante grupo de pacientes con MAGA y FAGA, con los siguientes objetivos: 1. tratar de comprobar el comportamiento de los pacientes con AGA que acuden a un centro de investigación tricológica; 2. discernir en qué porcentaje y en qué sexo existe mayor afectación, y 3. ver el resultado de las soluciones que indicamos en su primera consulta.

Desde el punto de vista psicológico, los únicos parámetros que valoramos fueron la ansiedad y la conducta agresiva u “hostilidad”. Como para valorar la ansiedad no utilizamos escalas de evaluación ni criterios diagnósticos, por no estar entre los objetivos del estudio, hemos preferido considerarla bajo el término “ansiedad adaptativa o situacional” que puede ser identificable durante la historia y exploración, especialmente en relación con el comportamiento con su acompañante y el hecho de haber asistido previamente a un centro capilar, aceptando o no el tratamiento propuesto, y posteriormente con la impaciencia por observar mejoría telefoneando antes de la revisión.

Y respecto a la depresión sólo la aceptamos como síntoma si se acompañaba de informe y tratamiento psiquiátrico para este proceso; es decir, más en la información que nos daba el paciente que en nuestros conocimientos del tema, ya que consideramos la depresión un estado frecuente en nuestra sociedad y un término que se utiliza con “demasiada ligereza” para definir situaciones de ánimo diferentes, generalmente decaimiento o tristeza.

El estudio retrospectivo se realizó en 100 FAGA y 100 MAGA, elegidos al azar entre pacientes que acudieron a nuestra consulta de investigación tricológica entre los años 1990 y 1995, a fin de que, al menos, llevaran dos años de evolución. Los porcentajes de los grados de alopecia figuran en la tabla I.

No les efectuamos ningún tipo de test psicológico; en consecuencia, sólo nos permite aportar datos sobre su comportamiento, en qué porcentaje y en qué sexo existe mayor afectación, resultado de las indicaciones que les dimos en su momento, y si eran pacientes agresivos, ansiosos, y, en los casos antes señalados, depresivos.

Tabla I

Graduación de las AGA estudiadas	
FAGA:	
– FAGA.I	78%
– FAGA.II	20%
– FAGA.III	2%
MAGA:	
– MAGA.I	3%
– MAGA.II	48%
– MAGA.III	26%
– MAGA.IV	21%
– MAGA.V	2%

Los parámetros que hemos considerado para poder valorar el comportamiento de los pacientes con AGA han sido los siguientes:

1. *Acompañante*: a) viene solo, b) viene con acompañante a la consulta pero se queda en la sala de espera, c) entra con él a la consulta pero no a la sala de exploración y, ocasionalmente, se crea entre ambos una tensión con discusión. A veces, el acompañante es el que trae al presunto paciente, que no le interesa en absoluto tratar su AGA.
2. *Tipo de peinado*: a) no tapa la alopecia, b) tapa la alopecia. Valoramos en este último apartado si para tapparla se hace rebuscados peinados que necesitan horas de “trabajo” (fig. 1), y si son colaboradores; es decir, si a pesar de llevar un peinado tapando la alopecia, ellos mismos se dejan fotografiar retirando el peinado (figs. 2-5).
3. *Tricograma*: a) no hubo inconveniente en realizárselo. b) se negaron a que se les quitara un solo pelo.
4. *Centros capilares*: a) han acudido previamente a centros capilares, pero no han aceptado el presupuesto ni la manipulación, b) han acudido y aceptado presupuesto y manipulación, c) han aceptado hasta el hecho de que les hagan implantes (fig. 6).
5. *Actitud ante la terapéutica indicada*: a) llaman por teléfono antes de tiempo con la queja de que no se han “curado” aún, b) se encuentran satisfechos con el tratamiento médico, y lo han realizado correctamente, c) no ha realizado el tratamiento médico indicado, d) se encuentran satisfechos con el tratamiento quirúrgico (figs. 7 y 8). e) pérdidas de seguimiento.
6. *Depresión*: a) informa el paciente que está en estado depresivo, en tratamiento psiquiátrico, b) no ha acudido al psiquiatra.

La interpretación de los parámetros investigados es la siguiente:

Ahora que usamos minoxidil al 5% y disponemos de finasteride, podemos estar tentados de descuidar los aspectos psicológicos que se ocultan en un varón que consulta por alopecia androgenética masculina. Hay que tener en cuenta (Jan Passchier) que, en general, el paciente identifica la pérdida de cabello como una pérdida de poder, y que el cabello simboliza la virilidad y la fuerza. Estos enfermos pasan por cortos, pero recidivantes momentos desagradables en los que se sienten más viejos y menos atractivos, a veces desencadenados por bromas de los demás sobre su calvicie.

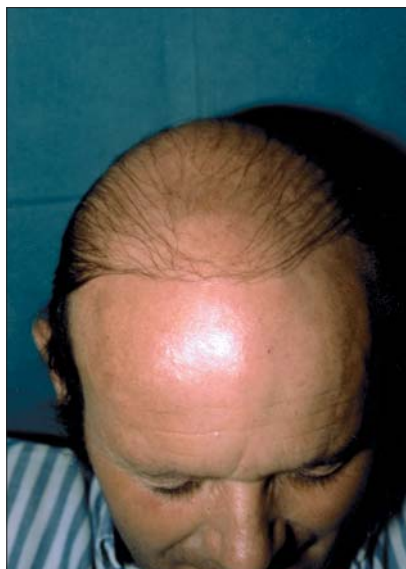


Fig. 1. Paciente con sofisticado peinado que le ha llevado muchas horas para realizarlo y que cubre con redecilla por la noche.

Fernando M. Stengel al principio de cada nueva consulta ve encima de cada uno de sus pacientes un gran interrogante sobre sus hombros en lugar de una cabeza y de una cara. ¿Quién es, y qué espera de mí? Advierte que para el varón que consulta por alopecia, la "calvicie no equivale sólo a una pérdida de cabello", sino que se trata de una "experiencia personal de pérdida".

Consideramos sólo las posibilidades de ansiedad adaptativa o situacional, agresividad/hostilidad y depresión. Una vez estudiados estos parámetros, valoramos el comportamiento de los pacientes, en qué porcentaje y en qué sexo existía mayor afectación y vimos el resultado de los tratamientos que indicamos en su primera consulta.

El 4% de FAGA y 19% de MAGA no llevaron acompañante a la consulta, y el 27% de FAGA y 39% de MAGA aunque los llevaron no le permitieron que entrasen con ellos a la sala de exploración. El comportamiento con la/el acompañante fue variable dependiendo de la personalidad psicológica del paciente; es decir, de que el paciente se considerara ansioso, agresivo, depresivo o normal.

El 100% de las FAGA y el 54% de las MAGA iban peinados de forma que se les ocultase la alopecia, al menos lo intentaban. De ellos sólo una mujer se hacía un sofisticado peinado que, para realizarlo, había tenido que emplear mucho tiempo; sin embargo, este tipo de peinado "de horas" y que necesitan uso de "redcillas" para dormir lo observamos en tres MAGAs, precisamente aquellos que rechazaron se les efectuara un tricograma. Todas las mujeres aceptaron el tricograma.

El 68% de las FAGA y el 3% de MAGA informaron que estaban en tratamiento psiquiátrico por depresión. El 41% de FAGA y el 84% de MAGA habían acudido a centros capilares y recibido pseudotratamientos el 40% de FAGAs y el 68% de MAGA. De ellos, sólo 1 FAGA aceptó implantes, aunque en 1997, es decir después de estar ya incluida en el protocolo y haberla relacionado entre la que rechazaron esta práctica, y 8 varones.

Volvieron a revisión en las fechas indicadas el 94% de FAGAs y el 88% de MAGA, aunque el 5% de FAGA y el 12% de MAGA no habían realizado correctamente el tratamiento. El 27% de FAGA y el 12% de MAGA llamaron previamente, a veces en la misma semana de la consulta, para indicar que aún no habían notado la mejoría. Cuando más precoces fueron estas llamadas, mayor fue la "pérdida de seguimiento" que fué del 6% en las FAGA y del 12% en las MAGA; es decir, la mayoría de las MAGA que llamaron antes de tiempo no volvieron a la consulta.

De conformidad con estos resultados, valoramos los siguientes aspectos:

- a) *Ansiedad*: Consideramos ansiosos un total de 41 mujeres y 78 varones



Fig. 2. FAGA.II.

Tabla II

Ansiedad				
AGA	ACTITUD PA	ASISTENCIA CC	TELEFONEARON P	TOTAL
FAGA	0 + 27: 27	38 - 25: 13	9 - 8: 1	41
MAGA	9 + 38: 47	74 - 43: 31	5 - 5: 0	78

(tabla II). Como antes señalamos, para considerarlos ansiosos valoramos tres parámetros:

1) *Comportamiento con el acompañante*: generalmente entraban solos a la consulta o a la sala de exploración. Curiosamente, las 4 mujeres que vinieron solas a la consulta no las consideramos ansiosas, pero sí a las 27 FAGA que no permitieron que su acompañante pasase con ellas a la sala de exploración. Se comprobó ansiedad en 9 de las 19 MAGA que vinieron solos a la consulta y en todos los casos que pasaron solos a la sala de exploración con una sola excepción, cuya madre, que era la acompañante, no quiso entrar a la sala de exploración para que su hijo se sintiera libre de expresarse. En total consideramos ansiosos 47 MAGA. En general, no permitieron que el acompañante, si lo había, aportase datos a la historia y, si lo intentó, se produjo discusión entre ellos, siendo muy difícil la relación paciente-dermatólogo. En un caso de MAGA llamó el padre por teléfono para decir que no le acompañaba, para evitar la diaria discusión, pero que no le dijera lo mal que estaba. Considero que no es casualidad que cada año se observe esta situación con mayor frecuencia, y actualmente tengo mis dudas de quién está más ansioso y se comporta como persona psiquiátrica, hasta el punto de que puede aceptarse como norma que cuando el familiar está más ansioso que el paciente, o de forma similar, la evolución será siempre mala, porque estarán recelosos de la exploración, tratamiento, etc. En estos casos es necesaria una exploración profunda y una explicación exhaustiva al paciente y familiares, y en caso de MAGA tratados con finasteride hacerles saber a familiares y paciente que es el único y más avanzado tratamiento, pero que, aunque se les detendrá la caída del cabello, este efecto no lo notarán antes de los 6 meses.

Se hacían sofisticados peinados el 3% de MAGA y el 41% de FAGA; los tres MAGA eran ansiosos y agresivos, y los tres se negaron a que se les realizara el tricograma, pero no se consideraron como nuevos pacientes, ya que los tres se negaron a que les acompañaran a consulta.



Fig. 3. FAGA.II peinada de forma que tape la alopecia.



Fig. 4. MAGA.I.



Fig. 5. MAGA.I peinado hacia delante para tapar la alopecia.



Fig. 6. Implantes.



Fig. 7. MAGA.II en joven de 20 años. Paciente que acudió a la consulta para que se le aceptara su idea de trasplante. Con las manos echa hacia atrás un mechón de pelo que peina hacia delante para tapar la alopecia.

2) *Asistencia a Centros capilares:* Del 41% de FAGA y del 84% de MAGA que habían acudido a centros capilares y del 40% de FAGA y del 68% de MAGA que habían recibido “soluciones maravillosas” en ellos, consideramos ansiosos a 38 FAGA y 74 MAGA, incluyendo los 8 MAGA que habían recibido implantes. Éstos no sólo eran reacios a que se les tuvieran que extirpar los implantes con foliculitis, sino que 6 de ellos seguían creyendo lo que allí les contaron, y si venían era porque les obligaba su acompañante, y naturalmente familiares y tricólogo eran sus actuales enemigos. Coincidían con el parámetro anterior (no permitieron que el acompañante pasara a la consulta o a la sala de exploración) 25 FAGA y 43 MAGA.

3) La actitud ante la terapéutica prescrita fue también de interés, pues 9 FAGA y 5 MAGA telefonaron antes de la fecha de la revisión, a veces en la misma semana en que consultó, para indicar que aún no habían notado mejoría. Sólo una FAGA vino acompañada a la consulta y no había visitado previamente un centro capilar. Dos FAGA y cuatro MAGA, que se encontraban entre los que llamaron antes de tiempo, fueron posteriores “pérdidas de seguimiento”*.

b) *Agresividad:* El comportamiento con el acompañante es similar al de los ansiosos; sin embargo, consideramos comportamiento agresivo con el acompañante el 3% de las FAGA y el 14% de las MAGA. En 3 FAGA y en 13 de las MAGA, es decir, con una frecuencia del 100%, el acompañante pidió pasar antes a la consulta para “darme consejos” sobre qué es lo que tenía, o no tenía, qué decir a el/la paciente, en este orden, a fin de que no le demostrase su agresividad. El otro MAGA, con lo que se considera el 100%, fue el caso que antes señalé en que fui telefoneado previamente por el padre. Por tanto, los pacientes agresivos, a diferencia de los ansiosos, suelen permitir que les acompañen, pero no les dejan entrar, y crean en el ambiente familiar una sensación de “temor”.

Como hemos señalado en ansiedad, los tres pacientes con MAGA que consideramos ansiosos y agresivos fueron los que se negaron a que se les realizara el tricograma, porque “se les va a arrancar” algún pelo de los que les había costado tanto trabajo, y dinero, mantener.

Aunque muchos agresivos habían acudido a los centros capilares, consideramos como tales únicamente 3 FAGA y 7 MAGA, además de la única FAGA y 5 de las 16 MAGA que se habían negado a recibir tratamiento. Los que habían recibido tratamiento siempre se quejaron de que les “habían tomado el pelo”.

Noventa y cuatro FAGA y 88 MAGA volvieron a revisión en las fechas indi-



Fig. 8. MAGA.II trasplantado. Paciente de la fig. 7, ya intervenido.

Dismorfofobia, según el DSM III-R, sería un “trastorno mental caracterizado por la preocupación por un defecto imaginario en el aspecto de una persona de apariencia normal”. F. Camacho considera como dismorfofóbicos a los enfermos que consultan por alopecia androgenética, masculina y femenina, unas realidades tan objetivas. Phillips KA y cols. (*JAMA* 2000; 42(3):436-441), por medio de cuestionarios propios, han considerado como dismorfofóbicos a un 11,9% de los enfermos que consultan al dermatólogo.

cadras, aunque 27 FAGA y 12 MAGA telefonaron previamente. Cuanto más precoces fueron la llamadas, mayor fue la pérdida de seguimiento que llegó a alcanzar la cifra del 6% en las FAGA y del 12% en las MAGA, lo que significa que todas la MAGA que llamaron antes de venir a revisión no volvieron a la consulta.

c) *Depresión*: Al contrario de los anteriores, son pacientes que “necesitan” venir acompañados y que hablen por ella/él, por lo que consideramos estos pacientes del grupo de 96% de FAGA y 81% de MAGA que vinieron acompañados, así como del 73% de FAGA y el 61% de MAGA que no sólo permitieron, sino que, en algunos casos, solicitaron, que entrara con ellos el acompañante a la exploración. No hubo comportamiento agresivo con el acompañante en ninguno de los casos, pero sólo 68 FAGA y 3 MAGA admitieron, o lo hizo el acompañante por ellos, que estaban en tratamiento psiquiátrico por depresión. No obstante, como 11 de las FAGA ya habían sido consideradas previamente ansiosas, aceptamos sólo 55 depresivas.

El tipo de peinado usado para tapar la AGA fue excesivo en una FAGA y tres MAGA, y ya hemos dicho que estos últimos los consideramos ansiosos y agresivos; sin embargo, la única FAGA que hacía un sofisticado peinado, una mujer de 81 años que en los 16 años que consideraba tenía FAGA hipoestrogénica no la había visto su marido sin la peluca, la consideramos depresiva y se dejó, y se sigue dejando, realizar tricograma en sus visitas, aunque, generalmente, como el resto de ansiosos, hacen signos de protesta cuando notan la tracción y suelen preguntar si se les han arrancado muchos y si éstos saldrán.

Catorce de las FAGA y las 3 MAGA que informaron estar deprimidos; es decir, el 100% de varones, habían acudido a centros capilares y estaban arrepentidos por ello y por haberse gastado tal cantidad de dinero. Ninguno había aceptado el implante, excepto una mujer que, estando bajo control, al cabo de dos años decidió volver al centro capilar y como no había notado buenos resultados con la terapéutica indicada por nosotros, se sometió a ellos.

Todos han aceptado el tratamiento, no han llamado personalmente y no han existido pérdidas de seguimiento.

d) *Comportamiento general de los pacientes*: Una vez comprobados los parámetros anteriores, hay que señalar que en las MAGA predominó la agresividad, no dejándose realizar el tricograma un 3%. Además, un 15% no realizó tratamiento médico local, pero aceptó el tratamiento médico general, siempre para no tener que tocar el peinado.

En las mujeres, el síntoma más constante fue la depresión (55%), y curiosamente en 44 de ellas (80%) de formas mínimas. En todas se hizo tricograma y todas realizaron tratamiento local, aunque a algunas hubo que adecuar la forma de aplicación a su tipo de peinado.

- e) *Porcentaje de sexo en el que existe mayor afectación psiquiátrica:* Sólo nos atuvimos a los datos que recogemos en la tabla III. De ellos se deduce una gran diferencia de alteración psíquica, que es mucho más constante en mujeres para la depresión (18/1), pero los patrones ansiedad (1,9/1) y agresividad fueron mayores en el sexo masculino (5,5/1) y creemos que condicionó la mayor pérdida de seguimiento en ellos (2/1).
- f) *Resultados terapéuticos:* Mejoraron con el tratamiento médico y continuaron con sus visitas periódicas el 89% de FAGA y el 76% de MAGA. Buscaron tratamiento quirúrgico el 3% de FAGA y el 12% de MAGA. Curiosamente, tanto unas como otros tenían idea de hacerse el tratamiento quirúrgico desde la primera visita. Como ya hemos señalado, las pérdidas de seguimiento (6% FAGA, 12% MAGA) se relacionan con la agresividad del paciente, y, también curiosamente, los 3 pacientes ansiosos y agresivos fueron de los que no aceptaron el tratamiento propuesto.

CONCLUSIONES

En este estudio hemos concluido que la ansiedad (78/41) y la agresividad son mucho más frecuentes en la MAGA que en la FAGA (22%-4%), aunque la ansiedad es menos importante de lo que parece, y que las mujeres tienen más tendencia depresivas que los varones (55%-3%), habiendo tenido necesidad el 68% de las FAGA de consulta psiquiátrica previa.

Nuestros resultados coinciden con los indicados por Kalisch³ y lo relacionamos con que la alopecia femenina tiene mayor repercusión social que la masculina, determinando una mayor afectación de la autoimagen y conductas de evitación social como fobia social. Pero no debemos olvidar que al menos 3 de los hombres, ansiosos y agresivos, eran candidatos a tratamiento psiquiátrico en régimen de internado.

El perfil del paciente con AGA desde el punto de vista psicológico es una persona huidiza, que aunque venga acompañado a la consulta entra solo al despacho o a la sala de exploración, menos cuando son depresivos (más frecuente en FAGA), y si el

Tabla III

Afectación psiquiátrica en la AGA			
TRASTORNO	FAGA	MAGA	RELACIÓN
Ansiedad adaptativa	41%	78%	1/1,9
Agresividad/hostilidad	4%	22%	1/5,5
Depresión	55%	3%	18/01
Pérdidas de seguimiento	6%	12%	1/2
Ansiosos y agresivos	0%	3%	0/3

acompañante explica algún hecho de su historia clínica se muestra agresivo con él/ella. Con relativa frecuencia, protesta o no deja que se le haga el tricograma (en relación con la agresividad) o duda de su eficacia, porque “ya se lo hicieron en la peluquería” (en relación con la ansiedad). Suelen aceptar el tratamiento que se les indica, especialmente si es lo que quieren oír, pero a veces llaman por teléfono antes del tiempo de la revisión porque quieren resultados inmediatos y excelentes. Y en gran porcentaje vienen premeditados a la cirugía, aunque, si se les convence de las posibilidades actuales, la pérdida de seguimiento es sólo del 6% en FAGA y del 12% en MAGA.

Estos resultados en los que comprobamos que la mujer es más depresiva, mientras que en el varón predomina la agresividad-hostilidad y ansiedad, coinciden con los recientes estudios epidemiológicos realizados en España⁶.

Antes de terminar me gustaría insistir en que este perfil psicológico es frecuente pero no exclusivo de pacientes con alopecia androgenética, y que aunque el comportamiento depresivo aparece con más frecuencia entre mujeres, correspondiendo aproximadamente a los dos tercios de las que acuden a consulta en busca de solución para su problema, los hombres se afectan profundamente siendo la agresividad una actitud más evidente en ellos. Por último, quisiera recordar que el “ambiente familiar” es de gran importancia en el comportamiento de las personas con esta dismorfofobia, porque no debemos considerar la alopecia como una enfermedad dermatológica, pero debemos admitir su repercusión psicológica y social que influirá en la calidad de vida del alopecico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martin L, Yutai SH: Trastornos somatomorfos. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds.). Tratado de Psiquiatría. American Psychiatric Press. Washington, 1995; 650-653.
2. Maffei C, Fossati A, Rinaldi F, Riva E: Personality disorders and psychopathologic symptoms in patients with androgenetic alopecia. *Arch Dermatol* 1994; 130:868-872.
3. Kalisck SM. Psychological characteristics of alopecia patients. Editorial. *Arch Dermatol* 1994; 130:907-908.
4. Cash TF, Price VH, Savin RC: Psychological effects of androgenetic alopecia on women: Comparisons with balding men and with female control subjects. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29:568-575.
5. Rinaldi F: Alopecie e qualità della vita. II European Trichology Forum. Bologna, 23 abril 1997.
6. González de Rivera JL, Henry-Benítez M, Rodríguez-Pulido F, Monterrey AL: Age, sex and marital status differences in minor psychiatric morbidity. *Eur J Psychiatry* 1991; 5:166-167.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ALOPECIA AREATA

R. Grimalt

INTRODUCCIÓN

La alopecia areata (AA) es una enfermedad de etiología multifactorial caracterizada por áreas alopécicas no cicatriciales, asintomáticas, que afecta, aproximadamente, al 2% de los pacientes de la consulta externa dermatológica¹. Los estudios más recientes indican que la AA es una enfermedad de base autoinmune, con diversos factores que actúan como desencadenantes del episodio agudo o de las recidivas, pero se desconoce cuál es su exacta participación en el mecanismo de producción de la enfermedad. Muchas veces constituye un problema médico y un verdadero desafío para el dermatólogo, especialmente en los casos rebeldes al tratamiento.

Las estadísticas muestran valores muy variables de acuerdo con la edad y sexo; sin embargo, la enfermedad puede iniciarse a cualquier edad; presenta un pico entre los 20 y 50 años y afecta por igual a ambos sexos¹⁻³.

La lesión fundamental de la AA es una placa redonda u ovalada, calva, lisa, brillante, sin escamas que se localiza en el cuero cabelludo u otras áreas pilosas. En la periferia de la lesión se observan pelos cortos (entre 2 y 6 mm por término medio) que bajo el microscopio de luz óptica aparecen en forma de signo de admiración, son los llamados cabellos peládicos de Sabouraud⁴. Corresponden a la progresión última del tallo piloso de los folículos afectados, una vez que se ha producido la detención folicular por la acción del infiltrado inflamatorio. Por tanto, su presencia indica actividad de la enfermedad. Por el contrario, la presencia de unos finos vellos en el centro de la placa indica el inicio de repoblación de la misma.

El inicio de la enfermedad es abrupto y el paciente se queja del aumento de la caída del pelo en áreas circunscritas. Además, puede asociarse a parestesias leves, prurito, sensibilidad, escozor o dolor. Sin embargo, la mayoría de las veces las lesiones son completamente asintomáticas⁵.

La AA en placa única o focal que afecta sobre todo a niños y adultos jóvenes es la forma de presentación más frecuente y de mejor pronóstico. Muchas veces cura espontáneamente y no suele asociarse a enfermedad alguna. Existen también formas en placas múltiples y formas de AA total en la que se afecta globalmente el cuero cabelludo, acostumbra a comprometer también a uñas y resulta de curso crónico y

La alopecia areata es un fenómeno autoinmune que obliga siempre a practicar un interrogatorio y un tratamiento psicopsiquiátrico. Si el interrogatorio psiquiátrico en un caso de alopecia areata proporciona resultado negativo, quizá el dermatólogo no haya interrogado bien.

En todo caso de alopecia areata, la primera pregunta puede ser: "¿Cuántas horas duerme usted?" Estos pacientes suelen dormir poco, por falta de horas o por falta de sueño (ansiedad-depresión).

difícil recuperación. En la AA universal hay una pérdida generalizada del pelo, afectando no sólo al cuero cabelludo sino también al pelo del resto del cuerpo. Suele acompañarse de afectación ungueal y enfermedad autoinmune; es muy difícil de recuperar. La AA ofiásica es típica de los niños y se presenta como una pérdida del pelo en la línea de implantación pilosa témporo-occipital. En la AA tipo María Antonieta persisten únicamente las canas después de un episodio agudo en el que se pierden los pelos terminales oscuros, dando la impresión de una "canicie" súbita.

La AA es una enfermedad multifactorial en la que participan factores genéticos, reacciones inmunológicas órgano-específicas no completamente aclaradas, la dermatitis atópica y la llamada constitución atópica, el estrés y otros factores desencadenantes (focos de infección crónica, etc.)¹. Existen algunas evidencias que respaldan la participación de los factores genéticos en la aparición de la AA, como los antecedentes familiares de AA en el 4-27% de los casos, con un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia variable en algunas familias^{6,7}, la afectación de gemelos⁸, la asociación a la constitución atópica⁹⁻¹¹, la asociación al síndrome de Down¹², la mayor incidencia de la enfermedad en japoneses residentes en Hawai¹³ y la expresión de ciertos antígenos HLA (Human Leucocyte Antigens). El HLA DQ3 y DQB1*03 se han relacionado con la susceptibilidad general a presentar AA. El HLA DQ3 también se ha relacionado con la AA en placas; mientras que los HLA DR4, DR5, DQ7 y DR11 se han relacionado con la AA total de larga evolución¹⁴. Finalmente, el HLA DR5 también se ha relacionado con la severidad del cuadro¹⁵.

Por otro lado, existen también evidencias de orden inmunológico encontradas en la AA. El infiltrado inflamatorio peribulbar constituido por macrófagos y linfocitos T, concretamente LT colaboradores (CD4+)¹⁶, puede sugerir *autoinmunidad*. La mayoría de estas células inflamatorias expresan el HLA-DR en su superficie, pero, además, existe expresión ectópica de tales antígenos (HLA DR) en las células epiteliales del córtex y la vaina radicular de los folículos pilosos afectados¹⁷. Se ha referido también el depósito de complejos inmunes como C3, IgG e IgM en la membrana basal de la mitad inferior del folículo piloso afecto. Otro hallazgo inmunológico interesante es la importante presencia de células de Langerhans (CD1+) en la región de la matriz folicular y la papila dérmica, así como en los infiltrados inflamatorios peribulbares, ya en fases precoces de la enfermedad¹⁶. Dado que estas células son potentes presentadoras de antígenos, podría deducirse que existiría una inducción local de la respuesta inmune. Otro hallazgo en defensa de la etiopatogenia inmune de la AA es el efecto favorable que produce en ésta la acción de agentes inmunomoduladores e inmunosupresores (corticoides, ciclosporina A, etc.), que presenten en común el modificar la naturaleza del infiltrado inflamatorio. Otro factor prácticamente definitivo en cuanto a la naturaleza autoinmune de la AA es su asociación a enfermedades por autoanticuerpos. La enfermedad tiroidea está asociada al 8% de los casos¹⁰, es más frecuente en niños (24%), pudiéndose encontrar anticuerpos antimicrosomales y/o alteraciones de las pruebas de función tiroidea¹⁸. Han sido descritas asociaciones con diversas enfermedades autoinmunes, como son:

enfermedad de Hashimoto, anemia perniciosa, enfermedad de Addison¹⁹, enfermedad gonadal²⁰, vitíligo¹⁰ lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, polimialgia reumática, miastenia gravis, colitis ulcerosa, liquen plano y síndrome endocrinopatía-candidiasis^{21,22}.

Las tentativas por correlacionar la enfermedad a un agente infeccioso viral han sido fallidas^{23,24}.

Finalmente, los sucesos perturbadores⁷ de carácter social como los robos, atracos, contactos con la policía, demandas judiciales, divorcios y revelaciones sorprendentes, así como los sucesos inesperados, o dificultades relacionadas con la salud y el trabajo, se comportan como factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, como analizaremos con más detalle en el próximo apartado.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Tal y como apunta Koblenzer²⁵, la diversidad de opiniones existentes sobre la importancia de los factores psicológicos en la AA son un claro ejemplo de la polarización, en términos de psique y soma, en el entendimiento de la etiología de una enfermedad. La literatura tiende a recalcar esta dicotomía entre las dos, sugiriendo una exclusividad mutua, de modo que la enfermedad puede ser debida a uno u a otro factor, más que al resultado de la interacción entre los dos, que es realmente nuestro modo de entender esta enfermedad.

De una encuesta realizada durante el Congreso Mundial de Dermatología de Sydney en 1997²⁶ se desprende que en algunos países como Alemania el colectivo dermatológico tiende a entender la enfermedad como una alteración pura del sistema inmune sin mediación alguna del estado psicológico del paciente. En otros países, como Italia, o incluso, España, la mayoría de dermatólogos coinciden en afirmar que, al menos en sus pacientes, existe una clara relación entre un factor estresante desencadenante y la posterior aparición de la enfermedad. En un tercer grupo de países como Estados Unidos, el colectivo australiano e, incluso, los dermatólogos franceses tienden a opinar de un modo dispar con un 50% aproximado en ambos bandos.

Así pues, el conflicto en la comunidad científica sigue abierto: ¿Psique o soma? Si nos remontamos a las primeras observaciones, la balanza se decanta claramente hacia el lado psique. El análisis de la literatura científica de la década de los cincuenta²⁷ muestra infinidad de historias dramáticas de pérdidas globales de cabello después de eventos estresantes y de una alta incidencia de enfermedad psiquiátrica entre los pacientes con alopecia areata. En el otro extremo, y si uno realiza una búsqueda *medline* de los últimos trabajos publicados durante el año 2000 sobre AA, se



Alopecia areata en repoblación. Mujer de 38 años. Consultó hace tres meses. Desde entonces el diámetro de la clapa no ha dejado de crecer, si bien se está repoblando. El centro, iniciado como pelo blanco, ya está adquiriendo su color normal previo al tinte del resto del cabello. El interrogatorio permitió diagnosticar un estado de ansiedad con depresión enmascarada hasta entonces somatizada, predominantemente en forma de trastornos digestivos, y permitió conocer que el marido era alcohólico, que la pelada había aparecido un mes después de que su hijo de 14 había sido expulsado del colegio por mala conducta.

El medicamento más comúnmente útil en los enfermos con peladas es un ansiolítico. Pero no existe ningún psicótropo de uso universal en peladas. El interrogatorio específico permitirá conocer cuál es el indicado. Casi siempre un enfermo con alopecia areata necesita consejos sobre su conducta.

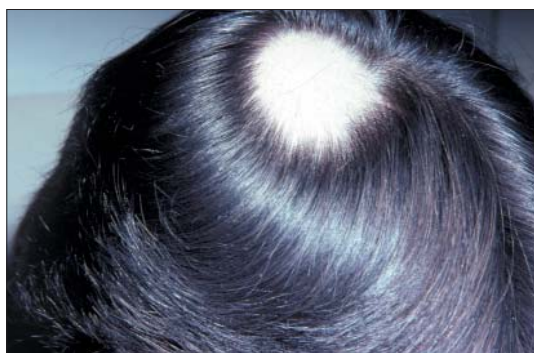
Se pueden considerar dos grandes grupos de peladas. Las que se observan con mayor frecuencia, de corta evolución, y las otras, escasas en número, y resistentes a las medidas de tratamiento habituales. En los artículos sobre alopecia areata publicados por psiquiatras, a menudo resulta difícil saber sobre qué tipo clínico evolutivo de peladas se ha llevado a cabo la investigación. Los dermatólogos no disponemos de un análogo de DSM-R de ICD-10 que podamos aplicar a las peladas.

encuentra con que el 98% de estos trabajos hacen hincapié en los factores de tipo inmunológico y dejan totalmente de lado al factor psicológico. Las publicaciones recientes de la National Alopecia Areata Foundation también se esfuerzan en dejar claro a todos sus miembros afectados que “los nervios” no son “la causa” de la AA. De los interesantes estudios realizados por Panconesi en 1984²⁸ se desprende una clara intención por relacionar los factores estresantes con las alteraciones del sistema neuroendocrino. Poco se conocía en aquel entonces de los complejos mecanismos de los mediadores de la inflamación, de las citoquinas, de los neuropéptidos, de la sustancia P, de los epítomos, y de toda la complejísima información que en la actualidad se ha podido extraer de los modelos animales (DEBR rat) estudiados en sofisticados laboratorios. Aquellas hipótesis tan intuitivas hoy quedan un tanto desfasadas. Doce años más tarde, el mismo autor²⁹ concluye que la AA junto con la dermatitis atópica, la urticaria y la psoriasis compartirían una alteración del sistema “psiconeuroendocrino-inmunológico” y que mediante los neuropéptidos se desencadenarían los procesos patogénicos en cada una de ellas. Este artículo subraya también la relevancia de la medicina psicosomática y propone el examen de la psique y el soma como una unidad “tanto en la salud como en la enfermedad”.

También Reborá³⁰, en 1987, propone una interpretación muy personal y no menos intuitiva. Según este autor, el tipo de pérdida de cabello va en relación con la intensidad de la noxa que actúe sobre la fase anagénica del ciclo piloso. Así pues, un evento fuertemente estresante actuaría provocando un rápido anágeno VI distrófico, mientras que un evento estresante débil no podría modificar el ciclo piloso y el pelo se desprendería en fase telogénica. En el primer caso tendríamos una AA y en el segundo un efluvio telógeno.

No menos interesantes resultan los estudios realizados por Rook y Dowber en 1982³¹, en los que, después de una exhaustiva revisión de la literatura, sólo consiguen concluir que los datos son decepcionantemente discordantes.

De todo lo escrito hasta hoy, parece, pues, evidente que la AA, como de hecho muchas otras enfermedades, es una patología multifactorial. Existe un componente genético, existe un componente inmune y posiblemente exista también un componente psicosomático. Las complejas interacciones entre el sistema psiconeuroendocrino y el sistema inmune parecen ser fundamentales para entender la relación entre un “evento estresante” y una alteración inmunológica que conlleva una activación de una respuesta concreta del organismo. A menudo, resulta difícil valorar e interpretar los resultados de los estudios psicológicos que intentan determinar si los pacientes con AA sufren o no de estrés. Lo que para algunas personas puede resultar un hecho altamente estresante, no lo resulta en absoluto para otras. Algunos examinadores exigirán una situación estresante



Alopecia areata. Niña de 9 años. 15 días de evolución. Su madre ya las había tenido de joven. A mis primeras preguntas de empatía/interrogatorio psicológico, la madre advierte que “en casa todos andamos un poco nerviosos, por una abuela que se recupera de un accidente vasculocerebral y que es muy exigente.

aguda transcurrida inmediatamente antes de la aparición de la AA para poder relacionarlos clínicamente, mientras que, para algunos pacientes, una situación crónica de insatisfacción (un familiar enfermo grave en casa durante años) puede conllevar un gran estrés acumulado y podría ser un factor desencadenante de una AA y, por el contrario, proporcionar resultados negativos en los tests psicológicos.

Una revisión de la literatura de los últimos cincuenta años revela todo tipo de estudios, los que correlacionan claramente la AA con alteraciones psiquiátricas, como los ya clásicos de Cormia³² y Greenbert³³ realizados durante los años cincuenta, y que encuentran un 90% de alteraciones psiquiátricas en pacientes afectos de AA y que, según ellos, requerían tratamiento. La mayoría de estos enfermos presentaban ansiedad, depresión, insomnio o síntomas obsesivo-compulsivos; la mayoría de ellos eran también tímidos, mostraban signos de inseguridad y de inferioridad y habían padecido los mismos durante años. Según Koblenzer²⁵, existen pocas dudas, apoyándose en numerosos estudios, para poder afirmar que un gran porcentaje de pacientes con AA, debido a dificultades en su infancia, han desarrollado un tipo de configuración de su personalidad que les confiere una labilidad frente a situaciones estresantes. Cuando estos sujetos se ven sometidos a una situación estresante por encima de la media, tanto si el estrés proviene de situaciones propias del individuo o por causas externas, la patología somática aparecerá en esta ocasión bajo una forma clínica de AA.

Otras líneas de investigación más puramente psicoanalíticas, y que no nos entretendremos en analizar, interpretarían los cambios clínicos en la AA como modificaciones simbólicas relacionadas con el lenguaje de los órganos y buscarían en la AA una etiología puramente figurativa. En 1989³⁴, De Waard-van der Spek, en un estudio en el que intenta diferenciar las formas infantiles de AA de las formas juveniles de AA, encuentra en las primeras un 29% de factores psicósomáticos asociados y en las segundas tan sólo un 17%.

Evidentemente, los estudios psicológicos realizados en pacientes afectos de AA se realizan cuando el sujeto ya está enfermo y, en consecuencia, sometido a la presión de un aspecto físico socialmente inadecuado. Discernir entre los pacientes que dan positivos en los tests de neuroticismo (N elevada) por una situación previa a la AA, o por la AA en sí misma, es una ardua labor. La AA es desfigurante y, a menudo, causa un gran distrés personal. Muchos enfermos nos refieren al ser interrogados sobre su estado de ánimo: “¿No se sentiría usted estresado/deprimido si su pelo cayera de este modo?”.

Si bien la situación clínica desfigurante puede agravar y reactivar la ansiedad y depresión que estos enfermos padecen, para algunos autores²⁵ la mayoría de los pacientes han padecido ya alteraciones psicológicas durante un largo periodo y que, en algunas ocasiones, han llegado a necesitar tratamiento psiquiátrico antes de que



Alopecia areata. Borde activo, con presencia de pelos peládicos de 3-5 mm de longitud, “en signo de exclamación”. Mujer de 45 años, con un estado de ansiedad, pendiente del resultado de un juicio que ha interpuesto por una plaza de catedrática de la facultad de Económicas que le impugnan.

Para los psicólogos, en las peladas a menudo se encuentra un episodio reciente estresante desencadenante, pero que incide sobre una personalidad psiquiátricamente enferma que hubiera debido ser tratada muchos años antes (C. Koblenzer).

En un niño con peladas, los episodios estresantes previos deben ser considerados desde el punto de vista del niño: la rotura del juguete preferido puede resultar tan traumático como la pérdida de la abuela.

apareciera la AA. En realidad creemos que determinar qué fue primero, si el huevo o la gallina, no es determinante en esta ocasión; el mensaje que se desprende a nuestro entender es: el paciente precisa ser tratado de su estado de ánimo, independientemente de si éste se ha alterado antes o después de la aparición de su AA.

ASOCIACIONES

Son diversas las enfermedades que pueden encontrarse asociadas a la AA. Entre ellas, podemos citar: la dermatitis atópica, procesos autoinmunes, alteraciones cromosómicas, alteraciones oculares^{35,36,37}, alteraciones ungueales³⁷, sida³⁸, disfunción de las glándulas sudoríparas ecrinas³⁹, pili annulati⁴⁰, acroqueratosis paraneoplásica de Bazex asociada a carcinoma espinocelular⁴¹, persistencia de pelos en un nevo melanocítico piloso congénito en un paciente con AA_u⁴², mucinosis foliular con predominio de CD4 (CD4/CD8, 25:1)⁴³ y atrofia testicular.

PRONÓSTICO

La evolución de la AA es impredecible, generalmente cursa con fases de repoblación del cabello seguidas de pérdida del mismo a lo largo de la vida del paciente. La repoblación puede ser completa, parcial o puede que no ocurra. Aproximadamente, el 50% de los pacientes no tratados experimentan repoblación completa en el primer año de la enfermedad, especialmente en las formas limitadas, pero entre el 7-10% progresan a una forma crónica y severa de la enfermedad⁵.

Entre los factores de mal pronóstico podemos citar los siguientes: atopia, enfermedades autoinmunes, historia familiar de AA, inicio precoz de la enfermedad, ofiasis⁵. Colombe y cols.¹⁷ y García-Hernández y cols.³⁷ han demostrado que el inicio precoz (antes de los 15 años), la presencia de alteraciones ungueales y el antecedente familiar de vitiligo son marcadores pronósticos de AA_u/AA_t o AA extensa. El nevo flámeo en la nuca es considerado un marcador de mal pronóstico y curso más severo^{44,45,46}.

La AA puede dividirse en un subtipo benigno y otro de mal pronóstico^{14,37}, clasificación que podría resultar de utilidad en el momento de orientar el tratamiento. En realidad, Fanti y cols. hablan de los casos de AA que no responden a terapéutica alguna y presentan un patrón cicatricial histopatológico⁴⁷.

TRATAMIENTO

En general, se considera que el tratamiento es sintomático y no altera el pronóstico final de la enfermedad, por lo que han de valorarse todos los efectos colate-

rales y complicaciones a corto y largo plazo, así como los factores de mal pronóstico y los posibles riesgos y beneficios del tratamiento. Debe considerarse un periodo mínimo de 3 meses de tratamiento antes de valorar los resultados y proponer cualquier cambio en la terapéutica.

No es la intención de este capítulo revisar las opciones terapéuticas propuestas en la AA desde un punto de vista puramente dermatológico. Resulta evidente que numerosos rubefacientes, como el ditranol o como el peróxido de benzoilo, aplicados localmente, o como los tan recetados complejos vitamínicos con cinc, biotina⁴⁸, aminoácidos, etc., no consiguen modificar el curso de la enfermedad y que en realidad actuarían como meros placebos. Sólo las sustancias tópicas, que aplicadas en formas totales de AA en la mitad del cuero cabelludo consiguen nacer crecer el pelo (difenciprona y diphenylcyclopropenone)^{49,50}, pueden considerarse armas terapéuticas específicas. Los corticoides tanto sistémicos como intralesionales pueden actuar de manera satisfactoria, pero tienden a provocar recaídas al abandonar los mismos. La ciclosporina A tampoco nos parece que sea una aproximación terapéutica justificada, viendo los resultados que se han obtenido en numerosos estudios⁵¹. Tal y como ya se ha apuntado en el apartado de los aspectos psicológicos de la AA, lo que resulta evidente es que el paciente afecto de esta enfermedad se encuentra alterado en su estado anímico. Tanto si esta alteración ha aparecido antes, durante o después de la manifestación clínica de su AA, ambas deben ser tratadas a su vez. Así, en un paciente claramente ansioso y preocupado por su aspecto físico, el tratamiento con inmunosupresores deberá asociarse al tratamiento con ansiolíticos, y los pacientes en los que la balanza se decante más hacia la depresión se beneficiarán más de un tratamiento con antidepresivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dawber RPR, de Berker D, Wojnarowska F. Disorders of hair. En: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). Rook/Wilkinson/Ebling. Textbook of dermatology. Oxford:Black Science. 1998; 2919-2927.
2. Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, Price V, Roberts J, Shapiro J, Stenn K. Alopecia areata investigational assessment guidelines. National alopecia areata foundation. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40:242-246.
3. Ferrando Roqueta FJ, Corral Blanco C, Iobato Satue A, Grasa Jordan MP. Estudios clínicos y de laboratorios. Estudio de los fenómenos de estrés y su relación con variables psicopatológicas, clínicas e inmunológicas en pacientes con alopecia areata. *Actas Dermatsifiliogr* 1996; 87:597-609.
4. Ferrando J. Alopecias. Aula Médica, Madrid. 1995.
5. Shapiro J, Modani S. Alopecia areata: diagnosis and management. *Int J Dermatol* 1999; 38:19-24.
6. Friedmann PS. Alopecia areata and autoimmunity. *Br J Dermatol* 1981; 105:153-157.
7. De-Waard-Van der Spek FB, Oranje AP, De Raeymaecker DMJ, Peereboom-Wynia JDR. Juvenile versus maturity-onset alopecia areata -a comparative retrospective clinical study. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14:429-436.

Bien está que valoremos debidamente la patología psicológica asociada a la alopecia areata, al eccema atópico y al resto de psicodermatosis para mejorar el estado de la piel y la calidad de vida psicológica del paciente. Sin olvidar lo mucho que se había publicado sobre la psicología de los ulcerosos gástricos antes de conocer los efectos del *Helicobacter pylori*.

8. Weidmann AI, Zion LS; Mamelok AE. Alopecia areata occurring simultaneously in identical twins. *Arch Dermatol* 1956; 74:424-432.
9. Robinson SS, Tasker S. Alopecia areata associated with neurodermatitis. *Urol Cutan Rev* 1948; 52:468-473.
10. Muller SA, Winkelmann RK. Alopecia areata. *Arch Dermatol* 1963; 88:290.
11. Young E, Bruns HM, Berrens L. Alopecia areata and atopy (Proceedings). *dermatológica* 1978; 156:308-316.
12. Du Vivier A, Munro DD. Alopecia areata, autoimmunity and Down' s syndrome. *Br MedJ* 1975; 1:191-194.
13. Arnold HL. Alopecia areata; prevalence in Japanese and prognosis after reassurance. *Arch Dermatol Syphilol* 1954; 66:191-197.
14. Messenger AG, Bleehen SS. Expression of HLA-DR by anagen hair follicles in alopecia areata. *J Invest Dermatol* 1985; 85:569-576.
15. Orecchia G, Belvedere MC, Martinetti M, y cols.: Human leukocyte antigen region involvement in the genetic predisposition to alopecia areata. *Dermatológica* 1987; 175:10-15.
16. Wiesner-Menzel L, Happle R. Intrabulbar and peribulbar accumulation of dendritic OKT 6-positive cells in alopecia areata. *Arch Dermatol Res* 1984; 276:333.
17. Colombe BW, Price V, Khoury EL, Ganovoy MR, Lou CD. HLA class II antigen association helps to define two types of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:757764.
18. Milgraum SS, Mitchell AJ, Bacon GE y cols.: Alopecia areata, endocrine function and autoantibodies in patients 16 years or younger. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:57-61.
19. Kern F. Laboratory evaluation of patients with alopecia areata. En: Brown AC (ed.). *First human hair symposium*. New York: Medcom, 1974:222-240.
20. Brown AC, Follard ZF, Jarrett WH. Ocular and testicular abnormalities in alopecia areata. *Arch Dermatol* 1982,118:546-549.
21. Brenner W, Diem E, Gschnait F. Coincidence of vitiligo, alopecia areata, onyctodystrophy, localised scleroderma and lichen planus. *Dermatologica* 1979; 159:356-360.
22. Friedmann PS. Clinical and immunological associations of alopecia areata. *Sem Dermatol* 1985; 4:9-24.
23. Skinner RB Jr, Light WH, Bale GF y cols. Alopecia areata and the presence of cytomegalovirus DNA. *JAMA* 1995; 273:1419-1420.
24. Tosti A, Gentilomi G, Venturoli S y cols. No correlation between cytomegalovirus and alopecia areata. *J Invest Dermatol* 1996; 107:443.
25. Koblenzer CS. Alopecia Areata, Telogen Effluvium, and Hirsutism in: Koblenzer CS. Psychocutaneous disease. Grune and Stratton eds. London 1987; 248-263.
26. Observación personal del autor.
27. Obermayer ME. Alopecia Areata in Psicocutaneous Medicine. Springfield, IL. Charles C. Thomas, 1955:294-304.
28. Panconesi E. Alopecia: Loss of the crowning glory in: Panconesi E. Stress and skin diseases. *Psychosomatic Dermatology*. LB Lippincott Philadelphia. 1984; 142-179.
29. Panconesi E, Halltmann G. Psychophysiology of stress in dermatology. The psychobiologic pattern of psychosomatics. *Dermatol Clin* 1996; 14:399-421.
30. Reborá A. Alopecia areata incognita: a hypothesis. *dermatológica* 1987; 174:214-218.
31. Rook AJ, Dawber R. Diseases of the hair and scalp., Oxford: Blackwell Scientific Publications 1982; 281-283.
32. Cormia FE. Basic concepts in the production and management of the psychosomatic dermatoses II. *Br J Dermatol* 1951; 63:129-151.
33. Greenberg SI. Alopecia areata a psychiatric survey. *Arch Dermatol* 1955; 72:454-457.

34. De Waard-van der Spek FB, Oranje AP, De Raeymaecker DM, Peereboom-Wynia JD. Juvenile versus maturity-onset alopecia areata—a comparative retrospective clinical study. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14:429-33.
35. Tosti A, Colombati S, De Padova MP, Guidi SG, Tosti G, Maccolini E. Retinal pigment epithelium function in AA. *J Invest Dermatol* 1986; 86:553-555.
36. Tosti A, Colombati S, Caponeri GM, Ciliberti C, Tosti G, Basi M, Veronesi S. Ocular abnormalities occurring with alopecia areata. *Dermatológica* 1985; 170:69-73.
37. Garcia-Hernández MJ, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Multivariate analysis in alopecia areata: Risk factors and validity of clinical forms. *Arch Dermatol* 1999; 135:998-999.
38. Schonwetter RS, Nelson ER. Alopecia areata and the Acquired Immunodeficiency-Syndrome-Related-Complex. *Ann Int Med* 1986; 104:287.
39. Sawaya ME, Bakshandeh H, Hordinsky MK, Penneys NS. CD44 expression in alopecia areata and androgenetic alopecia. *J Cutan Pathol* 1994; 21:229-232.
40. Smith SR, Kirkpatrick RC, Kerr JM, Mezebich D. Alopecia areata in a patient with pili annulati. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32:816-818.
41. Hara M, Hunayama M, Aiba S, Suetake T, Watanabe M, Tanaka M, Tagami H. Acrokeratosis paraneoplastica (Bazex syndrome) associated with primary cutaneous cell carcinoma on the lower leg, vitiligo and alopecia areata. *Br J Dermatol* 1995; 133:121-124.
42. Ruiz-Maldonado R, Tamayo L, Durán C. Hairy pigmented congenital naevocellular naevus in a patient with alopecia universalis. *Clin Exp Dermatol* 1993; 18:162-163.
43. Fanti PA, Tosti A, Morelli R, Camali N, Sabattini E, Pileri S. Follicular mucinosis in alopecia areata. *Am J Dermatopathol* 1992; 14:542-545.
44. Camacho F, Hatzis J, Kostakis P, Tosca A, Parissis N, Nicolis G, Varelzidis A, Stratigos J. Nuchal nevus flammeus as a skin marker of prognosis in alopecia areata. *Dermatológica* 1988; 177:149-151.
45. Camacho F, Navas J. Nuchal nevus flammeus in alopecia areata. *Dermatology* 1992; 184:158.
46. Hatzis J, Kostakis P, Tosca A, Parissis N, Nicolis G, Varelzidis A, Stratigos J. Nuchal nevus flammeus as a skin marker of prognosis in alopecia areata. *Dermatológica* 1987; 177:149-151.
47. Fanti PA, Tosti A, Bardazzi F, Guerra L, Morelli R, Camali N. Alopecia areata. A pathological study of nonresponders patients. *Am J Dermatopathol* 1994; 16:167-170.
48. Ferrando J, Grimalt R, LaCueva L, Artuch R, Vilaseca MA. Biotinidase activity and biotin treatment in alopecia areata. Second Intercontinental Meeting of Hair Research Societies, Washington 1998.
49. Shapiro J, Tan J, Ho V, Tron V. Treatment of severe alopecia areata with topical diphenylcyclopropanone and 5% minoxidil; a clinical and immunopathological evaluation. *Invest Dermatol* 1995; 104(5,Suppl):36S.
50. Shapiro J. Alopecia areata. Update on therapy. *Dermatol Clin* 1993; 11:35-46.
51. Ferrando J, Grimalt R. Partial response of severe alopecia areata to Cyclosporine A. *Dermatology* 1999; 199:67-69.

PARTE
Terapéutica



3

CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS PSIQUIÁTRICAS POR PARTE DEL DERMATÓLOGO

F. Grimalt

DECISIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO CON PSICÓTROPÓS

No es la sospecha de alteración emocional o cognitiva, ni la aceptación o rechazo de ella por medio del interrogatorio, lo difícil en la visita médica de cada día, sino decidir sobre el enunciado anterior. Cuando acepto la alteración como real, dominar la impulsión automática a dar el paso siguiente, que es la de tratar con psicótropos el trastorno psiquiátrico diagnosticado. Muchos enfermos se benefician de la simple exposición de sus mecanismos psicológicos, que, frente a un estado transitorio alterado de su problemática social (familiar, económica o sentimental), no aplican siempre de modo conveniente. En otros enfermos, placebos presentados como “tónicos”, “vigorizantes” o “antiestresantes” proporcionan un resultado satisfactorio. Otros finalmente encuentran bienestar con dosis mínimas de un ansiolítico, tal como prescriben muchos generalistas, sin necesidad de recetar un anti-depresivo.

Si bien es verdad que los enfermos que acuden espontáneamente a los psiquiatras, y los que acuden al dermatólogo, en los que éste descubre alteraciones psicológicas, son muy diferentes.

Hay estudios (Higgins, 1994)¹ que indican que la mayor parte de los trastornos psiquiátricos que ven los médicos de atención primaria y los especialistas no psiquiatras se asocian a diferentes problemas psicosociales que son difícilmente abordables desde un enfoque psiquiátrico-farmacológico o terapéutico. Serían enfermos con procesos reactivos, contrapuestos a enfermos con alteraciones endógenas en los que habría que aprender a discernir qué trastornos son susceptibles de mejoría al ser tratados farmacológicamente.

A tal fin, Goldberg (1992)² ha constituido tres grupos, no en función de una agrupación y caracterización de síntomas, sino en cuanto a las necesidades de intervención terapéutica. Esta diferenciación tiene gran interés en una especialidad no psiquiátrica como la nuestra, en la que, debido al número tan elevado de estos enfermos (de un 25% a un 40%) en los que sospechamos y conseguimos llegar a demostrar la existencia de trastornos psiquiátricos, se requieren criterios psiquiátricos ágiles y rápidos sobre la decisión de administrarles psicofármacos o de abste-

Aparte de las enfermedades que convencionalmente se describen en el capítulo de Psicodermatología de los libros de texto, y por las que se nos consulta con relativa frecuencia, hay un número mucho mayor de pacientes cuya calidad de vida psicológica se beneficia de un interrogatorio psiquiátrico y del correspondiente manejo terapéutico. Forzosamente este no debe ser medicamentoso.

Una vez el paciente esté de acuerdo en medicarse con psicótrópos, hay que explicarle que:

1) existe la posibilidad de que no tolere el medicamento. 2) Esta intolerancia no supone que el psicótrópo no esté indicado. 3) Se lo vamos a cambiar por otro hasta encontrar uno que fuera tolerado.

Es imprescindible recalcar que de ninguna manera deseamos provocarle somnolencia con un sedante. Hay que dar facilidades al paciente para que llame por teléfono a consultas de intolerancia. Si no se procede así, pueden resultar perdidos los esfuerzos aplicados en la selección de un psicótrópo, y con ellos la eficacia de la visita.

nernos de recetarlos. La mayor parte de los que descubrimos nosotros pertenecen al primer grupo de enfermos diferenciado por Goldberg, y algunos de ellos, al segundo. Podemos visitar enfermos del tercer grupo, pero ya suelen estar siendo tratados por el psiquiatra.

Los tres grupos de pacientes que Golberg ha establecido son:

1. Pacientes con trastornos que requieren reconocimiento y discusión.
2. Pacientes que requieren apoyo social e intervenciones psicosociales.
3. Pacientes con trastornos que requieren intervenciones psiquiátricas específicas.

1) *Trastornos que requieren reconocimiento y discusión.* Supondría un número importante de los enfermos con alteraciones psicológico-psiquiátricas que los dermatólogos descubrimos todos los días en nuestras visitas. En estos casos, el distrés emocional que padecen se beneficiaría del reconocimiento y discusión de sus problemas, y es probable que remitan sin ningún tratamiento médico. Informarles de que padecen una enfermedad mental no sería beneficioso para ellos. La administración de ansiolíticos actuaría como tranquilizante temporal o como placebo. También se puede aplicar el mismo calificativo de placebo a los múltiples “tónicos”, “reforzantes”, multivitamínicos, compuestos con complejo vitamínico B, preparados de hierro en mujeres hipermenorreicas, “dinamizantes, energizantes”, etc. Los dermatólogos deberíamos favorecer una expectativa de mejoría y utilizar la técnica del aconsejamiento como la más adecuada (intentar poner orden en sus vidas, descansar más horas por la noche, recomendar la práctica de una corta siesta, recurrir a ayudas remuneradas extrafamiliares para atender a ancianos inválidos, reinstaurar un poco de deporte semanal en el hombre joven que lo había dejado al casarse, etc). En este grupo los psiquiatras incluyen cuadros clínicos que cumplen los criterios de los DSM-R y ICD-10, de **trastorno emocional**, excepto en la duración. También se incluyen cuadros con **sintomatología mixta ansioso-depresiva**, pero sin la intensidad suficiente para cumplir los criterios diagnósticos correspondientes. Un último subgrupo sería el de **enfermos “somatizadores”** en los que un problema psicológico se manifiesta como una queja somática, cutánea o mucosa en nuestros pacientes. En este último subgrupo quedan incluidos una buena parte de nuestros enfermos. A menudo, la queja cutánea que se nos formula (por ejemplo, un mínimo angiofibroma de la nariz, una queratosis seborreica de la cara poco aparente, etc) puede ser considerada como una somatización cutánea, que acompaña a otras somatizaciones concomitantes extracutáneas, que el enfermo refiere en el curso del interrogatorio, y que pueden ser lumbalgias, pesadez de piernas, rinitis crónica, cansancio excesivo, etc.

2) *Pacientes que requieren apoyo social e intervenciones psicosociales.* También tenemos ocasión de verlos los dermatólogos, aunque en un número más

reducido que los del grupo anterior. Estos enfermos suelen tener una larga evolución de enfermedades físicas crónicas, así como múltiples quejas psiquiátricas no psicóticas. Son grandes frequentadores y suelen recibir, o haber recibido (“etiqueta psiquiátrica”), tratamiento psicofarmacológico, además de la medicación específica que tienen pautada para sus problemas somáticos. El problema esencial son las dificultades sociales e interpersonales crónicas. Sus quejas principales son ansiedad, depresión, fatiga, irritabilidad y dificultades de concentración. Bastantes de ellos se tratan con ansiolíticos recetados por sus médicos de cabecera, y algunos ya han consultado con algún psiquiatra. En la medida de lo posible debemos simplificar al máximo la medicación en ellos, y pensar en la posibilidad de que presenten trastornos depresivos en los que predomina la sintomatología corporal³. Etiquetar estos casos como enfermedad mental podría ser contraproducente, ya que la única intervención realmente útil consiste en mejorar sus mecanismos de afrontamiento, o su estado de ánimo. En estos enfermos, la transferencia a un psicólogo competente, o a un psiquiatra psicólogo, podría resultar beneficioso.

3. *Trastornos que requieren intervenciones psiquiátricas específicas.* Son enfermos que acuden espontáneamente al psiquiatra, o que aceptan consultar con él cuando son instados a hacerlo por su médico de atención primaria. En estos casos, el cuadro clínico satisface completamente los criterios psiquiátricos de investigación para un trastorno psiquiátrico. Existe para ellos un abordaje psicofarmacológico o psicoterapéutico que se ha demostrado que es eficaz. En este grupo se incluyen la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el estado depresivo grave. No suelen resultar problemáticos para nosotros, porque cuando consultan al dermatólogo ya están siendo tratados por el psiquiatra, o lo han sido. Pero una parte de estos enfermos con trastorno bipolar, o con estado depresivo grave, pueden acudir a nosotros cuando, por indicación del psiquiatra, o espontáneamente, deciden suprimir la medicación, porque realmente han mejorado, y entonces su enfermedad, que en el curso de unos meses se sabrá que sólo había mejorado, pero no curado, evoluciona a un estado de depresión enmascarada en el que sí cabe la somatización, y por ello la necesidad de consultar con un médico no psiquiatra, dermatólogo, cuando el área somatizada es la piel.

Al margen del grupo de enfermos establecido por Goldberg, Brown (1991)⁴ recoge los datos de varios estudios que concluyen que la inmensa mayoría de los trastornos que son atendidos por médicos no psiquiatras son en realidad “reacciones de distrés transitorias” que, afortunadamente para nosotros, son muy diferentes en su naturaleza de la enfermedad depresiva clásica.

Con las debidas explicaciones, los enfermos suelen aceptar con facilidad un tranquilizante o un antidepresivo. Una vez el dermatólogo ha decidido recetar un

El tratamiento que derive de un interrogatorio de tipo psicológico-psiquiátrico no tiene forzosamente que ser medicamentoso. Una explicación, un comentario, o un consejo, pueden resultar beneficiosos. Todos somos capaces de dar una sugerencia oportuna, porque estamos acostumbrados a tomar decisiones importantes.

El carisma que la medicina otorga al profesional permite que un médico joven, y de base social todavía no alcanzada, pueda proporcionar un consejo conductual a un paciente con personalidad más desarrollada.

antidepresivo, diversos factores influyen sobre el enfermo a no medicarse con él. Los factores pueden ser múltiples, como a) la decisión personal del enfermo que en días posteriores al de la visita, decide no tomar la medicación; b) puesto que nuestros enfermos afectos de depresión, no suelen sentirse tristes, les cuesta aceptar la necesidad del tratamiento; c) un antidepresivo supone para un profano un estigma psiquiátrico mayor que un tranquilizante. A la decisión espontánea del paciente, puede ayudar d) la presión en contra por parte de algún médico de atención primaria (posiblemente incapaz de reconocer estados depresivos en sus propios enfermos) y también de algún empleado de farmacia, que no alcanzan a comprender que un dermatólogo pueda recetar algo más que medicación tópica; e) algunos pacientes suprimen el fármaco ante el primer mínimo efecto secundario que aparece; hay que aceptar que es difícil que el enfermo se esfuerce en proseguir una medicación destinada a tratar unos trastornos desconocidos por él y que, además, le puede provocar efectos secundarios; f) otros consumen sólo una única caja de comprimidos; etc.

El dermatólogo perceptivo con los aspectos psicológicos de los enfermos que le consultan tiende a sentir una espontánea facilidad para recetar antidepresivos. Por un lado, pesa en él la secuencia evolutiva de 1) sospecha de alteración psicológica, 2) interrogatorio psiquiátrico sistemático, 3) aceptación o rechazo de la sospecha; si se acepta, se obtiene el diagnóstico de alteración psicológica, y 4) manejo terapéutico. Se puede considerar como lógica, espontánea e inconsciente la prescripción de un antidepresivo por parte de un dermatólogo ante un enfermo maduro que había acudido sólo a consultar por unas mínimas teleangiectasias faciales.

Los antidepresivos actuales, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), presentan muchos menos efectos secundarios que los que tienen los tricíclicos, aún ampliamente usados por los psiquiatras en sus enfermos con depresiones bipolares, pacientes más complejos y con patología más intensa. Pero tampoco los ISRS carecen de efectos secundarios. Tengamos en cuenta que C. Bridgett refiere que, incluso, un 40% de los pacientes que acuden al psiquiatra, conscientes de la naturaleza mental de su enfermedad, abandonan el tratamiento.

Tratamientos no farmacológicos. Aparte de recetar medicamentos, cualquier profesional de la medicina, dermatólogos incluidos, pueden aportar mejor calidad psicológica de vida a pacientes, si damos nuestra opinión juiciosa sobre temas diarios. A algunos pacientes no se les ocurre, y otros lo pueden haber considerado, pero no se han decidido a ello, que un fin de semana prolongado para un ejecutivo, o unas obligatorias bisemanales sesiones de yoga, de gimnasia, o de natación para un ama de casa demasiado encerrada entre sus trabajos caseros, pueden ayudar tanto o más que antidepresivos y ansiolíticos. A unos padres angustiados por el comportamiento antisocial de algún hijo puede resultarles consolador escuchar que un médico, del que valoran decisiones y consejos previos, les advierte, con un tacto que pronto deviene fácil por profesional y rutinario, que han hecho todo lo que estaba al alcance de su mano para intentar corregir al hijo, y que llegado a un determinado punto deben aprender a excluir de ellos todo sentido de culpabilidad, y que pueden

seguir ayudando más al hijo intentando mantener la pareja unida que haciéndose reproches inútiles e injustificados. A un enfermo con alopecia areata recientes, en el que el interrogatorio permite conocer que descansa pocas horas de noche, porque trabaja y estudia, se le puede hacer considerar que el estrés que siente es debido a este doble esfuerzo transitorio, y mientras no termina la carrera, un “tónico nervioso” puede ayudar el proceso del paciente tanto como un ansiolítico. A estos efectos, cuando el dermatólogo perceptivo se inicia en estos temas, le resultan más provechosas al enfermo los deseos de ayudar como médico que el dominio de técnicas de persuasión, que ya se adquirirán progresivamente.

OBJECIONES DEL PACIENTE DERMATOLÓGICO AL TRATAMIENTO CON PSICÓTROPOS

El psiquiatra atiende a enfermos que acuden espontáneamente a él, o que aceptan consultar con él, por indicación de otras personas, médicos o convivientes. Es lógico que le acepten una medicación específica psiquiátrica. Y si esta medicación les provoca algún efecto secundario molesto, el enfermo muchas veces va a telefonar al psiquiatra, porque quiere curarse de un mal cuya naturaleza conoce y acepta.

Por el contrario, el enfermo que acude al dermatólogo porque se cree enfermo de la piel acepta con facilidad cualquier medicación dermatológica, así como la petición de unos análisis, y aun la transferencia a otro especialista, pero no acepta ser transferido al psiquiatra. Por el mismo motivo, por el estigma que habitualmente se aplica a la medicación psiquiátrica, el enfermo puede ser muy reacio a aceptar del dermatólogo un tratamiento específico. En esta situación, si el dermatólogo cree que un psicótropo puede mejorar al enfermo, debe usar determinadas estrategias para conseguir que el paciente admita y mantenga una medicación que hasta entonces no sabía que pudiera beneficiarle. Aplicar estas estrategias requiere una parte del tiempo dedicado a la consulta.

El efecto a conseguir al recetar psicótropos en la consulta diaria dermatológica es diferente, según cual sea la naturaleza de la disfunción psicológica del enfermo. En los que están afectados de una dermatosis de base esencialmente psiquiátrica, el único modo de conseguir la curación de la misma es por medio de psicótropos. En otros enfermos, en cambio, que consultan por dermatosis en las que el dermatólogo sospecha y diagnostica una alteración psicológica desconocida por el paciente, el tratamiento consigue sólo ayudar a curar la enfermedad consultada, o no influye en ella, pero mejora la calidad de vida psicológica del enfermo. Algunos enfermos, cuando acuden a nosotros, pueden ser conscientes de que su bienestar psicológico es pobre, otros, pueden no serlo, pero ni unos ni otros esperan, cuando nos consultan, que nosotros intentemos proporcionarles una mejoría en un aspecto de su persona por el que no han consultado.

A una paciente deprimida, viuda y que vive sola, sin hijos próximos, a la que, sin quejarse de ello, las paredes de la casa se le caen encima, puede resultar más útil recomendarle unas sesiones bisemanales obligatorias de yoga (o de gimnasia, natación, asistencias a conferencias, ir de tiendas), que un psicofármaco. Bastantes de ellas no tienen dificultades económicas para hacerlo.

En un enfermo dermatológico en el que se ha sospechado, interrogado y diagnosticado un trastorno psiquiátrico, puede resultar difícil decidir entre la facilidad de administrarle psicofármacos, o esforzarnos en darle una explicación razonada de sus mecanismos psíquicos, y proporcionarle consejos conductuales pertinentes.

Causas de las objeciones a los psicótrópos por parte del paciente:

1. El enfermo no siempre acepta que el dermatólogo le diagnostique o evidencie la existencia de algún trastorno psicológico.
2. Los ansiolíticos suelen ser aceptados con mayor facilidad, debido a su gran difusión. A menudo el enfermo los ha recibido previamente de su médico de cabecera, o de familiares y conocidos. El “estrés del trabajo” es generalmente aceptado en diferentes estratos sociales, y en algunos de ellos puede considerarse como parte inherente a la condición de ejecutivo.
3. Los antidepresivos suelen generar mayor rechazo. Un enfermo puede aceptar, de su dermatólogo, la mención de que está afecto de un cierto grado de trastorno depresivo. Pero consentir en medicarse con un antidepresivo supone, por su parte, la aceptación plena de la validez de este diagnóstico para él. Como consecuencia de ello, algunos enfermos aceptan sin aparentes problemas durante la visita una receta en la que figura un antidepresivo, pero en la próxima consulta se averigua que no lo llegaron a retirar de la farmacia, porque consideraron posteriormente que no precisaban de él.
4. Otros pacientes pueden iniciar la medicación con un antidepresivo, pero lo abandonan a los primeros días por efectos secundarios, y no telefonan consultando sobre ellos, tal como había quedado impreso en la receta. La prescripción de un psicofármaco por parte de un médico no psiquiatra, que no vaya acompañada de la explicación de la necesidad de consulta telefónica ante la aparición de efectos secundarios, suele resultar en una medicación abandonada.
5. Algunos enfermos, especialmente los de nivel intelectual poco alto, se medican con la primera caja del psicótrópo y no la repiten porque no consultan las explicaciones de la receta que advierten los meses necesarios de tratamiento.
6. Algunas veces, estos reparos a la medicación provienen de un familiar o amigo con alguna frase parecida a “este medicamento se lo dieron a fulano y estaba loco” o “a mí me recetaron lo mismo y me hizo sentir mal”.
7. En ocasiones, el médico de atención primaria de la Seguridad Social al que el enfermo acude para acogerse a los beneficios económicos de una receta oficial manifiesta su extrañeza, cuando no su franca oposición, a la receta de un antidepresivo por parte de un médico no psiquiatra.
8. Algunos enfermos, ante la prescripción de un psicótrópo, declaran abiertamente que ellos preferirían ser capaces de solucionar “por ellos mismos”, sin pastillas, su problemática psicológica. En ocasiones, este razonamiento lo exponen en la visita siguiente, como explicación a no haberse medicado con el psicótrópo.

Metodología. Expongo mi experiencia propia:

1. Siempre que se recete un psicótropo, hay que explicar la necesidad de consultar telefónicamente cualquier trastorno secundario aparecido con él. Mis recetas salen ya de imprenta consignando, impresos, los días y la hora para hacerlo. Además de ello, cada archivo informático correspondiente a un psicótropo lo contiene también.
2. Cuando receto ansiolíticos, explico que, en principio, éstos tienen el peligro de provocar somnolencia. Que tanto su efecto beneficioso como los secundarios, molestos, pueden aparecer ya al primer día de tratamiento. A menudo estos pacientes en alguna época, pasada o reciente, han sido tratados por su médico de familia con ansiolíticos que fueron recetados sin las debidas explicaciones, y que les provocaron somnolencia que recuerdan como desagradable. Les insisto que no deseo de ningún modo que se sientan excesivamente sedados, que lo que buscamos es que se encuentren mejor desde el primer día. Para ello recomiendo iniciarlo con dosis muy bajas, y que se necesita su colaboración para que aumente progresivamente la dosis, hasta llegar a “notarse confortablemente contenido o frenado”, pero sin sensación de cansancio o de somnolencia. Por ejemplo, diazepam de dos miligramos, los primeros días tomando como prueba sólo media por la mañana, media al mediodía y media por la noche. Posteriormente deben probar si toleran dosis superiores, siempre la más alta por la noche.
3. Antidepresivos ISRS. Hay que advertir al paciente que se le receta el preparado idóneo, que sus respuestas al interrogatorio han mostrado como necesario, pero que, a pesar de ello, hay que comprobar su tolerancia personal. Que puede provocar alteraciones cualquier clase ya en los primeros días. Y excesiva somnolencia, o excitación, o temblor. Que la aparición de estos efectos de intolerancia no deben ser interpretados como evidencia de que no se necesita. Que por teléfono le voy a dar facilidades para cambiarle la receta por otro que se tolere (cambio de sertralina a fluoxetina o a citalopram, por ejemplo). Que los efectos beneficiosos tardan de 15 a 30 días en apreciarse.
4. Duración del tratamiento. Hay que especificarlo, de otra manera el paciente tiende a pensar que se trata sólo de consumir el contenido de una caja. Debe comprender de 6 a 9 meses, tanto para el ansiolítico como para el antidepresivo. Si el paciente ha sido dado de alta por el psiquiatra de un trastorno depresivo mayor, y posteriormente éste recidiva en forma de depresión enmascarada y es somatizado, el tratamiento debe ser mantenido durante 3-5 años, como recidiva que es. Si se recuerda la medicación, se puede indicar que la repita. En caso contrario, estos pacientes no suelen tener inconveniente en regresar a su psiquiatra.

“Felicidad” quizá resulte una expresión poco académica para un médico. Se puede sustituir por “confort” o “bienestar psicológico”. “Calidad de vida” es una expresión muy utilizada, aunque entre profanos a menudo adopte un sentido económico. “Calidad de vida psicológica” puede ser una expresión más adecuada.

“No deseo tomar medicamentos para los nervios, preferiría resolverlo yo solo” es un comentario que oigo con cierta frecuencia. Si el trastorno diagnosticado es de larga evolución, y aún remarcando la lógica de su deseo, con delicadeza se puede hacer ver al enfermo que él solo no lo ha podido resolver durante este tiempo.

5. Peligro de dependencia. Tenemos que abordar el tema nosotros, aunque el enfermo no lo refiera en la visita. Podemos aceptar que sí existe, pero todos los días los médicos tratan con eficiencia a pacientes que durante un tiempo han creado dependencia a los psicótrpos. Que en todo caso, resulta “más perjudicial para la salud” la adicción a un estado anímico alterado que a un fármaco. El médico perceptivo encontrará argumentos sobre este punto. Que “el único modo de matar un animal de experimentación (en este caso, un gato) con benzodiazepinas es ahogarlo bajo una montaña de comprimidos de ellas, que le impidan respirar”.
6. “Preferiría resolverlo por mí misma (sin psicótrpos)”. Algunos o algunas pacientes se expresan así. Si la enferma no había relacionado sus disfunciones psicológicas con la dermatosis consultada, pero era consciente de su existencia, se le puede hacer ver que, desde que supo que se encontraba mal, no ha sido capaz de resolverlo. Si, por el contrario, desconocía la existencia de una alteración descubierta por nosotros, la simple exposición de la misma puede ayudarle. Se puede convenir con ella que se podría reexponer el tema en caso de no obtener resultado terapéutico en la dermatosis consultada. He observado que algunos pacientes que no vuelven tal como se había convenido, en nuevas consultas que se producen de 5 a 10 años después, de entrada exponen problemas de índole psicológica, además de la consulta cutánea.

DECISIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE TRANSFERENCIA AL PSIQUIATRA O PSICÓLOGO Y MOMENTO OPORTUNO PARA HACERLO

Para diagnosticar y tratar con propiedad los trastornos psiquiátricos de nuestros enfermos, el psiquiatra es el único experto. Pero sus conocimientos sólo pueden ser beneficiosos para los enfermos que consultan con él. Los que acuden al dermatólogo porque se sienten enfermos de la piel esperan que sea el dermatólogo el que les cure. Al menos en la primera entrevista, no admiten que el psiquiatra les trate de un trastorno para ellos tan evidentemente cutáneo. El único medio de que dispone el dermatólogo para curar a unos, y para iniciar el complejo tratamiento en otros, es hacerlo por medio de un tratamiento psiquiátrico, medicamentoso o no.

El dermatólogo se puede enfrentar a estados psiquiátricos leves, reactivos, de distrés transitorio en enfermos psiquiátricamente simples, en los que cabe esperar que un ansiolítico y/o, un antidepresivo ISRS los libre de molestias, o a enfermos más o menos graves, con delirios, trastornos de la personalidad o tendencias obsesivas. En los primeros, si el tratamiento psiquiátrico es acertado y suficiente, y es ayudado con la medicación dermatológica habitual, el enfermo curará de la derma-

tosis consultada. En los pacientes complicados, o en los que aparecen intolerancias al psicofármaco, o no se curará, o sólo se obtendrá una mejoría. En estos enfermos, difíciles o graves, el dermatólogo podrá haber decidido para sí mismo, ya en la primera, o en las primeras entrevistas, la necesidad de transferir este paciente al psiquiatra. Pero dentro del proceso evolutivo de entrevistas, esta transferencia sólo se podrá conseguir en el momento oportuno.

El momento oportuno para la transferencia será aquel en que se haya obtenido una marcada mejoría de la dermatosis consultada, que va a permitir al dermatólogo hacerle notar al enfermo su a la vez mayor bienestar psicológico. Conseguir esta mejoría puede necesitar un tiempo y un número determinado de visitas, de cuatro o más. El dermatólogo con ganas de ayudar sabrá conseguir que el enfermo que en un principio no cure, y sólo mejore, regrese a consulta y no abandone al médico. En un momento oportuno en la evolución de esta relación empática, el dermatólogo conseguirá hacer ver al enfermo que esta mejoría, tanto cutánea como de calidad de vida psicológica del enfermo, se ha obtenido por medios psicológicos o con psicofármacos. Sólo en este momento el enfermo aceptará la necesaria transferencia al psiquiatra “que es un médico especialista en esto que aún le conseguirá hacerle encontrar mejor”.

INCONVENIENTES Y VENTAJAS DE ATENDER LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS PACIENTES DERMATOLÓGICOS

Inconvenientes

1. *El consumo de tiempo.* Es un problema real que disminuye considerablemente cuando el dermatólogo adquiere práctica en el interrogatorio, conoce los posibles inconvenientes del número reducido de psicótrópos que usa y aprende a manejar los eventuales efectos secundarios de la medicación.

El consumo de tiempo que conlleva la consideración de los aspectos psicológicos de nuestros enfermos ya ha sido referido por otros autores. En diferentes estudios se ha constatado que los médicos no psiquiatras que tienden a evitar realizar diagnósticos psiquiátricos suelen ser aquellos que tienen un nivel socioeconómico más alto, una consulta menos ocupada, una mayor homogeneidad social en los pacientes y aquellos que se dedican al sector privado. Por el contrario, la tendencia excesiva a realizar diagnósticos psiquiátricos se correlaciona con la situación inversa, tal como un nivel socioeconómico más bajo, una consulta muy sobrecargada, una menor homogeneidad social y la dedicación al sector público. Para Marks, Goldberg y Hillier¹, los médicos que realizan unos diagnósticos psiquiátricos más exactos son los más

El dermatólogo y todo médico no psiquiatra que se permita a sí mismo interesarse en los aspectos mentales de sus enfermos no deben comportarse como “un psiquiatra menor”, puesto que tienen su preciso campo de actuación psiquiátrica, reservado estrictamente a ellos, en el que se encuentran un gran número de pacientes somatizadores que en este momento no acudirán al psiquiatra.

En el viejo dilema entre si sólo el psiquiatra debe tratar los trastornos psicopatológicos en enfermos dermatológicos, o si de entrada lo debe hacer el dermatólogo, he aquí lo que opina la Dra. Sylvie G. Consoli, miembro del comité ejecutivo de ESDaP, dermatóloga y psicoanalista: “El control de ellos concierne, en primer lugar y durante largo tiempo, al dermatólogo solo o en estrecha colaboración con un psiquiatra-psicoterapeuta”. (S.G.C. *Práctica Dermatológica*, n.º 42 abril 1997, Barcelona).

empáticos, los menos “conservaduristas” (con actitudes sociales más abiertas, más extravertidos y con menos limitaciones a prescribir hipnóticos), los que ponen mayor énfasis en los aspectos psicológicos de las enfermedades, y los que no tienen mayor interés en la celeridad de la visita.

2. *Inadvertencia por parte del paciente de la mejoría conseguida.* Los esfuerzos del dermatólogo sobre estos temas sólo serán apreciados por un número muy limitado de enfermos. Es difícil que un paciente agradezca la mejoría o curación de un mal por el que no había consultado, al no ser consciente de que le inquietase. En cambio, resulta fácil que se queje de los efectos secundarios. Además, constatamos a menudo que, después de un tratamiento con psicofármacos, el paciente no valora una mejoría espectacular de su estado de ánimo, por confundirla con las frecuentes mejorías espontáneas que ocurren en el curso de las alteraciones psiquiátricas menores. Enfermos hay que son muy poco conscientes de sus estados de ánimo (alexitimia) y, por tanto, son incapaces de percibir una mejoría.
3. *Efectos secundarios de los psicótopos.* El enfermo acude a nosotros en busca de tratamiento de la enfermedad cutánea que él conoce. Puede aceptar con más o menos objeciones que la medicación dermatológica instituida le haya empeorado su estado cutáneo. Pero las veces en que los psicofármacos produzcan efectos secundarios, hay que admitir que pueden resultar lógicas las quejas por estas alteraciones.
4. *Psicótopos recetados por un médico no psiquiatra y la incompreensión por parte de otros médicos que puedan relacionarse con el paciente.* En ocasiones, los psicótopos que el médico no psiquiatra receta provocan efectos secundarios que pueden ser atendidos por un compañero de atención primaria, o por un servicio hospitalario de urgencias, cuyos miembros pueden no comprender que a un enfermo con urticaria crónica, por ejemplo, un dermatólogo le haya recetado el antidepresivo que ha originado unos trastornos digestivos intensos. Un comentario médico desafortunado expresado delante del enfermo puede resultar negativo para el prescriptor y para la solución del problema.
5. *Exigencias de orden psicológico a los pacientes.* El dermatólogo como tal está acostumbrado a exigir el cumplimiento de sus tratamientos cutáneos o a dar recomendaciones u órdenes a sus pacientes, sin tener que temer que éstos puedan sentirse ofendidos por ellas. A un enfermo dermatológico se le puede expresar directamente la forma incorrecta en que trata su piel y el modo correcto de hacerlo, pero en cambio este proceder médico puede resultar inadmisibile cuando la crítica se refiere a alteraciones conductuales. Si en nuestra consulta tenemos ocasión de presenciar frases o conductas que evidencian dominancia de un cónyuge respecto a otro, por muy importante que nosotros lo podamos valorar, es preferible abstenernos de comentar este proceder.

6. *Pacientes que no aceptan el interrogatorio de tipo psiquiátrico.* Algunos pacientes se sorprenden, después de las primeras preguntas, por el rumbo que toma el interrogatorio sistemático específico de tipo psicológico-psiquiátrico. Si bien recuerdo el caso de un matrimonio, con un malvivir doméstico por la dominancia que sobre ellos ejercía un hijo mayor esquizofrénico, que los maltrataba, y en el que el padre, ante las primeras preguntas del interrogatorio, comentó, con una sonrisa, cuánto le complacía que se le efectuaran aquellas preguntas, la mayoría de los encuestados no lo hacen así, y más bien expresan sorpresa, cuando no renuencia, a contestar. Hay que aprender a reconocer aquellos que muestran ostensiblemente, aunque no lo expresen con palabras, el malestar que el interrogatorio les causa. En estos casos resulta más prudente detener el interrogatorio y limitarse a atender la dermatosis de la forma que el paciente puede haber pensado que se le atendería.

Ventajas

Las ventajas compensan los inconvenientes. Los trastornos de origen puramente psicógeno no se consiguen solucionar con ningún otro método terapéutico. La mayor ventaja expuesta, la de la aumentar la calidad de vida del paciente, puede ser discutible por diferentes médicos, por cuanto se basa sobre gradación e importancia de valores humanos. Pero los valores están sustentados por actividades y emociones, y las emociones implican activación nervioso-central y respuestas fisiológicas sistémicas (vegetativas, neuroendocrinas e inmunológicas), que tienen que ver con la adaptación biológica y con el estado del organismo.^{2,3}

Con frecuencia, el tratamiento de un trastorno psiquiátrico leve que se descubre en un enfermo dermatológico consigue curar, o resolver momentáneamente, molestias concomitantes en otros órganos y sistemas (dolores lumbares, pirosis esofágica, insatisfacciones respiratorias, colon irritable, etc.), que el médico de cabecera y algunos especialistas consultados no habían conseguido curar. En mi experiencia recuerdo como muy gratificante el resultado en enfermos con depresiones enmascaradas que curaron de una conjuntivitis que no habían resuelto tres oftalmólogos y dos clínicas de prestigio, y un presunto caso de asma extraño que había sido estudiado, sofisticadamente analizado y tratado sin resultado en tres clínicas universitarias. Recuerdo también el caso de una mujer de 38 años, que había consultado por una alopecia, y que diez meses más tarde acudió de nuevo diciendo que no venía por la piel "que ahora tenía bien, sino para que le hiciera preguntas". El lector que se inicie en estos temas no se sorprenderá un día si, como ejemplo, un paciente que se ha quejado con excesiva amargura de unos queratomas actínicos, al despedirse, con su receta de fluorouracilo tópico junto con unos psicótrópos, en la mano, recibe una pregunta parecida a: "¿Usted se dedica sólo a la piel, o también entiende de lo de las mujeres?, porque la mía se queja de...".

Sabe más psiquiatría un psiquiatra en su peor día de atención al paciente, que el dermatólogo más dispuesto. Los dermatólogos aplicamos tratamientos psiquiátricos a nuestros enfermos, sólo porque éstos se niegan a acudir al psiquiatra. Cuando encontremos a uno de ellos que ya está en sus manos, dejémosle donde está. Aunque parezca que los resultados sean nulos. Aunque el paciente se queje de la escasa atención que el psiquiatra le otorga en sus consultas.

El interrogatorio de tipo psicopsiquiátrico resulta consumidor de tiempo para el dermatólogo. Pero el aprendizaje que deriva de la práctica permite llegar a usarlo con relativa rapidez.

La consideración del aspecto psico-psiquiátrico de los pacientes dermatológicos permite resolver con éxito algunos casos de conjuntivitis, asma, insuficiencia hepática, colon irritable, dolor pélvico crónico femenino, etc., que no habían conseguido resolver varios especialistas correspondientes consultados.

Resumen de las ventajas

Atender al aspecto psicológico-psiquiátrico de nuestros pacientes:

1. Es la única posibilidad de curar los enfermos afectos de las llamadas psicodermatosis.
2. Es la única posibilidad de proporcionar mejor calidad de vida psicológica a muchos enfermos, que, en el momento de la consulta, sólo el dermatólogo puede conseguir.
3. La comprobación de la mejoría de calidad psicológica de vida obtenida en los primeros enfermos en los que se consideran los aspectos psicológicos genera en el dermatólogo una mayor confianza en sus aptitudes para las alteraciones psicológicas y acrecenta en él la necesidad de seguir cultivando estos aspectos, lo que redundará en visitas de mayor beneficio para sus enfermos.
4. Se consigue un mayor intercambio con psiquiatras y con psicólogos. Estos compañeros, con sus comentarios, ayudan al dermatólogo a descubrir los diferentes sentimientos creados en él, consciente o inconscientemente, por los pacientes que trata de esta manera y a darse cuenta de la importancia de conocerse a uno mismo tratando a los demás.

Resumen de los inconvenientes

1. Mayor tiempo empleado en la visita.
2. Necesidad de atender a un mayor número de consultas telefónicas más allá de los esfuerzos empleados ya en la consulta.
3. Ingratitud, por parte del paciente, sobre el esfuerzo realizado, porque se resiste a aceptar la alteración psicológica descubierta y porque puede interpretar como mejoría espontánea la mejoría terapéutica obtenida.
4. Necesidad, por parte del dermatólogo, del esfuerzo de un aprendizaje mínimo sobre este tema (que no es mayor que el necesario, por ejemplo, para aprender un mínimo grado sobre el control de la hipertensión arterial o de la diabetes).

BIBLIOGRAFÍA

1. Higgins ES: A review of unrecognized mental illness in primary care: prevalence, natural history and efforts to change the course. *Arch Fam Med* 1994; 3, 908-917.
2. Golberg D: A classification of psychological distress for use in primary care settings. *Soc Sci Med* 1992; 35: 189-193
3. Valdés M, de Flores T: Psicobiología del estrés. Edit. Martínez Roca. Barcelona, 1990
4. Brown GW: A psychosocial perspective of depression. En: Bennett DH, Freeman HL (eds). *Community Psychiatry*, Churchill Livingstone. Londres, 1991.

¿QUÉ TIENE QUE SABER EL DERMATÓLOGO A LA HORA DE TRANSFERIR UN PACIENTE AL PSIQUIATRA O AL PSICÓLOGO?

F. Poot

CUANDO EL DERMATÓLOGO SE DA CUENTA DE QUE DEBE HABER UN aspecto psicológico en la etiología o en las consecuencias del trastorno cutáneo, propone a su paciente la conveniencia de consultar a un psicólogo o psiquiatra.

¿QUÉ HAY QUE SABER PARA HACERLO BIEN?

La primera vez que acude al dermatólogo, el paciente no es consciente de la parte psicológica de su dolencia; de otro modo habría consultado al psicólogo o psiquiatra. Al principio, pues, se trata de excluir un trastorno cutáneo, o bien, de diagnosticarlo y tratarlo de la mejor manera posible. Eso requiere varias consultas, durante las cuales se va creando una alianza terapéutica entre médico y paciente. El carácter positivo de esta relación será particularmente necesario a la hora de transferir al paciente al psicólogo o al psiquiatra.

Algunas veces, esa consulta psicológica o psiquiátrica puede servir para evaluar y acaso excluir la parte psicológica del trastorno, para ver si esta aproximación puede ser útil al paciente y si su predisposición al respecto es adecuada. Se puede proponer al lado de otros exámenes de carácter técnico, para dar al paciente la oportunidad de evolucionar de un punto de vista objetivo a otro subjetivo, aun sin propósito etiológico alguno.

En nuestro hospital, un equipo de tres dermatólogos de la sección genitourinaria del departamento de dermatología propuso a sus enfermas de vulvodinia tres sesiones con un psicoanalista, al lado de otras investigaciones médicas, que tuvieron lugar durante un mes, tales como control infeccioso, biopsias, examen neurológico y pruebas alérgicas¹. La mayoría de pacientes aceptan la propuesta. De esta manera, con más o menos emociones, cada mujer puede desvelar sus propias cuestiones, hablando sobre sí misma, sobre su cuerpo, su sexualidad, su feminidad, sus relaciones. El dermatólogo sigue siendo la referencia principal, y la paciente se siente médicamente bien arropada.

Pero algunos pacientes necesitan ayuda psicoterapéutica más prolongada. Si aceptaran esa transferencia, ¿qué hay que tener en cuenta?

El psicólogo es un profesional de la medicina al que la legislación no le permite recetar. No es de extrañar que algunos de ellos se comporten excesivamente críticos con el uso de psicofármacos.

En un paciente dermatológico al que prescribamos medicación con psicotropos, y que refiera que visita con regularidad a un psicólogo, no hay ningún motivo para que deje de acudir a él. Pero hay que insistir en la necesidad de que no abandone nuestros psicofármacos, porque más o menos explícitamente, podrá ser presionado a ello.

Primero, tiene que haber una relación de confianza entre dermatólogo y psicoterapeuta. Sin esa confianza, la transferencia aparece imposible. El dermatólogo sabrá, pues, transmitir su esperanza y su confianza al paciente, y mantener su buena predisposición. En ese momento es importante hacer sentir su presencia, para que el enfermo no se sienta abandonado. Hay que mantener las consultas aun cuando el paciente ya empiece el tratamiento psicoterapéutico, pudiéndose negociar su frecuencia directamente con él. Así se ofrece al enfermo la ocasión de expresar sus sentimientos durante las primeras visitas psicoterapéuticas, y el dermatólogo puede apoyar este proceso.

Por otra parte, el dermatólogo debería estar también en contacto con el psicoterapeuta, para compartir la visión del problema y para coordinarse en una relación colaboradora. Eso evita caer en trampas en las que el paciente podría arrastrar a las diferentes personas que lo están tratando. En efecto, algunos pacientes pueden inducir a sus diversos terapeutas al enfrentamiento mutuo, reproduciendo así (inconscientemente) lo que habrían experimentado con su padre y su madre.

¿Por qué es eso más frecuente con problemas psicósomáticos? El análisis sistémico puede ayudarnos a comprenderlo, centrándose en la interacción relacional entre un individuo y su entorno, particularmente su familia. Eso constituye el sistema relacional de una persona y obedece a reglas específicas. Desde el punto de vista sistémico, el niño desarrolla un trastorno psicósomático para establecer un vínculo entre sus progenitores, que llevan una relación disfuncional. A eso se llama triangulación. Estar enfermo es la manera del niño de restablecer los vínculos en crisis de sus padres. Así, la díada parental se convierte en un rígido triángulo, con el niño actuando de mediador entre los dos adultos. Si los terapeutas a cargo no se dan cuenta de ello, si no tienen una buena relación entre sí, o si se relacionan a través del paciente, mantienen entonces esa disfunción al nivel de la transferencia y contribuyen así a perpetuar el problema. Por eso es muy importante que colaboren estrechamente.

Una vez eso está claro, el dermatólogo puede proponer la visita a un psicoterapeuta que le ayude. Si el paciente lo acepta, habrá que escoger entre psicólogo y psiquiatra. Vamos a ver las razones para consultar al uno o al otro.

¿CUÁNDO TRANSFERIR A UN PSIQUIATRA?

Los psiquiatras son médicos preparados para tratar a enfermos mentales. Por eso es más adecuado recurrir a ellos cuando se requiere tratamiento medicamentoso, como en el caso de las depresiones o la psicosis. También hay que mandar al psiquiatra a los pacientes que necesiten hospitalización, y a los que son peligrosos para sí mismos (suicidas) o para su entorno (paranoicos o agresivos), así como los adictos a las drogas o al alcohol. Habría que transferir también a los

pacientes con delirios parasitarios, pero eso es muy difícil: normalmente rehúsan la transferencia, precisamente porque deliran. Para ellos no es una enfermedad psiquiátrica. Lo mejor será, en este caso, que el dermatólogo consulte al psiquiatra y se haga supervisar, si no está acostumbrado a recetar medicamentos psicótopos.

Un psiquiatra puede también hacer psicoterapia, pero no todos lo hacen. Por eso es importante saber, antes de transferirle un paciente, si un psiquiatra la practica y de qué clase (véase más adelante).

¿CUÁNDO TRANSFERIR A UN PSICÓLOGO?

Los psicólogos pueden ayudar a diagnosticar usando tests de personalidad del paciente, y también en terrenos más particulares, como la depresión, la imagen corporal, etc.

Muchos psicólogos están preparados para ofrecer psicoterapia. Hay que conocer sus diferentes ramas para entender la orientación de los psicoterapeutas a los que transferimos enfermos. Algunas clases de psicoterapia son más indicadas para los problemas psicósomáticos, pero también depende de cada paciente.

Convendría, por ejemplo, decidir con el enfermo si éste prefiere un hombre o una mujer para terapeuta. Eso tiene que ver con la transferencia: el paciente va a transferir en el/la terapeuta sus sentimientos para con su padre o su madre. Naturalmente, un terapeuta va a facilitar las proyecciones paternas del paciente, y una terapeuta las maternas. A largo plazo, ambas proyecciones recaen sobre el terapeuta, sea del género que sea, pero eso puede tener su importancia al principio. Si un paciente tenía una muy mala relación con su padre, le puede resultar difícil confiar en un hombre. Por otra parte, puede ser importante para este paciente establecer una buena relación con un hombre a través de la psicoterapia. Así que hay que decidir este punto de acuerdo con el paciente.

¿QUÉ CLASE DE PSICOTERAPIA HAY QUE PROPONER AL PACIENTE QUE ACEPTA SER TRANSFERIDO?

Hay tres grandes ramas de la psicoterapia: psicoanálisis, conductismo y terapias humanistas.

Psicoanálisis

Sigmund Freud acuñó el término en 1896² para designar este método de psicoterapia basado en la exploración del subconsciente a base de la libre asociación de

Algunos pacientes que duermen poco por falta de horas, si nosotros se lo proponemos, pueden hacer una vicariante siesta de corta duración. Algunas personas se reconfortan con unos cortos minutos de sueño.

Una buena parte de los trastornos emocionales que encuentra el dermatólogo en sus enfermos son reactivos a problemática psicosocial y autoinvolutivos, que pueden cursar sin medicación específica. Suele constituir un problema saber diferenciar estos pacientes de aquellos otros que precisan psicofármacos.

ideas por parte del paciente y en su interpretación por parte del terapeuta³. Freud no se interesó mucho por los problemas somáticos.

Si la dolencia del paciente parece de orden narcisista, el psicoanálisis podría ser el más indicado para permitir al paciente descubrir su propia identidad, no coincidente con sus deseos.

Pero primero hace falta que el paciente verbalice sus emociones, sus fantasías, sus sueños; cosa difícil en pacientes psicosomáticos. En la mayoría de los casos, la visita con uno de ellos es en blanco, está vacía. No tiene nada que decir: a eso se llama alexitimia. El paciente psicosomático no sabe expresar sus sentimientos, sus emociones. Soporta mal el silencio del psicoterapeuta. De todos modos, el psicoanálisis se adapta cada vez más al funcionamiento del psicosomático, en encuentros cara a cara. Hoy existen corrientes psicoanalíticas que integran el cuerpo^{4,10}. Así que es importante cerciorarse de que el psicoanalista al que el dermatólogo desea transferir un enfermo está abierto a adaptarse a un paciente psicosomático.

Terapia conductista

La terapia conductista se desarrolló a partir de 1924 gracias a Jones. Le siguieron Skinner, Wolpe, Eysenk, Ellis, Beck y Bandura, todos nombres importantes en la historia de esa corriente. Estos terapeutas se centraron en el comportamiento y en la transformación de habilidades reactivas, más que en la exploración de los motivos de ese comportamiento.

La indicaciones más frecuentes son fobia social, trastornos obsesivo-compulsivos, adicciones, dolores crónicos y ansiedad.

A base de desarrollar habilidades reactivas se obtienen buenos resultados en dolencias psicosomáticas como psoriasis o dermatitis atópica.

Psicología humanista: también llamada “nuevas terapias”

Según S. Ginger y su libro *La gestalt*⁵, la psicología humanista nació en los años cincuenta alrededor de Abraham Maslow, Rollo May, Carl Rogers, Charlotte Bühler, Allport, Anthony Sutich y Fritz Perls, bajo la influencia del existencialismo europeo (Heidegger, Böber, Binswanger, Sartre, Merleau-Ponty, Gabriel Marcel, etc.). Querían resituar el ser humano en el centro de la psicología, en reacción a una tendencia al cientifismo creciente, con una consiguiente deshumanización y frialdad⁵.

Voy a ampliar lo que resulta más adecuado para los problemas psicosomáticos: terapia familiar, terapia Gestalt, hipnosis y terapias de relajación corporal (masaje, sofrología, técnicas de relajación y meditación).

Terapia familiar

Si la dolencia del paciente proviene del entorno familiar, ésta es la terapia indicada. Otra regla: si la persona que padece el síntoma no es la misma que pide ayuda, sino un miembro de la familia, eso apunta a una terapia familiar. También aumenta la efectividad de una terapia individual en el caso de niños con trastornos psicossomáticos. Para el adulto, eso resulta más difícil, pero si se acepta se puede recurrir a una terapia en pareja.

Realizar un genograma del paciente puede ser útil también. Si se encuentran frecuentes separaciones, muerte temprana de padre o madre, otras pérdidas, alcoholismo, hay muchas posibilidades de que el componente psicossomático haga aconsejable la terapia familiar. Esos acontecimientos dieron a la familia la sensación de que la unidad familiar es más importante que las necesidades individuales de sus miembros. Por eso, éstos no tienen derecho a expresar tales necesidades verbalmente. Se crean mecanismos protectores como evitar el conflicto, sobreprotección, incapacidad de adaptación a nuevas condiciones de vida y confusión entre las funciones de cada generación. El paciente puede expresarse solamente a través del cuerpo, de la enfermedad⁶.

Si eso no se tiene en cuenta, la respuesta al tratamiento será débil, porque la enfermedad tiene una función protectora. Cuando se explora el terreno con el paciente a solas, aparecen, pues, grandes resistencias. O bien, se resistirá la familia, ya que para ellos no hay otro problema que la enfermedad. Y negligiendo el aspecto psico-emocional del síntoma se corre el riesgo de reforzar las expectativas médicas y la rigidez de la familia. También la invitación a la familia puede levantar resistencias. Pueden sentirse culpables: “Si tenemos que ir a una terapia familiar, debemos de ser responsables de esto”; o enfermos: “Debemos de ser anormales”.

¿Cómo cooperar con la familia? Hay maneras de invitarla positivamente: “Necesitamos su ayuda para curar al paciente”. Es muy importante valorar a los padres como co-terapeutas en la consulta médica y a la hora de proponer la terapia familiar. Preguntar su opinión sobre la enfermedad, cuándo empezó, cuándo empeora, etc., puede crear una auténtica alianza terapéutica entre el médico y toda la familia. La enfermedad empieza en el centro de la consulta, pero paso a paso podemos ampliar ese foco, y después de algunas consultas, éste se habrá desplazado: los familiares van hablando menos de la enfermedad y más sobre sus relaciones personales. Esto da seguridad a los padres y refuerza también la alianza terapéutica. El paciente se siente comprendido. A partir de ese momento se puede proponer una terapia familiar.

Una vez la familia ha aceptado la terapia, es sumamente importante que el dermatólogo y el psiquiatra colaboren estrechamente. El dermatólogo debe quedar a la vista. Eso mejora los resultados; los problemas psicossomáticos son de orden complejo⁷. Por eso requieren un cuidado especial. En los EEUU existe una nueva corriente llamada *Terapia médico-familiar*⁸, en la que se propone a la paciente una estrecha colaboración entre familia y el equipo médico, incluyendo especialistas: psiquiatras, psicólogos, enfermeras.

La bulimia (deseo incontrolado de comer, más expresado por la noche) es un signo de ansiedad. El tratamiento es la sertralina o fluoxetina, a dosis doble de la usada para la depresión. Son enfermos en los que, si existe una razonada creencia de que acudirán al psiquiatra, deben ser derivados a él.

Para conseguir mayor precisión diagnóstica, los psiquiatras utilizan a menudo el conocido cuestionario de Goldberg, que resulta demasiado extenso y abarca aspectos psiquiátricos no habituales en pacientes dermatológicos. Para iniciarse en el tema, mi cuestionario (ver el capítulo de Diagnóstico) es suficiente en enfermos dermatológicos. Cuando haya adquirido práctica, cada dermatólogo elaborará el suyo.

Terapia gestalt

Fue creada en los años cincuenta en los EEUU, por Fritz Perls, un psiquiatra y psicoanalista alemán. Perls se basó en la conciencia del “ahora y aquí”. La *gestalt* o forma es una relación dinámica entre un organismo “yo” y el medio en el que este organismo está buscando las satisfacciones que necesita. Se alcanza la *gestalt* completa cuando el medio puede dar esas satisfacciones. Si no, se trata de una *gestalt* incompleta. Nuestras necesidades están organizadas en un proceso progresivo llamado “ciclo de satisfacción de las necesidades”. Los pasos de ese proceso son: sensación, conciencia, energización, acción, realización, retirada.

Por ejemplo: una madre que rechaza a su hijo cada vez que éste acude a ella en busca de caricias y afecto, so pretexto de estar ocupada, el niño hará la asociación siguiente: pedir ternura molesta. Toda su vida, ese niño convertido en adulto tenderá a interrumpir su ciclo en el paso de “contacto” para transformar su necesidad en, por ejemplo, un contacto agresivo. Primero con su madre, y más tarde con las mujeres que encuentre en su vida. La terapia *gestalt* permite repetir la experiencia y comprender esos procesos para adquirir conciencia de las necesidades incumplidas. Desarrolla la creatividad para terminar en mejores condiciones el ciclo de satisfacción de necesidades. Se practica a menudo en grupo.

Hipnosis

La hipnosis es la inducción de un estado de relajamiento profundo, con aumento de la capacidad de sugestión y con suspensión de las facultades críticas. Una vez en ese estado, llamado también trance hipnótico, se ofrecen consejos terapéuticos al paciente, para mejorar su comportamiento o aliviar sus síntomas. En efecto, en estado hipnótico, la mente consciente presenta menos barreras a la exploración psicoterapéutica efectiva y permite así una mayor probabilidad de penetración psicológica⁹.

Lo más importante es la voluntad del paciente de experimentar esa terapia.

Las contraindicaciones son: psicosis límite, pacientes muy deprimidos o muy angustiados, ya que la hipnosis podría exacerbar esos trastornos, por ejemplo volviendo a traumatizar pacientes en fase postraumática.

Terapias corporales o de relajación: masajes, técnicas de relajación y de meditación, sofrología

Durante su primer año de vida, el bebé está en completa fusión con su madre. El sujeto y el objeto se confunden. Cada necesidad satisfecha significa un momento de éxtasis que queda inscrito en la mente del bebé. En eso estriba para él la “buena

madre”. A partir del primer año, la fusión empieza a diluirse. A través de la figura paterna, el sujeto entra en relación con el objeto, creando así una distancia entre el bebé y su madre. En el caso de dificultades, el bebé (y más tarde el adulto) tiende a la regresión, recuperando aquellas imágenes de la “buena madre” y reforzando el propio yo (sueño, orgasmo, alcohol). Una terapia corporal también permite al paciente regresar a aquellas imágenes y sensaciones. Pero si las primeras imágenes son negativas, la regresión engendra sentimientos negativos. En ese caso, la regresión resulta contraindicada, y con ella el masaje, la relajación y la hipnosis.

Psicoterapia corporal analítica

La intención de la psicoterapia corporal analítica es integrar en el trabajo analítico (análisis de la transferencia y de la contra-transferencia) el uso del lenguaje no verbal: a través del tacto, de la vista, de la conciencia corporal, de la respiración, de la voz, del dibujo o del modelaje el paciente puede descubrir e integrar las fuerzas subconscientes que lo están gobernando. Las normas son las mismas que las del psicoanálisis, con la diferencia de que el ritmo de las sesiones puede ser menor. El terapeuta, por otra parte, se puede involucrar más personalmente, aportando aspectos de su propia personalidad y de la situación terapéutica real, para ayudar al paciente a comprender mejor sus motivaciones.

Esta terapia puede resultar la más indicada en pacientes que presentan síntomas somáticos como válvula de escape a su incapacidad de expresarse verbalmente¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jamart C, Binet H, Thiriar S, Parent D: Vulvodinia: what does a woman want? *Dermatol Psychosom* 2000; 1(suppl1):38.
2. Freud S: L'hérédité et l'Étiologie des névroses (1896). *Oeuvres Complètes*, III,105-120
3. Roudinesco E, Plon M: *Dictionnaire de la Psychanalyse* Fayard, 1997.
4. Thérapie analytique et médiation corporelle. Deschamps D *Psychanalyse et cancer*. L'Harmattan. París, 1997.
5. Ginger S: *La gestalt: une thérapie du contact*. Hommes et Groupes Editeurs. París 1987.
6. Poot F, Bourlond A: Systemic Analysis and Dermatology. Another reading about symptom and treatment. *Thérapie familiale*. Ginebra, 1995; 16:303-309.
7. Onnis L: *Corps et contexte*. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques. ESF, París, 1989.
8. McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ: *Medical Family Therapy*. Basic Books: Nueva York, 1992.
9. Vickers A, Zollman C: Hypnosis and relaxation therapies. *BMJ* Vol 319 pp1346-1349 Nov 1999.
10. Dohmen B: “Corps et transfert: un pari impossible?” [Body and Transference: An Impossible Combination?] in *Psychosom Revue of L'École belge de psychothérapie analytique et médiation corporelle*, Vol 1 N.º 1. Bruxelles, 1996.

Resulta difícil que un paciente dermatológico agradezca una mejoría espectacular de un trastorno del estado de ánimo por el que no había consultado. En cambio, es frecuente que se queje de los eventuales efectos secundarios de nuestra medicación con psicofármacos.

TEORÍAS CONDUCTUAL-COGNITIVA Y PSICODINÁMICA EN PSICOLOGÍA

S. Estain

RESUMEN

El capítulo presenta los rasgos pertinentes de las dos grandes orientaciones psicoterapéuticas que en la actualidad se utilizan en la práctica psicológica, derivadas de las teorías conductual-cognitiva y de la psicodinámica, señalando las diferencias existentes entre ambos tipos de aproximaciones terapéuticas.

El capítulo finaliza con unas breves indicaciones que sirvan de ayuda al dermatólogo a tomar la decisión de derivar un paciente hacia un tipo u otro de terapia.

INTRODUCCIÓN

El dermatólogo puede encontrarse ante pacientes en los que, además de sus conocimientos fisiológicos y fisiopatológicos, necesite conocimientos psicológicos más allá de los que determina el sentido común y la experiencia profesional, lo cual acontece en todas aquellas enfermedades cutáneas cuya génesis es claramente psicológica o en las que los factores psicopatológicos influyen de manera importante en su formación y mantenimiento.

Podríamos citar algunos ejemplos de colaboración:

- Madre e hija de 12 años acuden al dermatólogo por un problema de alopecia de la hija. El problema origina angustia en ambas. La madre desconoce que la hija se arranca el cabello a escondidas de ella, lo cual es “descubierto” por el dermatólogo.
- Joven de 25 años con calvicie prematura. Narración obsesivamente detallista del fenómeno. Posibilidad de tratarse de un obsesivo.

En estas ocasiones, el profesional dermatólogo se halla obligado a aconsejar una ayuda psicoterapéutica complementaria –o, incluso, sustitutoria– a la que él esta desarrollando. Ayuda que, algunas veces, además de orientarse directamente al paciente, es aconsejable que la reciba también el entorno de dicho paciente (familia inmediata, por ejemplo).

En el llamado “patrón de conducta tipo A” se incluyen individuos con impaciencia, urgencia, gran sentido de competitividad, y, en la consulta, con actitudes duras y hostiles debajo de unas formas que pueden ser exquisitas. Cuando se describió el cuadro estaban más expuestos al infarto de miocardio. En la actualidad lo sufren con menor incidencia que los individuos del tipo opuesto (tipo B), porque se cuidan más que los otros. La mayor parte de los que he visitado han consultado por alopecia areata. En algunos de ellos me he visto obligado a renunciar a proseguir el interrogatorio, tal era su actitud negativa hacia él.

Es muy importante disponer de un buen psicólogo al que poder transferir algunos de nuestros pacientes.

En el contexto que se acaba de señalar, deben considerarse dos aspectos:

- actitud psicoterapéutica: consistente en la predisposición a ayudar al paciente creando un clima de confianza, que puede describirse de una forma genérica como saber escuchar;
- técnica psicoterapéutica o psicoterapia: supone un plan o una estrategia metodológica para conseguir unos objetivos, en un determinado intervalo temporal (aceptando unos márgenes de confianza).

Se denomina psicoterapia por ser técnicas terapéuticas que utilizan variables de tipo psicológico como instrumentos de intervención sin mediar de forma directa sustancias físicas y/o farmacológicas.

Generalmente las psicoterapias se fundamentan en conocimientos adquiridos a partir del estudio científico de la conducta humana.

En este contexto, el dermatólogo no especializado en psicología necesita una doble información:

- a) conocer el tipo de técnicas psicoterapéuticas que emplea el especialista o institución al que piensa o decide derivar el paciente, y/o en su defecto
- b) poseer los conocimientos (cuerpo teórico) en que se sustentan dichas técnicas psicoterapéuticas.

Con ambas informaciones, o al menos con la segunda información, el dermatólogo puede elegir mejor el tipo de psicoterapia más adecuada al paciente y/o a su entorno, además de establecer una colaboración estrecha con el psicoterapeuta.

En la actualidad, las psicoterapias que se utilizan en la práctica psicológica se agrupan en dos grandes orientaciones derivadas de las teorías conductual-cognitiva y psicodinámica.

La utilización de términos psicológicos de forma poco precisa y un uso habitual de los mismos por personas no especialistas conllevan muchas veces a confusiones deplorables y a dificultades para el no profesional de la psicología.

Así, para el dermatólogo que conoce la existencia de diferentes orientaciones y técnicas en psicoterapia, le es útil conocer cuáles son los conocimientos que fundamentan unas y otras psicoterapias, con el objetivo de poder derivar sus pacientes a aquellas que crea más adecuadas al trastorno conductual de su cliente.

LA CONCEPCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

La psicología científica ha intentado hallar las causas que regulan la conducta del ser humano y lo ha hecho desde diferentes vertientes.

La concepción conductual

Esta opción considera que toda conducta es el resultado de un aprendizaje, y que éste se fundamenta en las consecuencias que se obtienen con la conducta realizada. Es posible y probable que se repita aquella conducta cuyas consecuencias reportan satisfacción y/o bienestar para la persona, y no se repita aquella conducta cuyas consecuencias producen malestar.

Son positivas o reforzantes porque:

- satisfacen necesidades de alivio del dolor, prurito, o cualquier otro malestar físico o psíquico;
- satisfacen necesidades físicas (cutáneas) con repercusión social, como pueden ser la estética corporal (eliminar manchas y otras alteraciones de la piel, aunque éstas no produzcan dolor o malestar físico);
- satisfacen necesidades morales y éticas, como son el cultivo de los valores de conformidad con la opción vital y/o religiosa realizada.

Como puede suponerse, en esta opción teórica, el entorno o el medio ambiente —tanto físico como social—, es el que establece las condiciones en las que el sujeto obtiene las correspondientes gratificaciones por su conducta o por las acciones realizadas. Gratificaciones que pueden consistir en algo material, psicosocial (una alabanza o admiración) o, incluso, la satisfacción de actuar de acuerdo con los propios principios o jerarquía de valores, tal como se ha indicado. Como puede deducirse, siempre es el medio ambiente, el entorno social, quienes proporcionan dicha satisfacción —reforzamiento, en términos psicológicos— sin necesidad de que intervenga ningún proceso interno al sujeto.

El aprendizaje selectivo de las conductas que tienen consecuencias positivas se realiza con facilidad e, incluso, en edades muy tempranas, y no siempre de forma consciente.

Conviene tener muy presente que la conducta puede responder a un estímulo, o puede estar actuando sin que exista ningún estímulo aparentemente presente. Cuando la conducta que se realiza ante un estímulo tiene una relación de necesidad (un reflejo), entonces dicha conducta se llama respondiente. Cuando no existe tal relación de necesidad, se denomina operante.

El conocido modelo teórico de Pavlov responde a la primera situación, las conductas se condicionan por asociación (en el tiempo y/o en el espacio) a una conducta de tipo reflejo. Así, el perro de Pavlov “aprendió” que al sonido de la campana le seguía en un corto intervalo temporal la comida. “Anticipando” este hecho, empezaba a salivar y, de esta forma, se adaptaba óptimamente a la conducta de comer; la comida es el refuerzo positivo (beneficio), de manera que si ésta no sigue a su “conducta anticipatoria” ésta se extingue. Pavlov demostró que muchas de nuestras conductas siguen este modelo.

Entre la adicción a una benzodiazepina y un estado de disconfort psicológico crónico, y tanto en referencia a la calidad de vida actual como a su repercusión en la calidad de vida ulterior, resulta preferible la primera. Hay que tener a punto este concepto para algunos pacientes a los que se receta un psicotropeo.

“La única forma de matar con benzodiazepinas a un animal de experimentación consiste en cubrirlo con un montón de comprimidos, de tal manera que no pueda respirar”. A un paciente le supone un valor más negativo vivir adicto a una mala calidad de vida proporcionada por ansiedad y depresión crónicas, que una eventual adicción a los psicotropos. Esto no basta con saberlo, hay que decírselo a los enfermos reticentes a tomar psicotropos “que les pueden provocar dependencia”.

Por su parte, Watson y, posteriormente, Skinner muestran que, además de la conducta refleja, existe otro tipo de conducta, que denominan operante, es decir, se actúa para conseguir unos determinados efectos o consecuencias, o bien, para evitarlos. La relación que existe entre la conducta y las consecuencias de ésta es por consiguiente contingente, no tiene relación de necesidad como la tiene el reflejo. Para Watson y Skinner existe una elevada probabilidad de repetir aquella conducta que ha reportado beneficios sean éstos directamente tales –refuerzo positivo, o bien, lo sean indirectamente (liberarse o evitar una situación desagradable: bajo el volumen elevado del transistor que me molesta, o reduzco la velocidad del automóvil evitando así la multa) refuerzo negativo–.

Obsérvese que el castigo es la consecuencia desagradable de una acción.

En el marco teórico de conocimientos que nos proporciona el conductismo, si se desea modificar una conducta o comportamiento, lo que realmente interesa es conocer cuáles son las contingencias o contingentes (reforzadores) que mantienen dicha conducta. Es decir, las causas inmediatas y funcionales de la misma.

A nuestro entender, las consecuencias terapéuticas que se derivan de estos conocimientos son claras. La primera es que el paciente es quien indica la conducta que desea modificar, eliminar o introducir como nueva en su campo habitual de conductas (sea cual sea la razón que le lleva a ello). Es él quien indica si desea reducir o suprimir su estado habitual de ansiedad, o su tendencia a responder con actitudes depresivas frente a acontecimientos de resultados no plenamente satisfactorios, o bien actuar sobre una conducta de tipo obsesivo que limita sus posibilidades en su vida cotidiana, etc.

Algo semejante puede ocurrirle al paciente adulto que acude al dermatólogo para intentar eliminar unas discromías de fotoenvejecimiento; o al adolescente que desea curar su acné, que le causa problemas de índole social.

La segunda consecuencia se relaciona con el profesional psicólogo. Éste deberá analizar la conducta en cuestión de la manera más objetiva posible, utilizando, si es preciso, los instrumentos psicométricos adecuados. A partir de los datos objetivos obtenidos, se diseña la estrategia a seguir y su temporalización, para obtener el objetivo propuesto: modificar, eliminar o instaurar una conducta determinada.

(El psicólogo escogerá las técnicas e instrumentos psicoterapéuticos a emplear entre las estandarizadas en esta opción teórica, tales como desensibilización, terapia aversiva, implosión, *shaping* o modelado, modelamiento, u otras; o bien, será lo suficientemente creativo para aplicar los principios de la terapia de conducta estableciendo las contingencias necesarias y adecuadas para modificar la conducta en cuestión.)

La tercera consecuencia se refiere a la colaboración con el dermatólogo, la cual puede ser, en primer lugar, de índole complementaria al tratamiento médico, tratando simultáneamente al mismo paciente en sus aspectos psicológicos (angustia, miedos, etc., ya detectados por el dermatólogo), o bien, incidiendo sobre el entorno del paciente (acompañantes a la visita y/o familia, en especial); y, en

segundo lugar, si es el caso, la colaboración podría y puede ser, incluso, de índole sustitutoria del tratamiento farmacológico en algunos trastornos dermatológicos cuyo origen y mantenimiento son estrictamente psicológicos o psicosomáticos y que el dermatólogo acostumbra a derivar hacia otros profesionales, psiquiatra y/o psicólogo.

La concepción cognitivo-conductual

La evidencia empírica acumulada indica que en la conducta humana intervienen también variables internas, como son la conciencia, la imaginación, las creencias, las expectativas, las emociones y otras variables denominadas cognitivas que inciden de forma positiva en los resultados terapéuticos. Es decir, la conducta no es solamente regulada o controlada por los estímulos o variables externas al sujeto, sino que también lo es por las internas, denominadas cognitivas.

La acumulación de datos empíricos ha permitido establecer una nueva orientación teórica explicativa de la conducta humana que complementa a la conductista: la psicología cognitivista. Según ella, la conducta es función, no sólo de las variables ambientales, sino también del significado atribuido por el sujeto a dichas variables y de los objetivos y/o expectativas que tenga.

Entre los autores que siguen esta orientación, podemos citar:

Bandura, con sus modelos de vida real y/o simbólicos. Se aprende observando aquellos modelos o personas que se supone saben cómo actuar en una situación determinada. Es decir, se trata de un aprendizaje social.

J.B. Rotter, que indica la incidencia del nivel de las expectativas que tiene el sujeto con el potencial de necesidad que suponen (reconocimiento social, dominación, independencia, protección y dependencia, amor y afecto, comodidad física).

Ellis, con su interacción racional-emotividad. Los factores cognoscitivos tienen un papel importante en el desarrollo y funcionamiento de la persona, pero éstos no son independientes de los aspectos emocionales y motivacionales.

W. Mischel, para quien el ser humano es un ser en interacción constante con su ambiente. En dicha interacción poseen un rol importante las experiencias pasadas y las expectativas futuras. Se trata de un aprendizaje social cognoscitivo.

La psicología cognitivista une y complementa a la observación rigurosa desde el exterior de la conducta que realiza el sujeto, desarrollada por la orientación conductista, la consideración de la atribución que el sujeto confiere no sólo al ambiente, sino también a sus propias acciones.

Debemos señalar que, en la actualidad, la mayor parte de psicoterapeutas conductistas han reconocido el valor de las variables cognitivas y que utilizan las técnicas y terapias conductuales complementadas con los aspectos cognitivos. Se denominan terapias conductuales-cognitivas o cognitivo-conductuales. Ello no es óbice para que otros terapeutas utilicen solamente técnicas de tipo cognitivo.

Jerome Frank, 1961, anotó que los profesionales que ofrecen psicoterapia aplican métodos tan diversos, como diversos son los pacientes que reciben la psicoterapia. "Si todas las psicoterapias fuesen iguales de eficaces, sólo existiría la psicoterapia buena y la psicoterapia mala". Tuvo que aparecer una norma general: "Lo que cuenta no es la terapia, sino el terapeuta". (C. Bridgett, 2001). Esto resulta aplicable a cualquier tipo de psicoterapia.

Con el nombre de *Habit reversal* (Inversión de hábitos) C. Bridgett presenta en esta obra una técnica específica de modificación de comportamiento, en el cuadro de la psicoterapia del comportamiento, que se ha mostrado como útil en dermatología, especialmente en el eccema atópico.

LA CONCEPCIÓN FENOMENOLÓGICA Y/O HUMANISTA

Debido a su creciente expansión, debemos introducir en este apartado, y antes de explicitar la opción dinámica o psicoanalista, la orientación teórica denominada fenomenológica o humanista, que integra aspectos conductuales, cognitivos y dinámicos, así como experiencias vitales y fenomenológicas del sujeto.

Esta orientación teórica agrupa conocimientos derivados de diversos ámbitos del conocimiento, como son los de la psicología de la *gestalt*, los personalistas, los de la psicología dinámica... y sus explicaciones son próximas a las proporcionadas por las concepciones filosóficas sobre la persona y conducta humanas, independientemente de que la psicología se haya convertido en ciencia autónoma.

En esta orientación se incluyen autores tan diversos como C. Rogers, C. Frankl, A. Maslow e, incluso, a E. Fromm. Algunos de estos autores han realizado aportaciones al conocimiento de los procesos cognitivos que intervienen en la conducta y a las psicoterapias de orientación cognitiva.

CONCEPCIONES PSICODINÁMICAS

Las teorías o concepciones psicodinámicas, también denominadas genéricamente con el término de psicoanalíticas debido a que todas ellas tienen su origen en Freud, presentan claras diferencias entre sí, incluso en aspectos fundamentales.

Según esta orientación teórica, la conducta humana se halla regulada por fuerzas internas e inconscientes a la persona, llámense *principio del placer* (S. Freud), *principio de superioridad* (C. Adler), *inconsciente colectivo y sus arquetipos* (C. Jung), *necesidad* (H. Murray), *principio epigenético e interacción psicosocial* (E. Erikson), *interacción yo real-yo ideal* (K. Horney), *tendencia al autodesarrollo* (C. Rogers), *necesidades de relación, de trascendencia, de origen o raíces, de identidad, de estructura* (E. Fromm) y otros muchos más que se podrían añadir como Klein, Lacan, etc.

Todos ellos tienen en común el dinamismo de la persona humana. Dinamismo originado desde el interior y de forma inconsciente la mayor parte de las veces –por no decir siempre– y que interactúa con el exterior de la persona tanto físico como social y cultural. En esta interacción aparecen las dificultades y trastornos, de manera que, si la solución dada a la dificultad no es la correcta, el conflicto que se origina, al no ser resuelto correctamente la situación conflictiva entre la pulsión interior y la realidad exterior, se manifestará externamente de formas diferentes, que van desde las somatizaciones hasta los trastornos conductuales que afectan al individuo tanto de forma individual como social (angustia, nerviosismo, histerismo, psicosis, etc.). Los diferentes tipos de trastornos pueden enmascarse unos a otros.

En esta orientación teórica, es importante subrayar que un trastorno actual no requiere tener su causa en hechos actuales. Éstos son los desencadenantes del tras-

torno que generalmente radica en experiencias y asociaciones dolorosas, ocurridas en otras épocas de la existencia, en particular en la niñez, durante el desarrollo y la formación de la personalidad. Las fuerzas y energías que, o no fueron correctamente canalizadas, o que fueron reprimidas, continúan activas en el inconsciente a lo largo de la existencia buscando la ocasión de manifestarse y de realizarse como tales energías reprimidas o mal canalizadas.

Para este grupo de teorías de orientación psicodinámica, lo importante es conocer el acontecimiento del pasado que no permitió un correcto desarrollo de la energía pulsional que se ha convertido en la causa del trastorno conductual actual. En consecuencia, un terapeuta psicodinámico utiliza aquellas técnicas que le permiten descubrir el acontecimiento que ocurrió en el pasado y que es la causa de la situación conflictiva actual del paciente, convencido que, una vez convertida dicha causa en consciente, el paciente por sí solo —o con ayuda externa— será capaz de elaborar las estrategias adecuadas para superar sus conflictos y trastornos conductuales. Resulta, pues, difícil para un terapeuta dinámico precisar el tiempo necesario para que la terapia obtenga resultados.

Algunas de las estrategias psicoterapéuticas clásicas en esta orientación son ampliamente conocidas: los sueños y su simbolización, la libre asociación, las técnicas proyectivas, la terapia centrada en el cliente y la psicoterapia breve, por citar algunas de ellas y las más difundidas. Todas ellas se proponen interpretar determinados indicios, como pueden ser los lapsus, los olvidos momentáneos, la latencia en la respuesta, los silencios, etc. En función de los constructos básicos de la propia teoría.

Una primera consecuencia que se deriva de la teoría es que, en ocasiones, la actuación del psicoterapeuta sobre el problema inicialmente consultado por el sujeto puede complicarse, porque el profesional, en el curso de su actuación, descubre otras conductas que aparentemente se desarrollan de forma correcta, pero que, a causa de la actividad del inconsciente, son debidas a un conflicto mal resuelto o poco adecuadamente en el momento en que se originan.

Una segunda consecuencia que se deriva es la de preguntarse por los trastornos psicológicos que acompañan a cualquier trastorno somático. Pero también su inversa, es decir, en algunas ocasiones un trastorno de tipo psicológico se manifiesta de forma somática, tal como ha puesto de manifiesto la psicósomática.

CONCLUSIÓN

La colaboración psicólogo-dermatólogo debe ser prevista tanto si el paciente necesita ayuda psicoterapéutica por trastornos neuróticos (ansiedad, angustia, miedos, etc.) que acompañan al problema dermatológico como si el dermatólogo descubre factores psicológicos somatizados y que de alguna manera influyen en la dermatosis consultada.

Para las alteraciones del estado de ánimo que descubrimos en nuestros enfermos que consultan por una alteración cutánea no considerada como psicodermatosis, el psiquiatra es más experto que el dermatólogo, pero no los podemos transferir a él, al menos en una primera entrevista (incluso, por una psicodermatosis grave como un delirio parasitario u olfatorio) porque no acudirían. Son enfermos que, si el dermatólogo no atiende, quedan sin tratar.

El dermatólogo debe conocer los rasgos generales del tipo de psicoterapia que recibirá el paciente derivado al psicólogo, en aras de una mejor atención al mismo. En este sentido debe valorar los parámetros de tiempo probable necesario para que la intervención psicoterapéutica sea eficaz, y eficacia de la técnica empleada. Toda psicoterapia tiene el riesgo de hacer aflorar nuevos trastornos o conductas no deseadas, debido a una interpretación errónea de las causas que originan el trastorno consultado o a una hipersensibilización que desarrolla el paciente a raíz de la psicoterapia.

En este sentido, el dermatólogo ha de ser consciente que, una vez hecha la exploración inicial que debe realizar el psicólogo, la orientación cognitivo-conductual le permitirá conocer el número aproximado de sesiones que permitirán modificar la conducta indeseada. Por el contrario, en la orientación psicodinámica será más difícil poder determinar el número aproximado de sesiones terapéuticas.

Por otra parte, la colaboración entre ambos profesionales –psicólogo y dermatólogo– debe permitir precisar la conveniencia de actuar sólo directamente sobre el paciente, sólo sobre el entorno del mismo, o sobre ambos a la vez.

En este sentido, el dermatólogo debe ser consciente que no puede esperar la misma forma de actuación de un terapeuta de orientación conductual cognitiva que la de uno de orientación psicodinámica. En consecuencia, no es indiferente derivarlo hacia un terapeuta de una u otra orientación teórica.

Es preciso realizar alguna consideración en torno a la autodenominación de ecléctico. Ello hace referencia a que el psicoterapeuta utiliza indistintamente técnicas terapéuticas enmarcadas en un marco teórico u otro como más adecuadas a determinados trastornos conductuales causantes del malestar personal del paciente, según su propio criterio.

En conclusión, de lo dicho se deduce que al realizar la valoración para derivar un paciente se debe tener presente que no es lo mismo remitirlo a un centro en el que pueda haber terapeutas de diferentes marcos teóricos que derivarlo a un terapeuta individual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler A: Science of Living. Clinton, Nueva York, 1929.
2. Bandura A: Social Learning Theory. Englewood Cliffs NJ, Prentice Hall, 1977.
3. Bayés R: Psicología y Medicina. Interacción, cooperación, conflicto. Fontanella, Barcelona, 1979.
4. Cottraux J: Les thérapies comportementales et cognitives Peris: Masson, S.A. Traduc. castellana: Terapias comportamentales. Masson, Barcelona, 1990.
5. Dicaprio NS: Teorías de la personalidad. Interamericana, México, 1987.
6. Ellis A y Harper RA: A New Guide to Rational Living North Hollywood, Willshire, California, 1975.
7. Erikson EH: Childhood and Society. Norton, Nueva York, 1963.
8. Freud S: La interpretación de los sueños (1900); Más allá del principio del placer (1920); El yo y el ello (1923). En Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

9. Fromm E: *Escape from Freedom*. Holt Rinehart and Winston, Nueva York, 1941.
10. Fromm E: *The Art of Loving*. Harper and Row, Nueva York, 1956.
11. Jung CG: *Psychological Types*. Harcourt Brace Joanovich, Nueva York, 1933.
12. Jung CG: *Man and his Symbols*. Doubleday, Nueva York, 1964.
13. Martorell JL: *Psicoterapias. Escuelas y concepciones básicas*. Ediciones Pirámide, Madrid, 1996.
14. Maslow A: *Motivation and Personality*. Harper & Row, Nueva York, 1970.
15. Meichenbaum DH: *Cognitive Behavior Modification*. General Learning Press, Morristown NJ., 1977.
16. Mischel W: *Introduction to Personality*. Holt Rinehart and Winston, Nueva York, 1981.
17. Murray HA: *Explorations in personality*. Oxford University Press, Nueva York, 1938.
18. Murray HA: *Thematic Apperception Test Manual*. Harvard University Press, Cambridge Mass., 1943.
19. Pervin LA: *The science of personality*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc. Trad. castellana *La ciencia de la personalidad*. McGraw-Hill, Madrid, 1996.
20. Rogers CR: *Client Centered Therapy*. Houghton Mifflin, Boston, 1951.
21. Skinner BF: *The behavior of Organisms*. New York: Appleton. Trad. Castellana: *La conducta de los organismos* (1975). Editorial Fontanella, Barcelona, 1938.
22. Skinner BF: *Science and Human Behavior* New York: Macmillan. Trad. castellana (1970). *ciencia y conducta humana*. Editorial Fontanella, Barcelona, 1953.
23. Skinner BF: *Beyond Freedom and Dignity* New York: Knopf. Trad. castellana (1972): *Más allá de la libertad y la dignidad*. Editorial Fontanella, Barcelona, 1971.
24. Skinner BF: *About behaviorism* New York: Knopf. Trad. Castellana: *Sobre el conductismo* (1975). Editorial Fontanella, Barcelona, 1974.
25. Watson JB: *Behaviorism* Chicago: University of Chicago Press. Trad. castellana (1972, 4a edic.): *El conductismo*. Paidós, Buenos Aires, 1930.

DERMATÓLOGOS Y PSICOANALISTAS. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

S. G. Consoli

INTRODUCCIÓN

La dermatología psicosomática, al igual que la medicina psicosomática, de la que deriva, estuvo influida en Europa, en primer lugar, y por encima de todo, por el psicoanálisis. Además, la dermatología psicosomática estuvo marcada por algunas características propias de la piel como órgano. De hecho, la piel es un órgano visible, y de la mayor importancia en las relaciones sociales, incluidas sus dimensiones afectivas, y está ligada con el placer. Sin embargo, y durante muchos años, los dermatólogos y los psicoanalistas (que han derivado tanto de la psiquiatría como de la psicología) la mayor parte de las veces se han ignorado los unos a los otros en cuanto a los momentos mejores, cuanto, en los peores, no han estado oponiéndose con violencia. Por su parte, los psiquiatras hostiles al psicoanálisis no han hecho nada para mejorar la situación. Actualmente, sin embargo, cada día más dermatólogos están descubriendo la importancia de la dermatología psicosomática. Por consiguiente, los dermatólogos y los psicoanalistas están llamados a evolucionar juntos en este campo, a encontrarse y, finalmente, a interesarse unos en el trabajo de los otros.

La dermatología psicosomática intenta relacionar el comienzo y el curso de las dermatosis (caracterizadas por alteraciones biológicas objetivas) con algunos factores psicológicos, tales como acontecimientos vitales, factores estresantes, personalidad y ambiente social. En todo ello se cuenta con el impacto psicosocial que poseen las alteraciones cutáneas, en las que siempre debe ser comprendida la reflexión completa en las relaciones doctor y paciente.

Por todo ello, la dermatología psicosomática constituye una encrucijada entre la dermatología, el psicoanálisis, la psiquiatría, pero en la que también quedan incluidas otras ciencias humanas, especialmente disciplinas tales como epidemiología, fisiología y neuropsicoimmunología. Cada una de estas disciplinas aportan contribuciones importantes, por ejemplo, permitiendo estudios concretos que en algunos casos proveen de un soporte de evidencia objetiva a lo que pacientes y psicoanalistas sólo lo habían percibido (estudios comparativos con grupos de control, estudios prospectivos longitudinales, pruebas de intervención al azar, etc.).

Al diagnosticar una enfermedad de transmisión sexual no hay que olvidar los aspectos psicológicos del enfermo o enferma que la sufre. Sylvie Consoli (*Revue du praticien* 1966;46:1985-1987) señala que cualquiera que sea la enfermedad de transmisión sexual, la mejor garantía de una acción terapéutica la constituye el diálogo médico-enfermo, que jamás debe olvidar de restaurar, por medio de palabras desdramatizadoras y revalorizadoras, la autoestima que a menudo está debilitada.

Con el nombre de enfermedades pseudopsicodermatológicas John Koo ha referido el caso de un penfigoide ampoloso en una mujer ansiosa y con signos de depresión, que se presentó en el inicio con lesiones de bordes angulosos en sólo una zona de la mejilla. También, el caso de una mujer con una serie de trastornos neurológicos, junto con delirio de parasitosis que respondió bien a bajas dosis de pimozide, que dos años más tarde fue diagnosticada de esclerosis múltiple. Otro caso de delirio de parásitos, en que una biopsia de un elemento de rascado, diagnosticó una foliculitis bacteriana, y en el que un antibiótico le libró del prurito “y de los parásitos”.

RECUERDO HISTÓRICO

El psicoanálisis, basado en la noción del subconsciente, es al mismo tiempo una teoría del individuo, un intento de aclarar síntomas mórbidos y un instrumento terapéutico. Reintroduce un concepto monista del hombre sano y enfermo, usado ya por Hipócrates en el siglo V a.C. Sigmund Freud, que inventó el psicoanálisis en Viena en el siglo XIX (él fue el primero en usar el término “psicoanálisis”, en 1896), subrayó constantemente el intrincamiento y la sujeción entre lo mental y lo biológico.

Pero fue uno de sus discípulos y contemporáneo, el alemán F. Groddeck, quien estuvo mayormente interesado en la interpretación psicoanalítica de las alteraciones somáticas, extrapolando, algunas veces excesivamente, el modelo de histeria a alteraciones orgánicas. Con ello provocó un criticismo exhaustivo para su obra, que, sin embargo, había sido altamente intuitiva. G. Groddeck postuló que todas las alteraciones orgánicas tenían un “significado”, y que en su origen podía haber un deseo subconsciente insatisfecho. Así, por ejemplo, la “urticaria” podría tener su origen en “un deseo de provocar espanto”.

Posteriormente, siguiendo en particular a los etologistas, muchos psicoanalistas, como Bowlby J, Winnicott D y Anzieu D, mostraron la importancia que los primeros intercambios táctiles del niño con su madre tienen para la individualización del chico y para el desarrollo armónico de su personalidad. Anzieu D, en su libro *Le Moi-peau*, publicado en 1985, postuló que un bebé entiende que su piel constituye una superficie establecedora de contacto entre él y el cuerpo de su madre, en una tranquilizadora relación de ternura con ella. Con *Moi-peau*, el autor se refiere a una representación figurativa que el niño dibujó en su desarrollo precoz en orden a representarse a sí mismo como “ego”, basado en la experiencia de su superficie corporal propia.

Esta *Moi-peau* se base en tres funciones mayores de la piel:

- La de una bolsa, un recipiente lleno de las experiencias agradables que son la nutrición, los cuidados y los “baños de palabras”.
- La de una superficie para intercambios y comunicaciones con los demás, el establecimiento de relaciones llenas de sentido, una superficie donde estas experiencias quedan inscritas.
- La de una interfase entre en lo interno y lo externo, que protege al individuo de agresiones externas por parte de otras personas o de cosas.

En Francia, en 1963, en su libro titulado *L'investigation Psychosomatique*, los psicoanalistas Marty P, De M'Uzan M y David C (que más tarde se agruparon con Fain M y Kreisler L, entre otros, en la *École Psychosomatique de Paris*) definieron la psicósomática (sin guión) por primera vez como una disciplina original y fundamental. En particular, mostraron que los pacientes con alteraciones orgánicas se

comportan, durante las entrevistas con psicoanalistas, de una manera diferente a como lo hacen los neuróticos. Su vida de fantasía aparece como pobre o no existe, y sólo conceptos concretos y “razonables” aparecen. Esto condujo al concepto de *pensée opératoire*: un pensamiento arrancado del subconciente, que caracterizaría a los pacientes orgánicamente enfermos.

Este concepto queda muy relacionado con el que poco tiempo después avanzó en EE.UU. Sifneos PE, un psiquiatra. En relación con el funcionamiento mental de individuos con alteraciones orgánicas, propuso el nombre de *alexitimia*, que se caracteriza, sobre todo, por su inhabilidad a conocer, identificar y expresar oralmente sus propias emociones, propiciando así la génesis de alteraciones orgánicas.

De esta forma, los intentos investigativos (que dejan completamente indiferentes a la mayor parte de los dermatólogos) por parte de especialistas de diferentes horizontes (psicoanálisis y psiquiatría, por ejemplo) empiezan a converger. Poco a poco empiezan a quedar establecidos nuevos vínculos entre las disciplinas que sostienen la dermatología psicosomática y entre aquellos que las practican. Es en estos vínculos a los que me voy a referir, sobre ejemplos tomados de los temas más importantes de la dermatología.

LA RELACIÓN MADRE-HIJO Y LA DERMATITIS ATÓPICA

Como se ha señalado antes, los psicoanalistas, siguiendo en ello a los etólogos, enfatizan la importancia que los primeros intercambios táctiles tienen con la figura materna para el desarrollo armonioso mental y físico del niño. Durante mucho tiempo, estas observaciones apenas interesaron a los dermatólogos, pero la dermatitis atópica, como prototipo de una alteración multifactorial que es, se volvió (y todavía lo es) un campo de debate apasionado y de posturas obstinadas: algunos dermatólogos están convencidos que la dermatitis atópica es exclusivamente orgánica en su origen, o resultan incapaces, cuando tratan estos niños, de valorar los avances en la investigación psicológica; también, y de forma parecida, muchos psicoanalistas, sean o no psicomaticistas, no están interesados ni en las características clínicas de la dermatitis atópica ni en sus mecanismos biológicos. Estas posiciones están particularmente enraizadas en malos entendidos favorecidos por la resistencia de los dermatólogos frente a la noción, por ejemplo, de que una madre no siempre resulte suficientemente buena para el hijo, y también por el trabajo de algunos psicoanalistas efectuado falto de explicación racional o sin rigor científico. Algunos dermatólogos desconfiados tendieron a sobrevalorar los aspectos grotescos de algunos de estos trabajos, concluyendo que “la madre es responsable de la dermatitis atópica de su hijo”, y que unas tales madres se desprenden del niño como se tira el agua de la bañera, una forma de decirlo.

Los pacientes también pueden influir en la opinión de su médico al señalar causas orgánicas como origen de su dolencia. Los factores físicos, sean internos o más aun si son externos, son siempre más fáciles de aceptar que los factores de relación personal y los psicológicos, puesto que estos últimos pueden indicar al paciente la necesidad de que sea él mismo quien tiene que sacarse las castañas del fuego.

Estas posiciones fueron reforzadas por los trabajos del psicoanalista británico R. Spitz. De acuerdo con él, las madres de niños con dermatitis atópica tienden a evitar el contacto físico con esta piel, y así restringen sus caricias. Estas madres esconderían su agresividad en contra del niño por medio de lo que se conoce como “solicitud ansiosa”. Actualmente, sus trabajos son cuestionados, y sus conclusiones han sido rebajadas de valor, tanto por dermatólogos como, incluso, por psicoanalistas.

Por ejemplo, pudo saberse que las observaciones de Spitz S. se habían efectuado sobre una población de madres solteras que vivían en instituciones y que habían carecido de controles sobre población normal. También hay que tener en cuenta, sobre el comportamiento fóbico descrito en madres de niños atópicos, que las demandas instintivas excesivas del niño desconciertan a una madre que, si el niño es el primero, está ciertamente carente de práctica; y finalmente, también un cierto rechazo, más o menos encubierto, del niño. Además, estos estudios fueron efectuados cuando el niño ya había desarrollado el eccema atópico. En este caso, la sobreprotección materna y las fobias de contactar con su piel pueden ser interpretadas como una reacción al estado físico del niño, que aparece como dañado; la madre tiene que evitar cualquier agresividad de su parte (a causa de su culpabilidad) y adoptar una actitud reparadora.

Sin embargo, los estudios psicoanalíticos más recientes sugieren que las madres de niños atópicos tienen dificultades en invertir en la piel de sus hijos y que son incapaces de proporcionar la estimulación física adecuada, así como de comunicar sus emociones particulares al hijo. Gauthier J.M., por ejemplo, remarca la tendencia de estas madres a ser “suficientemente buenas” para prevenir que estos niños caigan enfermos, y este sentimiento puede reforzarse cuando la herencia ha sido transmitida por parte de la familia de ella.

Por esto resulta crucial asegurar a la madre la capacidad que tiene de “ser suficientemente buena” para su hijo, y ayudarla, simplemente con consejos, a ser más espontánea y más alegre con su hijo, y de separarse de él justo lo bastante para que también el padre pueda ejercer su papel.

Un dermatólogo que tenga en cuenta estos aspectos en el manejo del niño atópico ayudará a romper, con suavidad, la dependencia mutua entre la madre y el niño enfermo, permitiendo a los dos escapar del círculo vicioso en el que ambos están atrapados. Además, si la ayuda de un psicoanalista (psiquiatra o psicólogo) se prueba que resulta necesaria, los padres lo van a aceptar mejor si ellos mismos no se sienten haber sido juzgados, sino entendidos, por el dermatólogo que considera a los padres como aliados reales en el tratamiento del chico.

CALIDAD DE VIDA Y PSORIASIS

La psoriasis, una alteración crónica de la piel, resulta particularmente visible. Degrada la imagen que los que la sufren tienen de sí mismos y también la imagen que ofrecen a los demás. Las escalas sobre calidad de vida que se han establecido para enfermos de la piel han utilizado, sobre todo, enfermos con psoriasis.

Se han efectuado investigaciones de alta calidad científica, y algunos resultados que se han obtenido han interesado mucho a los dermatólogos. Por ejemplo, se ha podido demostrar que la calidad de vida de pacientes con psoriasis está en relación no sólo con la visibilidad de las lesiones de psoriasis, sino con el grado de concienciación del estrés que la enfermedad causa en los pacientes. Y aún más, el estrés provocado por la enfermedad no está en relación ni con la gravedad clínica ni con la visibilidad de la misma.

Estos resultados demuestran que, en la calidad de vida de un psoriático, lo importante no son las características clínicas de la enfermedad, sino el estrés que se percibe a causa de ella. Los resultados subrayan también que, cuando aparece una enfermedad cutánea, la importancia que tiene la coherencia y la estabilidad de la propia imagen que los individuos se construyen al caer enfermos, y la calidad de las relaciones ligadas con la propia imagen que se tiene desde edades tempranas. Estos resultados apoyan, por tanto, las observaciones efectuadas por psicoanalistas en relación con la importancia de lo imaginario, en el modo cómo se experimentan las enfermedades de la piel. De hecho, la imagen de uno mismo, tal como los psicoanalistas la han estudiado, está compuesta de múltiples cuerpos (tanto los imaginarios como los reales), como resultado de fenómenos psicológicos y socioculturales (como intercambios con la figura materna, identificaciones, etc.).

Por todo ello, la determinación de la calidad de vida de pacientes con enfermedades cutáneas tendría que ser un punto de convergencia entre dermatólogos y psicoanalistas. Ello no sólo para la construcción de mejores escalas de valoración, sino también para el desarrollo de terapéuticas psicológicas apropiadas que puedan considerar la importancia del concepto de propia imagen derivada del modo cómo las enfermedades cutáneas son consideradas.

ESTRÉS Y DERMATOSIS PSICOSOMÁTICAS

La noción de estrés apareció, en primer lugar, del campo de la patología experimental de manera general, y de manera particular, de la psicología experimental. De manera parecida a como lo han hecho otros investigadores, los psicoanalistas han contribuido a elaborar esta noción. De hecho, a lo largo de la vida, el estrés que nosotros encontramos no está simplemente generado por trastornos ambientales drásticos, y, por tanto, por limitaciones psicosensores externas. El estrés está generado también por las aventuras de nuestra vida emocional y libidinal, y por las pre-

Otras enfermedades pseudopsicodermatológicas de John Koo: una falsa bromhidrosis que después de dos años resultó ser una epilepsia de lóbulo temporal. Un delirio de parasitación de dos años de evolución que curó con una serie de isotretinoína; una vez una biopsia permitió diagnosticar una dermatosis acantolítica *transient* de Grover. Otro falso delirio de estar parasitado que desapareció con vitamina B₁₂ en un alcohólico grave. Un enfermo de 47 años con pérdida de energía, excesiva intolerancia al frío y sensaciones de estar parasitado, que desaparecieron con el tratamiento de un hipotiroidismo que al fin se diagnosticó.

Otra enfermedad pseudopsicodermatológica de John Koo: con el título de prurito psicogénico letal, este autor describe el caso de una atópica con eccemas liquenificados típicos desde joven, con crisis de intenso picor, intento de suicidio, ansiedad, trastorno borderline de personalidad, trastorno de personalidad esquizoide. En sus parientes de primer grado había trastorno bipolar y suicidio. Excoriaciones infectadas y nódulos linfáticos palpables en el cuello. La biopsia de uno de estos ganglios mostró un Hodgkin de grado IV, del que murió un año más tarde (John Koo y cols. *Psychodermatology. Dermatologic Clinics*, vol 14, Nr3, July 1996).

siones internas ejercidas por deseos que están en conflicto con nuestra educación, la moral, etc. Cabe subrayar las dimensiones individuales y afectivas del estrés al que los psicoanalistas se refieren más bien como traumas psicoafectivos. Por ejemplo, es probable que al estudiar el papel del estrés (el papel de estímulos externos e internos) en la liberación de neuromediadores en algunas enfermedades inflamatorias cutáneas se empiecen a solucionar algunos enigmas encontrados por la observación psicósomática dermatológica. El mismo Freud esperaba que un día descubriría cómo se realiza “el salto” desde lo mental a lo biológico.

Los psicoanalistas están contribuyendo también a la interpretación de los resultados de revisiones basadas en escalas de valores de acontecimientos humanos y datos hallados en el curso de entrevistas simples semidirigidas. Por ejemplo, en la clínica práctica han encontrado que la noción de estrés presenta muchas dificultades que no están plenamente entendidas. Por ejemplo:

- La dificultad de identificar un estresante único en un sujeto determinado. De hecho, el concepto psicoanalítico de “superdeterminación” sugiere que todos los síntomas mórbidos son el resultado de múltiples acontecimientos traumáticos vitales.
- La dificultad de atribuir a un estresante un fecha límite, después de la cual este estresante debería ser excluido como factor contribuyente a la dermatosis. El concepto psicoanalítico del *après-coup* indica que el sujeto rumia a menudo, cuando aparece un nuevo estrés, sobre uno o sobre varios acontecimientos pasados, y que este reajuste conferiría un sentido y un poder patogénico a estos acontecimientos pasados.
- Sin caer en los excesos de G. Groddeck, las discusiones entre dermatólogos y psicoanalistas, si bien pueden resultar conflictivas, también pueden ser altamente enriquecedoras en relación a la ligazón entre el estrés y la localización de la correspondiente lesión cutánea, como también sobre la unión entre un estrés que se ha invocado y un papel de localización en la misma piel.

Finalmente, todos los investigadores han observado que las respuestas individuales frente a una estresante determinado son extremadamente variables. Esta variabilidad refleja la singularidad de cada historia individual, así como las experiencias conflictivas individuales propias, y también los rasgos más o menos estables de la personalidad que se ha descrito antes (pensamiento operativo, alexitimia). Gran cantidad de trabajo efectuado recientemente en varios campos de la patología muestran aquello que los psicoanalistas conocen desde hace tiempo, entre otras, por ejemplo, la acción moduladora de la habilidad individual para el reconocimiento y, especialmente, para expresar emociones generadas por el estrés de la vida diaria y por conflictos mentales en general. Por ejemplo, estudiantes a los que, durante un protocolo experimental, se les preguntó que explicaran a un amigo, por medio de

una carta imaginaria, los acontecimientos estresantes que habían experimentado, los valores de anticuerpos anti-EBV se hallaron en correlación con el grado de dificultad que habían tenido para expresar sus emociones en este ejercicio simulado. Estos resultados apuntan a una ligazón entre la tendencia a reprimir sus propias emociones y la reactivación de un virus saprófito que con frecuencia permanece latente, posiblemente a través de la reducción en la actividad de los linfocitos T supresores y citotóxicos.

LA CONTRATRANSFERENCIA Y LAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS

Tanto los psicoanalistas como los médicos han intentado definir de una forma parecida la relación médico-paciente. La relación médico-paciente está compuesta por deseos y esperanzas mutuas (por ejemplo, el paciente espera sentirse mejor, y si es posible, curarse, mientras que el médico desea ser reconocido a fin de que su poder curativo sea confirmado).

La relación médico-paciente es una relación no fácil: el punto de partida es una petición por parte de un paciente que sufre a un médico digno de ser reconocido como tal.

La relación médico-paciente es paradójica: el objeto es el cuerpo, pero habitualmente se suele expresar por medio de palabras, que pueden ser fuente de malinterpretación e incomprensión. En dermatología, todas las palabras corren el riesgo de ser cortocircuitadas, puesto que el paciente presenta lesiones que el dermatólogo, a menudo, puede diagnosticar sólo “con un vistazo”.

Finalmente, la relación-médico paciente se caracteriza por la idealización: para el paciente, el médico ideal es aquel que puede satisfacer sus múltiples esperanzas, mientras que el paciente ideal, desde el punto de vista del médico, es aquel que le va a permitir satisfacer su vocación enteramente. Es decir, tanto las esperanzas conscientes como los deseos inconscientes de uno y otro.

Los psicoanalistas y los médicos han reflexionado sobre las condiciones requeridas para una relación médico-paciente armoniosa que conlleve a un diagnóstico efectivo, a una buena calidad de vida y a un cumplimiento terapéutico satisfactorio. Todas estas reflexiones se han basado en nociones descritas y definidas por Freud, tales como la transferencia y la contratransferencia. La contratransferencia es el resultado de “la influencia del paciente en los sentimientos inconscientes del médico”. El concepto de contratransferencia, por tanto, designa la experiencia afectiva del médico en reacción a la del paciente y de acuerdo con la propia historia personal y familiar del médico. El concepto de transferencia, en cambio, concierne al paciente. Consiste en la repetición, en edades adultas, de modalidades relacionales experimentadas en la infancia. En la relación médico-paciente, éstas llevarán a imponer un cierto estilo en las relaciones con el médico. Por ejemplo, la relación

que un paciente con patomimia establece con un médico se modela de acuerdo con las relaciones que el paciente mantuvo con sus figuras paterna y materna en la infancia. Toda la intimidad, todo el afecto que el paciente patomímico necesita y de los que está dependiente son vistos como creadores de una amenaza de ruptura, deserción y estrés constante. Esto explica la actitud ambivalente que el paciente con patomimia establece con el dermatólogo, y remarca el porqué éste no se tiene que sentir amenazado por la actitud de este paciente.

Si en este momento los dermatólogos aceptan que escuchar al paciente y a las relaciones afectivas del mismo resulta fundamental para la relación médico-paciente, es gracias a intercambios más recientes con psicoanalistas, que están aprendiendo lo importante que es escucharles también a ellos mismos, es decir, a escuchar los sentimientos que los pacientes han inducido en ellos, sentimientos que podrían dificultar la relación médico-paciente y, por tanto, el diagnóstico y tratamiento del paciente.

M. Balint, un psicoanalista de origen húngaro, que estuvo practicando en Inglaterra, fue el primero en animar a la creación de grupos de encuentros regulares entre médicos con un psicoanalista para reflexionar sobre las dificultades de relación con alguno de sus pacientes (son conocidos como grupos Balint). Son grupos numerosos, por lo menos en Europa, para dermatólogos que trabajan tanto en la práctica privada como en hospitales. Constituyen excelentes puntos de intercambio entre dermatólogos y psicoanalistas.

Este debate sobre la relación médico-paciente resulta bienvenido, debido especialmente a la naturaleza crónica de muchas enfermedades (en particular, con las cutáneas). De hecho, la medicina de las enfermedades crónicas no es gratificante, es de resultados impredecibles y presenta exigencias a la conciencia moral del médico, subjetivas, como a su habilidad interpersonal, psicológica y pedagógica. Es en este contexto que las representaciones, las convicciones y las creencias del médico son puestas en cuestión por el paciente, generando varios afectos de los que puede no ser consciente. Para conseguir la confianza terapéutica pueden ser necesarias unas hábiles negociaciones y una buena empatía con el paciente.

Con pacientes con una dermatosis causada por un trastorno mental es difícil probar la contra-transferencia en un dermatólogo. Pero la verdad es que estos pacientes (deprimidos, patomímicos, hipocondriacos o, incluso, histéricos o delirantes-dismorfofóbicos) a menudo consultan primero con un dermatólogo, y por espacio de largo tiempo sólo consultan con él.

Por ejemplo, en el caso de una dermatitis artefacta, el diagnóstico puede ser dificultoso a causa de la multiplicidad de presentaciones clínicas. Pero si el diagnóstico es difícil, esto es porque, a menudo, muchos médicos se han ocupado del mismo paciente. Han multiplicado e, incluso, han repetido sus investigaciones, y en ocasiones han llegado a diferentes conclusiones, como ocurre en el caso de enfermedades raras y de diagnóstico difícil. Además, no resulta fácil imaginar que un paciente por el que uno se ha esforzado tanto realmente se cause las lesiones él

mismo. Existen actitudes y sentimientos que complican el diagnóstico y el tratamiento, hasta el punto de que pueden llegar a persuadir al paciente de que realmente padece una dermatosis orgánica. Más aún, pueden colocar al paciente en una posición masoquística que todavía puede agravar más las lesiones. Considerar el diagnóstico de dermatitis artefacta es aceptar colocar la relación de uno mismo con el paciente en peligro y sentirse manipulado y permanentemente resentido.

Estos pacientes con dermatosis originalmente causadas por trastornos mentales constituyen un ejemplo patético para los dermatólogos y los psicoanalistas de la necesidad que tienen de colaborar entre ellos, de adoptar interés en sus respectivos modelos y metodología de trabajo en las enfermedades de la piel, de tolerarse mutuamente sus fallos, y, en resumen, de apreciarse y respetarse los unos con los otros, compartiendo la convicción de que estas alteraciones cutáneas constituyen la expresión de un sufrimiento mental profundo del que el enfermo no es consciente. Además, los dermatólogos han aprendido que el mejor sistema de librarse de los sentimientos hostiles hacia estos pacientes es el razonamiento de un sufrimiento mental y en la psicopatología del mismo. A menudo, lo que permite este aprendizaje es la descripción precisa de casos como éstos en psicoterapia analítica. Por ejemplo, cuando la glosodinia en una mujer mayor corresponde a una queja hipocondriaca, es importante que el dermatólogo conozca el significado y el valor económico de la queja. De hecho, la glosodinia puede constituir una real protección contra el colapso, la desertión y la muerte por depresión. En estas condiciones, esta mujer mayor no abandonará por propia voluntad sus síntomas, y es preferible evitar un sobretratamiento implacable.

CONCLUSIÓN

En programas de investigación y en conferencias científicas, dermatólogos y psicoanalistas cada día se encuentran más a menudo. También se encuentran en algunas unidades dermatológicas hospitalarias. Los que practican en medicina privada también tienen que reflexionar sobre sus relaciones, así como en las resistencias, más o menos conscientes, que sienten para la disciplina del otro, y también en las condiciones óptimas en las que una transferencia al psicoanalista podrá resultar tan armoniosa como sea posible.

Pero todavía existen opiniones fijas, conflictos y resistencia, que quedarán sobrepasados cuando los dermatólogos y los psicoanalistas comprendan que los pacientes necesitan diferentes tipos de experiencia complementaria, que algunas veces generan modalidades terapéuticas nuevas (desde psicoterapia de relajación hasta el psicoanálisis, por vía de la psicoterapia analítica), evitando así en ocasiones una terapéutica somática excesiva con el riesgo consiguiente de efectos secundarios graves.

Todos estos intercambios entre dermatólogos y psicoanalistas enriquecen sus posiciones respectivas, tanto teóricas como prácticas. Los dermatólogos instan a los

Hansen y cols. (citados por Uwe Gieler), a través de entrevistas semiestructuradas, descubren que el eccema dishidrotico posee una función expresiva. Los pacientes exhibirían un conflicto de dependencia de una manera simbólica, por medio de sus manos. Sus intentos de autonomía se verían obstaculizados por sus propias necesidades de dependencia.

M. Balint fue el primero en animar a la creación de grupos de encuentros regulares entre médicos con un psicoanalista, para reflexionar sobre las dificultades de relación con alguno de sus pacientes (son conocidos como Grupos Balint). Son grupos numerosos, por lo menos en Europa, para dermatólogos que trabajan tanto en la práctica privada como en hospitales.

psicoanalistas a probar clínicamente sus supuestos teóricos, a considerar en sus contratransferencias a pacientes con capacidad limitada para la elaboración mental, y de acuerdo con ello a adaptar su marco de trabajo analítico convencional a este tipo de pacientes (en las que las entrevistas cara a cara resultan particularmente comprensivas). A los dermatólogos también se les solicita que consideren la experiencia de los psicoanalistas con los cuales colaboran. Ellos a su vez requieren que los psicoanalistas transmitan sus conocimientos teóricos y prácticos sin envolverlos en el misterio de lo sobrepotente, tal como podría ser el caso. Los psicoanalistas, por su parte, a menudo admiran a los dermatólogos, que, situados en primera línea de pacientes que son difíciles tanto desde un punto de vista somático como desde el punto de vista psicológico, saben cómo resistir la fascinación de lo visible, y preparan al enfermo, con paciencia y tacto, para que vaya al encuentro del psicoanalista. Uno de los modos más fundamentales en que el psicoanalista ha ayudado al dermatólogo es induciéndole al conocimiento de los diferentes sentimientos creados, consciente o inconscientemente, por los pacientes que tratan, y en darse cuenta de la importancia de conocerse a uno mismo tratando a los demás.

INTRODUCCIÓN

La utilización actual de psicofármacos –ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos– fuera del ámbito de la psiquiatría no es algo nuevo. Los primeros psicofármacos se descubrieron durante la investigación de los antihistamínicos, en los años cuarenta del siglo que acaba de concluir, al toparse con fármacos que eran útiles en la anestesia, capaces de reducir el estrés quirúrgico (prometazina) y permitir el enfriamiento corporal previo a la cirugía cardíaca (clorpromazina) (Haly, 1996). Pero la utilización de los psicofármacos fuera de la psiquiatría es ahora cada vez más frecuente (Koo, 1993), lo cual refleja tanto la importancia que tiene el tratar los trastornos psicológicos asociados con la enfermedad física como la eficacia de los que, por otra parte, están clasificados como psicofármacos a la hora de tratar directamente algunas enfermedades físicas, y eso en ausencia de cualquier trastorno psiquiátrico. Más aún, mientras los médicos asistenciales reconocen cada vez más la importancia de la relación entre la psique y el soma en dermatología, los pacientes con afecciones psicodermatológicas siguen siendo renuentes a ser visitados por psiquiatras (Koblenzer, 1993). Por eso es hoy necesario que el dermatólogo se familiarice con los psicofármacos. Lo mismo se aplica al médico general o de cabecera, que también habrán de recetarlos a algunos pacientes con problemas cutáneos (Spelman y Spelman, 1997).

Aunque la psicofarmacología puede ser considerada de manera aislada, en la clínica, la eficacia de los psicofármacos depende de un enfoque general biopsicosocial, pues las denominadas “píldoras mágicas” no existen (Koo, 1993, Gupta, y Gupta, 1996). En particular, es preciso revisar el diagnóstico diferencial de las afecciones psicodermatológicas, junto con su etiología y sus principios de cuidados generales, todo ello al mismo tiempo que la consideración del papel de los psicofármacos. El presente capítulo, por tanto, es complementario y sirve de apoyo a los capítulos de este libro que tratan de las entidades especiales, así como a los que se ocupan de las precauciones, las contraindicaciones, las interacciones y los efectos secundarios cutáneos de los psicofármacos.

Asimismo, este capítulo debería ser leído al mismo tiempo que la detallada bibliografía y las directivas nacionales británicas sobre farmacología clínica, inclu-

No es infrecuente el contrasentido del paciente ansioso acostumbrado a usar tranquilizantes y a abusar del café. Y puede no ser consciente de ello. Aunque los cafés descafeinados actuales, tanto los convencionales como los instantáneos, no están completamente libres de cafeína, el uso de los mismos puede resultar una alternativa eficaz.

yendo la información medicolegal, así como las condiciones de utilización a que han sido sometidos los productos al obtener la licencia. Sería necesario que el facultativo consultara los formularios, en especial cuando utiliza la medicación por primera vez, incluso si es posible que las indicaciones más recientes de los psicofármacos en dermatología no estén descritas. Otra bibliografía complementaria que merece ser leída incluye las monografías estándar relativas a la psicopatología descriptiva, por ejemplo, Sims, (1988) y los catálogos de diagnóstico psiquiátrico (Organización Mundial de la Salud, 1992; American Psychiatric Association, 1994).

Las páginas que siguen se ocuparán de los principios generales que actúan en este campo, antes de revisar la práctica establecida tal como la describe la literatura médica. Revisaremos, asimismo, los avances más recientes y concluiremos por último, con las consideraciones que merecen las futuras investigaciones.

PRINCIPIOS GENERALES

La utilización eficaz de los psicofármacos en el tratamiento de las afecciones psicodermatológicas requiere consideraciones que se aplican por igual a todos los tratamientos médicos. Se ha dicho (Short, 1993) que hasta un 40% de los pacientes no siguen las directivas que se les dan para la medicación: hasta un 20% ni siquiera compra la prescripción. Especialmente en el caso de una depresión, los pacientes suelen iniciar la medicación, pero luego la abandonan de forma prematura a causa de los efectos secundarios o de falta de mejoría o, incluso, debido a una mejoría. En psicodermatología y quizá en todas las situaciones similares, esto adquiere un especial relieve. El éxito depende de una buena colaboración entre el especialista, el médico general y, quizá, el farmacéutico (Fessel, 1981) cuando, por ejemplo, el folleto de información que acompaña al producto pueda dar lugar a una disminución de la fidelidad del paciente al tratamiento.

El contexto de la prescripción de psicofármacos incluye la relación entre el médico que los prescribe y el paciente. La fidelidad al tratamiento está ampliamente influida por el grado de satisfacción del paciente con la consulta (Ley, 1983). Gould y Gragg (1976) establecieron importantes estrategias para afrontar al paciente con delirio de parasitosis:

1. Asegurarse del diagnóstico.
2. Escuchar cuidadosamente la historia del paciente.
3. Preguntar al paciente de qué manera el problema ha afectado a su vida.
4. Tratar de establecer un contacto positivo con el paciente.
5. Estar alerta a cualquier área en la que el paciente acepte ayuda.
6. Tratar de reducir el sentido de aislamiento del paciente.
7. Considerar la utilización de medicamentos para disminuir la ansiedad y/o el pensamiento psicótico del paciente.

Sigue siendo algo sorprendente que la prescripción sea la última de las consideraciones en un enfoque terapéutico eficaz. De hecho, otros autores han publicado casos de delirio de parasitosis tratados con éxito sin necesidad de extender una receta (Mick y cols., 1987). Koo y Pham (1992) han simplificado la estrategia en tres principios:

1. Abstenerse de prescribir hasta que se haya establecido un contacto.
2. Evitar internarse en una lucha de poder, como puede ser una discusión con el paciente.
3. Reconocer que muchos pacientes buscan el alivio del síntoma.

El enfoque está ahora formalizado como “terapia de fidelidad”, un enfoque que evita “la confrontación y el punto muerto de muchas relaciones entre médico y paciente” (Kemp y cols., 1996).

Aunque se estima que la respuesta al placebo en algunas afecciones dermatológicas puede estar por encima del 30% (Gupta, y Gupta, 1996), con los antidepresivos el “verdadero efecto del fármaco” parece ser relativamente bajo (Antonuccio y cols., 1999) en los ensayos controlados: un 60% responde favorablemente a la medicación activa y un 30% responde al placebo (Spigset y Martensson, 1999). Los efectos no farmacológicos de los tratamientos médicos en general, incluyendo tanto los efectos nocebo (negativo) como los efectos placebo (positivo) han sido generalmente estimados en torno al 35% (Harper, 1999). En la práctica médica ordinaria, las estrategias que buscan la fidelidad parecen maximizar el efecto placebo; por tanto, aunque puede que haya que aceptar algunas características importantes del fármaco (forma, color, tamaño, envasado), al discutir un tratamiento médico con un paciente, el médico ha de tener en cuenta los atributos de éste, incluyendo sus preferencias, junto con las suyas propias en tanto que prescriptor y los contextos en que la medicación es prescrita y será tomada. La experiencia clínica sugiere, por ejemplo, que cuando la medicación es prescrita y despachada por un hospital, tanto la fidelidad como el efecto placebo pueden ser diferentes de los obtenidos cuando es un médico general quien hace la prescripción, aunque puede que dependa de los individuos y de los detalles particulares de las circunstancias relevantes.

Existen tres amplias categorías de afecciones dermatológicas en las que los psicofármacos pueden cumplir una función en el tratamiento (Gupta y Gupta, 1996; Koo y Pham, 1992):

1. Cuando un trastorno psiquiátrico primario se asocia con un problema dermatológico, por ejemplo, los delirios de parasitosis, el trastorno del cuerpo dismórfico, la dermatitis artefacta, el acné excoriado, la tricotilomanía o el prurito psicogénico.
2. Cuando un trastorno cutáneo primario se asocia con una reacción psicológica o psicosocial importante, por ejemplo, la ansiedad, la depresión o el

Es un consuelo que el psiquiatra Christopher Bridgett nos revele que un 40% de los pacientes que acuden a ellos no siguen las recomendaciones terapéuticas. Sobre todo, abandonan los antidepresivos. Esto, incluso, lo hacen enfermos que espontáneamente han acudido a ellos por sentirse psicológicamente mal.

A pesar del citado trabajo de M.A. Gupta, no he conseguido encontrar ningún efecto beneficioso con doxepin en mis enfermos alérgicos. (Gupta y cols. *Antidepressant Drugs in Dermatology. Arch. Dermatol* 1987;123:647-652).

trastorno obsesivo-compulsivo asociado con el eccema atópico, la psoriasis, el acné vulgar, la urticaria o la alopecia areata.

3. Cuando la medicación con psicofármacos tiene un papel en el tratamiento de un trastorno cutáneo, por ejemplo, la neuralgia postherpética, la urticaria crónica, el prurito idiopático.

La elección de una medicación con psicofármacos en las dos primeras categorías requiere que se establezca la correcta psicopatología: los términos psicodermatológicos carecen de un estatuto diagnóstico específico para la prescripción de psicofármacos (Gupta y Gupta, 1996; Koo, y Pham, 1992; Bunker y Brigett, 1997): sería posible distinguir entre estados de ansiedad, trastornos depresivos, síndromes delirantes y trastornos obsesivo-compulsivos. También ayuda la apreciación de la importancia de los tipos de personalidades y el concepto de trastorno de la personalidad, por ejemplo, en el tratamiento de la dermatitis artefacta.

Una vez establecido que existe un síndrome psiquiátrico particular, todavía queda por tomar una decisión sobre si se recomienda o no una medicación con psicofármacos. Además de lo relativo a la fidelidad al tratamiento, suele ser importante considerar:

- a) Si existen antecedentes de utilización anterior de psicofármacos.
- b) La edad, el estado de salud y el estado fisiológico (por ejemplo, embarazo, lactancia).
- c) Si el paciente está tomando otra medicación y las posibles interacciones.
- d) La ingestión de alcohol, de medicamentos no prescritos y los antecedentes de problemas de dependencia.

Así como si las posibles ventajas del tratamiento sobrepasan los posibles efectos secundarios. Por eso, Koo y Pham (1992) sugieren que los psicofármacos pueden ser apropiados cuando los síntomas subjetivos y los signos psicológicos son lo bastante graves como para interferir con el funcionamiento de la vida cotidiana, por ejemplo, cuando una reacción es tan grave que se convierte en un trastorno preocupante.

Por último, antes de prescribir un tratamiento para una enfermedad depresiva, es fundamental evaluar el riesgo de suicidio.

La renuencia de los pacientes con trastornos psicocutáneos a ser referidos a servicios que se ocupan de la salud mental se puede atribuir a la vergüenza social que esto implica o quizá, a veces, a la ausencia en ellos de capacidad de introspección (Koo y Gambla, 1996a). Se puede decir, para ventaja del paciente, que la utilización de los psicofármacos en dermatología se está convirtiendo en algo tan habitual como en otras especialidades médicas no psiquiátricas. Puede que el dermatólogo y el médico de familia estén en mejor posición que el psiquiatra para iniciar apropiadamente el tratamiento y ocuparse del seguimiento.

PRÁCTICA HABITUAL

La utilización de ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos en la medicina es algo corriente en la literatura médica. Sin embargo, las revisiones generales no limitan sus recomendaciones al uso aislado de la medicación. De manera ideal, el tratamiento con psicofármacos forma parte de un plan de tratamiento que incluye estrategias apropiadas no farmacológicas, incluido el tratamiento psicológico. Más aún, los psicofármacos suelen ser utilizados a la dosis mínima *eficaz*, con vistas a minimizar la incidencia de efectos secundarios.

Las revisiones generales están complementadas por un cierto número de revisiones específicas sobre la utilización de psicofármacos en dermatología (Koo, 1993; Koblenzer, 1993; Gupta y Gupta, 1996; Koo y Pham, 1992; Koo y Gambla, 1996a; Krahn y Goldberg, 1994).

ANSIOLÍTICOS

(Lader, 1994; Argyropoulos y Nutt, 1999; British National Formulary, 39, March 2000; Bazire, 2000; The Maudsley Prescribing Guidelines, 1999). Véase la tabla I.

Tabla I

Tratamientos farmacológicos de la ansiedad

- Benzodiacepinas.
- Buspirona.
- Betabloqueantes.
- Antidepresivos tricíclicos.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa.
- Fármacos antipsicóticos a baja dosis.
- Antihistamínicos.

Lader, 1994

Los medicamentos antidepresivos suelen tardar entre dos y tres semanas en manifestar su buen efecto. Puesto que mientras tanto los efectos secundarios adversos pueden superar al beneficio que aportan, resulta conveniente pedir al paciente que llame para referir eventuales efectos secundarios, que pueden ser superados intentando reducir la dosis, adaptando el sistema de administración de acuerdo con lo que él refiera, o facilitando un breve contacto para cambiar de preparado.

Benzodiacepinas

Actúan sobre los receptores de benzodiacepinas asociados con los receptores del ácido gamma amino-butírico (GABA). Se las considera eficaces en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, pero el tratamiento debería de limitarse a la dosis más baja posible durante el tiempo más corto posible, por

ejemplo, el diazepam, de 2 a 10 mg, tres veces al día durante dos a cuatro semanas. Inconvenientes: sedación y alteración de las funciones psicomotriz y cognitiva (especialmente si se combina con el alcohol), pero la principal inquietud se refiere a los efectos que acontecen al discontinuarlas. En torno a un tercio de quienes las toman a largo plazo desarrollan un importante síndrome de abstinencia. El lorazepam y el alprazolam están considerados como las benzodiacepinas que más problemas dan. En torno a la mitad de quienes desarrollan síndromes graves de abstinencia fracasan a la hora de abandonar por completo la medicación. Mientras que la mayor parte de los pacientes pueden limitar su utilización de benzodiacepinas, algunos, quizá el 10%, no lo consiguen. Es difícil identificar a aquellos que corren este riesgo, pero los trastornos de dependencia y de la personalidad deberían de ser considerados. Ventajas: útiles y de efecto rápido, con relativamente pocos efectos secundarios somáticos. La sobredosis suele controlarse sin problemas.

No benzodiacepinas: la buspirona actúa como antagonista de los receptores específicos de la serotonina (5HTA). En los trastornos de ansiedad generalizada se recomienda una dosis de entre 15 y 30 mg por día, divididos en varias dosis. Inconvenientes: pocos, comparados con las benzodiacepinas. La respuesta al tratamiento puede tomar entre 2 y 4 semanas y su efecto está considerado como menor, aunque en el caso del síndrome de ansiedad generalizada se compara favorablemente con las benzodiacepinas y no tiene interacciones con el alcohol o con otros psicofármacos; la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la dependencia son mínimos. No obstante, sólo se recomienda su utilización durante cortos periodos de tiempo. También el propanolol y otros antagonistas de los receptores adrenérgicos β (los “betabloqueantes”): utilizados desde hace tiempo y eficaces en la ansiedad causada por el deseo de eficacia con síntomas somáticos predominantes (en vez de en el síndrome de ansiedad generalizada y en los trastornos con pánico): 40 mg una vez al día, que se incrementan a 40 mg tres veces al día en caso de que sea necesario. Inconvenientes: puede causar fatiga, pesadillas y pesadumbre con la utilización a largo plazo, múltiples interacciones con otros fármacos: contraindicado con antecedentes de asma o de broncoespasmo: Ventajas: poca sedación, es improbable que dé lugar a dependencia o a abuso.

Antidepresivos

(Feighner, 1999; Ninan, 1999, Boerner y Moller, 1999.) Tricíclicos (por ejemplo, amitriptilina, clomipramina, doxepina), inhibidores de la monoaminoxidasa (por ejemplo, fenelzina, moclobemida), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (por ejemplo, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) y todos los últimos antidepresivos (por ejemplo, nefazodona, venlafaxina) han sido señalados como útiles para tratar la ansiedad, en especial la ansiedad asociada con

el trastorno depresivo. Inconvenientes: efectos secundarios y lentitud a la hora de actuar. Ventajas: ausencia de creación de hábito.

Antipsicóticos

Por ejemplo, la trifluoperazina, a baja dosis. Los inconvenientes incluyen los efectos secundarios. Las ventajas incluyen su rápida acción y la ausencia de creación de hábito.

Antihistamínicos

Algunos son utilizados como ansiolíticos; por ejemplo, la hidroxizina. Inconveniente: la sedación. Ventaja: efecto antiprurítico.

ANTIDEPRESIVOS

(Guy Edwards, 1994; Spigset y Martensson, 1999, British National Formulary, 39, March 2000; Hirschfeld, 1999, Schatzberg, 1999, Hickie, 1999, Ninan y cols., 1998).

La tabla II ofrece una selección de antidepresivos de diferentes tipos, de acuerdo con su más reciente aparición y su actividad neurotransmisora. Los más recientes son más selectivos en su actividad receptora y poseen efectos secundarios y perfiles de interacción farmacológica muy diferentes con respecto a los antiguos antidepresivos. Tales diferencias pueden ser más importantes a la hora de elegir un antidepresivo que cualquiera de las diferencias relativas a su eficacia. Todos ellos parecen tener el mismo efecto de acción retardada y necesitan una revisión regular de los progresos conseguidos en cuanto a la respuesta, la fidelidad al tratamiento, los efectos secundarios y las ideas de suicidio. Si a las tres semanas no existe una respuesta a un antidepresivo y la fidelidad al tratamiento parece buena, se puede aumentar la dosis. Con una respuesta parcial a las tres semanas, se puede esperar otras dos semanas. Si persiste la ausencia de respuesta, habrá que reconsiderar tanto la fidelidad al tratamiento, para lo cual puede ayudar la determinación de la concentración plasmática, como el diagnóstico. El alcoholismo puede ser un factor de confusión. Si existe un efecto terapéutico, el tratamiento antidepresivo se recomienda durante 4 a 6 meses o más, en caso de que exista una sintomatología residual o circunstancias difícilmente cambiables. Para evitar las reacciones en el momento de la discontinuación, el tratamiento debería ser disminuido durante un periodo de varias semanas antes de pararlo por completo. En caso de depresión recidivante y de casos resistentes, puede ser necesario recurrir a un especialista.

Tanto los antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) como los tricíclicos tardan de 15 a 30 días en manifestar sus efectos. Hay que advertirlo cada vez que se receten.

Sanidad ha legislado que la receta de un psicotropeo sólo es válida para tres meses. El tratamiento psiquiátrico de nuestros pacientes dermatológicos suele requerir bastante más tiempo.

Tabla II

Clasificación de los fármacos antidepresivos seleccionados	
Tipo de antidepresivo	Nombre de los fármacos
<i>Viejos antidepresivos</i>	
• Antidepresivos tricíclicos *	amitriptilina, clomipramina, doxepina, lofepramina
• Inhibidores de la monoaminoxidasa (irreversible)	fenelzina
<i>Nuevos antidepresivos</i>	
• Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina	fluoxetina, paroxetina, sertalina, citalopram
• Otros inhibidores de la recaptación	venlafaxina†
• Inhibidores de la monoaminoxidasa (reversible)	moclobemida
• Otros antidepresivos	nefazodona‡

* inhibe la recaptación de la serotonina, o de la norepinefrina, o ambas.
 † inhibe la recaptación de la serotonina, o de la norepinefrina.
 ‡ inhibe la recaptación de la serotonina, bloquea los receptores de la serotonina.
 Adaptado de Spigset, O. y Martensson, B. 1999.

Antidepresivos tricíclicos

Ventajas: efectos antihistamínicos y amplitud de dosis más flexible en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Su larga semivida suele permitir una administración de una vez al día (por la noche, para aprovechar su efecto sedante). Probablemente más eficaces que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina en la enfermedad depresiva moderada a grave. Inconvenientes: sus efectos secundarios antimuscarínicos son un problema, sobre todo en pacientes ancianos. Hay que ser prudentes en caso de enfermedad cardíaca. Las interacciones medicamentosas pueden ser complicadas (evitar su uso concomitante con la terfenadina). Son tóxicos en caso de sobredosis, salvo la lofepramina.

Amitriptilina: 25-150 mg una vez al día. Sedante, con efectos secundarios antimuscarínicos y cardíacos. Efecto antihistamínico moderado. Neuralgia postherpética: 10-75 mg al día.

Clomipramina: 10-250 mg una vez al día. Como la amitriptilina. Especialmente eficaces en los síndromes obsesivos.

Doxepina: 75-300 mg una vez al día. Menos efectos secundarios antimuscarínicos y cardiacos. Importante efecto antihistamínico: 10-60 mg al día.

Lofepramina: 140-210 mg al día, en varias dosis. Menos sedante, menos efectos secundarios antimuscarínicos y más segura en caso de sobredosis en comparación con la amitriptilina. Se metaboliza en desipramina.

Inhibidores de la monoaminoxidasa

Ventajas: pueden ser más eficaces si la depresión es atípica (aumento del apetito y del peso, hipersomnias y ansiedad marcada) o asociada con hipocondría. Inconvenientes: importantes interacciones farmacológicas, precauciones en la dieta.

Fenelzina: (IMAO irreversible) 15-30 mg tres veces al día. Utilizada como antidepresivo de segunda línea, después de los tricíclicos. Importante inhibición de la MAO. Es necesario tomar precauciones.

Moclobemida: (IMAO reversible) 300-600 mg dos veces al día. Utilizada como antidepresivo de segunda línea. Efecto IMAO menos marcado, no obstante, se recomiendan precauciones.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y otros agentes más recientes

Ventajas: es menos probable que haya que discontinuarlos por causa de sus efectos secundarios, y su toxicidad es mucho menor en comparación con los tricíclicos. Inconvenientes: efectos secundarios, interacciones farmacológicas (evitar su uso concomitante con la terfenadina). Coste elevado.

Fluoxetina: 20-60 mg una vez al día. Ansiolítico. Poco o ningún efecto antihistamínico. Dosis más elevadas en caso de trastornos obsesivos. No sedante. No posee interacciones con el alcohol. Larga semivida.

Paroxetina: 20-60 mg una vez al día. Ansiolítico. Dosis más elevadas en caso de trastorno obsesivo. Sedante. No tiene interacciones con el alcohol. Corta semivida (ojo con el síndrome de discontinuación).

Sertralina: 50-200 mg al día. Ansiolítico. Dosis similar en caso de trastorno obsesivo. No sedante. Precaución con el alcohol. Semivida intermedia. Menos interacciones farmacológicas publicadas.

Citalopram: 20-60 mg una vez al día. Ansiolítico. No sedante. Seguro con el alcohol. Pocas interacciones farmacológicas publicadas.

Existen muchos más psicotropos de los que se citan en esta obra. Consultar al final del libro las listas de especialidades farmacéuticas españolas.

Otros nuevos antidepresivos

Nefazadone: 200-600 mg al día en varias dosis. Tiene un efecto positivo sobre el sueño. Son raras las disfunciones sexuales que produce.

Venlafaxina: 75-375 mg al día en varias dosis (con liberación prolongada, dosis menor). Tiene la reputación de ser eficaz en la enfermedad depresiva más grave, similar a los tricíclicos, pero sin efectos secundarios muscarínicos. Ha sido utilizada con éxito en trastornos obsesivos. Precaución en pacientes cardíacos. Eleva la tensión arterial.

ANTIPSICÓTICOS

(Gupta y Gupta, 1996; British National Formulary, 39, March 2000; Bazire, 2000; The Maudsley Prescribing Guidelines, 1999; Munroe y Pollack, 1981; Adams, 1999; Kerwin, 1999; Lucey, 2000).

El término “psicosis” es muy general. Los antipsicóticos pueden ser útiles en todos los trastornos delirantes, pero en tanto que tratamiento pueden venir en segundo lugar tras otras medidas necesarias; por ejemplo, el tratamiento del problema orgánico o la medicación antidepresiva. Los trastornos primarios delirantes incluyen trastornos complejos, como la psicosis hipocondriaca monosintomática, de la que los delirios de parasitosis tiene un interés particular para los dermatólogos. Los antipsicóticos suelen ser clasificados como típicos y atípicos. Éstos han sido los últimos en hacer su aparición y son promocionados como más específicos y eficaces, así como con menos efectos secundarios desagradables. Tales ventajas están ligadas a sus perfiles de actividad neurotransmisora.

Tras la introducción de la clorpromazina en la década de los cincuenta del siglo que acaba de finalizar, hubo relativamente poco avance en el tratamiento antipsicótico. El bloqueo del receptor D_2 de la dopamina se asociaba tanto con la eficacia terapéutica como con graves efectos secundarios extrapiramidales y con una hipoprolactinemia, a causa del bloqueo de los ganglios basales y de la glándula pituitaria. La década de los noventa fue testigo de un rápido progreso de los nuevos antipsicóticos atípicos, que son eficaces sin bloquear los receptores D_2 o porque poseen otras acciones que mitigan la acción sobre los receptores D_2 . En vez de dicotomía entre viejos fármacos típicos y nuevos atípicos, lo que existe es una continuidad entre ambos: algunos viejos fármacos poseen un perfil atípico. La tabla III ofrece una selección.

Hay ahora algunos informes que ofrecen recomendaciones para la utilización de los nuevos antipsicóticos atípicos en el tratamiento de la psicosis hipocondriaca monosintomática y, en particular, del delirio de parasitosis (Yorston, G. 1997, Gallucia y Beard, 1995; Cetin, 1997; Clayton y cols., 1997), basados en la relativa ausencia de efectos secundarios asociados con los antipsicóticos atípicos. Queda por

Tabla III

Clasificación de fármacos antipsicóticos seleccionados	
Tipo de antipsicótico	Nombre del fármaco
• Típico	Trifluoperazina Haloperidol
• Menos típico	Pimozida Sulpirida
• Atípico	Olanzapina Clozapina

Adaptado de Adams, 1999.

ver si llegan a convertirse en el tratamiento estándar en lugar de la pimozida. La pimozida puede que tenga la ventaja de que bloquea también los receptores de los opioides, algo considerado útil en el tratamiento de la sensación de hormigueo que a menudo se asocia con el delirio de parasitosis (Johnson y Anton, 1983; Opler, y Fienberg, 1991; Koblenzer, 1993, Driscoll y cols., 1993; Koo, 1997).

Una vez asegurada la fidelidad al tratamiento antipsicótico mediante una conversación preliminar (Koo, 1995), se inicia la medicación a la dosis más baja recomendada. Los síndromes delirantes asociados con síntomas cutáneos parecen responder a los antipsicóticos a baja dosis, en comparación con los síndromes que los psiquiatras suelen tratar (Koo y Pham, 1993; Koblenzer, 1993). La dosis es luego aumentada de manera gradual, incrementándola cada una o dos semanas, según sea el efecto logrado. A veces, se observa una mejoría durante el intervalo de las dos primeras semanas tras iniciar el tratamiento, pero puede tomar hasta seis u ocho semanas. Si no se consigue efecto alguno con la dosis adecuada, será necesario revisar el diagnóstico y la fidelidad al tratamiento. Puede que valga la pena ensayar de manera empírica con otros antipsicóticos. Raramente está indicado el tratamiento intramuscular con antipsicóticos de liberación prolongada (Frithz, 1979).

Antes se solía considerar que el delirio de parasitosis era sintomático de un trastorno crónico que requería un tratamiento mantenido a largo plazo (Munroe, 1978). Tras un tratamiento llevado a cabo con éxito, la recaída parecía probable una vez que el tratamiento era discontinuado. Ahora se cree que el mal pronóstico del síndrome no es algo tan seguro como se creía y se recomienda reducir la dosis después de un mes (Koo y Gambla, 1996a), sin que por ello se pierda el efecto terapéutico. Luego, se puede continuar el tratamiento durante uno o dos meses, aunque a veces se necesita más tiempo o, incluso, un tratamiento a largo plazo. La variabilidad en el pronóstico parece reflejar la diversidad de la psicopatología subyacente.

Al discontinuar un antipsicótico es aconsejable disminuir antes la dosis durante varias semanas si existe un riesgo de recidiva. Raramente, la discontinua-

Los psicotropos deben ser dosificados de acuerdo con el peso del paciente. Un hombre de 80-90 kg no debe recibir la misma cantidad que una mujer de 50.

Para mejor orden de nuestros enfermos, cabe saber que sanidad española ha dispuesto que los antidepresivos tricíclicos y los ISRS de nueva generación sean de libre dispensación farmacéutica. En cambio, nuestros enfermos pueden tener problemas en la oficina de farmacia con un humilde diazepam de 2 mg, si no presentan una receta médica reciente.

ción se sigue de un episodio benigno de movimientos involuntarios de duración limitada (Koo, 1995).

Los efectos secundarios extrapiramidales causados por los antipsicóticos como la pimozida se pueden evitar administrándolos a la dosis más baja recomendada. Sin embargo, es importante advertir al paciente de los posibles efectos secundarios. Normalmente se pueden tratar de manera eficaz añadiendo un agente antimuscarínico estándar, como, por ejemplo, la orfenadrina o la prociclidina junto con el antipsicótico.

Antipsicóticos típicos

Trifluoperezina (fenotiazina): 5-15 mg (o más) dos veces por día. Ventajas: acreditado desde hace tiempo, en especial como adyuvante en la depresión psicótica acompañada de ansiedad y agitación graves y en las psicosis funcionales. Es menos sedante que la clorpromazina. Baja cardiotoxicidad. Inconvenientes: síndromes extrapiramidales (puede necesitar la adición de un agente antiparkinsoniano).

Haloperidol (butirofenona): 1,5-5 mg (o más) dos veces al día. Ventajas: acreditado desde hace tiempo como antipsicótico en las psicosis orgánicas o funcionales. Menos sedante que la clorpromazina. Baja cardiotoxicidad. Inconvenientes: síntomas extrapiramidales (puede necesitar la adición de un agente antiparkinsoniano).

Antipsicóticos menos típicos

Pimozida (difenilbutilperidina): 1-10 mg (o, en raras ocasiones, más) por día. Ventajas: acreditado desde hace tiempo como eficaz en la psicosis hipocondríaca monosintomática. Menos síntomas extrapiramidales, menos sedante que los antipsicóticos típicos. Inconvenientes: riesgo de cardiotoxicidad, también de hiperprolactinemia. Hay que evitar combinarlo con antidepresivos tricíclicos. Se recomienda la monitorización electrocardiográfica.

Sulpirida (benzamida sustituida): 200-1.200 mg dos veces al día. Ventaja: menos síntomas extrapiramidales que los antipsicóticos típicos. Inconveniente: hiperprolactinemia.

Antipsicóticos atípicos

Olanzapina (tienobenzodiacepina): 5-20 mg una vez al día. Ventaja: pocos efectos secundarios del tipo de síntomas extrapiramidales o de hiperprolactinemia, así como ausencia de discrasias sanguíneas. Inconveniente: sedación.

Clozapina (dibenzodiacepina): 12,5-450 mg dos veces por día. Ventajas: eficaz en la esquizofrenia resistente a otros medicamentos. Ausencia de síntomas extrapi-

ramidales o de efecto sobre la prolactina. Inconveniente: neutropenia/agranulocitosis (requiere seguimiento hematológico).

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN DERMATOLOGÍA

Algunos síndromes psicodermatológicos tienen características obsesivo-compulsivas; por ejemplo, la tricotilomanía, el trastorno del cuerpo dismórfico y la excoriación neurótica. Tal como se ha indicado más arriba, los antidepresivos con un efecto serotoninérgico particular están acreditados como parte del tratamiento eficaz de los trastornos obsesivo-compulsivos.

Los casos resistentes pueden responder, por otro lado, si se incrementa la terapia, especialmente añadiendo una medicación antipsicótica a uno de los nuevos antidepresivos selectivos (Phillips, 1995; Ninan y cols., 1998; Stein y cols., 1997; Potenza y cols., 1998, Palmer y cols., 1999). La farmacoterapia busca aumentar el efecto del medicamento incrementando cuidadosamente el bloqueo de los neurotransmisores, lo que significaría en este caso que la dopamina quizá tenga un papel en los trastornos obsesivo-compulsivos y afines.

LA UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN DERMATOLOGÍA A LA BÚSQUEDA DE EFECTOS CUTÁNEOS DIRECTOS

En la tabla IV se indica un cierto número de efectos de los psicofármacos. La eficacia de la doxepina como antihistamínico y de la amitriptilina en el tratamiento de la neuralgia postherpética parecen más acreditadas que los otros efectos indicados.

NUEVOS ADELANTOS

El médico imaginativo goza de enormes posibilidades en la fértil encrucijada de las especialidades médicas. Este principio se aplica entre la dermatología y la psiquiatría de la misma manera que se aplica entre ésta y las demás especialidades, y quizás un poco más. La dermatología es una especialidad que se presta a la fertilización cruzada interdisciplinaria. Por ejemplo, el reconocimiento de que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina pueden ser eficaces en el tratamiento del síndrome premenstrual (Freeman y cols., 1999), unido al reconocimiento de que la estrujadura de los granos de acné excoriado puede verse exacerbada por el síndrome premenstrual (observación personal) se vincula eviden-

Para los pacientes que tardan en dormirse se recomiendan los hipnóticos triazolam, zopiclona y el zolpidem. Hay que esperar una incidencia relativamente alta de amnesia anterógrada (triazolam), así como ansiedad diurna, insomnio de rebote y sintomatología de retirada. La duración de acción del zolpidem puede ser demasiado corta en ciertos casos.

Hipnóticos para los que se despierten pronto son el lormetazepam (Noctamid® y Loramed®). La velocidad de absorción es algo más lenta que la que proporcionan la zopiclona y el zolpidem, y la duración de su acción es mayor.

Tabla IV
Psicofármacos utilizados para efectos cutáneos directos

Nombre del fármaco	Efectos (bibliografía)
• Amitriptilina	Prurito (Krahn y Goldberg, 1994) Analgésia (Gupta y Gupta, 1996; Koo, 1993; Koo y Gambla, 1996) Disestesias (Hoss y Segal, 1998; Koo y Gambla 1996b)
• Doxepina (oral)	Urticaria (Krahn y Goldberg, 1994; Gupta, y Gupta, 1996; Koo y Gambla 1993) Prurito (Koo, 1993; Smith y Corelli, 1997) Disestesias (Hoss y Segal, 1998)
(tópica)	Prurito (anónimo 2000)
• Imipramina	Alopecia areata (Perini y cols., 1994)
• Inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina	Urticaria (Gupta y Gupta, 1996) Disestesias (Koo y Gambla 1996b) Prurito (Zylicz y cols., 1996)
• Fenelzina	Úlceras aftosas (Krahn y Goldberg, 1994)
• Clorpromazina	Leishmaniosis cutánea difusa (Krahn, y Goldberg, 1994)
(tópica)	
• Pimozida	Analgésia (Duke, 1993)
• Litio (oral)	Herpes simple (Krahn y Goldberg, 1994) Dermatitis seborreica (Cuelenaere y cols., 1992)
(tópico)	
• Carbamacepina	Psoriasis (Smith y cols. 1997)

temente con el éxito que se puede lograr utilizando antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina en el tratamiento de la excoriación neurótica y de los trastornos afines (Kalivas y Stout, 1990; Simeon y cols., 1997).

El importante principio señalado en anteriores revisiones de la utilización de los psicofármacos en dermatología (Koo, 1993; Koblenza, 1993; Gupta, y Gupta, 1996) de que un diagnóstico dermatológico no proporciona necesaria-

mente por sí solo una indicación a favor o en contra de la utilización apropiada de un psicofármaco –de hecho, puede ser peligroso– merece ser recordado aquí. Así, por ejemplo, la psicopatología que subyace al diagnóstico clínico de “estrujarse los granos” (Simeon y cols., 1997) necesita ser objeto de un diagnóstico diferencial. Aunque este comportamiento potencialmente peligroso a menudo es calificado de “neurótico”, la psicopatología puede ser de naturaleza delirante (O’Sullivan y cols., 1999). Trastornos como la tricotilomanía, la dermatitis artefacta y el delirio de parasitosis necesitan un tratamiento cuidadoso si se ha de considerar la utilización de psicofármacos. Cada uno de ellos puede representar una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos, con sus remedios particulares (Stanley y cols., 1997; Kalivas y Kalivas, 1997).

A pesar de esto, los adelantos de la última década en psicobiología, representados por el incremento del número de fármacos disponibles en la práctica clínica, necesita que se mantenga bajo constante escrutinio el diagnóstico psicopatológico. Asimismo, los términos utilizados para clasificar a los psicofármacos (que proceden de los diagnósticos psiquiátricos) quizá necesiten ser revisados. ¿Cuándo, por ejemplo, existe una diferencia categórica entre los estados delirantes y no delirantes y cuándo debería de considerarse una situación de continuidad (O’Sullivan y cols., 1999)? El hecho de que la mejoría dermatológica con la sertralina en el tratamiento de la excoiación neurótica no parezca estar relacionada con la presencia o con la ausencia de un diagnóstico psiquiátrico definitivo (Kalivas y cols., 1996) hace que la experiencia que se obtiene al utilizar estos nuevos productos pueda conducir a los facultativos a refinar aún más sus categorías diagnósticas psicopatológicas. Antes del advenimiento de los antidepresivos la depresión se diagnosticaba con poca frecuencia (Haly, 1999). La utilidad de los modernos antidepresivos en el tratamiento de los síndromes de ansiedad ya ha sido resaltada. Antes les correspondía a los psicoterapeutas psicodinámicos el llamar la atención sobre los aspectos insatisfactorios de la clasificación psiquiátrica; ahora es el turno de los psicobiólogos (Kramer, 1993).

Existen dificultades a la hora de describir de manera fiable los trastornos clínicos y de definir el curso clínico –favorable o no– cuando se utilizan los psicofármacos. La utilización de dicho tratamiento puede necesitar una mejor comprensión de cuál es el mecanismo de acción de los psicofármacos. Cuando un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina falla, otro puede tener éxito (O’Sullivan y cols., 1999; Phillips, 1995). Parecería lógico que se escogieran las alternativas entre las diferentes clases de psicofármacos, teniendo en cuenta sus efectos transmisores. Sin embargo, es importante recordar que la inhibición de la recaptación, por ejemplo, es sólo el inicio de una cascada de acontecimientos que implica cambios en las sensibilidades de los receptores (tanto presinápticos como postsinápticos), así como la interdependencia de todos los sistemas de neurotransmisores (Bazire, S. 2000). Éstos, a su vez, se vinculan con los sistemas neuropéptido y endocrino, combinándose para dar lugar al efecto psicofarmacológico total (Kahn, 1999).

Para los que se despiertan con frecuencia y en los que la somnolencia residual es aceptable o beneficiosa, se recomienda flurazepam, nitrazepam y quazepam. Provocan somnolencia y sedación como efectos secundarios principales.

El clorazepato potásico está indicado como tratamiento simultáneo para el insomnio y la ansiedad. Según los psiquiatras, posee un buen equilibrio entre sus acciones hipnótica y ansiolítica diurna por un lado, y la somnolencia, por el otro. Pero suele provocar somnolencia si es administrado durante las horas del día, aún a dosis mínimas, a mis pacientes dermatológicos.

CONCLUSIONES

La investigación en este terreno tiene al menos dos frentes abiertos. El primero consiste en el importante trabajo de descubrir agentes más seguros y más específicos: se pueden encontrar nuevos ansiolíticos no sólo centrándose en los receptores de las benzodiacepinas (el abercarbíl, por ejemplo, Aufdenbrinke, B. 1998), sino también estableciendo el objetivo en los subtipos de receptores 5HT y en los subtipos neuropéptidos (Koblénzer, 1995, Knovac y Stahl, 1995). Fuera del sistema nervioso central, son también muy importantes los efectos periféricos de los psicofármacos al actuar directamente sobre la piel, por ejemplo, a través de la inhibición de la proteinquinasa cutánea (Vaitla y cols., 1997).

Un segundo frente de investigación es también muy necesario: los informes de casos anecdóticos y las series abiertas –prospectivas y retrospectivas– son interesantes, pero científicamente poco satisfactorios. Si se desea fundamentar las evidencias que tanto necesita la utilización de los psicofármacos en dermatología, parece necesario que la futura investigación tenga un mayor enfoque colaborador, para poder llevar a cabo ensayos multicéntricos con doble ocultación y distribución aleatoria. También necesitamos ensayos con un seguimiento razonablemente a largo plazo.

Entre tanto, aunque puede que los dermatólogos no tengan ni el tiempo ni la formación para ofrecer psicoterapia a sus pacientes (Koo y Pham, 1992) y, por tanto, habría que animarlos a que se familiarizaran con la utilización apropiada de los psicofármacos en el ejercicio de su actividad, es importante señalar que los psicofármacos pueden ser complementarios del tratamiento psicológico (Kramer, 1993). También se ha resaltado que la prescripción de una medicación no debería decidirse con suma rapidez, ya que un tratamiento adecuado toma tiempo y experiencia. La necesidad de un vínculo entre la dermatología y la psiquiatría no debería ser olvidada (Gould y Gragg, 1983).

En farmacología clínica siempre es aconsejable conocer bien unos cuantos fármacos, en vez de muchos fármacos menos bien. Alexander Pope, poeta inglés del siglo XVIII, ya aconsejó que

“No seáis los primeros que prueban lo nuevo;
Ni tampoco los últimos en dejar lo viejo de lado”,

y ciertamente esto se aplica al arte de prescribir bien (Short, 1993). No obstante, quizá Franz Kafka, el gran novelista checo, debería de tener la última palabra (Fessel, 1981):

“Escribir recetas es fácil, pero comprender a la gente es difícil”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, C: Drug treatment in schizophrenia. *Effective Health Care* 1999; 5 (6):1-12.
2. *American Psychiatric Association* 1994: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. A.P.A. Washington.
3. Anonymous Doxepin cream for eczema. *Drug and Therapeutics Bulletin* 2000; 38: 31-32.
4. Antonuccio DO, Danton WG, Denelsky GY, Greenberg RP, Gordon JS: Raising questions about antidepressants. *Psychotherapy & Psychosomatics* 1999; 68:3-14.
5. Argyropoulos, SV Nutt, DJ: The use of benzodiazepines in anxiety and other disorders. *European Neuropharmacology* 1999; 9(56):407-412.
6. Aufdembrinke B: Abecarnil, a new beta-carboline, in the treatment of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement* 1988; 35:55-63.
7. Bazire S: Psychotropic Drug Directory 2000. The professionals' pocket handbook and aide memoire. Mark Allen 2000; Dinton, UK.
8. Boerner RJ, Moller HJ: The importance of antidepressants in the treatment of anxiety/depressive disorders. *Pharmacopsychology* 1999; 32: 119-126.
9. British National Formulary, 39 (March 2000). British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London.
10. Bunker C, Bridgett C (1997): Depression and the skin. Robertson, M. & Katona, C. Eds Depression and physical illness, Chichester. John Wiley & Sons, 225-253
11. Cetin G, Ebrine S, Agargua, MY, YIGIT, S: Risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60:554.
12. Clayton DO, Clayton NM, Shen, WW: Treatment of delusional parasitosis. *JAMA* 1997; 278:1319.
13. Cuelenaere C, De Bersaques J, Kint A: Use of topical lithium succinate in the treatment of seborrhoeic dermatitis. *Dermatology* 1992; 184: 194-197.
14. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MS: Delusional parasitosis: A dermatologic, psychiatric and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 1023-1033.
15. Duke EE: Clinical experience with pimozide: emphasis on its use in postherpetic neuralgia. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8:845-950.
16. Feighner JP: Overview of antidepressants currently used to treat anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60(5.22):18-22.
17. Fessel WJ: Strategic aspects of prescription writing. *Postgraduate Medicine* 1981; 70:30-37.
18. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M: Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome/pre-menstrual dysphoric disorder: A randomised controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56:932-939.
19. Frithz A: Delusions of infestation: treatment by depot injections of neuroleptics. *Clin Exp Dermatol* 1979; 4:485-488.
20. Galluci G, Beard G: Risperidone and the treatment of delusions of parasitosis in an elderly patient. *Psychosomatics* 1995; 36:578-580
21. Gould WM, Gragg TM: Delusions of parasitosis. *Archives of Dermatology* 1976; 112:1745-1748.
22. Gould WM, Gragg TM: A dermatology-psychiatry liaison clinic. *J Am Acad Dermatol* 1983, 9:73-77.
23. Gupta MA, Gupta AK: Psychodermatology - An update. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1996; 34:1030-1046.
24. Guy Edwards J: SSRIs in the treatment of depression. *Prescribers Journal* 1994; 34:197-204.
25. Harper PJ: The placebo effect and the hidden benefits of oral medications. *British Journal of Nursing* 1999; 8: 589-92.

26. Healey D: The psychopharmacologists. Chapman & Hall; Londres, 1996.
27. Healey D: The three faces of antidepressants: A critical commentary on the clinical-economic context of diagnosis. *J Nerv Ment Disease* 1999; 187:174-180.
28. Hickie IB: Are all antidepressants the same? Surveying the opinions of Australian psychiatrists. *Australia & New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33: 642-649.
29. Hirschfeld RMA: Efficacy of SSRIs and newer antidepressants in severe depression: Comparison with TCAs. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 60: 326-335.
30. Hoss D, Segal S: Scalp dysesthesia Arch. *Dermatol* 1998; 134:327-330.
31. International Classification of Diseases, 10th Revision (1992). OMS, Ginebra.
32. Johnson GC, Anton RF: Pimozide in delusions of parasitosis. *J Clin Psychiat* 1983; 44:233.
33. Kalivas J, Kalivas L: Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Archives of Dermatology* 1996; 132:589-590.
34. Kalivas J, Kalivas L: Sertraline: lack of therapeutic efficacy in patients with delusions of parasitosis and dermatitis artefacta. *International Journal of Dermatology* 1997; 36:477
35. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A: Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1996; 312: 345-351
36. Kerwin R: Atypical neuroleptics. *Prescriber's Journal* 1999; 39:154-160
37. Khan AV: How do psychotropic medications really work? *Psychiatric Times* 1999; 16(10).
38. Koblenzer CS: Pharmacology of psychotropic drugs useful in dermatological practice. *International Journal of Dermatology*, 1993; 32:162-168.
39. Koblenzer CS: The neuropeptides. *International Journal Dermatology* 1995; 34:694-696.
40. Koo JYM: Psychotropic agents in dermatology. *Dermatology Clinics* 1993; 11:215-24.
41. Koo J: Treatment of delusional parasitosis. *JAMA* 278:1320.
42. Koo, J (1995): Psychodermatology: A practical manual for clinicians. *Curr Probl Dermatol* 1995; 7:204-232.
43. Koo J, Gambla C: Psychopharmacology for dermatologic patients. *Dermatologic Clinics* 1996a; 14: 509-523.
44. Koo J, Gambla C: Cutaneous sensory disorder. *Dermatologic Clinics* 1996b; 14:497-502.
45. Krahn LE, Goldberg RL: Psychotropic medications and the skin. *Advances in Psychosomatic Medicine* 1994; 21:90-106.
46. Kramer PD. Listening to Prozac. Fourth Estate. Londres, 1993.
47. Kunovac JL, Stahl SM. Future directions in anxiolytic pharmacotherapy. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 895-909.
48. Lader M: The treatment of anxiety. *British Medical Journal* 1994; 309:321-324.
49. Lader M: Limitations in the use of benzodiazepines in anxiety and other disorders: are they justified? *European Neuropharmacology* 1999; 9(56):399-405.
50. Ley P: Patients' understanding and recall in clinical communication failure. In: Pendleton, D., Hasler, J. Eds. Doctor-Patient Communication. Academic Press, 102. Londres, 1983.
51. Lucey J: The side effects of atypical antipsychotics. *CNS* 2000; 2: 11-13.
52. Mick, RL, Rosen DH, Smith RC: Delusions of parasitosis: Healing impact of the physician - patient relationship. *Psychosomatics* 1987; 28:596-598.
53. Munro A: Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis. *Arch Dermatol* 1978; 114: 940- 943
54. Munro A, Pollack B: Monosymptomatic psychosis which progress to schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1981; 42:474-476
55. Ninan PT: The functional anatomy, neurochemistry and pharmacology of anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60:12-17
56. Ninan PT, Knight B, Kirk L, Rothbaum B, Kelsey J, Nemeroff CB: A controlled trial of ven-

- lafaxine in trichotillomania. *Psychopharmacology Bulletin* 1998; 34: 221-224.
57. Opler LA, Feinberg SS: The role of pimozide in clinical Psychiatry: A review. *J Clin Psychiat* 1991; 52: 221-233.
58. O'Sullivan RL, Phillips KA, Kenthen NJ, Wilhelm S: Near-fatal skin picking from delusional dysmorphic disorder responsive to fluvoxamine. *Psychosomatics* 1999; 40.1: 79-81.
59. Palmer CJ, Yates WR, Trotter L: Childhood trichotillomania: successful treatment with fluoxetine following an SSRI failure. *Psychosomatics* 1999; 40:526-528.
60. Perini G, Zara M, Cipriani R, Carraro C, Preti A, Gava F, Coghi P, Reserico A: Imipramine in alopecia areata. *Psychother Psychosom* 1994; 61: 195-198.
61. Phillips, KA: Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs* 1995; 3: 30-40.
62. Potenza MN, Wasylinski S, Epperson CN, McDougie CJ: Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of trichotillomania. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:1299-1300.
63. Schatzberg AF: Antidepressant effectiveness in severe depression and melancholia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60(54):14-22.
64. Short D: The art of good prescribing. *British Journal of Hospital Medicine* 50: 609-610.
65. Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E: A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58: 341-347.
66. Sims A: Symptoms in the mind. Bailliere Tindall. Londres, 1998.
67. Smith KJ, Decker C, Yenger J, Skelton HG, Baskin S: Therapeutic efficacy of carbamazepine in a HIV-I-positive patient with psoriatic erythroderma. *J Amer Acad Dermatol* 1997; 37:851-854.
68. Smith PF, Corelli RL: Doxepin in the management of pruritus associated with allergic cutaneous reactions. *Annals Pharm* 1997; 31: 633-635.
69. Spelman L, Spelman M: Recognising psycho-cutaneous disorders in general practice. *Modern Medicine of Australia* 1997; 40: 93-97.
70. Spigset O, Martensson R: Drug Treatment of Depression. *British Medical Journal* 1999; 318:1188-1191.
71. Stanley MA, Breckenbridge ME, Swann MC, Freeman EB, Reich L: Fluvoxamine treatment of trichotillomania. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1997; 17:278-283.
72. Stein DJ, Bouwer C, Hawkrige S, Elmsley, RA: Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsion and related disorders. *J Clin Psychiat* 1997; 58:119-122.
73. Stout RJ: Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147:370.
74. The Maudsley Prescribing Guidelines. Martin Dunitz. Londres, 1999.
75. Vaitla R, Roshani P, Holian O, Cook B, Kumar R: Inhibition of skin protein kinase C by psychotropic drugs. *Skin Pharmacol* 1997; 10:191-199.
76. Yorston G: Treatment of delusional parasitosis with sertindone. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 12:1127-1128.
77. Zylicz Z, Smits C, Chem D, Krajnik M: Paroxetine for pruritus in advanced cancer. *Journal Pain and Symptom Management* 1998; 16:121-124.

INTRODUCCIÓN

La inversión de hábitos es una técnica específica de modificación de la conducta dentro de una psicoterapia concreta, la psicoterapia conductual. Ha demostrado ser útil en dermatología, en especial para el control del eccema atópico (Norén, 1995).

LAS PSICOTERAPIAS

Cuando Jerome Frank escribió *Persuasion and Healing* (Frank, 1961), reflejó que “muchos miles de personas con preocupaciones de todo tipo solicitan psicoterapia o se ven obligadas a someterse a ella, y sus profesionales son casi tan variados como sus receptores”. Daba la impresión de que, a pesar de que existían muchas psicoterapias basadas en muchas psicologías (que representaban, cada una de ellas, una manera diferente de entender la forma en que las personas sienten, piensan y actúan bajo circunstancias diferentes), se contaba con pocos conocimientos concluyentes sobre su eficacia relativa. Si todas las psicoterapias fuesen iguales de eficaces, sólo existiría la psicoterapia buena y la psicoterapia mala. Apareció una norma general: “Lo que cuenta no es la terapia, sino el terapeuta”.

La investigación ya ha comenzado a aclarar estas cuestiones. En *What works for whom?*, Roth y Fonagy (1996) argumentan, basándose en análisis de resultados, que se pueden extraer diferencias a partir de todo lo que se encuentra disponible. Diferentes métodos para ayudar a las personas de diferentes entornos pueden ser aplicados por terapeutas con diferentes niveles de formación y competencia. Por tanto, algunos tipos de ayuda psicológica pueden ser inherentes a todos los servicios sanitarios, mientras que otros requieren una formación y especialización amplias. Entre estos dos extremos, existen técnicas disponibles, como la inversión de hábitos (Azrin y Nunn, 1973; Miltenburger y cols., 1998), que se aprenden fácilmente y que pueden ser aplicadas con éxito por enfermeras y médicos dentro de diversos entornos (Kent y Drummond, 1989), en ocasiones junto con otros componentes del tratamiento.

Se conoce como conducta de evitación los recursos que adoptan algunos pacientes agorafóbicos para disimular su miedo. Por ejemplo, escoger ocupaciones que les permita quedarse en casa, conducir el propio automóvil en lugar de viajar en transportes públicos, preferir las carreteras comarcales a las autopistas, donde los atascos pueden ser más prolongados, tomar el tren y renunciar al avión, etc.

Dentro de las psicoterapias, la psicoterapia conductual, a menudo, se compara con la psicoterapia psicodinámica. Aunque esta última, basada en una psicología que involucra la existencia del inconsciente, se suele caracterizar como intensiva y de larga duración, existen aplicaciones eficaces a corto plazo (Hobbs, 1996). La psicoterapia conductual, derivada de una psicología de la mente consciente y que acenúa la medición objetiva, se ha establecido como un tratamiento altamente eficaz y relativamente barato. El método tiene una amplia aplicación en la práctica de la medicina, y es, característicamente, un método a corto plazo: puede producirse un cambio significativo en pocas semanas, a veces tan sólo se tarda unos días (Drummond, 1996; Azrin y Nunn, 1973).

La psicoterapia conductual y la psicodermatología

En la psicodermatología hay que tener en cuenta siempre la complejidad potencial de los problemas implicados. Como norma general, los problemas sencillos responderán a soluciones sencillas. No obstante, la piel, como límite entre el medio interno y el medio externo, permite que una multitud de factores (biológicos, sociales y psicológicos) sean importantes para la comprensión de las enfermedades de la piel. El que un individuo se toque o rasque la piel puede tener diversas explicaciones, algunas médicas y otras no. Además de sus funciones fisiológicas, está la importancia de la piel y la conducta del acicalamiento en la expresión, la comunicación y la actividad social. (Dunbar, 1996). Rascarse, y las conductas asociadas de tocarse y frotarse la piel, constituyen vínculos conductuales fundamentales entre nosotros como humanos, y nuestros primos, los primates. El pensar de forma abstracta y el utilizar el lenguaje para comunicarse, y así establecer relaciones sociales, constituyen un rasgo humano. Dunbar argumenta cómo las conductas sociales de acicalamiento del primate, que parecen determinar la extensión de la red social del individuo, han sido sustituidas en los humanos por el uso de la palabra hablada. El ser capaz de pensar de forma abstracta forma parte de ese proceso. La máxima de Descartes, “Pienso, luego existo” así lo reconocía. Bernhard (1985, 1994) llama la atención sobre la tendencia humana a rascarse al tratar de pensar (pregunta “¿Acaso nos pica pensar?” y cambia la máxima a: “Pienso, luego me rasco. Me rasco, luego existo”.) Los atópicos manifiestan que se rascan más bajo ciertas circunstancias (Bridgett y cols., 1996). La frustración, ya sea a corto o a largo plazo, parece intensificar esta conducta: esto se ha denominado como “el fenómeno semáforo” (Musaph, 1963). Al visualizar cintas de vídeo de entrevistas psiquiátricas se puede distinguir una conexión entre “una falta de regulación cognitiva de las emociones angustiosas” y un incremento de “comportamientos autocontrolados, tales como tocarse, rascarse y acicalarse” (Troisi y cols., 2000). Con todas estas complejidades, hay que ser prudentes ante la expectativa creada de que un sencillo remedio como es la inversión de hábitos constituya la panacea para todos los síndromes patológicos de autoacicalamiento.

Los sistemas de clasificación psicodermatológica son numerosos. Quizás, el más sencillo sea aquel en el que todas las enfermedades se encuentran divididas en dos clases: las que son primariamente cutáneas, con asociaciones psicológicas secundarias, y aquellas que son primariamente psicológicas, con rasgos cutáneos secundarios. Dentro del primer grupo, en el que se encuentran, por ejemplo, las dermatosis comunes (acné, psoriasis y eccema), para que el tratamiento dermatológico tenga éxito, es posible que se necesite tener en cuenta las respuestas comportamentales que lo complican, que incluye rascarse y tocarse. En el segundo grupo, las intervenciones psicológicas y quizás psiquiátricas están evidentemente indicadas, y pueden incluir una gran variedad de medidas. Tocarse la piel, sin ser una enfermedad cutánea (dismorfofobia cutánea) es improbable que sea un simple hábito. Por consiguiente, una enfermedad psicodermatológica es fundamentalmente psicológica; las intervenciones comportamentales pueden requerir ser complementadas con otros tratamientos psiquiátricos para tener éxito. Cuando la patología es fundamentalmente dermatológica, es más probable que la terapia conductual tenga éxito cuando se complementa con tratamientos dermatológicos óptimos, a pesar de que pueda requerirse un tratamiento psicológico o psiquiátrico adicional.

La terapia conductual puede complementarse o integrarse con otras psicoterapias. La psicoterapia raramente existe en una forma pura (Roth y Fonagy, 1996). Dentro del enfoque conductista existen diferentes niveles de complejidad, dado que ahora se han incorporado todos los aspectos de la actividad mental. Inicialmente hubo una modificación de la conducta: el cambio de la conducta no deseada a la deseada. Cuando se utilizó para liberar estrés, la *modificación* de la conducta se convirtió en *terapia* conductual. Cómo nos sentimos está relacionado con cómo pensamos; los métodos conductuales aplicados al pensamiento gestaron la terapia *cognitiva* (Beck, 1976). Toda la gama de complejidades del método conductual se denomina *teoría cognitiva conductual*, y tiene un valor evidente para la psicodermatología (Papadopoulos y Bor, 1999). Importantes complementos a la teoría conductual incluyen el *biofeedback* y las técnicas de relajación (Sarti y Cossidente, 1984). En el entrenamiento en el manejo de la ansiedad se utilizan técnicas de relajación encuadradas dentro de una terapia cognitivo-conductual (Kennerley, 1995). La hipnoterapia puede relacionarse bien con el método psicodinámico, o bien, con un enfoque conductual. Resulta ser una técnica útil para el control de la dermatitis atópica (Stewart y Thomas, 1995).

Una de las definiciones de la terapia conductual se basa en la idea de que la conducta *se aprende*: si es así, puede ser *desaprendida*. Lo que sucede puede entenderse según las contingencias. Los primeros casos clínicos estudiados ilustraron lo útil que podría ser el método cuando se aplicaba en la neurodermitis (Walton, 1960; Ratliff y Stein, 1968) y las excoriaciones neuróticas (Allen y Harris, 1966). Subsiguientemente, se comunicó el éxito en el control del rascado compulsivo (neurodermitis y liquen simple), tricotilomanía, eritrofobia e hiperhidrosis (Bar y Kuypers, 1973; Horne, 1977) y dermatitis exfoliativa (Cataldo y cols., 1980). Las estrategias conductuales

disponibles, junto con las técnicas de relajación, el *biofeedback* y la hipnosis utilizadas como complementos, resultan ser efectivas tanto individualmente como combinadas entre sí, aunque estos estudios, normalmente, carecen de grupo control, presentan un número reducido de casos y el diagnóstico puede resultar dudoso, (Ehlers y cols., 1995).

La inversión de hábitos y atopia cutánea

La inversión de hábitos se introdujo como una técnica de modificación conductual para eliminar los hábitos nerviosos y tics no deseados (Azrin y Nunn, 1973). Un hábito nervioso se define como una conducta que comienza como una respuesta normal ante las lesiones. A través de un refuerzo positivo, la conducta incrementa su frecuencia y se establece como un hábito de naturaleza automática. Mientras esto ocurre, se desarrolla, de manera característica, una carencia asociada de consciencia personal y social. Al mismo tiempo, el hábito *se generaliza*, una gran variedad de factores se convierten en estímulos desencadenantes de la respuesta (tabla I)

Azrin y Nunn describieron su trabajo con 12 pacientes de entre 5 y 64 años, con quejas que abarcaban desde movimientos de hombros y de cabeza hasta arrancarse pestañas, morderse las uñas y chuparse el dedo gordo. En primer lugar, se registró la frecuencia en todos ellos de la conducta en cuestión durante una semana. Este proceso se denominó “registro”. Constituía una parte integrante del programa del tratamiento, ya que tenían que ser conscientes de la conducta antes de que se pudiera lograr su modificación. Entonces se necesitó proporcionar un nuevo patrón de conducta hecho a medida para cada sujeto, que:

- a) resultara opuesto al antiguo hábito,
- b) pudiese mantenerse durante varios minutos,
- c) resultara socialmente aceptable y compatible con las actividades normales, y
- d) reforzara los músculos antagonistas a los utilizados en el hábito antiguo.

A aquellos pacientes que tenían sacudidas y movimientos de cabeza se les instruyó en la contracción isométrica de los músculos del cuello. Para los que se arran-

Tabla I

Desarrollo de un hábito nervioso

1. Respuesta inicial específica normal.
 2. Frecuencia incrementada mediante el refuerzo positivo.
 3. La conducta se vuelve automática.
 4. Los estímulos se vuelven más generales.
 5. Disminución de la consciencia personal y social.
-

caban las pestañas, se chupaban el dedo o se mordían las uñas, se les aconsejó que agarrasen un objeto apropiado hasta que detectaran tensión muscular en los brazos.

La inversión de hábitos redujo las conductas no deseadas en, al menos, el 90% en todos los sujetos tras tres semanas de práctica, con un seguimiento de mayor plazo (cinco meses) que proporcionó “excelentes” resultados en 7 sujetos. Se concluyó que la inversión de hábitos podría ser una técnica conductual efectiva para pacientes de todas las edades y para conductas habituales no deseadas de alta y baja frecuencia.

Al analizarse la relevancia de la inversión de hábitos y otros métodos conductuales en el control del eccema atópico (Horne y cols., 1989), se observó que esas “conductas aprendidas difícilmente adaptables juegan un papel importante en el mantenimiento de la gravedad de los síntomas de los pacientes con eccemas”. El hábito de rascarse que se desarrolla en el eccema atópico, al igual que en otras enfermedades, constituye una respuesta condicionada al picor que podría generalizarse, posteriormente, a otros estímulos asociados (Jordan y Whitlock, 1972, 1974). Horne y sus colegas afirmaban que “existen pocas dudas de que los estados de ansiedad, agresión, estrés y conductas asociadas (incluyendo el rascarse) afectan a la capacidad de una persona concreta para tratar su eccema y también influyen en la gravedad de la enfermedad cutánea”, aunque no se refirieron explícitamente al daño estructural ocasionado por el rascado.

La relación entre la apariencia histológica del eccema atópico crónico y el frotamiento y rascado ya se había establecido anteriormente mediante trabajos experimentales utilizando “máquinas rascadoras”. La irritación mecánica de la piel normal y la piel de pacientes con eccema atópico produjo reacciones histológicas similares, cuyas principales características resultan idénticas a las de la liquenificación asociada al eccema atópico crónico (Rubin, 1949; Goldbum y Piper, 1954; Naylor, 1955).

La causa de la liquenificación en el eccema atópico ocasionado por un rascado repetido constituyó el punto de partida para el primer estudio aleatorio controlado sobre la utilidad de la inversión de hábitos en el control del eccema atópico (Melin y cols., 1986). Al observar los casos clínicos con resultados positivos de la inversión de hábitos en el tratamiento de la liquenificación asociada a la neurodermitis (Rosenbaum y Ayllon, 1981), Melin y sus colegas recogieron 17 pacientes con eccema atópico y les instruyeron para el registro de conductas de rascado utilizando contadores manuales, antes de asignar, de manera aleatoria, los sujetos a dos grupos. Ambos grupos utilizaron esteroides tópicos durante cuatro semanas, pero solamente se instruyó a un grupo en la inversión de hábitos. En lugar de rascarse, aprendieron a agarrar un objeto, o a apretar sus puños.

La frecuencia de rascado tras cuatro semanas se redujo en un 90% en el grupo de inversión de hábitos más esteroides tópicos, frente al 60% de los que utilizaban solamente esteroides tópicos. La sintomatología del eccema mostró una mejoría del 70% utilizando la inversión de hábitos en comparación del 30% de los que no lo utilizaban.

El cansancio excesivo, desproporcionado con el trabajo efectuado, es sugerente de estado depresivo, pero la ansiedad también puede provocarlo.

Dado que estos resultados parecían prometedores, la técnica se desarrolló todavía más (Norén y Melin 1989a). Al contrario que el morderse las uñas, el rascarse puede estar causado por un estímulo físico: el picor. Si se pudiera disminuir el picor al mismo tiempo que se aplica la técnica de la inversión de hábitos, podría esperarse un tratamiento de mayor éxito. Aunque el rascarse pueda causar picor, parte del efecto de rascarse es el de aliviar este picor. De manera experimental, el prurito en un área concreta de la piel puede disminuirse pinchando dicha área cutánea. De manera clínica, los pacientes refieren que pellizcar o clavar la uña en una zona con picor produce alivio. Por tanto, el nuevo procedimiento de inversión de hábitos incluía dos etapas:

- a) apretar los puños y contar hasta 30 como alternativa al *hábito* de rascarse, y luego
- b) pellizcar la piel en el lugar del picor como alternativa al rascado causado por *el mismo*.

Cuarenta y seis pacientes con eccema atópico crónico utilizaron contadores manuales para “registrar” sus frecuencias diarias de rascado, y, tras una semana, fueron asignados, de manera aleatoria, a uno de los cuatro grupos. Dos grupos utilizaron hidrocortisona tópica durante cuatro semanas, los otros dos utilizaron 17 valerato de betametasona tópico durante dos semanas, seguido de hidrocortisona durante dos semanas. A un grupo de cada diferente programa de esteroides tópicos se le enseñó el nuevo procedimiento de inversión de hábitos. La reducción en la frecuencia del rascado y la mejoría en la sintomatología del eccema resultaron estadísticamente significativos para los pacientes de la inversión de hábitos en comparación con los que solamente utilizaban esteroides tópicos. Se destacó el hecho de que los resultados no mostraron ningún caso de curación *completa* al cabo de las cuatro semanas, y de que la utilización de un potente esteroide durante dos semanas, seguida de hidrocortisona durante otras dos semanas dio, como resultado varios casos de recidiva. Mientras que el rascado pudo disminuirse en un 90% en tres días mediante la inversión de hábitos, la curación requería, después, mayores periodos de tratamiento tópico efectivo.

En base a los resultados del estudio, las ideas generadas se desarrollaron más, en la práctica clínica (Bridgett y cols., 1996), en un programa de tratamiento para eccemas atópicos que combina la inversión de hábitos con un tratamiento tópico estándar. Este método combinado consta de tres partes: registro, tratamiento activo y seguimiento (tabla II), y se ve subrayado por las estrategias educativas que incluyen material escrito a modo de manual para los pacientes.

Utilizando este método, el eccema atópico crónico puede remitir en cuatro o seis semanas. Normalmente, la inversión de hábitos no se requiere seguimiento. Las recaídas agudas responden de manera rápida al tratamiento tópico apropiado: la

Tabla II

Fases del método combinado

1. Registro para incrementar la consciencia.
 2. Instrucción para modificar la conducta.
 3. Seguimiento para mantener el cambio.
-

protección contra el riesgo de que vuelva a surgir el síndrome crónico se realiza facilitando instrucciones sobre cómo reaccionar activamente ante la enfermedad, junto con un análisis de las causas del síndrome crónico.

Por consiguiente, en el tratamiento del eccema atópico crónico, la inversión de hábitos no es un tratamiento que sirva por sí solo, del mismo modo que el uso solamente de emolientes y esteroides tópicos proporciona resultados insatisfactorios. La práctica clínica también ha destacado que se puede conseguir un mayor control de la enfermedad capacitando al paciente para que controle su propia enfermedad. Los cambios de actitud se relacionan con la mejora del pronóstico (Bridgett, 2000).

El uso de la inversión de hábitos tiene éxito en el tratamiento de adultos con eccema atópico, y en niños de 5 años en adelante (Norén y Melin, 1989b). Se ha desarrollado un programa adaptado para niños más pequeños (Bridgett y otros, 1996), en el que el papel de los padres como participantes en el programa del tratamiento resulta evidentemente esencial.

Aunque la utilización de la inversión de hábitos para el tratamiento del eccema atópico suele hacerse de forma individual, al igual que los tratamientos dermatológicos que son individualizados, existe la posibilidad de incorporar la técnica con éxito en formato de grupo. En un estudio realizado por Cole y cols. en 1998 se realizó psicoterapia de grupo con diez pacientes adultos afectados de eccema, que incluía una “formación alternativa de respuesta conductual”, además de su pauta habitual de medicación. Junto con una atención específica en la reducción de conductas autolesionadoras, todos los participantes recibieron también un entrenamiento en relajación. El grupo experimental sirvió como su propio grupo control en un periodo de 24 semanas, que consistió en un periodo de estudio previo de control de 12 semanas, seguido de una terapia de grupo semanal durante 12 semanas y un periodo de seguimiento de 1 mes. Los diez pacientes mostraron una reducción significativa de los síntomas objeto de estudio a medida que disminuía la frecuencia de rascado. Otra evidencia de que un formato de grupo resulta efectivo: Niebel y Welzel combinaron la utilización de un grupo control independiente y seguimiento durante un año en el formato con mejores resultados, no sólo para la inversión de hábitos o el entrenamiento en relajación, sino también en el entrenamiento en habilidades sociales y en control del estrés. Mientras otros habían intentado diferenciar la importancia relativa de la inversión de hábitos dentro de tal “paquete” de terapia de grupo (Ehlers y cols., 1995), no

fue posible demostrar que la inclusión de la inversión de hábitos con el entrenamiento en relajación y en el control del estrés mejorara el resultado: del mismo modo, los métodos psicológicos resultaron superiores frente al tratamiento estándar, con una reducción significativa del uso de esteroides tópicos.

La inversión de hábitos y otras enfermedades dermatológicas

Al resultar tan accesibles tanto la piel como sus anejos, y al formar parte de la naturaleza humana las rutinas del acicalamiento y la tendencia a la conducta habitual, cabe esperar el que la inversión de hábitos pudiera resultar útil en el tratamiento de una serie de enfermedades dermatológicas. Tras la presentación de la inversión de hábitos como complemento al tratamiento del eccema atópico en el Chelsea and Westminster Hospital, de Londres, ha habido casos clínicos en los que valorar la utilidad de la técnica para influir en el curso de otras enfermedades en las que el tocarse, frotrarse y rascarse la piel es fuente de problemas. Enfermedades tales como el prurigo nodular y el prurigo excoriado han mostrado una resistencia relativa a la inversión de hábitos, al igual que el liquen simple y otras enfermedades pruriginosas localizadas, tales como el prurito anal. Con otras enfermedades en las que el prurito no resulta tan dramático, como la excoriación neurótica y el acné excoriado, y con la conducta de no parar de tocarse que puede complicar algunas dismorfofobias cutáneas, la inversión de hábitos puede jugar un papel provechoso. Estas enfermedades son similares al eccema atópico crónico, en el que, de manera característica, los pacientes no atribuyen una proporción significativa del rascado al picor, sino a un hábito (Bridgett y Roberts, 1995; Bridgett, 2000).

Cuando se describió la inversión de hábitos por primera vez (Azrin y Nunn, 1973), se contaba con cuatro casos de morderse las uñas (onicofagia) y uno de arrancarse las pestañas (tricotilomanía), todos tratados con éxito. La utilidad de la inversión de hábitos en el tratamiento de la tricotilomanía ha sido descrita en casos clínicos recientes (Rapp y cols., 1998a, 1998b) y en un estudio controlado con placebo (Ninan y cols., 2000). La heterogeneidad de esta enfermedad explica la repetida necesidad de que la terapia conductual se combine con otras medidas psicológicas y con tratamientos farmacológicos (Ko, 1999; Diefenbach y cols., 2000).

Se comunicó el éxito a la hora de tratar un caso de excoriación neurótica con terapia conductual que incluía la inversión de hábitos (Welkowitz y cols., 1989). La efectividad de la técnica a la hora de controlar el acné excoriado se ve apoyada por la comunicación de un caso (Kent y Drummond, 1989) en el que una historia de 20 años de rascado persistente y excoriación sin prurito, sin estar complicada por un desorden psiquiátrico, remitió con terapia de inversión de hábitos durante cuatro semanas, con una mejoría mantenida durante un año. El éxito de algunos casos necesita ser contrastado con las dificultades presentadas en otros. Detrás de un diagnóstico dermatológico como el de un acné excoriado puede encontrarse una gran

variedad de psicopatologías. Se ha observado (Sneddon y Sneddon, 1983) que, para muchas personas con acné excoriado, el trauma autoinfligido constituye un “mecanismo de protección frente al fallo emocional”. Debería esperarse que la simple eliminación de un síntoma pueda hacer emerger una antigua inseguridad que requiera, entonces, una intervención más compleja. También se comunicó (Koblenzer, 1996) que los pacientes con excoriación neurótica “frecuentemente se muestran reacios a aceptar la naturaleza psiquiátrica de su desorden”. Se recomienda que, para tales pacientes, se ofrezca una serie de sesiones cortas, con el objeto de desarrollar una relación de confianza. Con el tiempo, se desarrollará la confianza suficiente para que la atención psiquiátrica tenga éxito. De manera alternativa, una psicopatología evidente (Arnold y cols., 1998) puede requerir que el dermatólogo considere el tratamiento psicofarmacológico.

Conclusión

Aquellas personas con eccema atópico cutáneo que hayan sido lo suficientemente afortunadas como para ser tratadas con éxito con la inversión de hábitos, indudablemente, estarían de acuerdo con la afirmación de que la terapia es “un hito en el tratamiento del eccema atópico (Norén, 1995)”. Norén consideraba que “el hecho de que se basa en ideas psicológicas evidentemente asusta a muchos dermatólogos, pero la inversión de hábitos se basa en el sentido común, no consume tiempo y, de hecho, resulta muy rentable”. Se ha señalado que (Kent y Drummond, 1989): “la simplicidad de las técnicas implica que pueden ser aprendidas por una gran variedad de trabajadores sanitarios sin ningún tipo de formación especializada en psicología o psiquiatría”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen KE, Harris FR, (1966): Elimination of a child's excessive scratching by training the mother in reinforcement procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 79-84.
2. Arnold LM, McElroy S L, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM, (1998): Characteristics of 34 Adults With Psychogenic Excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 509-514.
3. Azrin NH, Nunn RG, (1973): Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 619-628.
4. Bar LJ, Kuypers BRM, (1973): Behaviour therapy in dermatological practice. *British Journal of Dermatology*, 88, 591-598.
5. Beck AT, (1976): *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York.
6. Bernhard JD, (1994): Scratching. En *ITCH Mechanisms and management of pruritus*. (ed.J.D.Bernhard), pp. 91-102.McGraw-Hill,New York.
7. Bernhard JD, (1985): Does thinking itch? (letter) *Lancet*, 1: 589.

8. Bridgett C, (2000): Psychodermatology and Atopic Skin Disease - Helping Patients to Help Themselves in London 1989-1999. *Dermatology and Psychosomatics*, 1: 183-186.
9. Bridgett C, Norén P, Staughton R, (1996): *Atopic Skin Disease - A Manual for Practitioners*. Wrightson: Petersfield, U.K.
10. Bridgett C, Roberts N, (1995): Cognitive therapy of itch and scratch in atopic dermatitis- a review of 50 cases. *Proceedings of 6th International Congress on Dermatology and Psychiatry*, Amsterdam, The Netherlands.
11. Cataldo MF, Varni J W, Russo DC.,and Estes S A, (1980): Behavior therapy techniques in the treatment of exfoliative dermatitis. *Archives of Dermatology*, 116, 919-922.
12. Cole WC, Roth HL, Sachs LB, (1988): Group therapy as an aid in the treatment of eczema. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18, 286-291.
13. Diefenbach GJ, Reitman D, Williamson DA, (2000): Trichotillomania: a challenge to research and practice. *Clinical Psychology Review*, 20, 289-309.
14. Drummond L, (1996): Behavioural psychotherapy. En *An introduction to the psychotherapies* (ed. S. Bloch), pp. 137-166. Oxford University Press.
15. Dunbar R, (1996): *Grooming, Gossip and the Evolution of Language*. Faber and Faber, London.
16. Ehlers A, Stangier U, Gieler U, (1995): Treatment of Atopic Dermatitis: A Comparison of Psychological and Dermatological Approaches to Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 624-635.
17. Goldblum RW, Piper WN, (1954): Artificial lichenification produced by scratching machine. *Journal of Investigative Dermatology*, 22, 405-445.
18. Hobbs M, (1996): Short-term dynamic psychotherapy. En *An introduction to the psychotherapies* (ed. S. Bloch), pp52-83. Oxford University Press.
19. Frank JD, (1961): *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore.
20. Horne DJ de L, (1977): Behaviour therapy for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 192-196.
21. Horne,D.J.de L., White,A.E.,and Varigos,G.A. (1989). A preliminary study of psychological therapy in the management of atopic eczema. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 241-248.
22. Jordan JM, Whitlock FA, (1972): Emotions and the skin: The conditioning of scratch responses in cases of atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 86, 574-585.
23. Kennerley H, (1995): *Managing anxiety*. Oxford University Press.
24. Kent A, Drummond LM, (1989): Acne excoriée: a case report using habit reversal. *Clinical and Experimental Dermatology*, 14,163-164.
25. Ko SM, (1999): Under-diagnosed psychiatric syndrome.1: Trichotillomania. *Annals of the Academy of Medicine*, Singapore, 28, 279-281.
26. Koblenzer CS, (1996): Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Dermatological Clinics*,14, 447-455.
27. Melin L, Fredrikson T, Norén P, Swebilius BG,(1986): Behavioral treatment of scratching in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 115, 467-474.
28. Miltenberger RG, Fuqua RW, Woods DW, (1998): Applying behaviour analysis to clinical problems: review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 447-469.
29. Musaph H, (1983): Psychogenic pruritus. *Seminars in Dermatology*, 2, 189-196.
30. Naylor,P.F.D. (1955) The reaction to friction of patients with flexural eczema. *British Journal of Dermatology*, 115, 467-474.
31. Niebel G, Welzel C: (1992): Differential effectiveness of behavioural group training supporting dermatological standard treatments of adult outpatients with atopic dermatitis. *Second International Congress of Behavioural Medicine*, Hamburg, Germany.
32. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB, (2000): A placebo-control-

- lled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 47-50.
33. Norén P, Melin L, (1989a): The effect of combined topical steroids and habit-reversal treatment in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 121, 359-366.
 34. Norén P, Melin L, (1989): Treatment of atopic eczema in children with a combination of hydrocortisone cream and the habit reversal technique. *Second International Congress on Dermatology and Psychiatry*, Leeds, U.K..
 35. Norén P, (1995): Habit reversal: a turning point in the treatment of atopic dermatitis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 20, 2-5.
 36. Papadopoulos L, Bor R, (1999): *Psychological approaches to Dermatology*. The British Psychological Society, Leicester.
 37. Rapp JT, Miltenberger RG, Long ES, (1998a): Augmenting simplified habit reversal with an awareness enhancement device: preliminary findings. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 31, 665-668.
 38. Rapp JT, Miltenberger RG, Long ES, Elliot AJ, Lumley VA, (1998b): Simplified habit reversal treatment for chronic hair pulling in the adolescents: a clinical replication with direct observation. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 31, 299-302.
 39. Ratcliff RG, Stein NH, (1968): Treatment of neurodermatitis by behaviour therapy: a case study. *Behaviour Therapy and Research*, 6, 397-399.
 40. Rosenbaum MS, Ayllon T, (1981): The behavioural treatment of neurodermatitis through habit-reversal. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 313-318.
 41. Roth A, Fonagy P, (1996): *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Press, New York.
 42. Rubin L, (1949): Hyperkeratosis in response to mechanical irritation. *Journal of Investigative Dermatology*, 13, 313-315.
 43. Sarti MG, Cossidente A, (1984): Therapy in psychosomatic dermatology. *Clinics in Dermatology*, 2, 255-273.
 44. Sneddon J, Sneddon I, (1983): Acne excoriée: a protective device. *Clinical and Experimental Dermatology*, 8, 65-68.
 45. Stewart AC, Thomas S, (1995): Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *British Journal of Dermatology*, 132, 778-783.
 46. Troisi A, Belsanti S, Bucci AR, Mosco C, Sinti F and Verucci M, (2000): Affect Regulation in Alexithymia: An Ethological Study of Displacement Behaviour during Psychiatric Interviews. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 13-18.
 47. Walton D, (1960): The application of learning theory to the treatment of a case of neurodermatitis. En *Behaviour Therapy and Neuroses* (ed.H.J.Eysenck), pp 272-274, Pergamon Press, New York.
 48. Welkowitz LA, Held JL, Held AL (1989): Management of neurotic scratching with behavioural therapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 21, 802-4.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN DERMATOLOGÍA: SEGURIDAD E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS

J. Massana

ANTIDEPRESIVOS

Es una práctica habitual hoy en día asumir que, desde la aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRC), queda poco espacio para los antidepresivos tricíclicos e IMAO más antiguos¹.

La justificación de tal suposición descansa en el perfil de seguridad de estos fármacos diferentes. Ciertamente, el perfil de efectos secundarios de los ISRC es mucho más tolerable que el que presentaban tricíclicos e IMAO. Los nuevos fármacos como la nefazodona² y la mirtazapina³ se consideran mejor tolerados que estos últimos. Hasta la fecha, el inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina, reboxetina, ha demostrado un perfil de efectos secundarios intermedio entre el que presentan los ISRC y los tricíclicos⁴. Una revisión del perfil de seguridad e interacciones farmacológicas de los ISRC y de la venlafaxina (la venlafaxina se puede considerar un ISRC cuando se administra en dosis hasta 150 mg/día)⁵ es probable que demuestre hasta qué punto es cierta esta suposición generalmente aceptada.

SEGURIDAD (I)

Los ISRC se consideran, a menudo, como un grupo homogéneo. Sin embargo, la realidad es que está formado por fármacos sensiblemente distintos en su estructura, farmacocinética y farmacodinamia. Será bueno, entonces, revisar esta clase de fármacos de forma individualizada.

Fluvoxamina⁶

Semivida de eliminación: 15 horas.

Dosis terapéutica: 100-300 mg/día.

La hidroxicina actúa como un sedante muy útil y de doble efecto (antihistamínico y sedante) para la mayoría de los pruritos de precisión difícil en pacientes que en alguna ocasión han sufrido prurito acuagénico. Pero provoca excesiva somnolencia en un número demasiado elevado de pacientes adultos ambulatorios, para recetarlos de forma rutinaria como antihistamínico. Puede probarse si resulta eficaz como ansiolítico en enfermos con glaucoma, en los que las benzodiazepinas están contraindicadas.

Exceptuando algunos casos concretos, el mejor ansiolítico es aquel con el que el dermatólogo tiene mayor experiencia.

Eficacia: trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, otros trastornos de ansiedad. Fobia social. Probablemente es el mejor ISRC para el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC).

Efectos adversos: náuseas, vómitos, sequedad de boca, ansiedad, somnolencia, cefaleas, sudoración.

Comentario

La fluvoxamina es un buen antidepresivo, con una excelente actividad en los TOC. Con respecto a sus efectos secundarios, es el que causa con mayor frecuencia molestias gastrointestinales.

Fluoxetina⁷

Semivida de eliminación: 16 días.

Dosis terapéutica: 20-80 mg/día.

Eficacia: igual que la fluvoxamina.

Efectos adversos: ansiedad, nerviosismo, insomnio, diarrea, náuseas, cefaleas.

Comentario

La fluoxetina es el ISRC que causa mayor incidencia de ansiedad y nerviosismo. Por tanto, en la mayoría de los casos será prudente comenzar el tratamiento con dosis bajas (2,5-5 mg/día) o asociar un ansiolítico durante los primeros días de tratamiento.

La prolongada semivida de la fluoxetina (en particular de su metabolito norfluoxetina) tiene sus ventajas y sus desventajas. Para el paciente, es una ventaja sacar partido de esta característica, al tomar el comprimido en días alternos e incluso, una vez a la semana. Por otro lado, esta semivida prolongada supone un problema cuando se cambia a otro antidepresivo, en particular a un IMAO. En tales casos, la nueva medicación deberá iniciarse cinco semanas después de interrumpir la administración de la fluoxetina.

Por último, la fluoxetina es el ISRC con menor potencial de convulsiones. Algunos datos llegan a sugerir que el fármaco podría tener propiedades anticonvulsionantes⁸. Recientemente se han lanzado ensayos clínicos que utilizan el enantiómero R de la fluoxetina. Si se obtuvieran resultados positivos, es probable que el nuevo fármaco fuese eficaz en dosis más bajas y que presentasen significativamente menos efectos adversos.

Paroxetina⁹

Semivida de eliminación: 21 horas.

Dosis terapéutica: 20-60 mg/día.

Eficacia: igual que la fluvoxamina.

Efectos adversos: la paroxetina es el ISRC que presenta los máximos efectos anticolinérgicos. Por tanto, es de esperar la aparición de sequedad de boca, sudoración, estreñimiento, visión borrosa y el perfil “normal” de efectos secundarios de los ISRC: cefaleas, somnolencia, insomnio, temblores, etc.

Comentario

La paroxetina se tolera habitualmente bien, pero es probablemente el ISRC que los pacientes abandonan con mayor frecuencia. Entre las quejas más molestas, se citan los temblores, la somnolencia, la sudoración y el insomnio. Además, se ha asociado la interrupción del tratamiento con paroxetina con importantes reacciones de abstinencia. En consecuencia, se recomienda encarecidamente proceder a la retirada gradual y cuidadosa del fármaco¹⁰.

Sertralina¹¹

Semivida de eliminación: 26 horas.

Dosis terapéutica: 50-200 mg/día.

Eficacia: igual que la fluvoxamina.

Efectos adversos: cefaleas, náuseas y, en algunos casos, insomnio, son los principales efectos secundarios descritos por los pacientes durante el tratamiento con sertralina.

Comentario

La sertralina es el ISRC que producirá la menor inhibición de la recaptación de dopamina y, en consecuencia, es el fármaco de primera línea que se administrará en pacientes con enfermedad de Parkinson o con mastopatía fibroquística.

Además, la sertralina es el ISRC con menor capacidad para inhibir el sistema CYP 450 2D6, con un riesgo mínimo de interacciones farmacológicas. Su eliminación no se ve afectada por la edad y, en consecuencia, es un fármaco excelente para utilizar en ancianos y pacientes con polifarmacia.

Citalopram¹²

Semivida de eliminación: 33 horas.

Dosis terapéutica: 20-60 mg/día.

Eficacia: igual que la fluvoxamina.

Efectos adversos: somnolencia, temblores e insomnio son las quejas más habituales en los pacientes tratados con citalopram. Con frecuencia se describen también cefaleas y molestias gastrointestinales.

Para enfermos hepáticos, el lorazepam resulta el ansiolítico de elección, por cuanto es el menos hepatotóxico.

El preparado comercial Deanxit® a base de dosis mínimas de melitracen-fluopentixol constituye un ansiolítico muy recetado por médicos no psiquiatras. Estos especialistas tienen de él una opinión comparable a la que los dermatólogos tenemos por las cremas “perdigonada” (que contienen un corticoide, un antibiótico, un antifúngico y un antibacteriano). En su lugar, los psiquiatras recomiendan usar clorazepato dipotásico, pero, incluso a dosis muy reducidas, éste provoca excesiva somnolencia en mis pacientes.

Comentario

El citalopram es el ISRC que inhibe más selectivamente la recaptación de la serotonina (5-HT). Su capacidad de interacción es muy baja, incluso con el alcohol, y es muy adecuado para pacientes con polifarmacia.

Se están desarrollando en la actualidad estudios en fase 3 para valorar la eficacia del enantiómero S del citalopram. Su uso podría resultar beneficioso, ya que la dosis necesaria se reduciría mucho, y es de esperar que también se reducirá su perfil de efectos secundarios.

Venlafaxina⁵

Semivida de eliminación: 4-10 horas.

Dosis terapéutica: 75-375 mg/día.

Eficacia: igual que la fluvoxamina.

Efectos adversos: náuseas, insomnio, somnolencia, sudoración, cambios de la presión arterial (hipertensión).

Comentario

La venlafaxina no es un ISRC puro. De hecho, se trata de un antidepresivo doble; es decir, inhibe la recaptación de serotonina y también de la noradrenalina. Sin embargo, se comporta como un ISRC cuando se administra a dosis menores de 150 mg/d.

SEGURIDAD (II)

Efectos secundarios comunes a todos los ISRC que pueden tener relevancia clínica

Lo que hemos visto hasta este momento tiene que ver con el perfil “normal” de efectos secundarios de los ISRC. La comparación con otros antidepresivos hace que los ISRC sean los fármacos de primera línea que se utilizan en otras especialidades médicas, aparte de la psiquiatría (como la dermatología). Sin embargo, hay otros efectos secundarios comunes a todos los ISRC que les convierten en fármacos quizá no tan seguros como las estrategias de marketing nos han hecho creer a todos.

Disfunción sexual

Hasta un 35-50% de todos los pacientes que toman un ISRC refieren un deterioro de su funcionalidad sexual. Teniendo en cuenta que los antidepresivos se pres-

criben como tratamiento a largo plazo (9-12 meses e, incluso, mayor), este efecto secundario tan inquietante puede amenazar el cumplimiento del tratamiento¹³.

Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH)

Este síndrome aparece en las primeras fases del tratamiento, y es más frecuente en los pacientes ancianos que en los más jóvenes. El cuadro clínico se caracteriza por letargo, anorexia, vómitos, delirios, coma e hiponatremia. El letargo y la hiponatremia son los principales signos de alarma. Después de interrumpir la administración del fármaco, la hiponatremia se resuelve en 1-2 semanas. Se vigilarán los cambios electrolíticos en los pacientes ancianos durante el primer mes de tratamiento¹⁴.

Síndrome del lóbulo frontal

Se ha encontrado que, después de unas semanas o meses de tratamiento, algunos pacientes que reciben ISRC desarrollan un síndrome de apatía, afectividad plana, pérdida de la iniciativa y, en algunos casos, desinhibición, recordando el patrón del síndrome clásico del lóbulo frontal. El mecanismo que subyace en este síndrome podría estar relacionado con la capacidad de la serotonina para disminuir la actividad de la dopamina en algunas regiones del cerebro, pero se necesitan más investigaciones antes de poder tener un cuadro completo de la situación¹⁵.

Aumento del riesgo de hemorragias gastrointestinales altas en pacientes que toman ISRC

Se ha descrito que los ISRC aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal alta hasta tres veces con respecto grupo control. La administración concomitante de fármacos antiinflamatorios no esteroideos aumentará aún más el riesgo, hasta en 15 veces.

No se han encontrado evidencias de perforación por úlceras.

En la mayoría de los casos, los pacientes presentan trastornos hemorrágicos leves, como púrpura, epistaxis, equimosis o prolongación del tiempo de hemorragia, pero se han descrito con menor frecuencia otros casos de afectaciones más graves, como hemorragias gastrointestinales, genitourinarias o intracraneales.

El mecanismo de este efecto secundario podría estar relacionado con el papel de la serotonina en el proceso de agregación plaquetaria¹⁶.

Inspectores oficiales farmacéuticos visitan periódicamente las oficinas de farmacia. Puesto que el farmacéutico ha entregado, para su financiación económica, las recetas con psicotropos de la Seguridad Social, estos funcionarios controlan las recetas privadas de psicofármacos. Si deseamos realmente que un paciente se trate durante 6 ó 9 meses con un psicotropo, hay que proveerle del número suficiente de recetas.

El antidepresivo de elección para un paciente en el que no estemos seguros de que va a abstenerse de la ingesta de alcohol es el citalopram.

Interacciones farmacológicas

Hablando en términos generales, la mayoría de las interacciones farmacológicas de los ISRC están mediados a través del sistema CYP450. La relevancia clínica de estas interacciones es habitualmente muy baja, pero es obligatorio recordar las más importantes.

En consecuencia, los ISRC no se deberían administrar simultáneamente con los determinados fármacos antihistamínicos no sedantes, como la terfenadina y el astemizol. Esta asociación puede prolongar el intervalo QT y dar lugar a peligrosas arritmias, incluso la fatal torsades de pointes. La cisaprida comparte los mismos riesgos.

Asimismo, conviene recordar que estos fármacos pueden aumentar los niveles plasmáticos de anticoagulantes, como la warfarina y el acenocumarol, los antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, anticonvulsionantes similares a la fenitoína, antiarrítmicos del tipo flecainida y varias benzodiazepinas.

Por otro lado, la administración simultánea de los inhibidores de la proteasa (como el ritonavir) puede aumentar los niveles plasmáticos de los ISRC.

Los analgésicos opiáceos del tipo tramadol pueden aumentar el riesgo de convulsiones.

Por último, no se administrarán los ISRC junto a los IMAO, debido al riesgo de presentar un síndrome serotoninérgico. Asimismo, la administración simultánea de triptanos se realizará con cautela hasta que se disponga de mayor información al respecto¹⁷.

Conclusiones

Los ISRC son los antidepresivos más adecuados para ser utilizados en entornos no psiquiátricos, como son los centros de atención primaria o las especialidades como la dermatología. El uso cada vez mayor de estos fármacos, sin embargo, obliga al médico a familiarizarse con sus efectos secundarios que, aunque no son demasiado frecuentes, pueden llegar a ser peligrosos o muy molestos para el paciente.

No obstante, algunos casos no responderán a los ISRC y, en consecuencia, se deberá utilizar otro tipo de antidepresivos (la respuesta terapéutica debe presentarse antes de las ocho semanas). Los tricíclicos, los IMAO e, incluso, la reboxetina pueden resultar útiles en algunos casos, en los cuales sería mejor remitir el paciente al psiquiatra.

ANSIOLÍTICOS

Hablando en términos generales, los ansiolíticos que se utilizan hoy en día son las benzodiazepinas (BZD). Las ciclopirrolonas (zopiclone) e imidazopiridinas (zol-

pidem) se pueden considerar a todos los efectos como benzodiazepinas, ya que su mecanismo de acción afecta al mismo receptor.

Otras sustancias poseen un poder más o menos ansiolítico, pero su uso es mucho menor. La clonidina, los antihistamínicos, los betabloqueantes y la buspirona pueden resultar útiles en algunos casos, pero su administración está lejos de ser generalizada. Todas las benzodiazepinas comparten los mismos efectos: ansiólisis, relajación, sedación y efecto anticonvulsionante. Sus diferencias se centran, principalmente en la farmacocinética, con excepción de las triazolobenzodiazepinas, que pueden compartir algunas propiedades especiales.

SEGURIDAD (I)

El perfil de los efectos secundarios de las BZD muestra uno de los mejores índices beneficio/riesgo de la farmacología médica. Carecen de potencial letal, incluso en caso de sobredosis, a menos que se administren con otros fármacos depresores.

Los efectos secundarios “normales” son: somnolencia, sedación, amnesia anterógrada, cansancio, debilidad, deterioro psicomotor, ataxia, caídas y confusión. Asimismo, se han descrito algunos casos de reacciones paradójicas y desinhibición. La somnolencia, el soporte y la sedación tienden a desaparecer en pocos días, y los problemas amnésicos raramente son importantes. La ataxia, las caídas y la confusión son más probables en los ancianos. En estos casos, será obligatorio seguir la regla “empieza bajo y ve despacio”, iniciando el tratamiento con la mitad de la dosis recomendada en la población de adultos.

En cualquier caso, el tratamiento con BZD debería comenzar siempre con la dosis más baja y siguiendo un cuidadoso procedimiento de ajuste posológico.

Prácticamente, todas las BZD comparten el mismo potencial ansiolítico en la dosis apropiadas. Las diferencias entre ellas se relacionan con su capacidad específica de tratar los distintos trastornos. Así, el lorazepam presenta el mayor potencial amnésico y, por tanto, será más adecuado en aquellas situaciones en las que se recomienda el olvido (como procedimientos diagnósticos como la colonoscopia, etc.). Por otro lado, el clonazepam presenta un potencial anticonvulsionante, antipánico y antimaniaco bastante bueno. El alprazolam es el fármaco de elección en los trastornos de pánico, y el clobazam es uno de los mejores para el tratamiento de la ansiedad de la vida cotidiana¹⁸. Pero la ansiedad, como alteración general que subyace en muchos estados médicos, o que los exacerba, se puede tratar con cualquier otro fármaco entre la gran cantidad de BZD disponibles, siempre que se ajuste la dosis, se controlen los efectos secundarios y se vigile estrechamente la respuesta de cada paciente. Las compañías farmacéuticas y algunos autores tienden a poner de manifiesto la importancia del parámetro de la semivida de eliminación para predecir la respuesta en un paciente dado.

En los trastornos obsesivos compulsivos, los medicamentos de elección, la clomipramina y la fluoxetina aportan beneficio en más del 50% de los casos. En esta indicación, la fluoxetina tiene que ser usada a dosis más altas de las habituales (de 40 a 60 mg/d). Algunos de estos enfermos acuden a nosotros porque su estado les induce a obsesionarse por cualquier alteración, real o supuesta, de su piel. Resultan siempre difíciles y pesados.

En el tratamiento por parte de los psiquiatras de los trastornos con componente esquizofrénico, los dos psicótropos más usados habían sido, y aún son, la trifluoperazina (Eskazine®) y el haloperidol (Syntex Latino). Este último se suele recetar en psicosis con gran estado de excitación, mientras que el primero se emplea en pacientes excesivamente desinteresados. No son medicamentos para nosotros, como tampoco lo son los enfermos tratados con ellos.

Pero, de hecho, la utilidad de considerar la semivida como un factor relevante es muy dudosa. Por ejemplo, pensemos en el alprazolam: la semivida de la dosis convencional de este fármaco es de 12 horas, pero sus efectos terapéuticos no duran más allá de las 6 horas. Por otro lado, el alprazolam de liberación sostenida comparte la misma semivida, pero sus efectos duran 12 horas. En consecuencia, la semivida no nos dice nada sobre la duración real de sus efectos biológicos. A este respecto, son más relevantes otros parámetros farmacocinéticos: la velocidad de absorción o el volumen de distribución.

Las posibles diferencias farmacocinéticas entre las distintas BZD pueden ser más importantes en poblaciones especiales, como los ancianos o las personas con hepatopatías. Las BZD se pueden dividir en dos grupos según sus vías metabólicas. En el primer grupo, se incluirán aquellos fármacos que se metabolizan por procesos oxidativos (hidroxilación, desmetilación y desalquilación), para activar metabolitos que después son inactivados. La mayor parte de las BZD pertenecen a este grupo y su uso en los sujetos de edad o con insuficiencia hepática puede causar el aumento de los niveles plasmáticos y una toxicidad conductual.

El segundo grupo sufre un proceso de glucuronización en el que no se producen metabolitos activos. A este grupo pertenecen fármacos como el lorazepam, el temazepam y el oxazepam, y se consideran los fármacos de elección en ancianos y pacientes con hepatopatías^{19,20}.

El sexo puede tener algunos efectos sobre la farmacocinética de las BZD, aunque su importancia es dudosa desde el punto de vista clínico. De esta forma, las mujeres pueden eliminar más rápidamente que los varones algunos fármacos, como el diazepam²¹, el clorazepato y el prazepam²².

La administración de dosis repetidas de BZD puede conducir a la acumulación del fármaco, aumentando el riesgo de efectos secundarios. Es obligatorio proceder a la vigilancia conductual y al ajuste de las dosis durante el seguimiento de todos los pacientes que reciban estos fármacos, en particular de los ancianos²³.

SEGURIDAD (II). ABUSO Y DEPENDENCIA

Ciertamente, la principal preocupación que deriva del tratamiento con BZD es la posible aparición de una dependencia fisiológica y, en consecuencia, la posibilidad de un síndrome de abstinencia. En las últimas dos décadas se ha realizado una enorme campaña contra el uso de las BZD en el campo del tratamiento psicofarmacológico. Por desgracia, la mayoría de los argumentos son más emocionales que objetivos, recordando más las características de una “cruzada moral” que las de una controversia científica.

Podríamos resumir los datos científicos existentes sobre este tema:

1. En primer lugar, no todas las BZD son fármacos de abuso para los pacientes que los necesitan desde un punto de vista médico. En realidad, son

objeto de abuso por aquellas personas que pertenecen a la categoría de abusadores de sustancias (laxantes, analgésicos) o de personas adictas a otras sustancias (como heroína, alcohol, etc.)²⁴. En consecuencia, las BZD *nunca deberán prescribirse* a pacientes con historia personal o familiar de adicción a fármacos²⁵. Las personas tratadas por trastornos de ansiedad nunca abusan, ni siquiera llegan a aumentarse la dosis. Por contrario, tienden a reducir las cantidades prescritas, comportamiento que no siempre redundan en un claro beneficio para ellos²⁶.

2. Las BZD pueden producir dependencia fisiológica, pero la importancia de este hecho ha sido claramente exagerada, tal como ha señalado Hindmarch²⁷. Allgulander²⁸ describió que el 2% de los usuarios de benzodiazepinas en Suecia presentaban problemas de abuso y dependencia y, en consecuencia, el restante 98%, no. Como el 2,9% de los suecos son usuarios “regulares” de BZD, significa que la dependencia es un problema que afecta exactamente al 0,058% de la población (;).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la dependencia se define como la incapacidad para interrumpir la toma de un fármaco debido a la presencia de síntomas de abstinencia. Es importante distinguir entre dependencia y adicción. Un paciente que toma benzodiazepinas durante un año o más puede tener dependencia, pero no ser adicto. En este sentido, Rickels y cols.²⁹ publicaron que el 43% de los pacientes presentarían problemas al abandonar el tratamiento si tomaban el fármaco durante un periodo de ocho meses, mientras que estos sólo se presentarían en el 5% de los pacientes que toman el fármaco durante un periodo menor de tiempo. En un gran grupo de pacientes tratados con diazepam o lorazepam durante un periodo medio de 3,5 años se observaron síntomas de abstinencia entre un tercio y la mitad de los pacientes, dependiendo de los criterios utilizados para definir el síndrome³⁰. Los pacientes deberían ser conscientes de que pueden presentar problemas cuando se interrumpe la administración de las benzodiazepinas, pero que esto no significa que se hayan convertido en drogadictos; más bien, podría interpretarse como un fenómeno frecuente que se produce con muchos fármacos. Efectivamente, los antidepresivos tricíclicos, los ISRC, los IMAO y los esteroides muestran fenómenos de abstinencia. Además, los problemas producidos al interrumpir el tratamiento no necesariamente reflejan la dependencia, sino que pueden deberse también al rebote o a la recidiva. Hay que saber que muchos trastornos de la ansiedad son estados crónicos y que, en consecuencia, la recidiva cuando se interrumpe la administración de la medicación es bastante frecuente³¹.

3. De cualquier modo, la posibilidad de un fenómeno de abstinencia o de rebote sugiere la necesidad de un abordaje cuidadoso cuando se interrumpe tratamiento con BZD. Claramente, la interrupción brusca del tratamiento supone una mala práctica médica. Cuando se utiliza una reducción con-

Enfermos ansiosos y con un cierto grado de glaucoma, en los que las benzodiazepinas están contraindicadas, pueden beneficiarse de los efectos secundarios tranquilizantes de la hidroxicina.

Todos los antidepresivos ISRS facilitan, como efecto secundario, hemorragias digestivas altas. Cuando se asocian a antiinflamatorios no esteroideos, el riesgo es mucho mayor.

servadora y gradual de la dosis, el riesgo de los síntomas de abstinencia se elimina o se reduce al mínimo.

4. ¿Cuáles son los riesgos de tomar indefinidamente BZD? Tal como hemos mencionado anteriormente, muchos trastornos de ansiedad son estados crónicos, por lo que se puede esperar que una cantidad importante de personas pueda tomar BZD durante el resto de sus vidas. ¿Se encuentran en una situación peligrosa? Un primer estudio realizado por Lader³² mostró alteraciones en los escáneres CT de los usuarios a largo plazo, pero los últimos datos más recientes no apoyan esta afirmación³³⁻³⁶. Por el contrario, el uso a largo plazo de BZD ha demostrado ser seguro y eficaz.

Interacciones farmacológicas

El general, la administración de BZD es segura cuando se combinan con otros fármacos, pero hay que recordar que pueden aumentar la toxicidad del alcohol, los narcóticos y otros represores del SNC. Particularmente peligrosa parece la combinación con el antipsicótico clozapina (por parada cardiorrespiratoria). En resumen, las principales interacciones que se pueden observar son las siguientes:

1. El valproato sódico y los ISRC aumentan los niveles de benzodiazepinas.
2. Los antibióticos macrólidos aumentan los niveles de triazolam y midazolam.
3. Los antimicóticos (ketoconazol) pueden aumentar los niveles de triazolam, midazolam y alprazolam hasta niveles tóxicos.
4. La carbamazepina disminuye los niveles de BZD.
5. Los pacientes que toman omeprazol, cimetidina, los ancianos y aquellos que presentan insuficiencia hepática podrán recibir benzodiazepinas cuyo proceso metabólico consista en la glucuronización.
6. La administración simultánea de BZD y fármacos anticolinérgicos puede aumentar el deterioro cognitivo.

CONCLUSIONES

Hasta aquí, esta revisión indica que las BZD son fármacos ansiolíticos seguros y eficaces, y sus riesgos son mínimos cuando se comparan con el resto de los fármacos psicoactivos. La dependencia no debería constituir un problema importante, a pesar de las preocupaciones públicas y sanitarias que plantea. Las benzodiazepinas son fármacos realmente “cristianos”, porque pueden aliviar la miseria humana a un bajo coste. El alivio de la miseria humana debería ser el principal objetivo de la práctica médica, y la idea de que la dependencia de las BZD es similar a la que se observa con la heroína o el alcohol carece, simplemente, de base.

Los esfuerzos realizados para encontrar un sustituto a este tipo de fármacos no han tenido éxito hasta hoy.

Es cierto que los ISRC también son fármacos ansiolíticos, pero sus efectos secundarios son bastante más peligrosos que el riesgo de dependencia. Las medicinas alternativas generan con frecuencia bastantes riesgos y peligros para la salud y economía del paciente. Por tanto, las BZD continuarán conformando una excelente clase de fármacos y su prescripción racional permitirá que los pacientes superen el dolor y la ansiedad de la enfermedad humana³⁷. Por último, aquellos que pidan, demanden o ansíen recibir métodos naturales (hierbas y plantas) en su tratamiento médico quizá se sientan cómodos al saber que las benzodiazepinas también se encuentran en la planta de la patata³⁸.

ANEXO

El uso de los fármacos antipsicóticos en dermatología no está justificado. Es cierto que se utilizan en los denominados “delirio de parasitosis”, o síndrome de Ekböm, pero este cuadro consiste en una enfermedad psiquiátrica que debería conseguir que los dermatólogos evitaran el riesgo de utilizar esta clase de fármacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schatzberg AF, Nemeroff CB: Textbook of Psychopharmacology. American Psychiatric Press. 1995. Washington D.C.
2. Robinson DS, Roberts DL y cols.: The safety profile of Nefazodone. *J Clin Psychiatry* 57 1996; (suppl 2):31 -38.
3. Kehoe WA, Schorr RB: Focus on mirtazapine. *Formulary* 1996; 31:455-469.
4. Massana J, Möller HJ, Burrows GD y cols.: Reboxetine: a double-blind comparison with fluoxetine in major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14 (2):73-80.
5. Academic highlights: venlafaxine: a new dimension in antidepressant pharmacotherapy. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:119-126.
6. Grimsley SR, Jann MW: Paroxetine, sertraline and fluvoxamine: new selective serotonin reuptake inhibitors. *Clinical Pharmacy* 1992; 11:930-957, 1992.
7. Wernicke JF: The side-effect profile of fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1985; 46:5967.
8. Favale E, Rubino V y cols.: Anticonvulsant effect of fluoxetine in humans. *Neurology* 1995; 45:1926-1927.
9. DeWilde J, Spiers R, Mertens C y cols.: A double-blind comparative, multicentre study comparing paroxetine with fluoxetine in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87:141-145.
10. Barr LC, Goodman WK y cols.: Physical symptoms associated with paroxetine discontinuation (letter). *Am J Psychiatry* 1994; 151:289.
11. Aguglia E, Casacchia M, Cassano GB y cols.: Double-blind study of the efficacy and safety of sertraline vs fluoxetine in major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8:197-202.
12. Rudorfer MV, Menji HK, Porter WZ: Comparative tolerability profiles of the newer vs older antidepressants. *Drug Saf* 1994; 10:18-46.

En el último decenio, diferentes autores han descrito trastornos hemorrágicos en pacientes tratados con antidepresivos ISRS. Algunos de ellos presentaban una alteración de la agregación plaquetaria compatible con un defecto de la liberación de serotonina. Los ISRS interfieren con la agregación plaquetaria. Los pacientes tratados con ISRS, tienen un riesgo de hemorragia digestiva 2,6 veces superior a los que no se tratan con ellos. Si los ISRS se asocian a antiinflamatorios no esteroideos, el riesgo de hemorragia es 25 veces superior. Cabe aceptar que con los antiagregantes plaquetarios el riesgo puede ser también alto.

13. Preskom SH: Comparison of the tolerability of bupropion, fluoxetine, imipramine, nefazodone, paroxetine, sertraline and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (suppl. 6) 12-21.
14. Goldstein L, Barker M y cols.: Seizure and transient SIADH associated with sertraline (letter). *Am J Psychiatry* 1996; 153:732
15. Hoehn-Saric R, Harris J y cols.: A fluoxetine-induced frontal lobe syndrome in an obsessive-compulsive patient. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:131-133.
16. De Abajo FJ, García Rodríguez Lay cols.: Association between SSRIs and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *Br Med J.* 1999; 319:1106-1109.
17. Ciraulo DA, Shader R y cols.: Drug Interactions in Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995.
18. Hindmarch I, Stonier PD, Trimble MR, eds.: Clobazam, human psychopharmacology and clinical applications International Congress and Symposium Series no 74. Royal Society of Medicine Press, Londres, 1983.
19. Reidenberg MM, Mevy M, Warner H y cols.: Relationship between diazepam dose, plasma level, age and central nervous system depression. *Clin Pharmacol Ther* 1978; 23:371-374.
20. Baskin SI, Esdale A: Is chlordiazepoxide the rational choice among benzodiazepines? *Pharmacotherapy* 1982; 2:110-119.
21. Greenblatt DJ, Allen MD, Hormatz J y cols.: Diazepam disposition determinants. *Clin Pharmacol Ther* 1980; 27: 301-312.
22. Shader IR, Greenblatt DJ, Ciraulo DA y cols.: Effect of age and sex on disposition of desmethyl diazepam formed from its precursor clorazepate. *Psychopharmacology* 1981; 75:193-197.
23. Thompson TL, Moran MG, Nies AS: Drug therapy: Psychotropic drug use in the elderly, part 1. *N Engl J Med* 1983; 308: 134-138.
24. Schweizer E, Rickels K, Uhlenhuth EH: Issues in the long-term treatment of anxiety disorders, in *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Bloom FE, and Kupfer DJ (eds.): Raven, Nueva York, 1995, 13491 359.
25. Ciraulo DA, Sarid-Segal O, Knapp C y cols.: Liability to alprazolam abuse in daughters of alcoholics. *Am J Psychiatry* 1996; 153:956-958.
26. Massana J: Apuntes de Psicofarmacología en Atención Primaria. Aula Médica. Madrid, 1998.
27. Hindmarch I: Biological and pharmacological aspects of the actions of benzodiazepines, in *Update of the use of benzodiazepines in general practice*. G. Bjorling (ed.): The Royal Society of Medicine Press 1998, London, 19-24.
28. Allgulander C: Addiction on prescribed sedative-hipnotics. *Human Psychopharmacology* 1996; 2:49-54.
29. Rickels K, Schweizer E, Csanalosi Y y cols.: Long-term treatment of anxiety and risk of withdrawal. *Arch gen Psychiatry* 1988; 45:444-450, 1988.
30. Tyrer P, Rutherford D, Huggett T: Benzodiazepine withdrawal symptoms and propranolol. *Lancet* 1981; 1:520-522.
31. Massana J: Clinical use of benzodiazepines in general practice, in *Update on the use of benzodiazepines in general practice*, G. Bjorling (eds.): The Royal Society of Medicine Press 1998. London, 25-28.
32. Lader M: Summary and commentary. En: Usdin E, Skolnik P, Tallman JF *Pharmacology of Benzodiazepines*. New York, Macmillan 1982, 53-60.
33. Lucki I, Rickels K, Geller AM: Chronic use of benzodiazepines and psychomotor and cognitive test performance. *Psychopharmacol* 1986; 88:426-433.
34. Moller HJ: Effectiveness and safety of benzodiazepines. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:(6 suppl 2) p2S-11 S.
35. Uhlenhuth EH, Balter MB, Ban T y cols.: Trends in recommendations for the pharmacotherapy of anxiety disorders by an international expert panel. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999; 9 (Suppl 6) pS393-398.

36. Busto UE, Bremner KE, Knight K y cols.: Long-term benzodiazepine therapy does not result in brain abnormalities. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20:2-6.
37. Rational Use of Benzodiazepines. En: Programme on Substance Abuse. World Health Organization, 1996.
38. Kavvadias D, Abou-MandourM, Czygan FC y cols.: Identification of benzodiazepines in *Artemisia dracuncululus* and *Solanum tuberosum* rationalizing their endogenous formation in plant tissue. *Biochem Biophys Res Commun* 2000; 269(1): 290-295.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS

J. A. Cotterill

INTRODUCCIÓN¹⁻⁵

El dermatólogo trata con frecuencia a sus pacientes con medicación tópica. Afortunadamente, la medicación tópica produce poca morbilidad psiquiátrica. Sin embargo, el tratamiento oral se puede asociar a problemas más profundos.

Como dermatólogo, es importante recordar el concepto de que el médico puede ser considerado un fármaco y, en pacientes individuales, puede haber una infradosificación o sobredosificación o, incluso una reacción idiosincrática al fármaco, “médico”.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INDUCIDOS POR LA MEDICACIÓN TÓPICA

Aunque la piel es una barrera muy buena, medicamentos suficientemente potentes se pueden absorber y causar problemas psiquiátricos significativos. Así, se ha comunicado el caso de un varón que se aplicó dietiltoluamida al 70%, el repelente de insectos más común, inmediatamente antes de una sauna y desarrolló una psicosis maniaca aguda dos semanas después¹.

Los organofosforados se absorben también bien a través de la piel humana y pueden, incluso, originar una intoxicación fatal. Esto era bien conocido por el South African Civil Corporation Bureau, que planeó el asesinato de los oponentes al *apartheid*. Posiblemente más de 500 personas fueron asesinadas por este curioso Bureau, y la mitad de ellos, por envenenamiento. El único superviviente conocido de este armamento de organofosforados, al que probablemente se le echó el veneno en las ropas, desarrolló numerosos síntomas, como náuseas, vómitos, diarrea y debilidad, y precisó varios ingresos hospitalarios, durante los cuales se realizó el diagnóstico inicial erróneo de síndrome de estrés postraumático. Investigaciones posteriores confirmaron el diagnóstico de intoxicación por organofosforados. Aunque no es probable que ningún dermatólogo aplique organofosforados a la piel, existe la posibilidad de que se pueda inducir una enfermedad psiquiátrica por esta vía².

Nunca he tenido que detener un tratamiento con isotretinoína por problemas hepáticos o por dislipidosis. En cambio, varias veces he debido hacerlo por trastorno depresivo-medicamentoso.

FOBIA ESTEROIDEA TÓPICA

Una proporción significativa de pacientes y una proporción significativa de los padres de niños, especialmente la madre, sufren el problema de la fobia esteroidea tópica. Estos individuos siempre están bien informados y han leído en revistas y recibido datos de Internet sobre el hecho de que los esteroides tópicos son peligrosos. Todas las explicaciones sobre el uso seguro de esteroides tópicos se encuentran con una firme resistencia, y el resultado es la falta de cumplimiento. La madre luego suele recurrir a la medicina alternativa, que puede incluir remedios de herbolario con riesgo potencial, aunque bajo, de muerte por insuficiencia hepática o renal.

MEDICACIÓN ORAL QUE INDUCE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

Tratamiento con glucocorticoides

Se debe tener mucho cuidado al prescribir glucocorticoides en pacientes con antecedentes médicos, o enfermedad médica actual, de trastorno maniaco depresivo. Puede provocarse una exacerbación intensa de la enfermedad. Es importante comentar el tratamiento con el psiquiatra del paciente antes de utilizar este tratamiento en este grupo de pacientes.

Antipalúdicos

Tanto los antipalúdicos como la dapsona pueden inducir psicosis³.

También se ha descrito psicosis inducida por aciclovir en pacientes con deterioro de la función renal⁴.

Interferones⁵

El interferón alfa puede producir depresión grave. El interferón gamma-1b, utilizado para tratar la enfermedad granulomatosa crónica, no tiene este problema, aunque no se debe administrar este fármaco a personas con antecedentes médicos de depresión y/o tendencia suicida.

El interferón-beta-1b puede producir depresión grave y tendencia suicida. Se puede producir depresión por el uso de interferón-alfa-2b, que se puede usar para tratar el sarcoma de Kaposi relacionado con el sida y las verrugas recalcitrantes (condilomas acuminados). Se puede ver depresión después del tratamiento con interferón-alfa-2a, que se puede usar para tratar el sarcoma de Kaposi relacionado con el sida.

EL DERMATÓLOGO COMO FÁRMACO

Algunos pacientes se habitúan o se hacen adictos a algunos dermatólogos. Es importante tratar de evitar por todos los medios este resultado de la consulta. Incluso, el dermatólogo de trato más cuidadoso puede inducir un estado de depresión reactiva profunda cuando tiene que decir, por ejemplo, a una madre joven, de treinta y pocos años, que tiene un melanoma maligno que ya se ha extendido a distancia.

Una de las experiencias más tristes de la carrera del autor fue la muerte de uno de sus pacientes, un operario de vías de tren retirado, que se suicidó arrojándose delante de un tren. El autor había cuidado al paciente durante más de veinte años, puesto que tenía una psoriasis amplia y difícil y, tras la muerte de su esposa, su enfermedad empeoró mucho, precisando asistencia diaria en los baños de psoriasis con dithranol tópico, luz ultravioleta y baños de alquitrán. Finalmente, el personal de enfermería se sintió superado y me pidió que si se podía tratar a este hombre de algún otro modo. Le puse tratamiento con hidroxurea y, después de seis semanas de este tratamiento, su piel estaba sin psoriasis por primera vez en más de veinte años. Yo, como dermatólogo, me sentía muy contento y le dije que ahora sólo necesitaba verle a intervalos de seis semanas en la clínica para comprobar su recuento sanguíneo. Poco después de esto ocurrió su muerte. El autor no se dio cuenta de que este hombre necesitaba la comodidad y el apoyo emocional de las enfermeras de los baños de psoriasis ambulatorios, que eran su único punto de contacto humano después de la muerte reciente de su esposa. En esta ocasión, el autor fue un buen dermatólogo, pero un mal médico.

ISOTRETINOÍNA

La cuestión sobre si hay un aumento del riesgo de depresión y suicidio asociados al tratamiento con isotretinoína por el acné sigue siendo polémica.

En la opinión del autor, una proporción muy pequeña de pacientes desarrollan depresión, que puede ser profunda, habitualmente durante el cuarto mes de tratamiento con este fármaco. Este desarrollo no es más probable en pacientes que tienen depresión significativa antes del tratamiento y es idiosincrática y no predecible.

Sin embargo, es interesante que un artículo reciente ha concluido que la isotretinoína no se asocia a aumento del riesgo de suicidio o depresión⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Snyder JW, Poe RO, Stubbins JF y cols.: Acute manic psychosis following the dermal application of N,N-diethyl-M-toluamide (DEET) in an adult. *Clin Toxicol* 1986; 24:429-439.

2. Bjornsdottir US, Smith D: South African religious leader with hyperventilation, hypophosphataemia and respiratory arrest. *Lancet* 1999; 354:2130.
3. Evans RL, Khalid S, Kiddey JL: Antimalarial psychosis revisited. *Arch Dermatol* 1984; 120: 765-767.
4. Goodship THJ, Rodger RSC: Psychiatric side effects of acyclovir in patients with chronic renal failure. *Lancet* 1985; ii:385-386.
5. British National Formulary 2000, 39, 400 Published by the British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
6. Jick SS y cols.: Archives of Dermatology 2000; 136:1231-1236.

Historias clínicas
comentadas



ESPOSA QUE CONTAGIÓ SARNA

Varón de 38 años, profesor de autoescuela, que acude por prurito difuso. Le observo excoriaciones por rascado violento. Ha venido convencido de que tiene sarna. Hace unos tres años, de regreso de un viaje a Cuba, ya le había tratado una sarna.

Busco las zonas con localizaciones típicas de sarna, y no están afectadas. Tampoco encuentro lesiones específicas. Él tiene sus propias ideas sobre el origen y formación de sus males, que repite una y otra vez. Porque quedó anotado en la visita previa, sé que está separado de su esposa, ahora ya hará 7 años, y que tenía un hijo de 3 años. Según explica la infestación la comparte la pareja, a través de su hijo, que tiene la costumbre de que cuando se despierta acude a la cama del padre o de la madre, según el que le toque, de acuerdo con los fines de semana que se alternan. “Como la primera vez la sarna ya se la contagió ella a él, pues ahora lo mismo, que seguirá yendo a la cama de su madre, igual que viene a la mía”. Niega contactos de cualquier tipo con persona alguna, “que ya tuvo bastante con una mujer”.

No tiene sarna. Tiene excoriaciones autoprovocadas, pero él no es consciente de ello. Se explica con gestos vehementes, habla deprisa, con embrollos, no para de gesticular y no escucha. Sólo está pendiente de lo que tiene que decir él en cuanto yo termine mi frase, que no le interesa. Por todo ello, y además por la nota de tristeza que he apreciado cuando ha dicho que con una mujer le había bastado, sospecho que pueda estar ansioso y deprimido. Me pregunto si hubiera surgido en mí esta sospecha en el caso de que sus lesiones cutáneas no fuesen consideradas oficialmente como una afección psicocutánea, y no supiera que existe el antecedente de una separación matrimonial. Podría haber sentido yo el deseo de terminar pronto con una visita que está siendo desagradable, pero sé que cuando un paciente resulta desagradable, o está bajo tratamiento

psiquiátrico o necesita que yo le instituya uno de ellos. El interrogatorio psiquiátrico sistematizado me permitirá rechazar o aceptar la sospecha de trastorno psiquiátrico. Parece que ha estado sin trabajar estos últimos años, no podía concentrarse como profesor de conducción. Esto era demasiada responsabilidad, y así ahora está pensando en conducir un camión. En un momento determinado creo que debo hacerle precisar. “Perdone usted, a esto que le pregunto responda sólo con un sí o con un no”. Más o menos se adapta a mi petición. Resulta que había llorado mucho cuando la mujer le dejó. “Pero ya no llora”. “No, no se encuentra solo”. “El está bien, claro que está bien, está bien de todo. Bueno, un poco nervioso sí”. “Y ahora que lo pregunta, pues bien, un poco cansado también. Y eso que no hago nada en todo el día, pero me encuentro como muy chafado”. “Siente las piernas como si fueran de piedra. Subiendo desde las rodillas, atenazando los muslos, me llega un hondo frío como de mármol hasta muy arriba.” En el ejemplo de las balanzas que, justo enfrente de él, le hago imaginar en mi mesa, no consigue repetir los síntomas de ansiedad y los de depresión que otorgo a cada plato, pero su mano es muy explícita señalando el lado del plato más pesado en el que he colocado los síntomas de ansiedad.

Es un enfermo simple, y que ahora que, por su estado de ansiedad, no consigue concentrarse, está todavía más confuso. He diagnosticado ansiedad por las respuestas de mi interrogatorio psiquiátrico. Puesto que ansiedad y depresión transcurren muchas veces asociadas la una a la otra, para saber si le era más necesaria la

prescripción de un ansiolítico o la de un antidepresivo me he servido del ejemplo de los platos de las balanzas. En él predomina la ansiedad. Pero el cansancio de las piernas constituye una manifestación somática más propia de un estado depresivo. Por eso voy a tratar las dos. Para la ansiedad le receto diacepan a dosis muy bajas, de 2 mg, medio comprimido por la mañana y al mediodía, y uno entero por la noche. Le explico que esta dosis es de inicio, y que para sentirse bien deberá aumentarla, de medio en medio comprimido en cada comida. Que conocería el límite de la dosis por la somnolencia que pudiera sentir, que, insisto, no quiero provocarle. Que no se trata de que se encuentre medio dormido, sino de que se sienta mejor. Una vez haya encontrado la dosis más alta que tolere sin sentirse adormecido, puede empezar con el antidepresivo, que es sertralina. Que empiece con medio comprimido, para que, si le provocan efectos secundarios, sobre todo digestivos, éstos queden reducidos a la mitad de su intensidad. Si en algún momento no tolera la sertralina, que me llame por teléfono, que le voy a dar facilidades para cambiar la medicación (le recetaría citalopram, quizá esté demasiado ansioso para recetarle fluoxetina) “hasta que

encontremos el medicamento tolerado”. Porque “no hay ninguna duda de que necesita este medicamento, el único problema que podemos tener es la de su tolerancia personal”. Le advierto que tardará unas dos semanas en notar un mejoría inequívoca y que la medicación la debe tomar durante 9 meses. Por los aspectos de su cara creo, en este momento, que sí se va a medicar con los comprimidos, además de las cremas que le voy a recetar. Le preciso que “si se encuentra mejor con las pastillas, tanto de la piel como de usted mismo, sería un error que interpretara la mejoría como una indicación de que ya no las necesita más”. Sigo insistiendo. “La drogodependencia a cualquiera de los dos medicamentos no es ningún problema, por cuanto en otros enfermos previos hemos conseguido suprimir la medicación cuando ésta no ha sido ya más necesaria, pero ahora en este momento le resulta más nociva para su salud física y emocional la dependencia a su malestar psicológico que el uso de psicofármacos. Que la única forma de matar a un animal de experimentación (en este caso se trata de un gato) con benzodiazepinas (“el ansiolítico que le receto, lo es”) es ahogarle bajo una montaña de comprimidos, que el animal no pueda respirar”.

COMENTARIO

Mis explicaciones sobre los psicofármacos han sido completas y detalladas. La experiencia de casos previos me impulsa a hacerlo así para evitar causas de abandono de la medicación. Pero después de proporcionar las explicaciones, considero que mis esfuerzos podrían resultar inútiles también en este paciente, si pertenece al grupo de los que son resistentes a aceptar la necesidad de prestar atención a sus conflictos. Ignoro si por otros motivos, posiblemente de índole familiar, ya ha elaborado él mecanismos de adaptación a su trastorno, o si se refugia en su

enfermedad que, de hecho, le permite vivir sin trabajar. Pero no siempre está clara la ganancia instrumental de estos síntomas.

El conocimiento por mi parte de la posibilidad de que mis esfuerzos se malogren, no desanima, puesto que permanezco compensado de sobras gracias a la gran mejoría de la calidad de vida psicológica conseguida en otros muchos pacientes a los que nadie más, con ningún otro medio, en este momento concreto de sus vidas, habría conseguido ayudar.

SIN LIBIDO Y CON PELADA

Varón de 45 años, que consulta por una pelada en cuero cabelludo de unos 3 cm de diámetro, que va en aumento, que dura desde hace un mes. Le conozco por visitas previas. Recuerdo que antes de los 20 años, sin disponer de isotretinoína, le vacié grandes y múltiples comedones de la espalda afecta de acné quístico. Casado con una atópica, tienen dos hijas que a menudo consultan por manifestaciones leves de atopia frustré.

Por tratarse de una pelada, inicio el interrogatorio psicológico inquiriendo sobre sus hábitos de dormir. El paciente duerme perfectamente, se levanta descansado, con la cabeza clara, y “no tiene motivos para estar nervioso, porque su situación es inmejorable”. Es el gerente de un supermercado, con 15 empleados, pero consigue estar en casa todos los días entre las 8 y las 9 de la noche, tiene tiempo para jugar al tenis y al squash, el trabajo le gusta, no le cansa porque dispone de un encargado eficiente que le resuelve todos los problemas enojosos, su esposa colabora en el negocio, y las hijas no le proporcionan ningún trastorno.

“Lo único”, dice, “que quizá no esté del todo en orden es que desde hace unos 5 años he perdido todo interés sexual; antes yo no era así, sino todo lo contrario”. La libido retorna fácilmente cuando la pareja está de viaje. En el último, en París hace tres meses, sólo visitaron una cuarta parte de lo planeado, “porque no tenía

tiempo para otra cosa que no fuera sexo”. Antes salían más a menudo, pero ahora la competencia es mayor y es menester atender más el negocio.

La visita transcurre en términos agradables, la pareja no presume ni de éxito social ni muestra interés en mostrarse como ejecutivos triunfadores; entienden el sentido del interrogatorio y muestran deseo de colaborar. Supongo que se trata de incapacidad por parte del paciente en reconocer la tensión que el trabajo le proporciona. Cuando interpone kilómetros de distancia con su negocio, quedaría liberado de la responsabilidad. Se lo explico así, con frases en las que abundan términos como “quizás” y “probablemente”. Les pregunto si sería posible realizar cada mes un corto viaje que les obligara a permanecer dos noches fuera de la ciudad, quizá domingo y lunes en su caso, y asienten a la idea, diciendo que intentarán hacerlo. Aplicaré tratamiento tópico en la pelada, y no receto ningún psicotropeo.

COMENTARIO

Este caso no resulta típico, por cuanto las respuestas al cuestionario psiquiátrico son todas negativas. Sólo el hecho de que el motivo de la consulta sea una alopecia areata me ha obligado a intentar encontrar un estado psicológico alterado. Lo hay. Habiéndole explicado al paciente

la estrecha relación clínica que existe entre la pelada y la ansiedad, él mismo ha considerado que la cuestión de su libido podría ser significativa. Se ha referido a su disminuido interés sexual, que yo he interpretado como consecuencia de una ansiedad enmascarada.

LA ENFERMERA MIOPE

Mujer de 51 años, enfermera. Dice que hace un año, en el hospital donde ejerce, le fue diagnosticado un liquen plano de uñas junto con una erupción en cara interna de muslos. Fue tratada con corticoides sistémicos, que le suprimieron las lesiones cutáneas. Tiene las 20 uñas afectas, y hoy sólo le encuentro escasas pápulas de liquen en cara interna de tobillos y de tercio inferior de piernas. En la mucosa yugal hallo lesiones típicas, que ella ya conocía. Tiene además signos y síntomas típicos de psoriasis mínima, aunque en las uñas no exista ningún punteado psoriático. Mientras se descalza para enseñarme las uñas de los pies me dice que “está desesperada” con ellas. Esa expresión la repite un momento más tarde, mientras va exponiendo su historia. Comporta una entrevista agradable, pero la insistencia en su desespero, junto con el diagnóstico de liquen plano, claramente psicocutáneo para muchos autores, me hacen decidir que debo interrogarla psicológicamente.

Es una mujer inteligente, y así, ya a la primera pregunta del interrogatorio sobre los hábitos del descanso nocturno, me advierte que desde hace años se medica con lorazepam por la noche, que le permite dormir aceptablemente. Sí, se encuentra cansada durante el día, excesivamente cansada, y por hacer, no hace nada, porque está de baja. Cuida de su madre, que está iniciando un proceso demencial senil. No tiene familia cercana. Había sido (soy, dice ella) jefa de enfermeras de la UCI, del hospital de una ciudad cercana, cargo al que tuvo que renunciar por su miopía progresiva. Lleva unas gruesas gafas, y sigue las líneas, con la cara casi pegada al texto que lee de recetas previas de otros médicos. Ganas de llorar no tiene, sólo está cansada físicamente, “de luchar” durante demasiado tiempo. No, irritable no se siente. Me aclara que “la administración del hospital, en sus intentos de reducción de personal, aprovechó su baja por enfermedad para ofrecerle una ventajosa jubilación anticipada”, situación que ella no aceptó, porque cree que, aunque no fuera en la UCI, todavía puede desempeñar eficazmente muchos otros cargos como enfermera. Por ello tienen abierto un proceso judicial que, para ella, se prolonga excesivamente. “Todo esto”, añade, “junto con su menopausia, y su madre, que parece que se está volviendo demente, la hace sentir mal. Mire, si no fuera por mi madre, más valiera no estar ya más aquí”. “¿No pensó usted en pedir ayuda psicológica a uno de los médicos de su hospital?”. Hace un gesto de extrañeza a mi pregunta, después del cual responde “no, pero quizá sí hubiera debido hacerlo”. Parece que en un instante ha aceptado una relación de su estado con un trastorno psicológico, aunque a ella no se le hubiera ocurrido espontáneamente.

Logro concretar que el primer brote de liquen coincidió cronológicamente con la forzada renuncia a su puesto de trabajo. Aunque tuvo que aceptar que, por su miopía, no podía seguir desempeñando su tarea, porque cometía errores, “la baja de enfermedad supuso un duro golpe para ella”, que sigue manteniendo, “los intentos del hospital de eliminarla definitivamente, como si ya no sirviera para nada”, le han sentado muy mal.

Le receto un corticoide tópico potente para que lo aplique, en cura oclusiva, a los dedos de un solo pie. Al cabo de un mes comprobaremos si las uñas del lado tratado crecen con aspecto más normal por debajo de la lúnula, que las del otro pie, que dejará sin tratamiento tópico. No le cuesta aceptar esta prueba, después que le he explicado que las infiltraciones de la matriz resultan dolorosas. Le receto sertralina 50 mg, que a los 15 días debe aumentar a dos comprimidos al día (es una mujer alta y gruesa, puede pesar unos 80 kilos). Atiende a mis comentarios sobre las acciones y los efectos secundarios de los psicotropos, con signos de empatía, de aceptación, pero resulta evidente su sorpresa sobre el interrogatorio y sobre el tipo de prescripción. Desde luego ella venía a buscar un remedio milagroso, pero de tipo tópico, para sus uñas.

Transcurrido un mes y medio, en vísperas de Navidad, recibo de ella un obsequio con una tarjeta: “Hoy en día es una suerte encontrar personas como usted”. Si ha tomado los medicamentos, es posible que se encuentre mejor, pero su problemática profesional no está resuelta para ella. Medio año más tarde regresa a una nueva entrevista, sigue con los psicotropos, en el hospital le han encontrado un trabajo secundario, que, aunque resulte de horario incómodo, dice que ha aprendido a aceptar. Se ha adaptado.

COMENTARIO

La enferma tiene efectivamente un liquen plano, y sufre ansiedad y algunos síntomas depresivos, ambos ocultos para ella. Hace años se le manifestó dificultad para conciliar el sueño. Quizá sin la ayuda del lorazepam, un descanso nocturno deficiente le hubiera hecho aflorar la ansiedad de la que no es consciente. No siente deseos de llorar, como suelen mostrar los depresivos afectos de depresión mayor, pero su cansancio es excesivo, y “le gustaría desaparecer”. (Pocos de los enfermos que visitamos los dermatólogos expresan este deseo. Los enfermos con trastorno depresivo mayor acuden directamente al psiquiatra, y éstos no somatizan con tanta frecuencia sus problemas emotivos). En la UCI habría adquirido mayor experiencia con cardiotónicos y broncodilatadores que con antidepresivos.

En el curso de una primera visita no creo necesario precisar la importancia que su situación laboral pueda tener en su trastorno depresivo, si sólo es factor coincidente, o desencadenante, o si se trata de un episodio depresivo únicamente reactivo. Posiblemente la frustraron más, no las dificultades crecientes que desde hace tiempo venía ella comprobando en su capacidad visual, sino la oficialización, por parte de los médicos de la UCI, de las limitaciones que su miopía le imponían.

Tanto su ansiedad como su trastorno depresivo están enmascarados, la paciente no es consciente de que los sufre. Ha llegado un momento en que ha creído que el estado de sus uñas (está “desesperada con ellas”) la ha obli-

gado a decidir el abandono del dermatólogo del hospital, y a probar suerte conmigo. No se le podía ocurrir haber acudido al psiquiatra, porque no se sentía psicológicamente alterada, si bien a lo largo de la entrevista sus respuestas a mi cuestionario le han ido levantando consciencia de su estado. Los psicofármacos le pueden ayudar a solucionar el liquen plano, a través de la obtención de una mejor calidad de vida psicológica, la carencia de la cual manifestó como ‘desespero’ por unas uñas enfermas. Sus escasas lesiones no le provocan prurito. Tenga un liquen plano importancia, o no la tenga, no se puede sentir bienestar psicológico, si el enfermo le otorga valor. Si bien en ciencia los hechos son como son, el bienestar anímico, en cambio, se basa en cómo sean considerados los condicionantes. El dermatólogo que opine, con toda razón por cierto, que una queratosis seborreica no puede degenerar, no puede defender que no es necesario eliminarla, delante de un paciente al que la lesión le aflige. La sertralina tardará de 15 a 21 días en actuar. En principio, no hay que temer que los ánimos que proporcionan los psicofármacos que recetamos precipiten a un suicidio a los enfermos psicodermatológicos que estudiamos nosotros. Este es un hecho psiquiátrico clínico repetido, pero no es frecuente en los estados depresivos enmascarados. Si uno de nuestros enfermos se suicida, al mismo tiempo era visitado por un psiquiatra. (Porque era tan intenso su trastorno depresivo que, además de somatizarlo en parte, era consciente de él, y así había acudido previamente al psiquiatra en busca de ayuda).

ALOPÉCICO Y OBSESIVO

Chico de 20 años de edad, que viene acompañado de su madre. Se le cae el cabello. Lo lleva cortado muy corto.

Antes de explorarlo, le pregunto por los antecedentes familiares de calvicie. Contesta que su padre es calvo. La madre interviene rápida y advierte que está obsesionado con la calvicie de su padre, que, aclara, tampoco es tan calvo. Después de la exploración concluyo que sí sufre un estado claro de alopecia androgénica masculina incipiente. Al final me advierte

que tiene otra consulta por hacer. Me enseña unas placas de hipertrichosis en los hombros. Le hago ver que es velludo de todas partes, pero contesta que el abundante pelo del tórax no le molesta. Ahí ya está bien tenerlo, dice. En este momento, por esta “consulta extraña”, doy valor a la advertencia de la madre de que está ‘obsesionado’ con la calvicie del padre, y decido

que hay que practicarle un interrogatorio de tipo psicológico.

Descansa bien y suficientes horas por la noche, pero pronto aparece que hace unos años estuvo siendo tratado por un psiquiatra por “problemas de expresión”. Más adelante precisará que le diagnosticó un “trastorno de personalidad”. Se evidencia que la madre quiere ayudar a su hijo en la visita, pero que teme sus reacciones, que he comprobado que son bruscas y desagradables con ella, aunque conmigo utilice unos educados y forzados modos. Es hijo único, pero desde hace 6 meses ya vive solo en un piso porque, dice la madre, “así les exigió hacerlo”. Decido recomendarle los psicofármacos que prescribió el psiquiatra, pero no recuerda su nombre.

Ha abandonado sus estudios de ciencias empresariales, no ha querido trabajar en el negocio familiar de artes gráficas, y está de mozo en un almacén de materiales de construcción. Me pregunto si él ha pedido a la madre que le acompañara a mi despacho o no, y si existe rechazo del padre, pero me abstengo de averiguarlo. Por la importancia que otorga al vello de sus hombros, en su caso normal, pienso recomendarle que vuelva al psiquiatra, pero antes le pregunto si guarda buen recuerdo de las entrevistas con él, a lo que contesta que ya no lo necesita más, porque está curado. No protesta cuando sugiero que un psicólogo podría ayudarlo, y la madre lo acepta, parece que con alivio.

COMENTARIO

Cuando en una entrevista médica aparece el antecedente de una consulta psiquiátrica, este hecho se denomina “etiqueta psiquiátrica”, y tiene el valor de obligar a sospechar que el paciente puede volver a tener desórdenes de esta naturaleza.

Su estado, con procesos que previamente fueron diagnosticados como trastornos de personalidad, es demasiado complicado para que lo trate un dermatólogo, y por esto me he abstenido de conseguir mayores precisiones. Necesita volver al psiquiatra, pero un intento actual de transferencia es inútil, porque él se considera curado.

Desde luego le voy a recetar un antidepresivo de nueva generación del que yo tenga experiencia sobre sus efectos secundarios, pero a altas dosis (40 mg/día o más). A algunos pacientes les he prescrito un ansiolítico o antidepresivo con la excusa de medicamento “de acción reforzante del sistema nervioso superficial de la piel”, que sería la del cuero cabelludo en este caso, pero no me he atrevido a expresarlo así con él. He optado por recomendarle una psicóloga que es hermana de un psiquiatra, considerando que si ella consigue empatizar con él, ya efectuará ella misma la debida transferencia a su hermano.

NO QUERÍA HACER DE PADRE

Varón de 23 años, que acude, acompañado de su madre, a consultar por acné, intenso y extenso en hombros y espalda, y que en las zonas donde alcanzan sus manos se presenta discretamente excoriado. Debo pasar su ficha antigua de cartón al soporte magnético de un nuevo archivo informático. Constato que, cuando él tenía 7 años, le visité por eccemas numulares profusos en tronco que, en aquel entonces, no supe valorar debidamente en ellos su agudeza y reactividad, puesto que el tratamiento instituido, a base de un corticoide por la mañana y la consabida pasta Lassar con brea destilada de hulla al tres por ciento “por la noche, en capa gruesa y recubierta”, le resultó irritante.

Le voy a prescribir el tratamiento que, desde hace unos años, vengo usando, como primera receta para

acné, para una cura de 40 días. Y medicación local, tal como la utilizo actualmente. Chicos y chicas con acné

necesitan empatía, que no cuesta de establecer si por ejemplo se busca, palpando, el espesor de una pústula y pronunciando casi entre dientes, y como si fuera sólo para uno, algo así como “y lo que tiene que doler esto” o “realmente, así no se puede ir por la calle”.

Pero este chico se excoria sus lesiones. Lo hace con discreción, sin arrancamientos biopsiantes. El acné excoriado se considera psicocutáneo, por lo que en esta visita no es necesario sospechar, por lo que dice, o por cómo lo dice, si existe o no un estado anímico alterado. Se debe aceptar de entrada que sí lo hay, sólo por el diagnóstico clínico. Lo que hace falta, es descubrir cuál es esta alteración. Desde el momento en que he apreciado las finas excoiaciones, ya no he dedicado más atención a su piel, sino a la expresión de su cara, en sentido crítico, su gesticulación, y me fijo con un interés nuevo en sus reacciones, su forma de permanecer sentado, de responder a preguntas, de sus movimientos y actitudes. La visita cobra un nuevo interés. No se trata ya sólo de un simple acné masculino, de proceder rutinario frío y aburrido, sin la habitual falta de recursos de interrogatorio. Al lado de un acné en un chico, ellas, por poco más de quince años que puedan tener, constituyen una base fácil para establecer empatía, con las múltiples preguntas que se les pueden formular, sobre la regularidad e intensidad de los ciclos, una eventual anemia si es que las pérdidas son abundantes, conocimiento o no por su parte de la existencia de cosméticos libres de grasas, preguntando sobre otros signos de androgenismo, etc., todo lo cual hace fácil demostrarles que en aquel momento lo más importante del mundo para uno son sus lesiones de acné. Este chico, que se excoria sus lesiones, permite, a través del interrogatorio, que yo le pueda manifestar mayor interés por su caso.

No sé nada de él, pero espero, y sólo a través de mis preguntas, que pronto aparecerá todo lo que se necesita saber. Estas se conducen mejor si se ajustan a un método. El cuestionario rutinario permitirá identificar y evaluar la intensidad de un estado psicopatológico. Porque los pacientes no pueden dejar de intentar explicar por qué les cuesta coger el sueño, o por qué se encuentran mejor por la tarde que por la mañana, por qué tienen problemas con la novia cuando los hay, y si el trabajo, temporal o definitivo, les provoca nerviosismo o no.

De vez en cuando se topa con los que no tienen ganas de hablar, que en general, si así proceden, es por-

que no saben leer en sus sentimientos. En estos alexitímicos hay que preguntar utilizando pinzas de extracción, y repetir las mismas preguntas una y otra vez, usando formas distintas.

Pronto aparecerá en el curso del interrogatorio que la madre quedó viuda teniendo el chico sólo tres años. En el momento en que ha surgido el tema de la viudez, mi conducción de interrogatorio será ya innecesaria, porque la madre, repleta hasta rebosar de la ausencia larga de marido, liberará explicaciones sobre cuán triste ha sido su vida, cuánto ha pesado la soledad, los esfuerzos que ha tenido que hacer, y que yo “no puedo llegar a entender y hacerme cargo” de que ella por los hijos renunció a casarse de nuevo, que ocasiones no le faltaron, etc., explicaciones que me permiten suponer que este chico puede ser objeto de alguna forma de presión emocional diaria. Hace un año se casó la hija mayor, de 26 años, pero por fortuna cada día acude a comer a casa. Dice el chico, envalentonado por el camino que va tomando el interrogatorio, que cada día se pelea varias veces con su madre, a lo que ella añade que más de una vez ha amenazado él con irse de casa.

Lo que ella ha explicado me permite tener una idea general del estado anímico de la madre, y cuando, para conseguir mayor precisión, le expongo preguntas más concretas sobre su estado de ánimo, las reconoce y acepta que después de la pérdida del marido estuvo bajo tratamientos psiquiátricos con especialistas, y que lloró mucho. Sí, todavía llora. No, no sabe por qué. No, realmente motivos para llorar, no los tiene. Estoy considerando que éste va a ser uno de esos casos en los que debo contenerme de recetar un antidepresivo como resultado lógico del diagnóstico de tal estado, pero no en el propio paciente que acompañaban a visitar, sino en su madre. ¿Hasta qué punto puede estar ansiosa? Necesito más respuestas. “¿Le ayudaron las pastillas administradas?” Sí lo hicieron, pero no recuerda el nombre. Contesta que se siente torpe y cansada la mayoría de las mañanas, que sólo se anima un poco a media tarde, y sobre todo por la noche, en la que nunca encuentra el momento de ir a dormir. ¿Duerme bien? ¿Sin pastillas? ¿Desde cuándo, sin ellas? Le hago considerar unas balanzas que, con gestos de mis manos, le instalo virtualmente en la mesa, enfrente de ella, para que considere qué plato pesaría más, si el del desánimo, tristeza, ganas de llorar, o el de la desazón, rabia y protesta, en el otro. No, ansiosa no lo está. Los síntomas son todos de depresión.

COMENTARIO

Realmente esta mujer ¿necesita un antidepresivo? Hasta qué punto tendrá bastante ella con la exposición patológica de hoy de las excoriaciones del hijo, y ¿hasta qué otro punto debo yo ser suficientemente claro con ella a fin de que mis explicaciones resulten efectivas en una sola entrevista, sin hacerle daño? El hilo de mis aclaraciones seguirá los banales conceptos de que los padres estamos para los hijos, y no al revés, que ellos a su vez estarán para los suyos, etc. Procedo a ello, tal como me viene a la

mente, siguiendo el símil de la pauta de las infiltraciones pulsátiles de anestesia local, es decir, haciendo un poco de daño a la madre (que el hijo no está para convertirlo en mayor de lo que es, haciéndole suplir a él en casa el vacío dejado por el padre), y en seguida permitiéndola descansar, llamando al hijo al orden por el respeto que deberá mantener con su madre. Un buen psicólogo lo haría mejor. Pero de momento están aquí, conmigo.

PRURITO VULVAR

Mujer de 45 años, que entre los 20 y los 30 había acudido a mi consulta por dermatitis irritativa de las manos del ama de casa, en otra ocasión por blefaritis atópica, otra vez por unos quistes sebáceos del cuero cabelludo, y hoy lo hace por prurito vulvar de más de diez años de evolución. Me entrega una carta del ginecólogo en la que éste solicita mi ayuda terapéutica, puesto “que él ya no sabe qué más hacer” con ella. Le ha practicado muchos frotis y muchas investigaciones analíticas sin resultado terapéutico. Parece ser que ahora también el marido presenta escozor y lesiones mucosas. El prurito molesta más a temporadas, y empeora después de cada relación sexual, pero no existe dispareunia. Pienso que habrá sido la pretendida afectación actual del marido lo que ha inducido al ginecólogo a aceptar que pueda ser atendida por un especialista ajeno al aparato genital femenino.

La mujer es de trato agradable y se expresa con naturalidad. Considero que un prurito vulvar de más de diez años de evolución no puede tener un origen infeccioso, por otra parte descartado ya por el ginecólogo, y que es posible una participación psíquica en su génesis. Hay que aclarar si existe algún problema matrimonial. Con esta finalidad inicio el interrogatorio psiquiátrico sistematizado. Es peluquera de oficio, le gusta su trabajo, tiene suficiente pero no agobiante clientela. Una hija de 20 años, que no da problemas. Contesta que con su marido se llevan bien. Entre ellos dos no hay problemas de ningún tipo. Nunca los ha habido. Parece ser que tampoco ha existido nunca ninguna inconveniencia de tipo sexual. Duerme bien y suficiente, sólo de vez en cuando toma medio comprimido de diazepam para conciliar el sueño, unos pocos días al mes, aunque hay meses enteros que no lo necesita. Se despierta descansada, está

más eufórica por la mañana que por la noche, se aviene bien con su hermana con la que comparte la peluquería. No se encuentra más cansada de la cuenta, tiene paciencia con las clientes pesadas, le gusta hacer de peluquera, no se siente excesivamente irritable. No toma ningún medicamento de forma habitual. En casa no viven abuelos, con los vecinos mantienen unas escasas, pero correctas relaciones. Vuelvo a insistir en si existen o han existido nunca problemas sexuales, vuelve a mostrar un discreto gesto de cara de sorpresa, me hace precisar mejor el alcance de mi pregunta, nunca se ha comportado él con violencia, ni excesivo apremio, nunca ha exigido rarezas ni inconveniencias, él no ha mostrado nunca interés por otras mujeres, no bebe excesivamente, es muy trabajador y muy cumplidor en todas sus cosas. Sexualmente ella se considera una mujer normal, y nunca ha tenido problemas. No existe dispareunia, pero

el prurito empeora después de cada coito. Contesta que quizá nunca ha iniciado ella espontáneamente una relación, pero siempre él la ha encontrado dispuesta a seguirlo. Sobre una eventual ansiedad por problemas de anticoncepción contesta que nunca ha tenido que preocuparse por ella, siempre se ha encargado su marido de ello. Una vez, hace unos años, propuso ella tomar anticonceptivos orales o aplicarse un DIU, para hacerle más cómodo el sexo a él, a lo que contestó que no era necesario y que esto corría de su cuenta.

La paciente está un poco sorprendida por mi interés en encontrar algún punto de alteración nerviosa o de divergencia con su marido. Puesto que el interrogatorio, con preguntas repetidas de diferentes formas, no me permite llegar a ninguna conclusión, pero por la experiencia de casos previos en los que ante un resultado primitivamente negativo, la insistencia ha conseguido posteriormente extraer alguna explicación suficientemente aclaratoria, repito otra vez mi interrogatorio con diferentes y ya más directas preguntas como “se considera usted feliz, hay algo que usted sepa que le inquieta o molesta, en su trabajo, en su casa, en su familia amplia, en sus amigas, en su marido?”. Parece que al final se da cuenta de que puede ser importante lo que había decidido mantener oculto porque lo consideraría un problema exclusivo suyo, y lo expone: “Sé que no tengo razón en quejarme, porque mi marido es un hombre bueno, pero tiene un carácter demasiado fuerte”. “Siempre he tenido que ajustarme yo

a él”. “Nunca pregunta qué opino yo sobre algo de la casa o de nosotros dos”. Un momento más tarde llegará a declarar que “Debo confesar que... pues sí, vivo amargada por el carácter dominante de él”. “Muchas mujeres envidiarían mi situación matrimonial, porque no juega, no bebe, no me trata mal, pero su carácter es muy fuerte, mi marido es muy él. No sé por qué le explico todo esto. No puedo quejarme. Sólo es asunto mío. El problema está en mí, que no le acepto estos detalles”.

Por fin ha aparecido la protesta. Deberé hacerle comprender que en su caso el síntoma prurito vulvar oculta un problema más profundo que ella no se permitía aceptarse a sí misma. Que quizá por sólo haber expuesto a la luz este mecanismo mental, no vayamos a resolver su prurito, pero esta verbalización la va a ayudar, porque ahí radica la causa de su pertinaz molestia. En lugar de mantenerlo oculto, la paciente debe enfrentarse de modo abierto en su espíritu a la situación que se ha creado con el marido. Quizá es mejor que a él no le explique nada de la entrevista. Por el mismo motivo, para no dejar constancia escrita, no imprimo ninguna carta para el ginecólogo, al que ella sabrá explicar con suficiente claridad el resultado de mi cuestionario. La paciente no necesita ningún psicofármaco, necesita un psicólogo que la ayude en este esfuerzo de cambio de relación con su marido. Una gran parte de la ayuda que le va a brindar derivará del solo hecho de poder explicarlo todo a alguien, y también de poder oírsele decir a sí misma.

COMENTARIO

1. Los ginecólogos, como todos los otros especialistas médicos, incluidos los dermatólogos, debieran atender más al aspecto psicológico de sus pacientes. No tendría por qué resultar excluyente, pero parece que los médicos cirujanos que están acostumbrados a poder resolver con éxito, bisturí en mano, graves problemas de los enfermos, no necesitan estar muy interesados en desentrelazar nudos gordianos con interrogatorios insistentes, en consejos que no están acostumbrados a dar, y a recetar psicofármacos que eventualmente, incluso los modernos, proporcionan efectos secundarios, y que, en un 40% de los casos, no se toman (C.Bridgett), aunque sean recetados por psiquiatras.

2. Hay que señalar el esfuerzo que le habrá costado al ginecólogo transferirme esta mujer. Algunos compañeros podrían opinar que tampoco le quedaba otra alternativa. Puede ser cierto, pero debo recalcar que, en mi experiencia, en casos similares, estos especialistas no suelen hacerlo y retienen a los pruritos vulvares durante largos años sin resolverlos. Tengamos en cuenta que en este caso, la transferencia al dermatólogo se ha solicitado a los 10 años de evolución del prurito. Dudo que el lector dermatólogo, además de tratar los eccemas de sus pacientes, si simultáneamente intenta tratar una rinitis alérgica coexistente, tarde 10 años en transferirla a un otorinolaringólogo después de no conseguir un resultado satisfactorio en

repetidos intentos. Por la forma en que se comportan una buena parte de los ginecólogos parece ser que la vulva y su patología es considerada como un coto cerrado de pertenencia especializada exclusiva.

3. Puede ser que esta paciente esté un poco avergonzada de sí misma en relación con unos sentimientos hacia su marido que mantiene muy ocultos, sin atreverse a mentalizarlos. Ella cree que no tiene razón en quejarse, pero la verdad es que está insatisfecha de su matrimonio, y como mecanismo de protesta contra este malestar genera un prurito vulvar que empeora con cada relación sexual. "Es incapaz de expresar abiertamente rabia o resentimiento" (C.Koblenzer). Musaph interpretó algunas formas de rascado automático generadas como "actividad derivada" (de sentimientos inaceptables por el mismo paciente) de vergüenza, rabia, impaciencia o excitación sexual. A esta mujer no son las características sexuales de su marido lo que le molesta, y quizá por esto no elabore una dispareunia. Le molesta la convivencia con un marido dominante, y somatiza su insatisfacción en un prurito postcoital, porque la relación sexual es lo que identifica al marido. Otras mujeres, con otra clase de relaciones con sus maridos, podrían castigarlos con dispareunia de génesis inconsciente que les impidiera su acceso al sexo. Esta mujer a la que no le es permitida ni su colaboración en las medidas anticonceptivas de la pareja, que él resuelve por sí solo con medidas que decide que sólo le atañen a él, posiblemente sabe muy bien, sin haberlo formulado mentalmente con claridad, que no conseguiría ningún cambio de comportamiento chantajeando el acceso a su sexo y exteriorizando el problema a nivel de pareja, y ha decidido reservarlo como cuestión exclusiva de ella (nunca le ha explicado su prurito a él). Puesto que es un problema matrimonial, la paciente no ha construido una orodinia, ni un prurigo, ni unas insatisfacciones respiratorias, ni opresiones cordiales, ni trastornos digestivos indefinidos. Tiene mal de marido, el comportamiento de él es lo que le hace daño y lo que la deja molesta en la zona que la une específicamente a él. Si el malestar por insatisfacción de trato proviniera de otro miembro de la familia que no fuera su marido, o de un socio en el trabajo, podría a consecuencia de ello proyectar su trastorno somatizando en cualquier otro órgano o sistema (mal de piernas o de espalda, insatisfacciones respiratorias, colitis crónica, insuficiencia hepática, molestias precordiales), pero nunca lo haría en su vulva.

4. Pienso que la explicación, frente a la paciente, del resultado del interrogatorio le permitirá sacar a luz el problema guardado oculto y enfrentarse a él. Llegue adonde sea el alcance de la realidad del carácter del marido, la esposa ha reaccionado erróneamente frente a ello y ha construido una deficiente calidad de vida.

5. La ayuda de un psicólogo será fundamental en este caso. Resulta efectivo y reconfortante disponer de un psicólogo eficiente. Dermatólogos mediocres, médicos y psiquiatras mediocres, tanto en formación profesional como humanamente, pueden resultar efectivos para muchos enfermos, porque disponen del armamento recetario. El psicólogo, en cambio, sólo dispone de su mente y de su palabra. Ellos lo tienen mucho más difícil que nosotros. Por eso existe tanta diferencia entre la calidad y la eficiencia de un psicólogo y de otro. En la relación médico-enfermo, en la relación entre lo que uno, no ya sólo quiere, sino puede obtener sin él saberlo, y lo que el otro quiere proporcionar, existe un vasto campo de relaciones interpersonales, de límites discutiblemente amplios, para establecer una simbiosis entre médico y enfermo. Los ginecólogos, los dermatólogos y el resto de médicos, demasiadas veces nos comportamos adaptados con excesiva rigidez a nuestras etiquetas especializadas y aun personalizadas. Ningún pesar mental o anímico de los enfermos que nos consultan tendría que resultar ajeno a cualquier médico.

6. La mayoría de las veces el interrogatorio de los pacientes suele resultar fácil y fructífero, pero en algunas ocasiones puede llegar a ser difícil.

7. Casi todos los pruritos vulvares son consecuencia de mal de marido, y algunos de ellos, muy pocos, son la traducción de un trastorno sexual marital. Es cierto que, por contra, algunas parejas con también intensa problemática matrimonial no elaboran ni un prurito vulvar ni una dispareunia. Pero esta última constatación, en Medicina, no tiene ningún valor negativo sobre el sentido general de la presentación de esta historia clínica.

8. Wojnarowska y cols. (J. Eur. Acad. Derm. 1997; 8:121-29) en un grupo de 61 pacientes de 19 a 87 años, afectas de toda clase patología vulvar (quistes, psoriasis, vulvodinia, etc.) han encontrado repercusión psicológica "importante" en todas ellas, pero en una cuarta parte ha sido suficientemente intensa para poder ser valorada como "psiquiátrica".

NO QUERÍA IR A LA DISCOTECA

Chica que consulta por acné. Sobre todo en la cara, donde las lesiones, extensas e intensas, me evocan de inmediato la necesidad de prescribir una cura de isotretinoína. Es muy alta, delgada, con cara alargada y algo hombruna, con rasgos, fototipo y uso de ropas ceñidas, frecuentes en la etnia gitana. En su filiación, en pantalla, aparecen nombres portugueses, y sólo tiene 15 años. Todo ello proporciona una impresión extraña. Muy avanzada está, para esta edad. Ha venido sola. Dice poco, pero aplica mucha vehemencia en ello, y no hay ninguna duda de que está harta de sus granos. Que a ver si se los curo, porque no puede más con ellos, que ni ganas tiene de ir a la discoteca. “Y con el daño que hacen, si usted supiera”. En la exploración destaca una marcada hipertrichosis de patillas y de ambos lados de la frente. Este vello ensombrece su ya oscura piel. La cara está recubierta por prominentes folículos pilosos chorreantes de sebo, entre los que sobresalen pústulas de todo tamaño y grandes pápulas inflamadas.

Si en la visita de un chico joven con acné, pronto se ha terminado, y pocas cosas hay que preguntar y que decir, en esta chica, en cambio, con sus signos de androgenismo, permitiría establecer un entretenido interrogatorio que, aunque bien ajeno a la esfera psicológica, creo que podría empatizar la relación. Si no hubiera venido sola (“¿Y dónde está tu madre?” —“Trabajando”), me habría resultado cómodo comprobar por mí mismo la intensidad de su hipertrichosis, precisar la topografía y los límites locales de sus áreas de su hirsutismo, y, debido a sus folículos pilares prominentes y grasientos, incluso hacer preguntas sobre eventuales nódulos fibroquísticos mamarios. De momento, le prescribo una cura convencional de dos antibióticos y el tratamiento tópico que en este momento considero más efectivo. Tiempo habrá para determinaciones hormonales, para ecografías de anejos que descarten eventuales poliquistes de ovario, y para una eventual administración de ciproterona, porque desde los once años sus períodos menstruales han sido desordenados, atrasados, y de escasos días de duración. Si no mejora en 40 días, al término de la cura de antibióticos, que regrese.

Lo hace a los 80 días. Viene acompañada de una hermana, casi tan espigada como ella, pero de cara redondeada y ojos vivos, que resultará tener doce años. Empieza quejándose, señalando su cara. Acabo de releer en su historia que por su acné no quería ir a bailar, y me contestará, con una semimueca de hastío, que sigue sin tener ganas de hacerlo. Pero yo recuerdo el estado de su cara, estaba mucho peor en la primera visita. En su inconsideración hacia el buen efecto de mi receta, sí se

parece a las otras chicas de su edad. La reconvengo, pero en voz alta, como si yo, ante los enfermos que me consultan, tuviera el derecho de quejarme por sus quejas. “No hagas el lloricón, por qué empiezas a hablar quejándote, ¿es que no has estado mucho mejor en este tiempo entremedio?” Un poco a la fuerza asiente en ello. “Vamos a precisar, ¿es que no has mejorado, ni mientras duró la medicación, o es que has vuelto a empeorar una vez terminada? Se había olvidado de decir que “los granos se le curaron del todo”.

Ocurre de repente. Son mis propias y fuera de lugar quejas ante las suyas, las que me evidencian que la paciente se conduce más de la cuenta de su rebrote. Quizá hoy, confrontada con la vivacidad que se desprende de la hermana, destaque más la excesiva pena que ella aplica a su cara ¿Estaré frente a un caso de depresión en una adolescente? Su negativa a acudir a la discoteca, ¿podría ser, más que por el acné mismo, por su discomunicación, es decir, por el desinterés de estar con los demás, como síntoma de trastorno depresivo? Súbitamente el caso me está resultando mucho más interesante que el de un vulgar acné en una chica con un androgenismo de causa y grado a determinar. Una vez establecida la sospecha, para confirmarla o rechazarla, debo, como siempre, iniciar el interrogatorio psicológico sistemático. Las preguntas sobre el hábito de dormir no van a presentar problemas, pero no he de olvidar que a pesar de que esta chica va adelantada en todos sentidos, no deja de ser una niña de 15 años. Resulta ser un interrogatorio difícil. Pronto compruebo que debo insistir en las mismas preguntas, expresadas

de variadas formas, porque, o no contesta, o se contradice a menudo. ¿No entenderá mis preguntas? A pesar de sus apellidos, habla el castellano sin acento alguno, habrá nacido aquí. Quizá no sea del todo consciente de lo que le sucede y siente. Y nunca antes le habría hecho alguien considerar estas esferas de sí misma. Se duerme en seguida, no se despierta de madrugada, pero sueña mucho, eso sí. Se levanta cansada, hay días en que se encuentra chafada a lo largo de toda la jornada. ¿Cuántos días al mes? Se decide por el habitual “depende”, que es una forma fácil de eludir la respuesta, sin tener que calcular. “¿Te encontraste cansada ayer? Y ¿qué habías hecho? ¿Y anteayer? ¿Y el lunes?” “Alguno de estos días en que te encuentras más cansada de lo que tocaría, ¿te has notado como si pareciera que te encontrases algo así como un poco triste?”. Me doy cuenta de que, con ganas de ser suave con ella, he eufemizado la pregunta con tanto miramiento y con tan poca sintaxis como si se la hubiera formulado a un hombre, algunos de los cuales pueden considerar impropio sentirse tristes. Pero esta chica no se va a molestar si le pregunto por tristeza, el problema en ella es que, sin quizá ser alexitímica, se comporta como si lo fuera, pero será sólo el resultado de su corta edad. Después de mucho ir y venir por el interrogatorio, consigo saber que, aún sin sentirse triste, sí llora a menudo, aunque no tenga realmente motivos para llorar. Que en lo suyo todo va bien, como también todo va bien en casa, que con su hermana no tiene problemas, a lo que ésta responde con una cargada que destaca, alegre, en el interrogatorio. No ha habido manera de hacerle decir si va a algún colegio, o si trabaja, si está en un negocio familiar, y a qué se dedican los padres. Contesta sólo a lo que se le pregunta directamente. En lugar de intentar saber si las relaciones con los padres son difíciles, procuro hacerlo de un modo agradable: “¿Te mimas tu madre, o es tu padre el que mimas a su niña? Por la forma en que me mira, sé que he dado un paso en falso en mi interrogatorio, y temo que mi resbalón pueda alejarme de ella. En su casa, y como emigrantes, no podrán estar para muchos mimos. No ha querido explicar de qué trabajan unos padres que no pueden venir al médico a acompañar a su hija, pero ahora, en este momento, pienso que pueden ser feriantes, y se me ocurre que algunos vestidos ceñidos de adolescentes pueden ser sólo el resultado de

estrecheces económicas que no permiten renovar la talla adecuada para cuerpos que están aumentando de masa. Sí, sus padres alguna vez discuten entre ellos, pero siempre es por dinero. Parece que no está ansiosa, y que no le tengo que recetar ningún tranquilizante.

He quedado satisfecho de haber sospechado un trastorno depresivo al principio de esta segunda visita, y ahora, al final del interrogatorio, debiera estar contento de haberlo podido evidenciar, pero ha constituido un esfuerzo largo y pesado, he recogido respuestas cortas a preguntas largas sobre temas poco gratos, al menos para mí, “¿te encuentras bien aquí, te aceptan tus amigas, os sentís discriminados, hablan tus padres de que no se encuentran cómodos aquí”, etc.? Sé que, ni que fuera sólo debido al esfuerzo en descubrirlo, corro el riesgo de sobrevalorar este resultado confirmatorio de depresión sospechada en una adolescente. Y que no debiera complacerme con la decisión automática de recetar un anti-depresivo, sólo porque he diagnosticado un trastorno depresivo. Procuremos objetivarlo. Por un lado, ¿cuántos pacientes míos no han llegado a adquirir el anti-depresivo, en la farmacia, porque una vez en casa han considerado que no iba con ellos? ¿Cuántos, también, han empezado a tomarlo y lo han abandonado por un mínimo efecto secundario? (C. Bridgett se queja de lo mismo en su artículo sobre Tratamiento). Por otra parte, esta chica, aunque no se sienta triste, deprimida sí lo está, y no parece que sufra sólo el “distrés transitorio” que refieren los psiquiatras como frecuentes en los enfermos que diagnosticamos los médicos de atención primaria y otros especialistas. Un distrés transitorio podría haber sido resultado, por ejemplo, de un emigración reciente, o de un cambio de colegio y de amigas, o de rotura de unas relaciones sentimentales, si algo de todo esto hubiera acontecido, detalles sobre los que no he preguntado, que demasiado ocupado estaba en intentar precisar su estado de ánimo. La próxima vez, que venga con su madre. Que por teléfono pida por mí directamente, que ya le encontraré yo una hora de visita que convenga también a la madre.

Decido recetar citalopram. Que empiece por medio, y que a los tres días, si lo tolera, que lo tome entero. Prefiero este antidepressivo por su efecto estimulante, sin acción sedante. Porque irritable, no lo está. Se tratará durante 9 meses. Que no las deje antes, aunque

note que el cansancio, por el que se le había recetado, ha desaparecido. Que no lo deje tampoco si los granos se curan, sino que las siga tomando “para que no vuelvan a salirle, como ha pasado la última vez”. Si surgen problemas de intolerancia, que telefonee a la hora convenida. Que tenga en cuenta luego que, si estos efectos aparecen, no significa que no los puede tomar, sino sólo

que yo, por teléfono, voy a facilitarle la receta de otro que no le siente mal. Que tardará de 25 a 30 días en notarse sin tanto cansancio. Y que necesita este medicamento para que el resultado beneficioso de los nuevos antibióticos que le receto, le dure un tiempo mayor que la primera vez. Esto podrá coincidir con la verdad, o no. Pero la excusa me vale.

COMENTARIO

En esta paciente resulta notable: 1) la dificultad que entraña el diagnóstico de estados depresivos y ansiosos en niños y ancianos, en los que los síntomas tienden a confundirse con características propias de estas edades.

2) No quiero colocar la etiqueta de alexitimica a esta chica. La conexión y la empatía, no se han establecido con esta niña convertida en mayor por un físico impropio de la edad y unas circunstancias extrañas. Ha venido sola,

pero no será hoy la primera vez que peculiaridades familiares la obligan a comportarse como una adulta. Sufren alexia los pacientes que no saben leer en su interior y desconocen cómo se sienten. Algo de ello hay en la chica.

3) Se trata de un trastorno depresivo enmascarado, la paciente no se siente triste. En esto sí que resulta muy similar a los pacientes de todos los días que visitamos los médicos no psiquiatras.

PUNTOS RUBÍES MÚLTIPLES

Mujer de 37 años, que viene acompañada de su marido. Consulta por múltiples puntos rubíes que tiene en todo el tronco y que parece que aumentan en número, y algunos de ellos también en tamaño. No le provocan ninguna molestia, pero a causa de ellos desde hace dos años ha dejado de usar en la playa su bañador habitual de dos piezas.

El motivo de la consulta resulta extraño, la paciente es de interrogatorio difícil, no contesta con una negación o una afirmación, sino con una explicación embarrullada, de la que sólo queda claro el tono de queja. Una vez ha terminado su larga frase, permanece callada hasta que yo empiezo a formular una pregunta, lo cual le desencadena compulsivamente otra larga explicación, en la que tampoco llega a decir nada. Esto sucede una y otra vez. Si mientras ella habla, habiéndome interrumpido, insistiera yo en terminar mi pregunta, resulta evidente que no me escucharía. Está siendo una visita pesada. No es la primera paciente que se comporta así. Si, molesto yo por este proceder suyo, decidiera no hablar más, la visita transcurriría en un mutismo abso-

luto, aunque, antes del despido, después de proporcionar yo unas frías explicaciones para que supiera usar los medicamentos de mi receta, podría llegar un momento en que ella preguntase “Bueno, ¿y qué me dice usted de lo que tengo?”

Consigo aclarar que duerme mal, que se despierta de madrugada, que se siente cansada y nerviosa, pero ello es por culpa de los vecinos, tanto los de arriba como los de abajo, que no paran de hacer ruido. Pregunto si acaban de trasladarse desde una zona más tranquila, pero resulta que hace 14 años que viven allí. No trabaja de forma remunerada, y acepta que las paredes del piso se le caen encima. En casa de sus cuñadas sí se encuentra bien. Pregunto cómo van las cosas con los hijos y con el

marido, y señalándolo con un movimiento del mentón, contesta "...bien, pero éste no me ayuda en nada a dominar a los vecinos, y yo ya no puedo aguantar más". Ignoro qué hay realmente entre ellos dos, y me abstengo de indagarlo, le receto melitracen-flupentixol mañana y mediodía, sertralina por la mañana, lorazepam por la noche, y le solicito la determinación de ferritina.

Según mis indicaciones, vuelve dos meses más tarde. Sigue interrumpiendo a mis preguntas, recuerdo que yo más bien la traté fríamente, pero se muestra amistosa. El médico de familia al que acudió para traspasar las recetas por la Seguridad Social, se molestó con mi determinación de ferritina, le replicó que la necesidad de hierro la tenía que decidir él, solicitó una sideremia, que resultó baja, y le recetó un preparado comercial de hierro diferente del mío. Melitracen-flupentixol no se lo quiso recetar, "porque esto no es asunto de dermatólogos" (sic), y se lo cambió por bromazepam 1,5 mg, aunque, generosamente, admitió la sertralina. La enferma se siente mucho mejor, explica que no sabía que se

hubiera encontrado tan mal. A mi pregunta sobre los vecinos, contesta que allá se las apañen ellos, y que, cada uno, en su piso. Recomiendo que siga con los psicofármacos.

Acude de nuevo un año y medio más tarde, esta vez por un eccema seborreico típico centofacial, del que se queja de forma algo exagerada. También siente mucho escozor en el cuero cabelludo, donde la uña, rascando, apenas evidencia un poco de caspa. A pesar de proseguir con la sertralina sufrió "una depresión, estaba llorando todo el día" por lo que tuvo que acudir al "neurólogo", que le recetó imipramina, y le sustituyó la sertralina por fluoxetina, pero a dosis de 40 mg al día. El tratamiento con imipramina lo mantuvo durante 7 meses. Sigue con dosis doble de fluoxetina. Se queja de que le duelen todos los dientes, el dentista le ha practicado una pantografía, ante la cual le ha asegurado que la boca la tiene bien. "¿No tiene usted nada todavía para mis puntos de sangre?". Le coagulo dos de ellos, de unos 3 mm de diámetro; "si no queda cicatriz, proseguiré coagulando los mayores".

COMENTARIO

Los psiquiatras diagnostican a los obsesivos con criterios más objetivos que yo. Cuando un dermatólogo encuentre muy pesada la visita de un paciente, debe considerar la posibilidad de que sea un obsesivo. El sistema de esta mujer de replicar automáticamente cada vez que yo preguntaba algo, sugiere en ella un proceder de tendencia obsesiva.

La sertralina a dosis de 50 mg no resultó suficiente para un trastorno depresivo que, de una fase enmascarada en que estaba cuando vino a mí, se convirtió después en depresión reconocida, "llorando todo el día". El dermatólogo puede reconocer con mayor facilidad los casos en que el proceso evolutivo de una depresión cursa al revés. Es decir: 1. El enfermo se ha sentido triste y en este estado depresivo mayor acude al psiquiatra. Éste le trata con efectividad hasta darle de alta. 2. Unos meses después la enfermedad recidiva en forma de depresión enmascarada. 3. Cuando ésta se somatiza en la piel, acude a nosotros. A la paciente de los puntos rubios el psiquiatra consultado le añadió un tricíclico, y le aumentó la dosis de antidepresivo, buscando probablemente el efecto antiobsesivo de la

dosis doble. Además, la fluoxetina posee un efecto euforizante mayor que la sertralina. En cuanto abandonó la imipramina, la paciente sintió una dentodinia psicógena.

En la mayor parte de los enfermos con problemas psiquiátricos sospechados y diagnosticados por el dermatólogo, éstos suelen ser proyecciones en la piel de "distrés transitorios". En cambio, esta paciente sufre un substrato psicopático importante, y por eso debe ser visitada por un psiquiatra. En general, los pacientes dermatológicos con problemas de orden psiquiátrico desconocidos por ellos no pueden ser mandados por nosotros al psiquiatra, porque no acudirían a él ni volverían a nosotros (resentidos contra una transferencia no aceptada y quizá ofensiva). Quedarían como enfermos perdidos, con su problema y sin médico alguno. Esta enferma, en cambio, aceptará acudir a él porque espontáneamente ya lo ha hecho cuando se ha reconocido como afectada en su esfera anímica.

Lo más importante, es que en el momento en que esta mujer se encontró mejor, dejaron de preocuparle sus puntos rubios. Recuerdo a la esposa, de 38 años, de unos

conocidos nuestros, que mientras tuvo que ocuparse de su suegra con enfermedad de Alzheimer, además de oírla quejarse a todas horas de cuan estresante resultaba una anciana demente, venía muy a menudo a enseñarme el “aspecto horrible” que presentaba su piel, llena de puntos rubíes. En cuanto la anciana falleció, dejó la nuera de consultar por los angiomas. Además, pudo encontrar un trabajo de media jornada remunera-

do. Consistió en hacer de monitora de un asilo de ancianos. A la hora de cerrar esta historia todavía sigue encantada en ello.

La paciente consignada en la historia no es la única que ha consultado por puntos rubíes. En la actualidad, cada vez que me mencionan este tipo de angiomas, me pregunto sobre el equilibrio psicológico de la demandante.

BUITRE ANDORRANO

En algunos programas de televisión sobre ciencias naturales hemos visto la forma que tienen los buitres de arrancar a picotazos la carne de sus víctimas. Esta es la imagen que se me acude ante un enfermo varón, de 69 años de edad, nacido y residente en una pequeña parroquia de los valles de Andorra (que me remite un compañero psiquiatra miembro de AEDyP) que desde hace unos 20 años se está arrancando la carne a pedazos de las zonas donde él refiere un prurito “que le obliga a rascarse”.

El paciente presenta en cara posterior de cuello, brazos y antebrazos, cicatrices extensas, que confluyen las unas con las otras, algunas de ellas retráctiles y con depresiones, estas últimas como resultado de excoりaciones antiguas. En las mejillas y en pómulos se palpan zonas de límites irregulares, más o menos endurecidas. Lleva la cara posterior del cuello y los hombros recubiertos por unos vendajes sujetos con esparadrapos, debajo de los cuales aparecen amplias zonas denuidadas, con heridas más o menos circulares, desde 1 hasta 3 y 4 cm de diámetro y hasta medio centímetro de profundidad, que alternan con excoりaciones más reducidas como las habituales excoりaciones neuróticas de otros pacientes, todo ellos sobre áreas de piel blanquecina, lisa y cicatrizal. En las zonas cercanas a la raíz del cuello las retracciones cicatrizales resultan muy llamativas, con surcos desde 1 hasta 3 mm de profundidad que empiezan en la parte superior del área interescapular hasta confluir a la altura de medio cuello. Toda la zona erodada está limpia, sin costras ni supuraciones, cuidada por la esposa del paciente, en este momento con crema de sulfadiazina y curas diarias. Ella reconoce que, cuando él no se las toca, estas heridas cierran en pocos días, pero defiende una y otra vez a su marido por el prurito intenso que tiene que sufrir.

Se trata de un paciente de aire distanciado, poco hablador, en el que el interrogatorio resulta difícil. Da la impresión de que al paciente no le interesan mucho mis preguntas, y sólo contesta con monosílabos imprecisos. Ella es la que contesta con vehemencia a todo, el paciente duerme mucho y bien, hace muchos años que ha delegado en un yerno el manejo económico de los hoteles que edificó, las relaciones con los hijos van disminuyendo “porque (según la esposa) él con esta enfermedad no tiene humor para nada”, parece ser que los nietos en casa estorban, aunque ahora, de regreso a su casa, un atardecer de últimos de noviembre, este hombre, que permanece ante mí como ausente, va a ser capaz de conducir de noche durante unas tres horas por angostas carreteras de montaña para regresar a su casa del Principado. Supongo que el desinterés que me muestra es debido a que ha venido a mí contra su voluntad, que sólo lo ha hecho porque el psiquiatra se lo habrá recomendado vivamente, y que sabe que a causa del retraso que la visita conmigo le supone, tendrá que conducir de noche.

En los últimos 12 años ha consultado con diversos dermatólogos del sur de Francia, algunos de los cuales le habían propuesto la extirpación de la zona de hom-

bros y cuello con recubrimiento posterior con diversos injertos (!). “A ver si ustedes los médicos me sacan esto, pero no pruebe usted Atarax, que me proporciona somnolencia y no me quita el prurito”.

Afirma que se rasca porque siente prurito. Sobre este punto están de acuerdo el paciente, su esposa y el psiquiatra que me lo ha remitido. Doy por inútil aclarar si este pretendido prurito existe o no. La exploración de la piel resulta difícil por las múltiples induraciones que presenta por todas partes, incluidas las extremidades inferiores. No consigo evidenciar signos de constitución atópica.

La forma en que el paciente se automutila con las uñas sugiere deseos de autodestrucción. La esposa responde negativamente a mi pregunta sobre si el paciente

ha manifestado alguna vez deseos de “terminar con todo ante este mal de tantos años de evolución” pero éste, al oírla, me dirige una mirada larga de la que no consigo descifrar el significado.

Hace unos 4 meses fue tratado con clomipramina que inicialmente proporcionó una detención del rascado, con recaída posterior. Actualmente está siendo tratado con imipramina pamoato 150, una cada noche, y tres comprimidos diarios de tiaprida, parece ser que sin resultado.

Es un paciente psiquiátrico grave, que me ha sido remitido por el especialista para una valoración de la enfermedad cutánea que le proporciona el pretendido prurito, y del que no puedo hacer más que redactar el informe solicitado.

CAMA MAL HECHA

Mujer de 51 años, sencilla, y de aspecto agradable, simpática. Hace un mes que la peluquera le advirtió de una pelada en cuero cabelludo. Han aparecido otras. Esta mañana su marido se las ha repasado, y tiene un total de siete.

Compruebo que son pequeñas, del tamaño de la impresión de un pulpejo de dedo no pulgar, y a la tracción no siguen cabellos. No encuentro pelos peládicos. Pero existe suficiente falsa atrofia del cuero cabelludo como para dar como válido el diagnóstico de alopecias areatas.

La invito a sentarse, y sin someterme a la rutina del interrogatorio psiquiátrico, le pregunto directamente cómo se encuentra. Me mira extrañada. “Bien, gracias”, musita y aguarda. “Hace unos dos o tres meses ¿le ha pasado algo?” Entiende perfectamente. Hace dos años falleció su madre y la echa mucho de menos. Habían vivido juntas hasta hace 7 años, en que ella se casó, de mayor, a los 43 años. No, no tiene hijos. No trabaja. Lleva la casa. Su marido va muy bien, “fenómeno de bien”, enfatiza. “¿Hay algo más, algo que usted desee y no tenga, la falta de trabajo, el trabajo de su marido?”. “Bueno, hace un año sentí mucho la separación de mi hermana, con la que siempre me he sentido muy unida”. Es tres años mayor que ella, también tenía un marido ejemplar como hombre y como padre, “hay que

ver cómo se deshacía por sus hijos”, pero “tuvo que dejarlo” (?) “Es que le ponía cuernos”. Ha notado la atención que le dispenso y, así, me lo contará todo, escuetamente, pero con *suspense*.

Su padre tiene una casita en una urbanización de Vacarisses. Al llegar a ella los domingos encontraban una cama mal hecha, y eso que las hermanas se esmeraban en dejarla hecha cada vez mejor, porque se recriminaban a sí mismas no haberla dejado tan bien como a las dos les gusta hacerlo. Nada se echaba en falta, ninguna violencia, la cerradura no estaba forzada. Tenía que ser alguien de la casa quien usaba la cama. Los sobrinos, chicos solteros, negaron a su madre llevarse amigas a la casita. Llegaron a averiguar que la cama quedaba descompuesta los miércoles, día libre del cuñado. Se encontraría allí con una amante. “Y la muy guarra no sería tan ordenada como debiera”, sigue la paciente, como si explicara un cuento con profesionalidad. Uno de tales miércoles fueron las dos hermanas dispuestas a sorprenderlos. Pero resultó que la otra no era una mujer, sino un hombre. “Y hasta este miércoles de la

sorpresa, ¿había sido un buen marido?” “Un marido fenómeno, como el mío; más de una vez habíamos comentado las dos hermanas que, ella a su debido tiempo, y yo, de muy mayor, las dos nos habíamos casado con unos maridos perfectos”. “¿Se ha arrepentido su hermana de su decisión?” “No, qué otra cosa podía hacer?”

Pregunto a la enferma qué le pesa más, si la pérdida de la madre o la separación de la hermana. Lo de su madre, lo tiene muy claro. En este momento, para saber si necesita un psicotropo, y en este caso, si sedante o antidepresivo, ya inicio el interrogatorio pero de forma sistemática. Lloro a menudo, se siente más cansada de la cuenta. En unas balanzas colocadas, enfrente de ella, si colocáramos en un plato la irritabilidad que pueda sentir, el nerviosismo, el desasosiego, y en el otro plato la tristeza, el cansancio, desánimo, pocas ganas de hacer cosas, etc., ¿qué plato ganaría al otro? No lo duda. Irritable no lo está. Sólo algo deprimida. Le voy a administrar un antidepresivo de nueva generación. Considero que la debo hacer volver a los tres meses, al margen del manejo convencional de las peladas, para considerar el resultado del cambio de actitud que le propondré. Por sus respuestas comentadas a mi interrogatorio se ha manifestado quizá algo lenta, pero inteli-

gente, abierta, empática. Le digo directamente, sin ambages, que se permita enterrar a su madre, que no lo ha hecho todavía. Le añado unas frases sobre que la madre ya había vivido su vida, que tuvo la suerte de haberla tenido a ella. Que su marido tiene el derecho a tener una esposa que se sienta feliz, que ahora no la tiene. No muestra que se haya sorprendido por mi recomendación de que por fin se permita enterrar a su madre. Contesta que “voy a retirar los retratos que tengo de ella por toda la casa”. Insinuo que de momento sólo ponga en los cajones algunos de ellos, más tarde los irá retirando. Pero parece que ella, igual que su hermana, tiene claros los motivos de sus decisiones, y me corrige: “Todos de una vez, ¿qué más da?”. Debería buscarse unas distracciones obligatorias que le ocupen unas mañanas o unas tardes por semana. Natación, gimnasia, o un cursillo sobre labores, que le gustan. Salir con su marido no, replica, que es camionero, y lo que le apetece es estar tranquilo en casa. No llama por teléfono a los pocos días quejándose de efectos secundarios. Vuelve un mes más tarde. Tardará en referirse al estado de sus peladas, que no han empeorado. Sabe que mi interés está en su estado psicológico, y se apresura a proporcionarme la satisfacción de explicar que se encuentra mucho mejor.

COMENTARIO

1) Poco hay que comentar sobre las peladas. Las circunstancias de la paciente no ofrecen muchas novedades. Existe el motivo reciente estresante y desencadenante de las mismas, el fallecimiento de su madre, que puede resultar de no tanto valor para muchos hijos, pero que lo ha sido para ella. Caroline Koblenzer, que refiere que en muchos peládicos se encuentran trastornos psiquiátricos que hubieran debido de ser tratados muchos años antes del establecimiento de la pelada, quizá comentaría en este caso que todos perdemos un día a nuestros padres, y que la mayoría, a parte del pesar propio, no hacemos de ello un problema psiquiátrico, como lo ha efectuado esta enferma.

2) La reacción de la hermana ante la bisexualidad del marido podría ofrecer muchas consideraciones sobre un tema más allá de los propósitos de esta obra. A pesar de la extendida reacción, similar a la de la hermana de esta paciente: “XX se separó porque descubrió que su marido

le había salido m.”, o “XXY se separó ya a los tres meses de matrimonio porque descubrió que ella era lesbiana”, un médico no debe comportarse tan taxativamente como lo pueden hacer personas profanas sobre temas en los que caben diferencias de pareceres. Hoy en día que los psiquiatras han suprimido de su DSM-R la homosexualidad como enfermedad, y la consideran como una variante sexual, existen todavía muy diferentes juicios sobre el tema por parte de médicos, según sus ideologías sociales, políticas y religiosas. Quizá cabe aceptar que si llega a nuestro despacho de dermatólogo un/una joven que vive en estado de permanente ansiedad por el llamado “pánico homosexual”, por compulsiones continuas que descubre en sí mismo, debe ser tranquilizado con la advertencia de que para él resulta un mal menor aceptar este estado, antes que vivir con ansiedad permanente por intentar ocultarlo. Esto lo tenemos que recomendar, a pesar del trauma que

de momento le pueda suponer comunicarlo a sus padres, a su familia y a sus amigos. (A. Mirabet. *Homosexualitat a l'inici del segle XXI*. Editorial Claret. Barcelona, 2000.) No son pacientes para nosotros, sino para el psicólogo, más que para el psiquiatra, pero tenemos que estar muy seguros de la profesionalidad sin ideologías de aquél que seleccionemos para uno de tales pacientes. Porque la reacción más simple podría ser para unos, la de intentar “enderezarlo”, tal como quizá piensa el mismo paciente, y por parte de algunos psiquiatras, la administración de psicofá-

macos como antidepresivos a dosis altas, junto con clomipramina. El caso del bisexual de esta historia, que probablemente descubrió su homosexualidad después de años de matrimonio afortunado, es más complicado, pero si llegara a consultar, lo único seguro de nuestra actuación médica sería quizá la necesidad urgente de prescribir un ansiolítico que le otorgara sosiego, al mismo tiempo que lo transferiríamos a un psicólogo, con el que pudiera relajarse hablando abiertamente de unos temas tan secretos como generadores de congoja.

PSIQUIATRA CARO

Chica de 17 años que acude con su madre por un nuevo brote de acné pustuloso sobre eccema atópico. Ha consultado con tres dermatólogos, uno de los cuales le practicó varios peelings con ácido glicólico que la mejoraron. El eccema discreto peribucal y de la mitad inferior de las mejillas puede ser debido a la irritación de una loción con ácido retinoico que se está aplicando.

Tiene una discreta hipertricosis comprobable en patillas, mentón y brazos. Contesta que sí presenta una discreta línea centrotorácica vertical de hipertricosis, y que el borde superior del vello genital no es horizontal y que asciende en triángulo hacia el ombligo. Hace 7 meses que se trata con acetato de ciproterona 2 mg + etinilestradiol 0'035 mg/d, que tolera, y que le mejora la cara, pero que no impide la aparición de nuevos brotes acnéicos como el actual. Antes de estar sometida a esta medicación tenía períodos irregulares, y algún mes no llegaba a menstruar.

Se había aplicado cosméticos en la cara con poca frecuencia. Pero desde hace más de 6 meses no los usa ni los fines de semana, ya que, a causa del acné, rechaza acudir al baile con las amigas. Insisto en mayores explicaciones sobre este punto, y la madre dice que está muy complejada y que se está quejando todo el día de sus granos que nadie consigue curar. Este comportamiento exagerado me obliga a sospechar algún trastorno psicológico. Para verificar o rechazar mi sospecha, procedo al interrogatorio psiquiátrico. Por medio de él descubro que está ansiosa y que presenta síntomas depresivos. No sé si sigue con su hipomenorrea habitual, o ésta está ahora condicionada por el Diane. Con pérdidas escasas no va a tener anemia, pero solicito una

determinación de ferritina. Le receto fluoxetina, Deanxit® (flupenxitol + melitracen), y los antibióticos sistémicos habituales. Debido a la coexistencia del eccema, no le prescribo ningún tratamiento tópico, que le podría resultar fácilmente irritante. Por el grado discreto de hirsutismo decido practicar una determinación hormonal completa, y le recomiendo que a tal fin suspenda la administración de Diane. Al quinto día del ciclo que se iniciará después de un mes de haber suprimido el progestágeno acudirá al laboratorio. Le advierto que la interrupción del progestágeno le puede provocar un empeoramiento del acné en los dos o tres meses próximos.

Dos meses más tarde regresa. Su madre explica que la posibilidad anunciada de que empeorara al dejar de tomar Diane la mantuvo lloriqueando durante las primeras tres semanas. Toleró la fluoxetina, y pronto salió a divertirse los fines de semana. Usó los cosméticos libres de aceites de los que le proporcioné una lista completa. Se encuentra mucho más animada, pero su madre pregunta sobre la posibilidad de consultar con un psiquiatra, del que una vecina ha dado buenas referencias. Convengo vivamente con esta sugerencia, porque a pesar de que la discomunicación ha mejorado, la madre advierte que todavía está triste y ansiosa. Yo hoy

le hubiera aumentado al doble la dosis de fluoxetina, pero ya lo decidirá el especialista. No tiene tendencia a la diarrea, y le receto cápsulas de clindamicina durante 24 días.

Regresa al cabo de tres meses. No se medicó con hierro porque su ferritina estaba por encima de 40 ng/ml. Ha mantenido tres entrevistas con el psiquiatra, del que no tiene buena opinión. Se queja de que sus honorarios son elevados, me repite una y otra vez el precio de las visitas “y tanto dinero sólo para repetirme que tengo que tener buenos pensamientos”. El psiquiatra le suprimió la fluoxetina y le recetó Dorken 5 mg (clorazepato dipotásico) medio comprimido tres veces al día. La

madre defiende al especialista ante su hija, que según ella, ha conseguido que unos problemas que mientras tanto la hija ha tenido con las amigas hayan transcurrido habiendo sido posible que el resto de la familia haya podido aguantarla en casa. Ha mejorado mucho de su cara, pero quedan todavía algunas discretas pústulas, y en el fondo de algunas cicatrices se observa el eritema oscuro de la actividad inflamatoria. Al día siguiente telefona la madre para advertirme que “el psiquiatra es maravilloso”, y que si no gusta a su hija es porque ésta espera de él lo que nadie más que ella misma puede proporcionarse. Que en la última visita le recetó paroxetina.

COMENTARIO

Tenemos una chica probablemente inmadura para sus 17 años, y una madre juiciosa. No había quedado satisfecha de la consulta con tres dermatólogos distintos, aunque no encontré en el curso de la primera entrevista ningún indicio de que las prescripciones de ellos no aportaran mejoría. Parece ser que la madre va cediendo a sus repetidas solicitudes de cambio de médico. El hecho de no querer salir de casa (discomunicación) me hizo sospechar un estado depresivo, que se confirmó con el interrogatorio. Su madre había pensado que su hija reaccionaba anormalmente frente a sus brotes de acné, y adquirió mayor certeza de ello al comprobar que yo la estaba tratando con psicotropos. Es de suponer que fue la madre quien decidió consultar con un psiquiatra, y ella no ofrecería

resistencia puesto que pensó conseguir un método nuevo y diferente de curar sus granos. Como dermatólogo me complace que, por una vez, se encargue el psiquiatra de tratar los aspectos psíquicos de una paciente mía.

Un año después acude la madre acompañando al abuelo, que presenta queratomas actínicos de la cara. Me dice que la hija, ahora con 18 años, está libre de acné. Explica que poco tiempo después aceptó al psiquiatra y que ahora resulta una hija modélica. Todavía sigue bajo tratamiento con psicotropos. Este especialista la transfirió a una psicóloga, con la que ha estado manteniendo entrevistas regulares durante casi un año, y de la que también ha quedado muy satisfecha.

QUERATOSIS SEBORREICA

Mujer de 62 años, de trato poco agradable, que se mantiene distante, acude sola, y muestra una verruga seborreica no irritada, de unos 25 mm de diámetro entre los cabellos, en la región frontal. Dice que no le molesta, pero que en casa le han insistido que consulte por ella.

Atiende poco a mis explicaciones sobre su verruga, y tiene prisa en referirse a unas manchas en distintas zonas de la cara, que no consigo apreciar. Por eso le entrego un lápiz y un espejo para que las señale, pero

rechaza ambos, y sigue insistiendo en apuntar con el dedo a diferentes zonas de la cara. En este momento, porque evidencia de esta manera que no le interesa la objetivación de sus lesiones, sé que la paciente sufre un

proceso psiquiátrico, quizá esté afectada de dismorfofobia. Frente al interrogatorio replica con vaguedades, “no se encuentra muy bien,” “sufre del corazón, aunque le han dicho que es de los nervios”, expresiones variables que repite cuando la apremio a que conteste exactamente a mis preguntas. Con esfuerzo insisto en el interrogatorio, y consigo aclarar que está ansiosa y deprimida, y que, viuda desde hace 5 años, todavía extraña a su marido. Le recetaron un medicamento para dormir, que sólo tomó durante dos días, porque “no le gustan las

pastillas”. Duerme muy pocas horas, y “sólo tiene ganas de llorar”. En casa vive un hijo de 30 años, separado sin hijos, que dice que quiere morirse porque no encuentra trabajo. Ella está inquieta con este hijo “que necesita ir al médico, pero no quiere ir. Es un buen chico, pero es violento y me da voces”. Para ella dudo entre administrarle antidepresivos o neurolépticos. Al final me decido por citalopram. Si le provocara nerviosismo, a los pocos días incorporaría diacepan de 2 mg.

COMENTARIO

¿Trastorno depresivo, o “dermatological non-disease,” de Cotterill, por psicosis monosintomática hipocondríaca? Cuando un paciente señala lesiones que nosotros no podemos objetivar, ello tiene el mismo significado que las voces que el esquizofrénico dice que oye, y que los demás no pueden oír. De vez en cuando uno de tales pacientes no es esquizofrénico, sino un obsesivo grave. En las dismorfofobias es un error intentar convencer a la visita de que “no tiene nada en la cara” o “que deje de mirársela” o demostrarle de algún modo que lo que dice no es verdad. Incluso un médico que tenga ganas de ayudar al paciente puede incurrir en este error táctico. Porque lo único que se puede conseguir, de esta forma, es que el paciente se calle, sin convencerse, se marche con su esquizofrenia, y

que constituya una visita sin resolver y perdida. No son unas manchas (o unos insectos, en otros casos) que no existen, lo que le provocan esquizofrenia, sino que es la esquizofrenia lo que le hace ver unas manchas que no hay. Un dermatólogo no se aceptaría a sí mismo disculpas por desconocimiento sobre cualquier otro tema cutáneo. Que el lector considere si no es un tema cutáneo, del que un dermatólogo pueda sentirse ajeno, una alteración psiquiátrica que el paciente desconoce que sufre, trastorno que aparece disfrazado de molesta dermatosis. Precisamente porque la siente en la piel, el enfermo rechaza toda otra solución que no venga del dermatólogo.

Le receté un antidepresivo, y no pimocide porque era evidente que había un trastorno depresivo.

CÁNTICOS CELESTIALES

Paciente de 67 años que hace un mes y medio vino sola, quejándose de molestias en el paladar duro, en zona cubierta por una prótesis dentaria. Es una mujer algo obesa, de buena estatura, alegre y de aspecto joven. No era agradable ni el tono agudo de su voz, ni tampoco que hablase casi a gritos.

Como no logré objetivar ninguna lesión en el paladar, sospeché de inmediato un origen psíquico, y le insté a que me precisara las características de lo que sentía en la zona indicada, y ella, con evidente satisfacción por tener ocasión de hacerlo, arrancó rápida diciendo “pues es una”, sensación que no consiguió expresar mientras intentaba inútilmente ayudarse aplicando

mucha vehemencia al frote repetido de la yema de los pulgares sobre el pulpejo de los otros dedos de ambas manos, que mantenía puntas arriba a la altura de su cara, como si buscase apreciar la textura de las molestias del paladar mantenidas entre los dedos. “Le duele?”, contestó que sí. “Le escuece?” y dijo que sí también. “Le da como corrientes?” y también lo afirmó. Delante de

esta imprecisión y de la falta de lesiones tanto a la vista como al tacto, diagnosticué una orodinia, es decir molestias bucales de origen nervioso. Pueden tener variadas causas, pero frecuentemente las glosodinias y orodinias se presentan en mujeres deprimidas. Dispongo de una frase gráfica para esto: “Cuando una mujer mayor, especialmente si va vestida de negro, abre la boca para quejarse del interior de ella, el primer diagnóstico a establecer es glosodinia u orodinia por estado depresivo”. Le practiqué el interrogatorio sistemático para confirmar este diagnóstico o rechazarlo, y resultó muy laborioso porque ella no paraba de hablar; no decía ningún disparate, pero repetía vaguedades de su propia persona, como impulsada por una fuerza incontrolable. Al final la tuve que instar a que me contestara sí o no y nada más: a la pregunta de si se levantaba descansada o cansada, p.ej., podía responder algo así como: “Pues verá usted, lo que se dice cansada, cansada, tenga en cuenta que yo soy una mujer que... y no es que en mí esto constituya un vicio, porque..., que otras mujeres en mi situación.... y no vaya usted a creer... porque yo no soy de las que.... que claro está que no es tan claro, porque si fuera claro... etc.”. Sólo la primera vez que la conminé a la precisión, y alcé la voz para ello, me hizo caso. Las otras respuestas volvieron a ser largas y vagas, y hubiera sido una inconveniencia de mi parte, volver a reprenderla. Después de escuchar sus confusas respuestas, se deducía un estado de marcada ansiedad, y comprobé que no estaba deprimida. Se comportaba como una obsesiva. Un día un psiquiatra compañero de AEDyP (Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría) diagnosticó un “estado obsesivo grave” en una enferma que le transferí, que yo había diagnosticado y tratado inútilmente como esquizofrénica. Por eso, desde entonces, cada vez que diagnostico una obsesión grave pienso que debo hacer el diagnóstico diferencial con un delirio monosintomático. Y también, al revés. Cuánto enseña un error consciente, y qué fácil resulta acordarse de él. Un pensamiento fugaz mío consideró si esta mujer, estudiada por el mismo especialista, no recibiría el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Pero la encontré ubicada muy lejos del punto de aceptar una transferencia a un psiquiatra.

Resulta que su gran problema era que, con los hijos ya casados y fuera de casa, vivía con su marido en un

primer piso, y que en la planta baja se había instalado una capilla de una religión diferente a la oficial. Sus cánticos “no la dejan vivir, los tiene metidos en la cabeza, no puede más”. Los siente “como si se le hubieran metido todos en su casa. Y no es sólo lo que cantan en la capilla, sino los parloteos y risas que hacen en la calle, debajo de su balcón, antes y después de las ceremonias”. Ella quería que su marido fuera a hablar con ellos y “los obligara a cantar más bajo, o que insonorizaran la capilla, que para esto está el porespán, digo yo, o que se mudaran a otro barrio”, pero el hombre, cada vez que era apremiado a ello, afirmaba que él no oía nada y que todo eran figuraciones suyas. También en la calle los vecinos la llaman “la loca”, “pero esto es porque los de la capilla han empezado diciéndolo”. Porque su marido no le está haciendo caso con esto de la capilla, han estado cuatro meses conviviendo, pero sin hablarse, por culpa de estas “músicas celestiales del demonio, que los pusieron a los dos al borde de la separación”. Como el marido no se atrevió, lo tuvo que hacer ella, abrir las puertas de la capilla en plena función litúrgica, y desde el portal decirles a voces todo lo que pensaba de ellos.

Le receté fluoxetina, comprimidos dispersables de 20 mg, no cápsulas, para que aumentara de medio a medio comprimido hasta ver si toleraba la dosis de 60 mg al día. También diazepam de 2 mg, media, media y una entera, con la explicación de que tal dosis era ridículamente baja para ella, y que debía aumentarla lentamente hasta una dosis tan alta como tolerase sin que le provocara somnolencia. Quizá el resultado me permitiría la transferencia al psiquiatra.

Vuelve hoy, a los dos meses, acompañada esta vez de una paciente antigua que reconozco por su cara triste y larga, de amargada. Observo por un momento a esta amiga, que permanece con las comisuras bucales caídas, y los ojos en semioclusión tan inamovible, que le resulta más fácil mirarme levantando la cabeza que los párpados. Ahí están una y otra paciente, y con la nota con que me las han hecho pasar al despacho, está claro que tenían hora de visita las dos, la una después de la otra, pero entrando al mismo tiempo, en esta forma de visita doble que tan poco me gusta.

Decido empezar con la enferma de los cánticos, porque su última visita es más reciente. Tengo urgencia por aclarar si delira o no. Contesta que desde la última visita

se encuentra mejor, que está más tranquila. Toma 40 mg de fluoxetina, los 60 no los toleró, y también, medio, medio y un comprimido entero de diacepan de 2 mg. ¿El efecto tranquilizante es debido a la fluoxetina o a la dosis baja de diacepan? Esta no ha resultado ser una dosis ridícula para su peso, por cuanto el cabecera que le traspasó mis medicamentos a recetas de la Seguridad Social, transcribió por error 5 mg de diacepan en lugar de 2, y la enferma llamó a la hora convenida quejándose de somnolencia. Mantuvo este ansiolítico suprimido hasta que en otra farmacia se dieron cuenta del error. Vuelvo a preguntar si el marido oye los cánticos o no. La paciente mira a su amiga en busca de ayuda. Esta se la proporciona, en cuanto asegura que el marido no los oye “porque no quiere oírlos”, e intenta añadir unas explicaciones que debo cortar al abrumarme con detalles arquitecturales entre las diferentes partes del piso y las posibilidades físicas del alcance sonoro. Pregunto a la amiga si ella misma también ha oído los cánticos y resulta que “no, pero es que ella no va a la casa cuando los oficios”. Aquí, la paciente de la capilla levanta enérgica un brazo en demanda de su turno, echa una rápida ojeada al despacho, se fija en la lámpara, que cuelga aquí desde hace 47 años, y profiere: “Si yo digo que esta lámpara cuelga, pues cuelga, y sigue colgando aunque todo el mundo afirme que no cuelga”. Y luego, a pesar de que la amiga que no ha oído los cánticos, asegura que cree firmemente que sí los oye ella y no sé cómo se inicia una pelea entre las dos. Están de acuerdo en que la música y cantos se oyen desde el piso, pero discuten, no entiendo por qué. De repente la paciente se dirige a mí. “Es que quizá, doctor, ¿me ve usted loca? A mí me ven loca. Pero loca, yo no lo estoy”.

Desde que las dos entraron en el despacho ya ha transcurrido mucho rato, y en la sala de espera habrá impaciencia. No he podido diferenciar el diagnóstico entre delirio y obsesión grave. Quizá coincidan los dos, como tan a menudo encuentro yo atopía en muchas psoriasis. Lo que peor malestar le habría dado antes a la enferma sería la ansiedad, y ésta se ha calmado. Que prosiga con el mismo tratamiento durante 3 meses más.

Le toca el turno a la amiga. En su historia figura una consulta por rosácea seborreica semipustulosa hace 9 años y el tratamiento instituido. También hay anotado el nombre de un colirio, y que le receté flupentixol-melitracen y alprazolam, sin comentarios míos tanto para las gotas como para los psicotropos. Contesta que ahora se medica con lorazepam, 1 mg por la noche. Explica que durante estos años ha sufrido una queratitis filamentosa que “le sobrevenía súbitamente, como una bofetada”, y que también se le calmaba en pocas horas; que le aparecía cuando el estrés era mayor, y que el oftalmólogo le explicó que era de origen nervioso. No, no le administró antibióticos sistémicos. Pero ahora de la conjuntivitis está bien. Responde que ya se ha acostumbrado a su cara congestiva. Hoy viene por una verruga seborreica inflamada del pómulo izquierdo. Se la coagulo.

Que la primera paciente necesita ser atendida por un psiquiatra es tan evidente como que hoy no la puedo transferir a él. Día llegará en que esto será posible para ella. Mientras tanto está mejor, como sucede con los esquizofrénicos tratados con medios específicos por los especialistas debidos, y como sucede también con los psoriáticos graves, intensos, recalcitrantes y recidivantes, que pasarán largos períodos encontrándose mejor.

NOVIO EGOÍSTA

Chica de 19 años, que acude acompañada de su madre, que se queja de que en este momento a la hija no se le notan los morados que tenía cuando solicitaron hora de visita. Entre suspiros y medias palabras, siguen las quejas, ahora le toca criticar la medicina de la seguridad social.

De vez en cuando en consulta se tienen que oír expresiones de valor parecido, que no son más que la

exteriorización en voz alta de la contrariedad por tener que recurrir a la medicina privada. La mención de lo

que pueden haber sido hematomas o equimosis me inquieta, así que, como la madre no aporta mayores aclaraciones, y la chica permanece en silencio, invito a ésta a pasar a la silla de exploraciones. Puedo comprobar algunos elementos de urticaria. Las ronchas duran menos de 24 horas, contesta, las piezas dentarias están en buen estado, la cantidad de las pérdidas menstruales no permite suponer una cifra baja de ferritina, que de todos modos vamos a comprobar analíticamente, y aparte de dos comprimidos diarios de Polaramine® 6 mg por rinitis, no se medica con nada más. Anticonceptivos, no; hubo de dejarlos porque le provocaban prurito vulvar. Le advierto que los adultos pueden tener lombrices, después de lo cual le pregunto si nota escozor anal, a lo que reitera su molesto picor vulvar. Acepta que en ocasiones sufre prurito acuagénico. No será aspirinosensible, porque a menudo la toma, alternada con paracetamol, por sus frecuentes cefaleas. Por las respuestas a preguntas concretas mías, deduzco que es alérgica al níquel. Si hasta ahora las quejas han sido expresadas por la madre, y la chica se había limitado a intentar explicarme a mí lo que es una roncha, en este momento habrá considerado que ha llegado su turno de quejarse, y lo hace sobre cuán fastidioso resulta tener que soportar sus habones, que los médicos no aciertan a curar. Intuyo que ella está esperando de mí una promesa de curación inmediata (*“¿Es el níquel de la veridura!” o “¿Es el gluten!”*), en lugar de tantas preguntas. Sus expresiones lastimosas me hacen dejar de considerar la piel y prestar mayor atención a ella misma, y considero que parece bastante mayor de 19 años, y podría considerarse bonita, pero no me resulta agradable. Ni madre ni hija lo son, vamos a ver qué me aclara el interrogatorio sistemático, que hay que practicar cuando el paciente resulta diferente del resto de enfermos.

Trabaja empleada en una carnicería. Se encoge de hombros como respuesta a si este trabajo le gusta. Demasiadas horas, advierte. Las clientas la agobian. Todas tienen excesiva prisa en ser despachadas, y después puede ver cómo algunas quedan largo rato de plática en la acera. Aprovecho la mención de su cansancio para introducir mi interrogatorio.

Está cansada todos los días, incluido domingos y lunes, en que libra. Todo el día estaría durmiendo. No, no le apetece salir. El hecho de tener novio le ha impe-

dido seguir contactando con sus amigas. “Y ¿qué tal el novio?”. No contesta, se me queda mirando. La madre responde por ella. “Pues no van muy bien”. Entre lo que explican la una y la otra, y lo que contestan a mis preguntas puntualizadoras, me entero de que se conocen desde los 13 años de ella, que las relaciones sexuales empezaron a sus quince, que él trabaja de fontanero, y que están amueblando un piso que van pagando con los sueldos de los dos.

La madre aparece muy enterada de los apremios de la hija. Si no fuera por el piso dejaría correr el noviazgo, y es que él es un egoísta, que sólo piensa en lo que le gusta a él, y que las cosas sólo pueden ser tal como él considera que deben ser, y punto. La ha amenazado que si le deja, va a quedarse él con el piso. Contesta que no, un abogado no se lo permitiría. “Y tú, además, le quieres”. Me mira, no responde.

Comprendo el prurito vulvar, que el ginecólogo interpretó como candidas por progestágenos. Una vez más me reitero en mi experiencia de que el prurito vulvar apunta al marido, alguno de cuyos aspectos, casi nunca sexual, resulta intolerable para la esposa. En ocasiones, aún sin saberlo ella. El mismo mal trato, obligada a soportar, pero no aceptado por ella, que pudiera recibir por parte de un miembro de la familia que no fuera el marido, por ejemplo de un hermano en un negocio a medias, podría originar cualquier otra somatización, como insatisfacción respiratoria, colon irritable, dolor crónico de piernas o de espalda, etc, pero no prurito vulvar, que es malestar de origen exclusivamente marital. Las viudas de muchos años no elaboran nunca prurito vulvar. “Además de sentirte cansada, ¿tienes ganas de llorar?”. Contesta con unos sollozos. En este estado depresivo suyo ¿qué parte contributiva puede suponer el efecto sedante de 12 mg diarios del antihistamínico? Formulo esta pregunta en voz alta y decide que lo abandonará, “que tampoco le sirve de nada”. En su lugar le receto un inhalador nasal de budesonida, que no conoce, y loratadine, que le resultarán más efectivos para la rinitis. Un antidepresivo de nueva generación, que decido recetarle, le puede hacer bien. Tal como debe ser advertido en la receta de este tipo de medicamento, le explico que éste es el remedio que necesita de acuerdo con el resultado del interrogatorio. Pero que la tolerancia personal al medicamento puede resultar otra cosa. Que empiece con comprimidos dispersables,

que se pueden partir. Si no tolera el medio comprimido inicial, los trastornos, que fundamentalmente son de tipo digestivo, serían menos. Si al cabo de unos días aparece somnolencia, agitación o cualquier otro malestar, debe

llamar a la hora impresa en la receta para consultas telefónicas, que le voy a facilitar en un instante entrevista y visita para un cambio de receta, hasta que encontremos uno que resulte tolerado.

COMENTARIO

Con hidroxicina, loratadina y, dentro de unos 20-30 días, la acción del antidepresivo, se puede considerar que la urticaria cederá. Le prescribo también un antioxidante, y una petición de comprobación de ferritina en la que ya le indico, impreso de ordenador, que si la cifra es inferior a 40 ng/ml se medique durante 3 meses con un preparado de hierro.

Esta chica está ansiosa e insegura. Tiene que tomar una decisión. Tanteo a la madre preguntándole qué vamos a hacer con estos novios. Por lo que ha dicho previamente, sé que si ella lo supiera, lo diría en este momento. En lugar de decir que no lo sabe, reitera que van mal, que interpretado como opinión materna de que algo hay que hacer. “Nosotros no podemos hacer nada ¿verdad, señora? Es que si lo supiéramos, tampoco resultaría válido para ella lo que dijéramos nosotros, porque aquí la única que puede decidir es ella misma ¿no? Vamos a suponer que lo deja”, prosigo, “y que le anuncia que consulta con un abogado. La

niña lo pasaría muy mal durante uno o tres años, quizá más, pero este tiempo no es nada para la larga vida que tiene por delante...” Seguiré en términos parecidos, ya dirigiéndome directamente a ella o la madre. Le obligo a atender a mi exposición figurada, como si fuera en un póster sobre mi mesa, de las dos opciones que tiene: o proseguir igual, aplazando el problema de la decisión y evitando de momento el gran trauma, o decidirse ya, aunque le quiera.

Soy consciente de que aunque políticamente mi proceder sea correcto, le habré estado, con diferentes frases y ejemplos, dando solapados empujones a considerar el bienestar que después de unos años derivaría para ella de la decisión actual de romper con él. No podré tener la certeza de que la elección de mi modo de ayudarla haya sido la correcta. Le cuesta llegar a una decisión, porque llevan muchos años de trato. Pero es joven, le queda mucho tiempo para otras oportunidades.

PSORIASIS RUPIOIDE

Varón de 35 años, que consultó por un brote de pocos elementos, pero todos ellos de considerable diámetro y grosor, de psoriasis rupioide. En tres visitas, a lo largo de dos meses, con clobetasol tópico por la mañana, y concentraciones crecientes de cignolina en crema por la noche, conseguí blanquearle el brote.

Han transcurrido diez años, ha vuelto hoy a consultar; parece que sus brotes no han dejado de aparecer, y no consigo aclarar cómo se han llevado él y su piel durante este tiempo. Se lo formulo de otra manera, le pregunto por qué razón acude en este momento, a lo que contesta “así no puedo seguir viviendo”. Este tipo de respuesta requiere un interrogatorio psicológico detallado, para aclarar qué se oculta detrás de ella. En el

curso de sus respuestas, más bien lentas y apagadas, y dadas siempre después de una pausa, aparece muy pronto que lleva un mes sin hablarse con la esposa. Habré hecho yo un gesto ostensible, porque sus quejas se han interrumpido súbitamente. Ha quedado mirándome. “Un mes es mucho tiempo. ¿Han pensado quizá ustedes en algún momento en separarse?”. Compruebo que mi pregunta le sorprende. Después de unos segun-

dos, niega lentamente con la cabeza. “¿Se da usted cuenta que están ustedes jugando a ello?” Otra vez queda sorprendido. “¿Quién empezó la pelea, usted o ella?” No contesta, hace un leve gesto de duda con los hombros. “Es difícil de decir, últimamente las cosas no iban muy bien... se tomó muy mal que yo un día me quejara de que le gusta demasiado gustar a los hombres”. “Mire usted, vaya a su casa, y tanto si empezó usted con ello, como si empezó ella, intente hacer las paces. Y si ella no atendiera a razonamientos, inténtelo con el sexo, aceptando poder quedar humillado en el intento”. Se toma sus debidas fracciones de segundo para reaccionar,

pero parece que no hubiera debido sugerir esto. Llega a decir en voz baja “bueno, ella es muy enérgica”. He de suponer que ya habrá rechazado sus intentos. Considero si sólo le va a quedar la posibilidad de medicarse con psicotropos. Me atrevo y llego a preguntarle si alguna vez se la ha acudido que con otra clase de mujer podría sentirse mejor. Se me queda mirando. No, no se le habrá ocurrido. Al final me contesta “...Es que yo... la quiero”. “¿Trabaja ella fuera de casa, se gana la vida?”. Dice que no. Le preparo una receta con un tratamiento tópico parecido al de la primera consulta, al que esta vez añado fluoxetina y diacepan.

COMENTARIO

Este paciente, si no estaba conviviendo pacíficamente con su psoriasis rupioide, al menos la ha estado aceptando resignado durante 10 años. Si acude a consultar de nuevo por ella, es porque en este momento está, sin saberlo él, ansioso y desorientado. La suya es una dermatosis crónica, en el curso de la cual un trastorno matrimonial, le ha provocado una inquietud que ha somatizado en la piel. Posiblemente la psoriasis volverá a blanquearse con el mismo tratamiento que resultó efectivo hace diez

años, pero, además del tratamiento cutáneo, necesita ayuda psiquiátrica y psicológica. Le explico que los psicotropos le ayudarán a no sentirse tan mal durante unos meses. Que los repita siempre que sienta de algún modo que no puede ‘seguir viviendo’ de aquella manera. Es posible que ahora no los llegue a tomar, porque, con mis sugerencias, la consulta por la psoriasis rupioide de hoy puede convertirse en un considerar de forma diferente la situación en casa.

MUSLOS QUE NO GUSTAN

Entra, acompañada de su hermana mayor, una chica de 17 años, que, debido a su exagerado modo de vestir y de arreglarse, aparenta una edad mayor de la real. Dice que "no le gustan sus muslos porque no dejan que se note la rodilla". Su consulta me parece insólita.

Me enseña la parte inferior de los muslos, próxima a sus rodillas, donde con esfuerzo quizá sí se pueda aceptar que existe un grado mínimo de adiposidad que, constatado, no es dolorosa espontáneamente ni a la presión. Le señalo la adiposidad, sin signo de la fóvea, que también muestran sus tobillos. Asiente en que sabe que también tiene los tobillos gruesos, pero que “esto no le importa”. Además, pide ayuda para resolver un acné discreto de la cara. La hermana atiende con atención, pero en silencio, a todo lo que se expresa y se explora en la consulta.

En un momento determinado se me antoja que la paciente quiere que yo indique la necesidad de una liposucción, y supongo que en casa se habrá discutido sobre ello. Pero es que realmente no existe ninguna grasa a succionar. En este caso, de acuerdo con mi concepto de que “siempre que exista una desproporción entre lo que el paciente dice y lo que el médico observa, hay que sospechar una participación psicológica en el motivo de la consulta”, me decido a iniciar el interrogatorio psicológico psiquiátrico, que permite aclarar

que se encuentra cansada, chafada, sin ganas de hacer cosas, aunque no triste. La chica se encuentra bajo un discreto trastorno depresivo enmascarado. Me dirijo a la hermana mayor, y se lo digo así. En este momento ésta afirma quedamente para sí, pero con firmeza: "ya decía mi madre que mi hermana sólo tenía manías".

Le prescribo diacepan a dosis bajas. Unos 9 meses más tarde vuelven las dos hermanas, y la enferma presenta en muslos y en piernas unas típicas lesiones artefactas. Está cambiada, ha adelgazado, viste con sencillez y va sin maquillar. A mis eufemísticas preguntas contesta largamente, sin concretar nada, incapaz de responder con un monosílabo, y la visita requiere esfuerzo.

En este tiempo, resume la hermana, abandonó los estudios y un puesto de trabajo, rompió con un novio conveniente, y está quisquillosa, que en casa no hay quien la aguante. Dice que después de la última entrevista decidió que no tomaría mis psicotropos, puesto que lo que ella quería era que le practicaran la liposucción. Su madre no quiso oír hablar más de ello. Ahora,

desde hace un mes "le están apareciendo" las lesiones presentes, que empezaron sobre la rodilla y se van extendiendo. Interpreto que quiere llamar la atención de su madre. Intento aclarar si puedo diagnosticar un estado obsesivo, y a este fin formulo unas preguntas a las que contesta que sí, que es muy ordenada, puntual, que las cosas deben hacerse bien porque sí, aunque nadie las vea. Esto me acrecienta la sospecha de una personalidad obsesiva. Le receto sertralina a dosis crecientes, de medio en medio comprimido, hasta intentar llegar a dos o tres al día.

Hoy no la puedo transferir al psiquiatra, aunque sea una paciente que este especialista trataría mejor. No acudiría a él y quedaría sin ningún médico, como una enferma perdida. Si mejora de comportamiento y bienestar propio, habiendo leído el prospecto de los psicotropos, será más fácil que acepte acudir al especialista. El podrá afinar el diagnóstico y precisar medidas terapéuticas más adecuadas. Si aparecen efectos secundarios medicamentosos, pienso que la hermana y la madre conseguirán conducirla al psiquiatra.

COMENTARIO

Es conocida la dificultad de diagnosticar ansiedad y depresión en adolescentes y en ancianos. Esta paciente, en la que existe una desproporción entre lo que dice y lo que se puede observar, coqueta y vistosa, en la primera visita no hacía sospechar la necesidad de un interrogatorio psiquiátrico. Del caso cabe extraer la conclusión de

que un motivo de consulta insólito debe hacer sospechar un trastorno psicológico. Puesto que la causa real de su petición se apoya sobre razones de índole psiquiátrico, si sólo se le explica que no es un caso para liposucción, más tarde puede somatizar su disfunción psicológica en otra área.

EPICUTÁNEAS NEGATIVAS

Mujer de 64 años, a la que conozco desde hace muchos años como madre de cuatro hijos atópicos, a los que visité muchas veces cuando eran niños. También ha acompañado a nietos, y es una mujer agradable e inteligente. Hace un mes acudió por ella misma, y refirió un prurito de tres meses de evolución.

Se observaban lesiones de rascado en las extremidades, especialmente en los brazos. Desde una semana antes los picores se habían extendido al escote. Venía

acompañada de su única chica, ahora catedrática de Física Teórica de la Universidad de Barcelona. La clínica del prurito de su madre no me sugirió ninguna orienta-

ción etiopatogénica, el interrogatorio sobre causas de picor no aportó nada de valor, pero por la vehemencia de las descripciones que proporcionaba sobre sus molestias sospeché un estado de ansiedad. Por esto la sometí a interrogatorio psiquiátrico sistematizado, del que no obtuve ningún resultado claro. Solicité una analítica tipo ingreso hospitalario, y receté un tratamiento empírico para aliviar el prurito.

Volvió hace unos diez días. No sólo no había mejorado, sino que sus lesiones de rascado se mostraban más intensas e incluso excoriadas. Puesto que el prurito se instauró coincidiendo con la boda del último hijo, y algunas madres creen que pierden a los hijos que se casan, insisto en este punto, a pesar de que la posibilidad de que la boda hubiera podido constituir un mecanismo desencadenante del prurito ya había quedado descartada en el primer intento de interrogatorio psiquiátrico. Ella se reafirma en que su nuera es magnífica, “encantadora, que sabe disimular con gracia lo lista que es, y que sólo tiene ganas de ayudar y de complacer”; tanto, que realmente ha conseguido que ellos la consideren como una hija más. Que ya sabían ellos que, al casar al último hijo, se iban a quedar solos, pero que con ella están cambiando de parecer, etc. Topográficamente las lesiones evitan la zona cubierta por el sujetador, y puesto que hace 15 días descubrí una epicutánea positiva frente al *orange disperse* en otra mujer de edad parecida, con un prurito recalcitrante, creo oportuno practicarle pruebas epicutáneas, pensando que hay que descartar una dermatitis de contacto por alguna blusa o camisa. La zona cubierta por el sujetador evitaría el contacto con la ropa externa, y por este motivo quedaría indemne.

Cuatro días más tarde regresa, muy bien marcadas las rayas de rotulador localizadoras al lado de cada epicutánea de una serie especial textil en la espalda, pero todas ellas negativas. Viene acompañada por el marido que explica que “en la primera lectura, después de arrancar los parches, el resultado también era ya negativo” (sic). Parece ser que después de las dos visitas anteriores, la paciente le ha explicado al marido mis preguntas insistentes sobre el valor de haber casado al último hijo. En general las esposas se muestran más psicólogas que los maridos, pero en este matrimonio vamos a ver cómo sucede al revés. Ante el resultado negativo de los análi-

sis sanguíneos y de las epicutáneas, mis sospechas sobre la relación de este prurito con un estado de inestabilidad emocional se acrecienta. Pero mi interrogatorio, dos veces repetido, claro está que con diferentes palabras, no me proporcionó ningún hallazgo. Hoy, por tercera vez, debo abandonar el método de interrogación, y mis preguntas de tipo psiquiátrico tienen que ser disparadas al azar, sobre insatisfacciones psicológicas con otros miembros de la familia, sobre abuelos, si los hay, sobre el estado de lucidez mental de los mismos, etc. El marido sabe en seguida qué es lo que ando buscando. Con un ademán cortés pero enérgico solicita turno en una pausa mía y me lo explica. El primer hijo, ahora con 37 años, “usted lo había visitado muchas veces por eccema”, estaba destinado por él, su padre, para continuar su labor como gerente, teórico y diseñador de un taller de alta joyería, que no sólo había resistido la crisis industrial de hace 25 años que hundió muchas empresas en la región, sino que ha estado acrecentando su producción y exportación a todo el mundo. Este chico, según sus indicaciones, estudió Ingeniería y Económicas, y en las dos consiguió Premio extraordinario de fin de carrera, aunque, según el padre, poca atención les había dedicado, puesto que a él lo que en realidad le interesaba era el arte en general. Por propia iniciativa durante el bachillerato ya había obtenido el título oficial de Dibujo en una prestigiosa academia. Interrumpe la madre para anotar en voz muy baja que les dicen que su hijo es un superdotado. Prosigue el padre que este hijo se enteró un mal día de que en Pamplona se organizaba un simposio sobre “Filosofía del arte, así como suena, me acordaré toda la vida”, señala, que estuvo allí un fin de semana, y que regresó cambiado. Durante un año estuvo viajando continuamente a esta ciudad, que parecía como si Florencia, Viena y otras ciudades hubieran dejado de existir. Un tiempo después les confesó que se iba a Roma a estudiar, que había encontrado su verdadera vocación. “Dejó una novia magnífica que tenía y “le hicieron cura en pocos años”, corta la madre, después de lo cual, los dos al unísono se sienten obligados a exclamar que no tienen nada contra ‘La Obra’ (sic), y añade el padre que él ya sabe que éstos son otros tiempos, que la gente sólo puede ser feliz haciendo aquello que les gusta, que no lo dice por su trabajo, puesto que su segundo hijo varón ya comparte con él la dirección

del taller. Entre dientes añade “pero deberían permitir que los jóvenes pudieran decidir por su cuenta”, etc. “Vaya, que nos lo robaron los del Opus Dei”, sentencia, cortante, la madre, esta vez sin mayores cuidados eufemísticos de nomenclatura. Prosigue el padre que hace 8 meses celebró la primera misa en Roma “y hasta allí tuvimos que ir, desde entonces les lleva “a ellos” allá los negocios”. Hace además de que no ha terminado, y me hace observar que en realidad la oficialización de la pér-

didada del primer hijo fue en Roma, (“se trataba de nuestro primer hijo, ¿sabe usted?”) pero que la concienciación de tal pérdida no se ha materializado hasta que el último se ha casado, ya que con la última boda ha quedado la casa físicamente vacía. “Por eso, por lo que mi esposa me explica que usted ha estado indagando durante estas visitas, los picores de ella han empezado con la boda del hijo pequeño, aunque no sea éste el que se nos ha perdido”.

COMENTARIO

Un interrogatorio psiquiátrico, de resultados diáfanos tantas veces, en ocasiones puede llegar a ser muy difícil. Esta mujer (inteligente, pero educada en la contención y autodominio, y sobre todo madre), sabía desde el primer día el motivo de su malestar, pero no se permitía a sí misma aceptárselo, y lo mantenía soterrado por un posible mutuo acuerdo conyugal, no necesariamente verbalizado entre ellos. Por eso el interrogatorio de la primera visita no proporcionó ningún resultado. El problema estaba contenido, como si no existiera. Los padres habrían comentado entre ellos dos muchas veces que tenían que aceptar la voluntad del hijo, pero no podían evitar una protesta semiinconsciente contra lo que sentían como un robo. Al primer día la madre no contestó mis preguntas de acuerdo con sus sentimientos reales, sino sólo en concordancia con lo que consideraba que era su obligación sentir.

En la última visita, después que el padre hubo expuesto tan claramente la situación familiar, me pregunté si la exteriorización del problema sería suficiente para suprimir las causas del prurito. ¿Tenía que recetar algún psicofármaco? Para ello repetí una vez más el interrogatorio psiquiátrico, en el orden de preguntas habitual. Esta vez la madre contestó, liberada, tal como se sentía. También la

ayudaría a hacerlo la seguridad que le brindaba la presencia física del marido, ante sus temores de explicar las interioridades de un hijo, rompiendo así sus decisiones mutuas de silencio. Aparecieron estados de ansiedad y de depresión. Le receté diazepam de 2 mg, media, media y una entera, y también fluoxetina, pero de esta última debería esperar unas tres semanas a empezar el tratamiento para comprobar si durante estos días el ansiolítico, “a dosis placebo” tal como las etiquetaría cualquier psiquiatra, junto con la franca explicación del origen del prurito y de la problemática mantenida oculta, le mejoraba su abatimiento.

En el momento de cerrar esta historia, no ha vuelto a consultar por su prurito. Al final de la última visita, después de haber comentado yo que con todo ello esperaba la supresión del prurito, le pregunté directamente al marido. “Y usted, ‘señor padre?’” “Yo estoy bien”, contestó, “yo tengo mucho trabajo, no dispongo de tanto tiempo para pensar como ella. Ella no para en todo el día, atendiendo a los nietos y a la casa, pero su cabeza no deja de inquietarse.” Este hombre, que debía de ser extraordinario, sabía que la problemática profesional afecta en general más a los maridos, y que los problemas familiares afectan más a ellas.

DESGRACIADO CON BALANITIS

Varón de 28 años que un mes y medio antes había sido diagnosticado de “balanitis moniliásica”, en mi despacho por un competente compañero que había aceptado encargarse de la consulta en mi ausencia. En la historia clínica quedó anotada la prescripción de 2 comprimidos diarios de itraconazol durante 15 días, solución de Burow y pomada de micostatina.

Se trata de un paciente más bien obeso, de vestir descuidado, sin afeitarse, que habla en voz muy baja, y que apenas levanta la vista por detrás de unas gafas de cristales gruesos. Dice que “tiene lo mismo que la vez anterior” y, por su aspecto, me pregunto si se habrá apercibido de que el médico ha cambiado. Le examino el glande y sospecho que pueda tratarse de lesiones mínimas de psoriasis en el glande.

Refiere que le han diagnosticado hepatitis medicamentosa por itraconazol y por un tratamiento anti-reumático que efectuó conjuntamente con el antifúngico que le fue recetado en mi despacho. Parece que lo expresa sin queja y sin malicia. Como, por la costumbre adquirida con la práctica, considero que existe desproporción entre la vehemencia con que describe las molestias que aqueja y las escasas lesiones que objetiviza, se me impone la sospecha de una alteración psíquica. Para confirmar o negar esta sospecha empiezo el interrogatorio sistemático psicológico. Contesta que es vendedor de películas de vídeo en una tienda, y a una de mis preguntas contesta que “todas las cosas le van mal” “Además, se me cae el cabello”. Explica que hace aproximadamente dos años estuvo de baja durante 6 meses por un trastorno depresivo que fue tratado por diferentes psiquiatras, de ninguno de los cuales recuerda el nombre, como tampoco se acuerda de las medicaciones recetadas. Puesto que de esta manera no puedo recomendarle que repita la medica-

ción que para él decidieron estos especialistas, le prescribo sertralina.

Todo en su imagen es lastimoso, y no disponiendo de confianza en que cumpla bien el tratamiento, pienso que, más que hacerle advertencias sobre imprevistos efectos secundarios del tratamiento y sobre la necesidad de mantener la medicación durante 3 años, le voy a poder controlar mejor si le veo de nuevo, para lo cual le sugiero “partir la visita de hoy en dos diferentes días”, y así le invito a volver dentro de unos 25-30 días “para completar la visita de hoy”. Contesta que “si usted lo necesita así, vale”. Recomiendo que en el glande se aplique agua de Goulard.

Con sorpresa y satisfacción por mi parte, un mes y medio más tarde regresa. Sigue con barba crecida de unos días. El hepatólogo le ha dicho que el estado del hígado hace progresos. Él se encuentra mejor “en todos aspectos”, y además le han desaparecido unas molestias digestivas que yo desconocía. Pero todavía en ocasiones “los dientes le castañean y le tiemblan los pies”. Se siente muy cansado de las piernas. Ha conseguido perder 3 kilos de peso en una semana, porque el médico de cabecera le indicó que necesitaba hacerlo, pero está “harto” de su dieta. Dice que ha vuelto porque yo se lo indiqué así, pero que no es necesario que le mire el glande porque “ya está curado”. Ante mi insistencia permite que le sea observado, y presenta lesiones iguales o muy parecidas a las que recuerdo del último día.

COMENTARIO

Probablemente las lesiones de psoriasis mínima con eccema del glande las ha tenido a brotes en diferentes ocasiones. En un momento dado de la evolución de su trastorno depresivo, el paciente ha puesto su atención en estas lesiones. Sin su alteración psiquiátrica, el enfermo

posiblemente habría soportado sus alteraciones de la mucosa del glande sin sentir la necesidad de consultar por ellas. Aproximadamente una cuarta parte de los enfermos que consultan con los médicos, dermatólogos incluidos, todos los días, vienen a nosotros porque se

sienten ansiosos o sufren cierto grado de trastorno depresivo sin ellos saberlo. “Estar harto”, como el enfermo señala de su dieta, es una expresión patognomónica de valor psiquiátrico. (Otras expresiones de valor parecido son “fatal, horroroso, terrible, sólo me faltaba esto, y además esto otro”). Cualquiera que sea el motivo por el que un paciente nos consulte a los dermatólogos, o a cualquier otro médico, ante la expresión concreta “estar harto”, es necesario un interrogatorio de tipo psicológico. El médico de atención primaria que le recomendó dieta, demostró el interés profesional que sentía por este enfermo, pero si hubiera apreciado que estaba deprimido, no lo habría puesto a dieta en este momento, porque en principio, a un enfermo con un trastorno depresivo no hay que recomendarle que deje de fumar, o de beber, o de comer tanto. El intento de abandonar adicciones es depresógeno.

Es un caso más de enfermo con una depresión mayor que fué tratada durante el tiempo que el psiquiatra consideró suficiente, y que posteriormente ha recidivado en forma de depresión enmascarada. Podemos verlo con cierta frecuencia en nuestros despachos. Si antes acudió al psiquiatra, porque sabía que estaba deprimido, ahora acude al dermatólogo, especialista de la zona diana donde proyecta su estado actual depresivo que él no puede reconocer. (Por la misma depresión enmascarada podría haber consultado con otros médicos por insatisfacciones respiratorias, sensaciones de opresión cordial, flatulencia, prostatitis crónica, lumbalgias, urgencias miccionales, faringitis crónica, etc, si su trastorno depresivo enmascarado se hubiese somatizado en otros sistemas diferentes de la piel).

Los psiquiatras recomiendan que, en general, un trastorno depresivo que se diagnostica por primera vez debe ser tratado durante un año. Que cuando éste recidiva, el nuevo tratamiento debe ser mantenido de tres a cinco años. Y añaden que, ante una tercera recidiva, el tratamiento antidepressivo debe durar toda la vida. Estas recomendaciones no tienen por qué no ser válidas también para nuestros enfermos.

A los pacientes que vienen a nosotros por cualquier dermatosis, pero que lo hacen impulsados por un trastorno depresivo enmascarado que sigue a una depresión mayor curada por un psiquiatra, podemos recomendarles que repitan el mismo tratamiento exactamente como se lo instauró este especialista. Al menos en estos casos resulta reconfortante la seguridad de poderse apoyar en

él, porque sabe más psiquiatría este especialista en su peor día de atención al paciente, que nosotros el día de mayor dedicación a considerar los aspectos psicológicos de nuestros enfermos. (Aplicando esta seguridad a nuestros despachos, el problema radica que el psiquiatra sólo puede aplicar sus conocimientos en los pacientes que a él se confían, y éstos no son ciertamente nuestros enfermos, que si somatizan, es precisamente porque sus trastornos de ansiedad o de depresión transcurren de forma inconsciente para ellos, y no saben que necesitan al psiquiatra).

Si desde la visita con el compañero psiquiatra ha transcurrido el tiempo suficiente para que el enfermo no se acuerde del tratamiento, o para que haya podido extravíar la receta, es preciso mandarlo de nuevo a él. Para redactar la nota de transferencia se trata sólo de aplicar un *savoir faire* personal, que no pueda parecer que presentemos como un fallo suyo de tratamiento lo que no es más que una recidiva precoz del mismo brote, manifestado bajo una diferente forma clínica, y con síntomas diferentes.

Todavía puede resultar un poco más difícil la transferencia, en otros casos que de vez en cuando he encontrado en mi despacho. Se trata de pacientes que en el curso evolutivo de un trastorno depresivo, mejoran a causa de un tratamiento efectivo instaurado por un psiquiatra. En el curso de esta mejoría, su trastorno evoluciona hacia un estado enmascarado en el que los enfermos dejan de sentirse tristes. Si somatizan su trastorno (que no cura, sino que sólo cambia) en la piel, y en este momento les corresponde su entrevista con el psiquiatra, van a referir a éste que se encuentran mejor de aquello por lo que consultaron con él, y no le van a citar las molestias nuevas que sienten en la piel, porque según ellos entienden, tal patología no corresponde a este especialista. El psiquiatra, con toda lógica, les puede aconsejar que mantengan el mismo tratamiento, o incluso que lo abandonen. Si, pocos días después de esta entrevista con el psiquiatra, acuden a nosotros con cualquier dolencia cutánea por la que no habrían consultado si su proceso mental o anímico estuviera realmente curado, y nosotros sospechamos un estado psicológico alterado, el psiquiatra que los ha estado tratando hasta ahora es el médico más idóneo para considerar si precisan un cambio terapéutico, o si es necesario a volver a reinstaurar el tratamiento, si es que se decidió suprimirlo.

OBLIGA A PENSAR MAL

Chica de 20 años, de aspecto simpático, y que parece mayor, muy bien puesta, de vestir como de anuncio de perfume de televisión, se comporta muy segura de sí misma, pero explica una historia muy confusa en la que sobresale un traumatismo craneo-encefálico, con pérdida de conciencia, que presenta como reciente, y del que tardaré tiempo en descubrir que ocurrió hace 4 años.

También con desorden cronológico explica mareos, náuseas, sensaciones de pérdida de equilibrio, antecedente de una semipérdida de conocimiento en la ducha que no obstante le permitió subir al piso superior y tenderse en la cama. Dice que tiene un trabajo “de gran responsabilidad”. Pronto aclaro que ejerce de secretaria. Hasta hace un año había estado estudiando Económicas. Coincidiendo con el traumatismo sufrió dos peladas, que fueron atendidas por un dermatólogo, y que parece que tardaron unos pocos meses en repoblarse. Recientemente le han aparecido dos nuevas placas de alopecia. Viene a consultar por ellas.

La alopecia areata constituye un motivo por sí misma para iniciar un cuestionario de tipo psiquiátrico. Contesta que en su oficina han cambiado parte del *hardware* una semana antes de notar sus alopecias. Se explica con cuidadas frases, sin naturalidad, con posturas de coqueta. El trabajo le gusta, ha encontrado lo que ella necesitaba, es apreciada en su oficina, tiene novio sin problemas, las relaciones con la familia son buenas. No, cuando estudiaba no tenía mareos ni pérdidas de

equilibrio. Aparte de estas molestias se encuentra bien, dice. ¿Dormir? Duerme perfectamente, contesta que se duerme enseguida. Estrechando el interrogatorio, porque resulta difícil conseguir que concrete, se despierta muchas veces cada noche, y de un total de 30 días admite que unos diez de ellos se encuentra demasiado cansada y a veces con ganas de llorar. “Pero estoy bien.” También “resulta muy capaz” en la oficina, (la hago precisar y contesta que se lo expresan así), aunque en ocasiones le cuesta retener órdenes, si recibe varias de ellas a la vez. Su nerviosismo, que “sí lo tiene”, acepta, niega que le estorbe en su rendimiento. A veces atiende al público “con demasiada brusquedad”. Pues sí, hay días que tiene que leer una frase una y otra vez porque no consigue hacerse cargo de su sentido. Cuando suenan a la vez el timbre de la puerta, el del teléfono, y las cosas no le estaban saliendo bien, queda desbordada, acepta. Contesta que sus jefes, sin embargo, son muy buenos con ella. Se despide con una sonrisa, medio mueca, de estudiada coquetería.

COMENTARIO

Este resulta ser un caso de patología habitual, de alopecia areata que coincide con grados discretos de ansiedad y depresión enmascarada. Pero presenta algunas peculiaridades. Su aspecto físico agraciado y explotado, así como la serenidad y rotundidad de sus respuestas proporciona una primera impresión de persona con Patrón de conducta tipo A que se desvanece por su hablar sencillo. Sorprende de momento la confusión cronológica en la historia de una chica que dice rendir bien como secretaria, y que queda aturdida con facilidad. Acepta que “es nerviosa”, pero no consigue ser consciente, y por tanto no le molesta, su insomnio secundario, sus bruscos cambios de humor y sus

frecuentes ganas de llorar. Algunos de nuestros pacientes no son muy conscientes de cómo se encuentran.

No le receto ningún psicofármaco, a pesar de que he considerado que flupentixol-melitracen la podría ayudar. Se trata de un trastorno conductual, es una chica a la que un físico agraciado, y con modelos a imitar en todos los medios de comunicación, se ha colocado fuera de lugar, y la mantiene aquí. Si regresara a una segunda visita quizá sería posible un delicado y más específico interrogatorio sobre las eventuales razones reales de su éxito como secretaria, aunque con los años de juventud, de los que todavía dispone, todo intento de que se coloque en su

sitio, y de que se apea de la pasarela por donde tan a gusto desfila, son por ahora inútiles. Es posible que su ansiedad y depresión sean resultado de su inconsciente confronta-

ción entre su éxito profesional y la realidad de sus aptitudes para mantenerlo, pero de momento tales consideraciones sobre sí misma quedan lejos de sus necesidades.

TRATADO CON SALVARSAN

Varón de 82 años con eccema atópico típico flexural. Explica con énfasis que en tiempos de nuestra guerra civil, contando él 23 años, fue tratado de sífilis con Neo-Salvarsan y bismuto. No llega a afirmar que su eccema sea debido a la sífilis, pero pregunta repetidamente sobre esta posibilidad. En los inicios de mi ejercicio profesional, el antecedente de haber sido tratado con Salvarsan constituía un hallazgo frecuente en enfermos dermatológicos. Ahora éste debe ser uno de los pocos enfermos que recibieron estos tratamientos y que todavía aparecen en consulta.

Veintisiete días más tarde acude de nuevo. Dice que con mi tratamiento curó de su eccema, pero 5 días después de haberlo suspendido “lo vuelve a tener igual”. Este es un resultado al que no estoy acostumbrado en eccemas atópicos a los que he aplicado un tratamiento que sé que suele resultar efectivo. Dicho de otra forma, el paciente refiere “cosas extrañas” para mí. Le hago explicar los pormenores del tratamiento, y averiguo que los llevó a término bien. Tanto el resultado terapéutico inesperado, como esta forma poco agradecida, para su edad, de referirse a la respuesta al tratamiento de su dolencia (“lo tiene igual”) me obligan a pensar si existe una excesiva participación psicológica en su eccema. Con esta sospecha le practico el interrogatorio psiquiátrico sistematizado, que me aclara que sufre cierto grado de ansiedad, pero que no está deprimido. Sigue sin resolver el problema de la recidiva del eccema, y además el aspecto del paciente resulta extraño. Quizá no haya interrogado debidamente. Vuelve a preguntar si la “la falta de respuesta” a mi tratamiento puede ser debido a la sífilis. Pienso hoy si ya al primer día no quiso enterarse de mi respuesta negativa sobre ello.

Como “no se puede sacar de la cabeza su enfermedad de la juventud”, sospecho la posibilidad de una personalidad obsesiva, e inquiero si es puntual, si le gusta ser cumplidor, “si las cosas deben hacerse bien hechas porque sí, o con que pasen ya vale”. Es un hombre sencillo, pero le ha complacido la pregunta, porque “había trabajado en el ramo textil, cuando en Terrassa todavía lo había, y sus capataces sabían que se podía confiar en él”. Su esposa e hijos hace años se convirtieron a Adventistas del Séptimo Día, y “muy religiosos como son, le desprecian por haber tenido sífilis”. Está pensando continuamente en su infección. “¿Habla usted a menudo de ello en su casa?”. “Claro, es que me preocupa mucho.” Le voy a recetar fluoxetina a dosis altas. Le recomiendo que llame por teléfono 10 días más tarde, si aparecen efectos secundarios. No suelen hacerlo algunos de los pacientes a los que administro psicotropos, pero éste sí lo hace. De la piel “parece que está mejor”, y ante algunas preguntas mías que le obligan a concretar, llega a aceptar que su eccema está curado. Insisto en que prosiga con fluoxetina durante un año, a pesar de que no le rebrote el eccema.

COMENTARIO

Quizá si yo hubiera estado más atento, ya en la primera visita hubiera podido sospechar el componente psi-

quiátrico de su eccema. Pero necesité una segunda entrevista para comprobar que el paciente explicaba resultados

raros del tratamiento. La sospecha sobre una posible alteración psicológica se reafirma o se rechaza por el resultado de un interrogatorio psiquiátrico sistematizado. Interrogatorio de tipo psiquiátrico los hay muchos. Yo uso el mío propio, que me proporciona buen resultado, y no es muy diferente de los demás. El de un dermatólogo tiene que ser diferente del de un psiquiatra, porque los pacientes que acuden a nosotros, en los que conseguimos demostrar alteraciones de orden psicológico, no saben que las sufren, y sí realmente están enfermos de la piel. Preguntar si está ansioso o deprimido a uno de nuestros pacientes es tan inútil como contraproducente. El psiquiatra sí puede hacerlo con sus pacientes, porque, o bien le han acudido espontáneamente, o han aceptado ser transferidos a él. Los que ellos atienden sí conocen la esfera donde están ubicados sus trastornos, y acuden a exponerlos en consulta. Nuestros pacientes aceptan complacidos que se les formulen preguntas sobre su piel, pero no esperan que se las practiquen sobre su estado anímico. Por esto no podemos transferirlos a los psiquiatras, al menos en la primera visita, porque no lo entenderían, no

lo aceptarían, no acudirían a ellos, y, molestos con nosotros, ni a nosotros regresarían, con lo que quedarían como enfermos perdidos, con su mal y sin médico.

Para los psiquiatras, los enfermos obsesivos son de tratamiento difícil. Estos pacientes pueden ser obsesivos leves y obsesivos graves. Los que podemos descubrir nosotros son obsesivos de grado leve, porque si su obsesión fuera grave, ya habrían consultado con un psiquiatra. En unos y otros puede ser difícil establecer hasta dónde llega una manera de ser y dónde empieza el terreno patológico obsesivo. Se conoce con el nombre de personalidad anancástica la de los sujetos con tendencia obsesiva por el orden, la meticulosidad, la puntualidad, el trabajo bien efectuado. En general se considera patológico una intensidad de síntomas que coarte la libertad del individuo, e influya negativamente en su conducta. Ya es sabido que los obsesivos no patológicos son buscados como colaboradores eficaces. Se escribe que difícilmente pueden ser grandes ejecutivos porque su misma obsesión por el orden les resulta arduo aceptar situaciones que rocen el límite de la ética.

LE ESPANTA EL SEXO

Varón de 35 años, que acude, solo, a consultar por un brote de liquen plano con morfología predominantemente anular, que apareció hace 8 meses. El elemento de mayor diámetro, de unos 25 mm, lo tiene en la muñeca. Más tarde descubriré una lesión circinada, de arco no completamente cerrado, que abarca la mitad del glande.

Tiene abundantes lesiones en el cuerpo del pene y algunas otras esparcidas por las ingles, y últimamente algunos elementos empiezan a extenderse por los brazos. No las puedo observar en la mucosa de la boca y niega que haya tomado algún medicamento. Puesto que con esta pregunta ha advertido un intento mío de encontrar la causa, y un medicamento provocador no lo hay, me explica que es barnizador y que “permanece en contacto con disolventes tóxicos 10 horas al día”. Extiende en la mesa el resultado de una biopsia con diagnóstico confirmatorio de liquen junto con una receta del compañero que la solicitó, en la que encuentro una serie decreciente de prednisona oral de 20 días, un antihistamínico y una crema de prednicartrato. Estuvo contento en un principio, dice, pero pronto le reapareció. Intento hacer aceptar

al paciente que la recidiva fue de grado mucho más aliviado que el brote inicial, pero no lo consigo. No tiene para él ni una crítica, ni un comentario favorable. Sencillamente habrá tomado la decisión de cambiar de médico. Se trata de un paciente alto y voluminoso, tirando a obeso, y de apariencia y cara más bien aniñadas.

Sean cuales sean las causas que hayan provocado el brote de este enfermo concreto, el liquen plano figura en la lista de las afecciones psicodermatológicas. Si este enfermo sufre una psicodermatosis, no necesito una sospecha de trastorno psicológico en él. Sólo necesito encontrarlo. Para ello debo recurrir al interrogatorio psiquiátrico sistematizado. Ya nos detenemos en el primer punto, puesto que al preguntarle cuántas horas duerme al día, contesta que “últimamente, pocas”.

Hace un año que vive con una mujer separada, sin hijos, “dos años mayor que él. Van bien. Muy bien. Es una buena chica. Su ex marido era una mala persona”. (Aquí, con la mano hace un gesto como de asco a una cosa que se tira). Será más bien tímido, deduzco yo, porque “siempre sintió mucha necesidad de afecto, pero con las chicas le dio corte. Ella también necesitaba a alguien que le quisiera, y en él encontró lo que andaba buscando”. Dice que ella le califica a él como “un diamante en bruto”. Hace unos 8 meses le ha recidivado a ella un proceso depresivo previo que habría quedado solapado, y las cosas han cambiado. “Pero aún compensa”. Ella está en paro, y “por mucho que busca, no encuentra trabajo, por esto se deprimió”. Él ha hablado con el dueño del taller, y la podría admitir a ella como ayuda suplementaria, pero parece que a ella no le gusta mucho barnizar. Sí, el sueldo de él da para los dos. Van bien, muy bien. Lo repite demasiadas veces, como si fuera una frase aprendida, tanto que me lleva a pensar si ésta es una afirmación que ella le va inculcando. Recuerdo un seborreico obsesivo, que uno de los días en que vino, explicó que entre otras medidas, había abandonado mis psicofármacos por indicación de un psicólogo con el que estaba manteniendo entrevistas, a consecuencia de las cuales, este paciente, más que explicarme cómo se encontraba, que es lo que yo andaba buscando, me hizo oír un rosario de frases contra la inseguridad, tales como “el hombre dispone de grandes recursos para cambiar sus circunstancias”. El liqueniano de hoy me lo hace pasar, fugaz, por la memoria. Las preguntas del cuestionario sistematizado suelen hacer vaciar a los interrogados según el contenido y, éste, además de muchas otras cuestiones tangenciales, tal como que es hijo único, que sus padres fueron rígidos con él, y que las cosas deben hacerse bien, así porque sí, explica que el sexo le gusta, pero le espanta, que antes no lo conocía, que ella le ha hecho descubrir unas esferas del afecto y de la convivencia que le dan un algo de zozobra, porque no sabe dónde irán a parar. Ya sabe que el amor “no tiene límites, ni él se los quiere establecer”, que siempre había deseado tener una mujer para quererla mucho, pero de otra forma. “Pues ¿y a qué se refiere usted en concreto?”. Aunque se tome unos segundos, no rehúye la respuesta. Está convencido que sus padres no habrían practicado nunca sexo oral.

“Y aparte de esto, ¿hay algo en su vida que le inquiete, algo que a usted le moleste y de lo que quisiera librarse y no pueda, o quizá algo que anhele y que no haya podido conseguir?”. No suelo prodigar preguntas de tal calibre, algunos pacientes parece como si se sintiesen aturridos con ellas, pero éste las soporta. Y, además, sabe lo que tiene que contestar. Una de ellas, es que “se siente como atrapado. Antes de conocerla era libre. Podía hacer lo que quería. Ahora no.” Con estas respuestas la visita ha seguido creciendo en interés. Le reconvengo que la pérdida de la libertad, es el precio que tiene que pagar por tener una mujer. Que los expertos en cuestiones matrimoniales llaman a este sentimiento de dependencia que puede sentirse en los primeros meses de matrimonio, como pérdida de la ‘libertad de la soltería’. Otra cosa que le inquieta, y que quisiera solucionar, son las dificultades de penetración sexual que le importunan demasiadas veces. A pesar de su circunspección con el lenguaje, resulta muy prolijo en sus explicaciones. Sí, al examinar su glande pude apreciar en casi toda su circunferencia unas adherencias con el prepucio. Se queja, con razón, que ya lo tenía cuando lo circuncidaron, y no se lo solucionaron. Es un dato anatómico preciso, pero falta saber, con esta mujer que no consigue encontrar trabajo, si este problema funcional es debido a las adherencias. De momento le receto gel neutro de carbopol.

Las preguntas del cuestionario han hecho desfilar ante mí sus afanes y temores. Y me han permitido precisar que no sufre depresión. En todo caso, sólo un grado discreto de ansiedad, pero no hasta el punto de que resulte necesaria la prescripción de un ansiolítico. Y que en sus inquietudes ante una mujer más experimentada que él, no deja él de tener lo que un psicólogo llamaría sus ‘ganancias secundarias compensatorias’ a las que en realidad no desea renunciar. Sería una frase ostentosa, pero posiblemente no muy alejada de la realidad, proclamar que este brote de liquen plano puede ser considerado como protesta psicocutánea por esta relación. Le receto unos “reforzantes del sistema nervioso superficial que proporciona ‘como una energía eléctrica a toda la piel’, incluida la de los genitales”. Y una crema de aceponato de metilprednisolona. Cuando vuelva, dentro de un mes, voy a actuar de acuerdo con los cambios que se hayan podido producir.

COMENTARIO

1) No se trata sólo de que se haya marchado satisfecho de la visita. Le habrá hecho bien hablar con alguien de estos temas importantes para él. Algunos enfermos que sienten que andan cargados con su fardo de disfunciones psicosociales, sexuales, emotivas, etc., que en tantas ocasiones sólo son castillos de naipes en un espíritu angustiado, se sienten bien después de haber podido explicar sus inconveniencias a un médico con ganas de hacer hablar. El paciente, posiblemente, dentro de unos pocos días puede llegar a interpretar bien el recorrido que hemos efectuado entre sus inquietudes, que yo he intentado hacerle aflorar como una explicación de su discreta ansiedad. A algunos pacientes esto les resulta más efectivo que un psicofármaco.

2) Si hubiera vuelto, y compruebo en las fichas que en el momento de releer estas notas no lo ha hecho todavía, le habría podido preguntar si en algún momento podría habersele ocurrido que con otra mujer podría disfrutar de mejor calidad de vida psicológica. La mayor parte de las visitas con características similares a ésta dejan al final muchos cabos sueltos que, sería lógico pensar, el enfermo desearía intentar fijar en una siguiente entrevista, pero estoy acostumbrado a comprobar que son enfermos que no suelen volver.

3) Claro está que el liquen plano es una respuesta inmunológica. Que si le administro corticoides por todas las vías, se blanqueará. Como dice Caroline Koblenzer, las teorías inmunológicas y las psicocutáneas debieran complementarse y no ser consideradas como opuestas.

TEOLOGÍA LÁNGUIDA

Chica de 29 años que, acompañada por su madre, consulta por acné intenso, semiquístico, y para el que, justo al verla, considero necesaria una cura de isotretinoína oral cuando llegue el otoño. Ahora estamos en abril, y mientras tanto, para mejorarla durante el verano, le administro dos clases diferentes de antibióticos con una duración total de 40 días.

Se trata de una chica alta, de aspecto quieto, con ademanes más bien lentos, y que me parece un poco lánguida. Contacta en seguida con mis preguntas, de las que entiende bien su sentido antes de haberlas acabado de formular, y resulta fácil establecer empatía con ella. Por otra parte, como suele suceder con chicas con acné, me resulta obligado establecer un interrogatorio sobre una eventual anemia, sobre la frecuencia y la intensidad de sus pérdidas menstruales, y sobre signos de androgenismo, a todo lo cual ésta, aunque se tome unos segundos para hacerlo, contesta con exactitud y propiedad. Este ir y venir por el interrogatorio, tan preciso como correcto, pienso que le permitirá sentirse bien atendida en la visita, al contrario de lo que sucede con el acné en chicos, en los que pronto se termina la entrevista, porque poco hay que preguntar. Si al final de los 40 días de antibióticos ha mejorado un 50% en su estado, que posponga la segunda visita, que es de esperar que el sol

del verano terminará de ayudarla, hasta que a mediados de septiembre, volviéndose grasienta de nuevo la piel de la cara, se acuerde de la necesidad de iniciar ya el tratamiento con isotretinoína. Es estudiante de teología.

Vuelve en junio, dos meses después, porque no ha mejorado nada, dice. Posteriormente, en el curso de la entrevista, su madre advertirá que sí lo ha hecho, y así será, porque esta vez puedo advertir como algunas de sus lesiones están levemente excoiadas. En la primera visita no lo aprecié, y ello sería por la intensidad de las lesiones, que no permitirían mayores precisiones. Las pápulas manipuladas, también manifestadas como mínimas líneas de 4 a 6 mm, agrisadas y encostradas, correspondiendo al pellizco entre las uñas, se aprecian mejor en las áreas deltoideas. De forma automática, estas excoiaciones, descubiertas hoy, me impulsan a dejar de observar la piel, y a prestar mayor atención a ella, a lo que dice y a la forma en que lo hace.

Está quejosa del poco resultado conseguido, y en esta visita creo advertir que lo que en la primera entrevista interpreté más bien como una languidez, en aparente buena convivencia con su forma de exponer y de comportarse, puede no ser más que un cierto grado de tristeza y de desencanto consigo misma.

Un acné excoriado se considera una lesión psicocutánea. Por tanto, se trata sólo de descubrir cuál es el trastorno psicológico, así como la intensidad del mismo. El método de descubrirlo es aplicar el interrogatorio sistemático psiquiátrico. Que cuántas horas duerme, sobre la calidad de este descanso nocturno, etc. Esta teóloga joven sabe lo que pregunto y por qué lo hago. Contesta con precisión agustiniana. Ni una cuestión que repetir o formular de manera diferente. No he necesitado ni un minuto para cerciorarme de que en ella no existe ansiedad, y sí un grado muy leve de trastorno depresivo. No me ha dejado terminar de explicar el ejemplo de las balanzas, que utilizo en casi todos los enfermos, para establecer la relación que existe entre la intensidad de la ansiedad y la de depresión. Una gran parte de ellos señalan con su mano, o mentón, o con los ojos, el lado del plato correspondiente, porque entienden las explicaciones, pero no saben repetir mis palabras. En cambio la estudiante lánguida sí sabe hacerlo. Y en lugar de decir “en mi caso pesa más el plato del abatimiento”, no le interesa seguir el juego de mi ejemplo, y sentencia que “está algo deprimida, pero que no está ansiosa”.

Ahora hay que aclarar por qué está algo deprimida. Otro paciente menos capaz hubiera contestado con mucha información superflua a mis preguntas, con divagaciones que suelen ser aburridas, y que hay que escuchar con medio oído, pero con un cedazo bien abierto en el otro, porque estos comentarios imprecisos suelen permitir conocer muchos aspectos aclaratorios de su vida, con sus inquietudes y sus afanes. He aprendido que, primero, se licenció en Exactas. Parece que no lo ha dicho para impactarme, ha bajado los ojos, como si fuera un vergüenza, no le ha interesado ver la cara que yo ponía. Tiene novio. Él tiene un gran centro de informática para empresas, en el que ella trabaja y aporta su título universitario. Con el novio van bien... “muy bien, interviene la madre”, “Podría decir que es el mejor de sus hijos, es un hombre estupendo”. La gana en diez años, se casarán en cuanto termine Teología. A todo

esto sigo sin saber por qué puede estar deprimida. Quizá lo sepa ella misma, ésta es una paciente diferente de las que me consultan. “¿Hay algo en su vida que le moleste y que no pueda suprimir, o algo que ambicione y no pueda conseguir?”. No suelo prodigar tal pregunta, que constituye uno de los recursos en la cola de la lista de cuestiones del interrogatorio. Me mira fijamente. Es evidente que sí lo sabe. Al final, sentada como está en la silla de la sala de exploraciones, con el rabillo de sus ojos, señala a su madre que permanece en el despacho, y anuncia suavemente. “Esto... no lo saben... ni mis padres”. Una larga pausa. “Ni... mi novio”. Ha sido dicho en voz muy queda, pero su madre lo ha oído. En cuanto se ha mencionado al novio, en el despacho un bolso se ha caído con estrépito al suelo, una silla se ha arrastrado por el parqué, y su madre, una mujer más bien obesa, ha saltado literalmente de su silla y ha abandonado la habitación. Ella no se inmuta, como si no hubiera notado nada, y, marcando las sílabas, me lo explica lentamente y con suavidad. Es el resumen de su problema: “Los... machos... de la Facultad... no me aceptan... porque soy mujer”. “En la Facultad, en mi curso de siete alumnos, tres somos mujeres, dos monjas y yo. A las religiosas, que tienen muy buena voluntad, les hacen mil injusticias que llegan a ser humillaciones. Conmigo no se atreven. No me han suspendido todavía, pero sólo me dan aprobados. En Exactas yo sacaba buenas notas. Allí suspendían con tanta dedicación, que era normal que todo el mundo sólo consiguiera pasar un curso cada dos o tres años. Bastantes condiscípulos se deprimieron y algunos tuvieron que dejar estos estudios. Yo no perdí ni un curso, porque “en Exactas no hay que memorizar, sólo hay que pensar un poco, y al final la incógnita aparece sola, las matemáticas son pura lógica. No hay que estudiar mucho. Ahora sí lo hago, mucho más de lo que se explica en clase. Y no puedo resultarles heterodoxa, porque leo las fuentes en alemán de los autores que ellos citan en clase; la teología me divierte. Machistas, lo son más los de arriba, el profesorado, que los condiscípulos. No puedo soportar el repelo que me muestran todos los hombres de aquella casa, por querer yo permanecer con ellos. No han llegado a decirlo, pero me miran y sé que piensan, “¿por qué no se queda en la cocina?”. Lo peor es que ni las monjas me aceptan. Y es que, machistas, lo son también

la mayor parte de las mujeres, y no lo saben. El machismo está en el sistema. Me gusta la teología, pero me amarga tener que soportar el ambiente de estos cursos oficiales. Todavía me faltan dos años para terminar”.

Más o menos, ha dicho esto. Ha constituido un corto resumen esclarecedor de su problema. Pero mi sorpresa no había terminado todavía. “Sí, ya me he dado cuenta de que usted me ha sospechado deprimida, y que me ha interrogado para aclararlo”. “Ahora usted sabe que sí lo estoy, yo ya lo sabía, porque ahora me hunden a mí algunos de los sentimientos de impotencia de que se quejaban mis condiscípulos de Exactas”. “Nunca pensé que los médicos formularían preguntas como lo ha hecho usted”. No le pregunto si estudia teología con la oposición de su padre. Es posible, pero no viene al caso. El problema real, y no habrá otro, es el que ha expresado. Habrá pensado en ello, y “la incógnita se le ha despejado por sí sola”. Así de fácil. A ella, sin ofenderla, podré explicarle el mecanismo psicopatológico de sus excoriaciones, que pueden resumirse en

que, ya que no se puede sacarse en la Facultad a tales machistas de encima, intenta hacerlo con las pápulas de su piel, que esto sí puede. ¿Me bastará con ella la explicación de sus procesos mentales emotivos? En mi satisfacción por haber conseguido un diagnóstico que ha seguido a una sospecha ¿me atreveré a pensar que hará falta un antidepresivo ISRS? Esta decisión es siempre la parte más difícil después de haber considerado los aspectos psicopatológicos de mis enfermos. A ver, esta excepcional inteligencia también puede saber esto. Así que le explico las dudas que tengo sobre el modo de manejar su estado levemente depresivo reactivo. Me dice que desconocía que ella se manipulaba su acné por este motivo. Pero lo entiende, le gusta que se lo haya dicho. Decidimos que si con la explicación que le he dado no tuviera bastante, ya volvería después de un tiempo a que le recetara medicamentos”.

¿Puede alguien dudar de lo bien trazados que están los caminos de lógica por los que transcurren los juicios de esta mujer?

ABUELO RECHAZA NIETOS

Varón de 63 años que en febrero consulta por vitiligo del cuero cabelludo de bastantes años de existencia, que resulta ostensible debido a una avanzada calvicie, y por tres nevus de Sutton en la piel de la espalda. Por la forma de explicarse pronto se hace evidente que las acromias, tanto la del vitiligo como las de los nevus halo, constituyen el motivo de la consulta, pero que él ha venido al médico por otras razones.

Refiere, con mayor dramatismo que precisión, unas sensaciones que siente en el cuero cabelludo, en forma de parestesias, “unos hormigueos, que no me provocan ningún daño, pero que me hacen sentir mal”. Su frase, tan esclarecedora sobre el origen de sus molestias, como rara en nuestros pacientes, ya me hace sospechar un componente psicológico, pero prosigue la visita. Aparte de la acromia, no consigo objetivar nada en las zonas que señala. Estas molestias serían más intensas en primavera y en verano. Pienso si esto podría estar relacionado con la mayor exposición al sol. Intento explicarle la evolución espontánea de los Sutton, así como las explicaciones pertinentes para que pueda reconocer la muy improbable degeneración de sus nevus; le ofrezco un fotoprotector,

pero el paciente sigue insistiendo en las molestias que siente. Existe una desproporción entre lo que el enfermo refiere y lo que yo veo, así que la sospecha de alguna participación psicológica en sus quejas aumenta.

Puesto que resulta necesario confirmar o rechazar plenamente mi sospecha de alteración psicológica, inicio el interrogatorio psiquiátrico. Pregunto cuántas horas dedica al descanso nocturno, a lo que contesta que unas cinco. Tanto si se acuesta temprano como tarde, se suele despertar demasiado temprano, y no consigue volver a dormirse aunque lo desee. Fue gerente de una oficina bancaria de la ciudad y se jubiló ventajosamente a los 60 años acogándose a una reducción de personal de su empresa. Contesta que no tiene aficiones, “antes no tuvo ocasión para culti-

varlas, sólo lee el diario y pronto termina, porque no hay nada interesante en él” Dice que no, que “de los nietos deben cuidar los padres, él ya se cuidó de sus hijos”. No sale de paseo porque hacerlo solo no le apetece, y su esposa anda todo el día con las hijas y los nietos. Acepta que una buena parte de los días se encuentra más cansado de la cuenta, y que le cuesta esfuerzo dominar su irritabilidad. “Estoy que mordería a todo el mundo”. Le pregunto si, además, se nota con un cierto grado de aburri-

miento, y asiente. Considero si, como “tonificante de los nervios superficiales de la piel, en este caso de los del cuero cabelludo”, debo prescribirle sólo “tónicos” y hacerle algunas consideraciones conductuales, o si debería engañarlo con psicotropos (melitracen-flupentixol, un comprimido mañana y mediodía como sedante, además de un comprimido de fluoxetina por la mañana, y 0,5 mg de lorazepam por la noche). Pero decido que no le voy a engañar, claro.

COMENTARIO

Es un tópico que algunos jubilados se deprimen. En la Escala de acontecimientos vitales estresantes de Holmes y Rae, la de 1967, la jubilación figura en décimo lugar. Contrapuestos a los miembros de este grupo, que no saben qué hacer con su tiempo libre, hay otros jubilados que no tienen suficientes horas para atender a las múltiples distracciones y obligaciones que se buscan.

Se trata de un caso típico de ansiedad y de estado depresivo menor enmascarado. No es raro encontrar un cierto grado de egoísmo en los procesos psiquiátricos de algunos enfermos, como es el caso en éste, que se aburre, pero no quiere saber nada de los nietos. Alguien debería explicar que se ha constituido en una única y

mala compañía de sí mismo. Que no puede sentirse bien consigo mismo quien se comporta de manera que nadie lo va a echar de menos cuando muera. Le preparo una receta con unos “tonificantes”. Me decido a decirle que 3 años después de su jubilación tiene “nervios de aburrimiento”, y que posiblemente, para disfrutar de su tiempo libre, le resulte imprescindible buscarse unas obligaciones ajenas a sí mismo. “Procure usted resultar útil para alguien, que sólo en el servicio a los demás encontrará usted la felicidad que no tiene”. “Nos han hecho de una manera tan rara que sólo podemos sentirnos felices si somos útiles a alguien. Tiene que encontrar a alguien que lo necesite”.

PAREJA ENCANTADORA

Mujer de 80 años, muy delgada, vestida de negro, que con el cuello torcido, haciendo muecas y emitidiendo ruidos guturales, entra a pasos lentos, agarrándose al marco de la puerta, a las sillas, y acompañada del que pienso que es su marido.

Llega a sentarse, levanta la cabeza con dificultad, me mira fijamente a través de los cristales gruesos de sus gafas, mientras se le abre la boca de la que asoman unos pocos dientes, no contesta al saludo, y permanece encogida y ladeada mientras le pregunto la causa de la visita. No dice nada, pero señala la boca con un dedo que entra y sale rítmicamente de ella apuntando a todos los puntos de la cavidad bucal. Siguiendo mi propia regla de que “cuando una paciente mayor, vestida de luto,

abre la boca para quejarse de ella, el diagnóstico de entrada debe ser glosodinia-orodinia”, pienso que ya sé lo que tiene. Pero según esquemas mentales de mi presunto diagnóstico sorprende la presencia de este marido, la pérdida del cual sería, normalmente, lo que ha provocado el “trastorno reactivo depresivo somatizado en la boca”. Por la filiación de la historia sé la edad de ella, mientras que él no aparenta tener 80 años. Al final habla la paciente, se entiende muy poco lo que

dice, pero los gestos resultan muy elocuentes. No sólo es la lengua, sino también toda la boca, las encías, el paladar, se frota la piel de encima la tráquea después de lo cual, juntos los dedos, sacude la mano, para dar a entender cuánto le duele al tragar. No puede comer nada, se atraganta. El hombre permanece en silencio, solícito a ella, traduce algo. Los gestos siguen siendo muy enérgicos. “¿Dice usted dormir?”, la llevo a oír decir. Duerme bien, con un comprimido de lorazepam cada noche, que toma desde que falleció su marido, hace 27 años. “¿Cómo se encuentra, llora?” “¿Llorar, dice? todo el día, a todas horas. Sólo tengo ganas de morirme. Cuando esté muerta, no sentiré ni este dolor, ni las ganas de comer, que no puedo hacerlo, y no sucederá como ahora que tengo las dos cosas a todas horas. Cuando duermo, soy feliz.” Mientras observo sus gestos y la escucho, pienso que para algunos el sueño constituye un pacificador anticipo, en vida, de la muerte. Después de una serie de preguntas, consigo saber que quería explicarme que dos horas después de iniciado el sueño, se desvela sin dolor en la boca, y entonces come algo. Prosigo con mi interrogatorio específico. No sé quien es él, supongo que el nuevo esposo. Éste me puntualiza: “Cuando intenta comer algo de día, a menudo se atraganta, resopla entre gemidos hasta que se cae al suelo, de donde alguien la tiene que recoger, ¿sabe

usted?” “Tiene en casa a un hijo soltero de 43 años, prosigue el hombre, para el que ella cocina y lleva la casa, también tiene una hija casada, dos calles más abajo, cuya hija de 16 años, le limpia la casa. Motivos de llorar no los tiene, porque el hijo se cuida de ella, y la hija la viene a ver todos los días. Además, tiene también la compañía de este señor, que soy yo”. “¿Son ustedes pareja?” “No, no señor. Pues mire, sí y no, pero no”. “De día estamos siempre juntos, pero por la noche, cada uno a su casita”. El es viudo también, y vive en casa de una hija casada. “Se conocieron bailando en un club de pensionistas, ella era mucho de la bulla, y él también, pero ahora, con esto de la boca, la vienen a buscar las amigas y no quiere salir, le ha perdido el gusto a todo, no se encuentra bien en ninguna parte.” (Discomunicación). Corta aquí ella, insiste en que quiere morirse. Le digo que mis pastillas le mejorarán mucho el daño de la boca, y quizá se lo curen. Le formulo preguntas para descubrir tendencias o hábitos obsesivos, pero no lo consigo. “Si me cura la boca, entonces; ¡ya no me quiero morir!”. Que siga con lorazepam. Que añada un antidepresivo serotoninérgico (¿fluoxetina, sertralina o citalopram?) a dosis simple los primeros días, que dos semanas más tarde puede intentar incrementar al doble. Me decido por fluoxetina que es el más estimulante de los tres.

COMENTARIO

Este es un caso típico de oro-glosodinia. Lo que no es típico en la paciente es la conciencia de estar triste, hasta el punto de querer morir, cuando la mayor parte de los trastornos depresivos que vemos los dermatólogos son depresiones enmascaradas, en las que no se siente tristeza, y la depresión se suele somatizar en la piel. Me imagino que la patología de la paciente es compleja. Sus vehementes expresiones de desear estar muerta para no tener que sentir las molestias de la boca, tan sugerentes de estado depresivo, pueden esconder simplemente una forma personal de expresarse. Que unas horas de sueño le permitan la ingestión de alimento, resulta muy extraño. Desde luego necesita al psiquiatra, que es el experto. Yo no debo suplantar a este especialista. Pero no iría a él si intentara mandársela hoy. En

este momento el único que puede ayudarla a sentirse mejor es el dermatólogo con el que ha consultado. Si me hubiera preguntado qué es lo que tiene, o por qué le administro estos comprimidos, yo le habría explicado que el antidepresivo constituye un “reforzante” del “sistema nervioso superficial de la piel” y de la boca, que tiene “agotado”, por el dolor continuado de esta zona. Es preferible usar el término reforzante al de sedante. De estos últimos, todo el mundo sabe que dan sueño. Según cuál sea el nivel intelectual, un ansiolítico puede presentarse como un reforzante del bienestar psicológico. Después de un tiempo, cuando se familiarice con el psicotropo, puedo encontrar el momento, siempre buscado desde el primer día, en que acepte ser transferida al psiquiatra.

ORODINIA TRANSFERIDA

Varón de 40 años de edad, con síndrome de Down, que viene acompañado por su madre de 76 y por una hermana casada de 45. La madre explica molestias en la boca del hijo. Ella habla sin parar, sin precisar mucho, y a mí me resulta difícil seguir sus explicaciones.

Parece ser que, desde hace varios años, el hijo se está tocando y pellizcando repetitivamente la mucosa yugal de la mejilla izquierda. La madre asegura que tiene hongos en la boca. El dermatólogo de la Seguridad Social los diagnosticó, y el paciente ha sido sometido a varios tipos de medicación antifúngica, sin resultado. Como la madre acudió de nuevo al dermatólogo por el fracaso de la medicación, fueron enviados a un hospital donde se le indicó la necesidad de una biopsia de la mucosa yugal, que no se llegó a practicar porque el cirujano no encontró nada que biopsiar. Parece ser que los hicieron entrar en una sesión clínica de Dermatología del hospital, donde se le explicó a la madre que el paciente no tenía nada; no se le practicó ningún tipo de tratamiento y 'se le recomendó que siguiera cuidándose de la hepatitis transfusional que padecía'.

Le pregunto a la madre en qué lado tiene el hijo los hongos, y no sabe responderme. Con una espátula lingual no consigo observar nada. La microstomía, la macroglosia, el babeo continuado, la contracción muscular de la boca, no permiten una fácil observación de la mucosa yugal. Consigo palpar toda la boca y la lengua, veo una parte de las mucosas, y me convengo de que el paciente no tiene nada. Practico interrogatorios extensos de la madre y de la hermana, que no aportan ningún dato aclaratorio. El hijo está atendido en un 'centro de día' desde las 8 de la mañana hasta las 6 de la tarde. En casa vive con su madre, viuda desde hace 10 años por suicidio del esposo. Parece ser que el hijo duerme bien, que es pacífico y que no da problemas. Asiente con expresiones guturales a alguna pregunta de su madre. Me contestan que ésta tiene dos nietas de 25 y de 19 años, a las que ve de tarde en tarde. Su hija, presente en el despacho, vive en otro barrio de la misma ciudad y visita a su madre una vez por semana. Existe una desproporción entre lo que explica la madre y lo que yo consigo objetivar en el hijo, y en un momento determinado de la visita me doy cuenta de que el problema podría estar únicamente en la mente

de la madre. Una vez lo he decidido así, le practico el interrogatorio sistemático a ella. Es una mujer sencilla, que da largas explicaciones en lugar de contestar a las preguntas. Esta manera de contestar la tienen en ocasiones los enfermos con conductas obsesivas. La visita se está alargando excesivamente, sin proporcionar ningún resultado, y en un momento determinado le tengo que indicar a la señora que se limite a contestar sí o no a mis preguntas. Advierto que ante algunas de ellas la hija se revuelve, inquieta, en su silla, pero no hago caso e inquiero, así directamente, si se siente sola, a lo que la hija se interpone replicando vivamente que les tiene a ellos. Obtengo una idéntica respuesta cortante de la hija, cuando pregunto a la madre si le preocupa el porvenir del hijo cuando ella falte. A las respuestas de la hija, la mujer responde con sollozos, de los que colijo que la madre no confía mucho en la ayuda de la hija o, posiblemente, del yerno, en el futuro. Por las respuestas al interrogatorio se desprende que la madre sufre un trastorno depresivo sin ansiedad. Le receto fluoxetina no en cápsulas, sino en comprimidos, que se pueden partir, y más aún en ella, que es mayor, y debe empezar probando la tolerancia, a media dosis, por lo menos durante 7 días. Si la tolera, probará a tomar un comprimido entero. En cuanto he decidido que la enferma es la madre, en repetidos instantes en el transcurso de la visita me ha asaltado, inquietante, la pregunta de qué le voy a explicar a esta mujer, con la hija presente. Le insisto en que llame por teléfono al cabo de un mes, pero tal como me temo en esta compleja relación familiar, no lo hace. Son muchos los enfermos que no vuelven, aun a pesar de haberlos instado a hacerlo, pero quizá en este caso la hija no haya proporcionado ninguna facilidad a la madre para regresar. Es un consuelo para mí que en uno de sus artículos en este libro, el psiquiatra Christopher Bridgett advierte que también a ellos un 40% de sus pacientes, especialmente los depresivos, no siguen sus recomendaciones.

COMENTARIO

La orodinia y glosodinia, encontradas con tanta frecuencia en viudas mayores con depresión, esta vez ha sido transferida por la madre a su hijo disminuido. La madre no ha encontrado otro recurso, para cuando ella falte, que confiar el futuro de su hijo a la hija y al yerno, y de la entrevista resulta evidente que esta ayuda, con razón o sin ella, es valorada por la señora como incierta. Yo había esperado algunas frases de consuelo de la hija para su madre, así como protestas por sus inmotivados sollozos, pero no las ha habido, por lo que aumenta mi impresión de que la madre se siente sola y sobre todo siente miedo frente al futuro del hijo. Elabora inconscientemente un mal físico en el chico, para que los médicos otorguen al hijo la atención que no le depara su hermana. El mal no existe en el chico, es puro temor imaginado, transferido del suyo. La glosodinia transferida al hijo, de esta mujer mayor, “corresponde a una protección real contra el colapso, la deserción y la muerte por depresión” (Sylvie Consoli). Considero impropio dar algún tipo de consejo a la madre o a la hija, quizá esta última sometida a la presión de su marido.

La reacción del departamento dermatológico consultado, desgraciadamente no es rara. Según lo que explica la madre, resulta evidente que a los responsables de la sesión clínica les quedó claro que el paciente no tenía las presuntas lesiones orales. Pero no ayudaron en nada a la madre del paciente, que siguió con sus temores de molestias en el hijo. Se comportaron como si este tipo de paciente y su madre no les correspondiera a ellos. Esta mujer enferma no debiera haber quedado sin tratamiento por parte de dermatólogos, si ella creía que el hijo tenía algo dermatológico. Los miembros de esta misma Clínica

se horrorizarían al pensar que les pudiera haber pasado sin diagnosticar cualquier dermatosis rara, y en cambio aceptaron perder a este paciente dermatológico que, objetivamente, resultó ser un fracaso suyo. (“Percibir al otro. Es menos frecuente y menos simple de lo que parece. Por lo general deambulamos por la vida sin experimentar al otro, sin experimentar a secas... ¿Cómo salir de la cápsula mental? ¿Qué es esto de asomarse al exterior?” Salvador Paniker, 2000).

Un psiquiatra que hubiera valorado el diagnóstico de los dermatólogos, que demostraron que les interesaban más las enfermedades que los enfermos, hubiera podido dirigir el diagnóstico correctamente, y tratar en conveniencia a la madre, en el caso de que ésta hubiera acudido a él. Pero la madre somatizó imaginariamente en la piel del hijo el temor de ella frente el futuro del chico. Por eso acudió a dermatólogos. Por eso los dermatólogos hubieran tenido que empezar a tratar a esta mujer. Ni ellos, ni yo, como dermatólogos, podíamos transferirlos al psiquiatra el primer día. Sólo preparé una receta, y fue a nombre de la madre. En ella figuraba impreso mi presunto diagnóstico en términos inequívocos para el médico de atención primaria, al que esta mujer acudiría después de mi visita, para que mis medicamentos pudieran acogerse a los beneficios de la Seguridad Social. Quizá la enferma mejoró con mi tratamiento, si, una vez en casa, aceptó tomarlos. Si el médico de cabecera se escandalizara con una receta de dermatólogo que sólo contiene psicotropos, y determinara que si mi diagnóstico era acertado o no ya lo decidiría el psiquiatra, quizás extendería para él un volante de transferencia; y así la enferma llegaría muy pronto donde debía.

DR. HEINZ

Este caso es retrospectivo, de hace 44 años, y no constituye ninguna historia clínica.

Terminada la carrera, pasé 5 años en Tübingen en la clínica del Prof. Gottron. Cuando ya llevaba allí 3 años, apareció un médico no dermatólogo, especialista en estadística, del que pronto lo supimos todo, por cuanto, con prisas y sin pausas, no paraba de hablar continuamente de

sí mismo, sin permitir ni la más mínima interrupción en la exposición monotemática de su charla, que siempre era su persona, sus gracias físicas atléticas, sus habilidades profesionales y su brillante inteligencia, que hacía extensibles a todos los miembros de su familia. Había venido para apli-

car leyes estadísticas a las investigaciones dermatológicas que se efectuaban en la clínica. Yo entonces tenía 24 años, y él tendría unos 36, y lo recuerdo sentado en el comedor de médicos de la clínica, pero no a la mesa, donde raramente comía, y muy poco, sino en la silla del lado del sofá, apoyado el codo izquierdo sobre la mesita auxiliar que sustentaba el gran jarro de leche, cubierto con una servilleta de papel. Con la mano derecha sujetaba su vaso de leche, apoyada en la rodilla, del que bebía a cortos sorbos. En la comida del mediodía no lo veíamos, pero durante las cenas, y en fines de semana los que, por no tenerlas cerca, no podíamos ir a nuestras casas, bebía mucha leche y hablaba sin cesar, mientras el resto de compañeros entrábamos y salíamos, comíamos, nos hacíamos algún comentario aprisa y en voz baja, y ninguno le mirábamos ni escuchábamos, aunque no tuviéramos más remedio que oírle. Cada vez, rellenado de leche su vaso, colocaba con miramientos la servilleta de papel sobre el jarro, procurando que quedara bien centrada, para lo que a veces daba unos pasos alrededor de la mesita para cerciorarse de ello, e incluso en ocasiones se ponía en cuclillas para desde abajo asegurarse de su centrada colocación. Durante este ritual de la servilleta no comentaba lo que hacía con ella, sino que seguía con su monólogo. “Aún admitiendo que... Para decirlo de otra manera... Si bien es verdad que por un lado...” eran expresiones frecuentes entremedio de su lenguaje matemático filosófico en el que no decía ninguna tontería, pero que no interesaba a nadie. No conseguía parar de hablar. En una ocasión le solicité una aclaración sobre estadística aplicada a un tema concreto, y se esforzó en que aprendiera lo que me explicaba, aunque tuve que soportar sus planeos sobre vastas ramificaciones de las explicaciones. Cualquier intento por mi parte de hacerle ir más aprisa chocaba con su resistencia a mantenerse adherido a lo que parecía ser un esquema de lo que él entendía que debía exponer.

El Dr. Heinz, que no se llamaba así, tenía una personalidad narcisista (los que hablan sin reparo alguno de las

gracias personales y de la familia) y obsesiva. Los enfermos (y los amigos, y los compañeros) que resultan pesados con nosotros, pueden ser obsesivos. Sólo muchos años después he sabido que él lo era. En aquel entonces con los compañeros con los que nos habíamos convertido en amigos, sentenciábamos simplemente que estaba loco, (“loco, pero muy listo”) y, dentro de nuestra simpleza diagnóstica, casi acertábamos. Su ritual con el centrado de la servilleta sobre el jarro era una manifestación extrema de su proceder impulsivo. Explico su caso sólo porque, como es caricaturesco, puede ayudar al lector a reconocer a los obsesivos en medio de sus enfermos dermatológicos pesados. Años después, atendiendo a enfermos cutáneos obsesivos, he comprendido que el Dr. Heinz no persiguió tanto satisfacer la pregunta que le formulé, que desde luego contestaría de modo perfecto, no en balde era estadístico, como permanecer fiel a una especie de compromiso impulsivo consigo mismo. Soportándolos he aprendido que los obsesivos pesados saben que lo son, pero prefieren serlo a violentarse a callar, y lo hacen así porque el intento les provoca ansiedad en un grado insoportable. Con otros enfermos obsesivos actuales me ha sido necesario admitir que pueden ser conscientes del rechazo general que provocan. Sé que otros en situaciones parecidas tienen que sufrir una fuerte lucha interior contra sus impulsiones, e ignoro si en aquel entonces el Dr. Heinz ya había decidido no ofrecer más resistencia inútil y sucumbir a hablar sin cesar. Juicios profesionales de valores opuestos emitidos por jueces sobre individuos procesados por tales proceder impulsivos pueden resultar verdictos determinantes para obsesivos con impulsiones criminales. En las Reuniones de ESDaP y AEDyP he aprendido que los obsesivos graves pueden tener personalidades límite, también llamadas personalidades *borderline*. Las personalidades límite están entre las neurosis graves y las esquizofrenias. No son pacientes para nosotros. Los casos graves no ofrecerán resistencia alguna a ser transferidos al psiquiatra.

ROTACIÓN MATERNA ENTRE HIJOS

Mujer de 75 años, que me es transferida por un oftalmólogo de una ciudad vecina. Al saludarla resultan muy aparentes unas lesiones indefinidas en el área oftálmica. Viene con una larga y complicada carta del especialista.

Explica la carta que hace 4 años tuvo un herpes zoster oftálmico. Parece que durante todo este tiempo ha usado y abusado de aciclovir, tanto en comprimidos como en crema oftálmica. Como al escribir la carta no lo tendría él muy claro, tampoco me aclaro yo con ella, así que la invito a que pase a la silla de exploración. Son excoriaciones junto con otras lesiones de rascado, pero limitadas estrictamente al área oftálmica. Parece ser que se rasca con la misma impulsividad con la que habla. Por si fuera poco la evidencia clínica de la lesión oftálmica, en el lado contralateral del cuello encuentro, bien ostensible, una magnífica neurodermitis. Con unos antecedentes tan confusos, difícilmente hubiera podido el oculista, no dermatólogo, hacer un diagnóstico tan basado en la morfología. Bien, ya sabemos que son excoriaciones autoprovocadas, secundarias a un estado emocional alterado. Para un neurólogo inquieto podría ser interesante considerar por qué, en un estado post-zosteriano, una paciente somatiza su problemática psiquiátrica de forma tan diferente en un área con un nervio que estuvo dañado, en la que se arranca la piel con las uñas, de la otra, en el cuello, donde sólo necesita rasarse sin excoriarse. A mí me inquieta más intentar averiguar los motivos por los que elabora un picor tan intenso. Que vuelva a su silla, a sentarse junto a la hija, que se me ha presentado con mucha cordialidad como una antigua paciente mía.

Empiezo el interrogatorio sistemático. Resulta que a esta paciente no hay que preguntarle mucho para que se explique bien. Después de un comienzo de visita tan pesado por su parte, quedo sorprendido de lo inteligente que resulta, por la maña que se da en proporcionar clara información y dejar aparte frases huecas como si supiera qué es aquello detrás de lo que ando. Viene de una ciudad andaluza, donde reside con sus hijos, y de momento entiendo que está de visita a su hija que vive aquí. ¿Dormir? Hace muchos años que toma pastillas. Con su marido atendieron como conserjes un conjunto arquitectónico de su ciudad, pero “cuando allí entraron los de Turismo”, tuvieron que pasar como bedeles a la

Facultad de Medicina. “¿Usted que es dermatólogo, conocerá quizá a don XX?” “Claro que lo conozco, la de largos viajes a congresos que hemos hecho juntos”. Me muestra que sabe el nombre completo de mi amigo, y el de la esposa, y el del pueblo donde él nació. “¿Y don Fulano, y don Zutano?”. Parece que estamos todos en casa. Marido no tiene ya, que es viuda desde hace 30 años. Siempre ha querido vivir sola, en su casa, que es la de sus padres. Ha ayudado a crecer a los nietos, y cuando han estado enfermos, ellos o sus madres, ha pasado todo el día en casa de los hijos, pero por la noche ha regresado a su casa, que ‘bien está ayudarlos, pero no estorbarlos’. Después de esto cree necesario advertir que, tanto sus nueras como sus hijos e hijas, son todos unos soles. Tengo que preguntar muy poco, ella sigue bien sus explicaciones, pero hasta este momento, de todo lo expuesto no encuentro nada que aclare qué hay que la inquiete, y, no pudiendo sacárselo de encima, intenta limpiar la piel con sus uñas, a ver si con los pedazos arrancados se marcha también su mal interior. Decido interrumpir. Hay una frase que, en algunos momentos de extravío dentro de los interrogatorios, me ha ayudado a encontrar la salida. “¿Hay algo en su vida actual, señora, que la preocupe, que la moleste, que usted quisiera eliminar, y no consiga hacerlo?” La paciente se ha quedado mirándome, atónita, se le ha entreabierto la boca, no esperaría quizá la rotundidad de tal pregunta. Vienen unos dos o tres largos segundos de silencio, después de los cuales la hija, hasta entonces muda, dice, en voz muy suave: “Esto... quizá lo pueda explicar mejor yo, doctor”.

Es digna hija de su madre. Escuetamente y sin palabras superfluas, explica que ellos son cuatro hermanos. Tres viven en la capital andaluza de donde la paciente proviene, y ella reside aquí. Todo fue bien mientras la madre vivió sola en su casa, a la que volvió después del ingreso por el zoster. Pero hace un año sufrió un infarto, por el que la hospitalizaron. Después que hubo sido dada de alta ya no fue tan enérgica en sus deseos de regresar a su casa, y así fue repartida entre los hijos. Un

mes con cada hijo. La de aquí es maestra, y la tendría durante los tres meses seguidos de vacaciones escolares. Es decir, que la madre no ha venido voluntaria a Cataluña, sino porque le ha tocado hacerlo. Esta rotación entre hijos dura desde hace un año. Hace 6 meses que se siente más segura, y no para de repetir que quiere ir a su casa, aunque los hijos no se atreven a permitirselo. Las excoriaciones aparecieron hace unos dos meses.

Escribo una carta de cortesía para el oftalmólogo, que ha insistido en que espera una respuesta: "Gracias por la confianza en transferirme a la paciente. En el lado derecho del cuello presenta un eczema nervioso, y en el

área trigeminal oftálmica contralateral existen excoriaciones neuróticas por focalización en la piel en forma de prurito de un estado psicológico no aceptado. Es viuda desde hace 30 años y posiblemente el trastorno no sea más que resultado de la pérdida de independencia ocasionada por un problema cardíaco, al considerar los hijos que no debía permanecer sola en su casa. Estamos ante la clásica rotación entre hijos, que la madre soporta, pero no acepta. Aparte de tratamiento tópico sintomático convencional, creo que más que psicotropos, que son mal tolerados por los ancianos, tendrían los hijos que volver a intentar si puede ella vivir sola de nuevo. Podemos probarlo."

COMENTARIO

1) Esta madre inteligente sabe que no puede protestar ante la decisión de sus hijos, pero no consigue aceptar la situación de rotar entre las diferentes casas. No le habrá perdido todavía en grado suficiente el miedo al estadio de sentimiento de invalidez que sigue a un infarto, y así no reclama con vehemencia volver a casa. Durante el interrogatorio, por pura discreción maternal no me aclaró aquello que yo buscaba. Puede ser que no se permitiera a sí misma saber que deseaba volver a su casa. Puede ser que la presencia de su hija la obligara a no decirlo en mi despacho. No sé en qué momento del interrogatorio la hija se dio cuenta del origen de la inquietud que yo buscaba en la madre.

2). El resultado del interrogatorio permitió evidenciar un trastorno depresivo, que sería reactivo a la rotación entre hijos y a la pérdida de independencia. A pesar de la certeza del diagnóstico de estado depresivo, para la enferma no resulta imprescindible un tratamiento con psicofármacos. En muchas ocasiones, para solucionar la conflictividad de una situación, puede ser suficiente extender, clarificada, ante los ojos del paciente, una problemática que no se entendía, o que uno mismo no se permitía entender. La madre estará tres meses aquí. Si con la sola evidenciación de su situación no se encuentra mejor, empezaremos probando con sertralina, que es el antidepressivo mejor tolerado, en principio, por los ancianos.

SOLTERA ILUSTRADA

Mujer de 27 años de edad, pero con aspecto de tener 18, que viene acompañada de su madre, y que consulta por una dishidrosis de principios de verano que ya sufrió el año pasado. La madre muestra una neurodermitis seca y abundantemente escamosa en cara posterior del cuello y en región occipital que ha recidivado después de dos años de haber consultado por ella.

La hija es alérgica al níquel y no sufre prurito acuagénico. Por el motivo de la consulta, dishidrosis, y también por su aspecto de cuidado añejamiento que me sugieren que es complicada, inicio el interrogatorio de tipo psicológico. La neurodermitis de la madre también obliga a

investigar si sufre ansiedad o depresión, y además, habla con expresión demasiado contenida. Va, la madre, correctamente vestida, pero muy sencilla, y se aprecia que se ha pintado ligeramente los labios. La hija, en cambio, sin llegar a presentar un aspecto "jijioso", viste con una

forzada, si bien correcta, sencillez, con una cola que mal recoge su cabello, y no usa ningún cosmético. Viste un jersey holgado y unos pantalones vaqueros sin ceñir. Me siento obligado a interrogar a las dos. En sus expresiones y gestos presentan un excesivo, hoy fuera de lugar, respeto conmigo y prestan demasiada atención al contenido y a la contención de sus expresiones. Se esfuerzan en hablar con mucha precisión, con el mínimo de palabras, pero sobre todo parece que no quieren resultar molestas. Se trata de una pareja de madre e hija, que se comportan muy unidas, atentas a las preguntas que dirijo a cada una de ellas que contestan a la par con discretos movimientos de cabeza de aquiescencia o de exigencia de matización. La interrogada contesta oralmente, la otra lo hace con gestos, así es que ambas responden al unísono, y con igual resultado, a los cuestionarios de cada una. Ante la primera pregunta que he efectuado a la hija, la madre me ha preguntado si debía retirarse a la sala de espera. Llama la atención el contraste entre la aparente indiferencia por el vestir de la hija y la extremada delicadeza de su comportamiento y respuestas. En ningún momento de los interrogatorios hacen referencia al padre. Me ha interrumpido en un momento determinado para expresar

que considera muy importantes mis preguntas, pero que siente el tiempo que estoy consumiendo en ellas en detrimento de la paciencia del resto de enfermos que quedan en la sala de espera.

La mirada de madre e hija son atentas y permiten suponer una inteligencia despierta. Por sus expresiones se adivina que a medio formular mis preguntas ya la han comprendido y están en condiciones de contestar, y que sólo la delicadeza les obliga a dejarme terminar la frase. La hija es profesora de francés en un instituto, y da también clases particulares. Lo dice en un tono como si se excusara por ello. Frente a alguna pregunta, la vivacidad y el contenido de la respuesta resultan sorprendentes: “Pues ya lo ve usted, soltera y sin compromiso, igual que mis dos otras hermanas, nos guste o no”. Duerme muy bien, pero se encuentra chafada, más de 15 días al mes. Inquiero si su trabajo le complace, y la respuesta por una vez no resulta clara. Creo advertir que esta es una pregunta que la paciente no se tolera a sí misma. Se adivina mucha voluntad y tensión en la vida de las dos, madre e hija. Desde hace un año acude con regularidad a un psicólogo. Lee mucho, tanto *best sellers* actuales, como libros de arte y ensayo (tiene 27 años), ciencias políticas y sociales.

COMENTARIO

Resulta evidente la tensión en el comportamiento, tanto de la madre como de la hija. Por sus modales y por el contenido de sus expresiones parece como si vivieran transplantadas a unos 50 años atrás. Se diría que existe un conflicto de adaptación entre las circunstancias ambientales actuales y ellas dos. En cuanto a la hija, que es la que consulta por dishidrosis, será consciente de sus problemas, por eso decidió consultar con un psicólogo. La considero instalada en el extremo polar opuesto al de la “mujer-objeto”. En la sencillez de su vestido, peinado y ausencia de cosméticos adivino una protesta desafiante al momento actual. Para mí es un caso más de estas chicas que un día, jóvenes, rechazaron el modo habitual de comportamiento externo dedicado a agradar y a hacerse querer, que decidieron cultivar más el espíritu que no su aspecto, y que sin darse cuenta se han vuelto mayores, y temen que se van a quedar solteras, pero sin haber llegado a una edad en que el temor se ha confirmado. Quizá al principio no cayeron en la cuenta de que su proceder diferente del habitual en las demás muje-

res podría despertar recelos en los chicos con los que se relacionaron. No hicieron ningún esfuerzo para la convivencia, y ahora se encuentran solas. Rechazaron el comportamiento tipo chicas de anuncios de la televisión (falsas risas, muecas, forzados gestos, saltos, corridas, aparente y encantadora vaciedad) y aunque se presentaron con unos valores humanos que podrían ser considerados como positivos, pudieron despertar el temor de sentirse inferiores a ellas a muchos chicos no suficientemente seguros de sí mismos. Ahora se manifiesta la vivencia de la soltería y no tiene reparo en permitirse oírsele decir en voz alta a sí misma. Pero se halla demasiado comprometida en el papel que un día eligió, y que con esfuerzos ha estado cultivando durante años, para que ahora pueda renunciar con facilidad a él, para lo que tendría que destruir el sólido monumento al orden, eficiencia y seriedad que ha construido a su alrededor, como muro defensivo y que actualmente la está oprimiendo. Es posible que en su comportamiento exista una parte de oculto egoísmo, y que eventuales contactos espo-

rádicos con chicos no hayan progresado porque ella dejó más o menos evidente claro que no tenía por qué cambiar su para ella valioso proceder humano de esfuerzo continuado ante la personalidad menos cultivada de él.

Resultan evidentes las tensiones que existen entre la educación que ha recibido y que se ha impuesto, y la que genera su estado psicológico actual no satisfactorio. En algún momento de la entrevista ha preguntado con un directo “¿Y usted qué opina?” Después de las primeras preguntas del cuestionario me ha dado la impresión que estos temas le han interesado más que las vesículas en granos de sagú de sus dedos, y que los iones de níquel liberados por la transpiración de verano. Como en este caso no va haber prescripción de psicotropos, y sólo voy a recetar el tratamiento habitual de dishidrosis, creo que debo seguir preguntando, escuchando, y cuidar mucho de no precisar en absoluto sobre su caso de un estado no aceptado. Ella ha pensado mucho más que yo en todas las posibilidades, y ya está de vuelta de ellas, con su poder de análisis y de autocrítica. Debo hablar de su tema, pero con generalidades, sin decir exactamente lo que pienso, aunque por mi inconcreción de momento no pueda alcanzar todo su sentido. Unas horas o unos días más tarde recogerá de ellas lo que le pueda resultar en provecho propio. Con un mesurado énfasis le efectúo un comentario en términos parecidos a lo siguiente: “Hace muchos años, en una cena de congreso me tocó estar al lado de un psiquiatra de nombre desconocido para mí, pero con unos temas de conversación que resultaron muy interesantes. Decía este señor: muchos de nosotros no nos sentimos particularmente atraídos por este tipo muy extendido de mujeres tan atildadas y dispuestas a agrandar, que dan la impresión de haber dedicado tanto esfuerzo a cuidar el aspecto de su envoltorio, que hacen temer que no les haya quedado energías para llenar de algún valor el contenido de la caja, que es fácil presuponer debe de estar vacía. Pero también es verdad, que en más de una ocasión nos hemos sorprendido de que al tener ocasión de hablar con una de estas mujeres de aspecto tan vistosamente cuidado, y que prodigan mohines de coquetería a los hombres, a pesar de su primera impresión de vaciedad, hemos podido apreciar que son mujeres de alto contenido y que despiertan deseos de vivir cerca de ellas.” Dudo si debo insistir en ello, o si ya he hablado demasiado, a pesar de haber puesto la frase en boca de un personaje inventado. Se trata de no herirla, para que no se cierre. Después de unos momentos de mirarla en silencio, e intentando parecer que sólo pienso en voz alta, me atrevo a añadir algo parecido a:

“Usted tiene cultura y ha leído mucho. Usted sabrá. Quizá fuera conveniente detenerse algún día a considerar que intentar presentar nuestro aspecto más favorable, no espontáneamente según nuestro gusto, lo cual podría llegar a constituir una manifestación de egoísmo, sino en la forma que consideramos que puede resultar más valioso para los demás con los que nos ha tocado vivir” (quizá con esto no va a estar de acuerdo) no forzosamente comporta valores negativos para uno mismo, ni ello nos obliga a renunciar a nuestra personal peculiaridad”. “Decía alguien, que no puede pretender ser feliz aquél que no resulta imprescindible para otro”. Me pregunto si después me arrepentiré de proseguir en tales términos. “No puede sentir confort psicológico consigo mismo el que no será extrañado a su muerte”. “Para algunas personas quizá resulte preferible renunciar a grandes valores humanos y ponerse al servicio de los demás”. Ha colocado su *turris eburnea* en una nube alta, por encima de la realidad. Quizá yo esté sobrepasando los límites de mi incumbencia, pero en sus ojos muy abiertos de tanta atención no observo ningún rechazo a mis razones, y prosigo, porque posiblemente nadie más le hablará en tales términos, y se está acercando a la edad de los límites de esperanza razonable de terminar su estado: “¿Qué hay de alguna ONG internacional con ideales que pudieran interesarle? ¿Qué hay de algunos aspectos sociales no atendidos en su barrio?”

Cuán fácil resulta para mí ser objetivo al presentar todas estas obviedades de su conducta, y cuán difícil lo tiene ella, que, por puro mecanismo de autoprotección, no puede permitirse reconocer su patrón de conducta. Pero, habiendo admitido que le pesaba la soltería, la única forma que tiene de conseguir un equilibrio psicológico es aceptar la realidad de su proceso conductual. Para que pudiera entender la necesidad de considerarlo, precisaría que yo me pronunciara con total claridad de todo ello, pero este proceder médico la ofendería y se cerraría a todo lo proveniente del ofensor. Algunos pacientes hablan mal (“anti-pático, mal educado, qué se ha creído”) de algunos de sus psiquiatras porque el referido no respetó esta regla de intento de ordenación psicológica.

Me pregunto de qué hablan con su psicólogo, y de si la estructura conductual que se ha ido construyendo a lo largo de los años se dejaría influir por unos comprimidos que le pudiera ofrecer. El cuestionario ha dejado claro que no sufre insomnio de ninguna clase, que no se encuentra nerviosa, pero sí cansada con frecuencia. Me he preguntado si le prescribía fluoxetina o similar. Decido que el suyo no es un mal que curen los psicofármacos.

NO QUIERE SER SIRVIENTA

Mujer de 70 años a la que he visitado por psoriasis 5 veces a lo largo de 30 años. Siempre ha consultado por lesiones del cuero cabelludo, con mucho picor, y también por eccemas psoriáticos de escasa intensidad, pero de los que cada vez ha referido excesivo prurito. Hace 10 años consultó por lichen simplex nuchae. Ha sido vendedora del mercado, hoy está ya jubilada. En su historia clínica, en visitas de hace muchos años, encuentro anotado “ansiedad por exceso de trabajo”.

Hoy acude también por el cuero cabelludo, que le provoca mucho picor. Compruebo extensas y gruesas placas de psoriasis. “Pero no me mande aquella crema de lavado diario, ni tampoco un champú anticropa que deba aplicarse más de una vez por semana, porque no puedo permitirme, como jubilada, ir más de una vez a la peluquería”. “No, yo no me sé peinar como lo hace la peluquera, a mí no me queda bien y soy muy presumida. Si me lo lavo yo, el cabello me queda chafado, así como lo lleva usted”.

Me dice que, además del de la cabeza, siente mucho picor en todas partes. Muestra en la parte superior de la región glútea placas escamosas y blanquecinas de eccema atópico, difusas, extensas, en parte foliculares, no excoriadas ni liquenificadas. El surco anal está indemne. El cuadro no justifica el prurito que dice sentir en él. Como no existe correspondencia entre lo que dice la enferma y lo que compruebo yo, pienso que también en el prurito de esta visita existe una importante participación psiquiátrica. Inicio el interrogatorio sistemático.

De vez en cuando toma el ansiolítico bromazepam para poder dormir. De día se encuentra bien. Viuda desde hace 16 años, “se acuerda poco de su marido”. Recibe clases de marquetaría en una escuela para la tercera edad, parece que se le da muy bien, y también

canta en una coral. Vive con su hija de 36 años, soltera. Hasta aquí el interrogatorio no proporciona resultados. “¿Se encuentra usted sola, tiene problemas económicos?”. Parece ser que no. “¿Qué relaciones tiene usted con su hija?” Duda antes de contestar. “La veo poco, ella hace su vida y yo la mía, esta es la manera de que dos personas no puedan pelearse”. Esto, expresado con contundencia, me permite pensar que hemos abierto una puerta. Insisto en las relaciones con la hija, pero evito preguntas demasiado directas, que resultan innecesarias. La hija tiene novio y ya hablan de casarse. Cuando lo hagan, vivirán en casa de la madre, la paciente. “Al fin y al cabo mi casa es para ella, no tengo otra hija”. Y la hija, “igual que ya hace ahora, la tendrá a ella como sirvienta, sólo que para entonces no voy a tener que servir a una, sino que tendré que servir a dos”. “Yo voy a estorbar en mi propia casa, ¿comprende?, porque les voy a privar de intimidad, y desearán que me muera. Todo eso me da rabia.” “¿Rabia, o más bien tristeza?” “Las dos cosas, en cuanto ella se case, yo sólo voy a estorbar”. “¿Piensa usted a menudo en todo esto?” “Sí, no pienso en otra cosa, no me lo puedo sacar de la cabeza. Ya sé que no debiera pensar eso, porque es mi hija. Dios me va a castigar por esto”. Brotan unos sollozos.

COMENTARIO

Cinco visitas efectuadas a una misma paciente a lo largo de 30 años permiten extraer varias conclusiones. La primera no pertenece a la esfera psicológica.

1) La habitual fidelidad de los pacientes a su patología. Esta mujer en cada visita se ha quejado de un picor intenso en sus manifestaciones psoriáticas, que, fielmente, han estado localizadas en cuero cabelludo y región lum-

bar. No ha consultado nunca por un eccema-psoriasis de manos, de dorso o de palmas, ni por dishidrosis, por manos secas del ama de casa, ni por una psoriasis de pliegues, ni por placas típicas.

2) Si ella ha sido la misma en su patología, no lo he sido yo en mis diagnósticos, que han evolucionado con los años. Cuando yo no acertaba todavía a sospechar ni a

diagnosticar ansiedad ni depresión, ni sabía reconocer un enfermo con características obsesivas, dejé anotado simplemente en la historia “muchos nervios por exceso de trabajo”. Encuentro anotada, en una visita ya más adelante, la prescripción de ansiolíticos, que es la reacción primitiva de un médico ante “los nervios” de un paciente. Cabe hacer notar que esta reacción médica resulta afortunada y suele ser de resultados agradecidos, aunque, cuando un estado depresivo coexiste con ansiedad, tantas veces sea insuficiente. Hoy, que hace años que no la había visitado, he cambiado lo suficiente para saber hacerle aflorar en superficie unos sentimientos ocultos, engendradores de culpabilidad y provocadores de congoja.

3) Como tantas veces en patología de la piel y de los procesos mentales, resulta muy difícil pronunciarse sobre si la paciente tiene una enfermedad ansiosa y depresiva objetivamente analizable, o si toda la historia no traduce más que una manera de ser personal. Lo que importa es decidir si en este momento la paciente mejorará su calidad de vida con psicotropos, y cuáles deben ser éstos. Se encontraría mejor con un ansiolítico diurno a dosis que no le provoquen somnolencia, (diacepan de 2 mg, o flupentixol-melitracen). Quizá el ansiolítico permita prescin-

dir de un antidepresivo que le calme estos sentimientos que la culpabilizan y la avergüenzan. Ya jubilada, pero llena de ocupaciones, y con su advertencia de que no desea gastos de peluquería, considero difícil que acepte entrevistarse periódicamente con un psicólogo que le hiciera aprender a librarse de su problemática psicológica manifestada en forma de complejo de sirvienta de sus hijos. Por otra parte, a su edad madura, no está para efectuar cambios.

4). En la entrevista actual la empatía con la paciente ha surgido espontáneamente. Supongo que en las primeras consultas de hace muchos años comentamos el nerviosismo ligado al escaso descanso nocturno de los vendedores de mercado (especialmente los de pescado, que salen de casa a las 3 o a las 4 de la madrugada para dirigirse con sus furgonetas a Mercabarna), y que no tienen tiempo de ordenar sus cosas y sus cuentas antes de las diez de la noche. También sabía que frente a mí, cercano a su misma edad, ha podido criticar, sin que yo se lo rechazara, las costumbres de los jóvenes (“Dios sabe qué estará mi hija haciendo con su novio los fines de semana que yo no estoy en casa”).

MARIDO EXIGENTE

Mujer de 64 años que acude acompañada de su hijo de 34. Van vestidos con marcada sencillez, pero pronto se destaca la agudeza mental de los dos. Acudió ella hace 6 años por una neurodermitis vulvar. En la historia encuentro anotado un cierto grado de estado depresivo y de ansiedad, y la prescripción de lorazepam por la noche, y de sertralina, además de tratamiento tópico con una crema de corticoide y de pasta Lassar con reductores.

El motivo de la visita de hoy es el mismo prurito, que se le ha extendido a todo el cuerpo, afirma. Me llama la atención que por una consulta de tal localización la mujer venga acompañada de un hijo. Sus placas de piel liquenificada no le afectan sólo la vulva, sino también la parte superior del tercio interno de los muslos. En las mamas muestra unas intensas lesiones de rascado, incluso con exoriaciones que, aunque de grado menos marcado, también presenta en los hombros y en los muslos. Puesto que vienen del hospital a curarse de la incisión cutánea de una intervención de estómago, que

parece que cicatriza por segunda intención, levanto el apósito y compruebo que no existe un eccema periulceroso medicamentoso que pueda constituir el foco primario del prurito difuso. Explican que sufre una hepatopatía crónica, y que los especialistas han advertido que no se le puede recetar más psicotropo que el lorazepam.

Madre e hijo proporcionan una impresión agradable. El hombre joven está muy pendiente de su madre. En la visita anterior prescribí psicofármacos, y pregunto cómo van las cosas en casa. Tuercen el gesto, y empiezan a hablar los dos a la vez. Se dan cuenta de ello, cada

uno cede la palabra al otro, y finalmente deciden que las explicaciones las dé el hijo. Venían preparados a hablar. Sabían que yo les haría preguntas. Hace dos meses ella fue dada de alta del hospital de la intervención abdominal. Su marido sufrió hemiplejía hace dos años y desde entonces su exigencia de servicio constante se ha extremado. (Sus hijos le tienen que advertir, por ejemplo: “No llames ‘Rosario, el bastón’, que lo puedes coger tú, papa, que lo tienes al alcance de la mano”). Toda la vida ha sido difícil vivir a su lado, pero ahora sus exigencias se han caricaturizado. Tienen dos hijos, los dos casados, que viven en otros extremos de la ciudad, aunque todos los días visiten a su madre. Aceptan que entrar en su casa es deprimente, con el padre quejándose de todo y dando órdenes sin parar. ‘¿Ha llegado usted, señora, alguna vez a sentir como si la casa se le cayera encima?’. Se sorprende de esta pregunta mía que, desde luego, no se le habría ocurrido nunca formularse a sí misma, aunque después, adelantada la visita, aceptará como certera.

El hijo advierte que cuando la visitaban en el hospital, en su postoperatorio, en coloquio con sus nueras o con una prima que la visitaban, la veían relajada y feliz. No admite estar deprimida, pero en realidad, a pesar de tomar cada noche 1 mg de lorazepam, ya está despierta a las 5 de la madrugada, quisiera volver a dormirse y no lo consigue. Contestan que no tienen dificultades eco-

nómicas, ni los padres con su pensión, ni los hijos con su trabajo. Siendo así, sugiero que podrían buscar un cuidador del padre, para que la madre pudiera salir unas horas varios días de la semana y librarse del ambiente sombrío de la casa. Pero, advierte el hijo, el padre siempre ha sido así, ya antes de estar enfermo. Yo insisto en que las escasas esperanzas de cambio circunstanciales que pudiera haber antes ocultas en la madre, se han perdido ahora con la hemiplejía. Gimnasia o natación quizá no le guste (es una mujer obesa, de grandes pliegues abdominales), y sonrío, ‘hace muchos años que no me he puesto un traje de baño’. ‘Ir de visita, o de escapates, quizá’, añado. Eso sí, le gustaría salir de casa y visitar a su prima, y ayudar a las nueras a dar de cenar a los nietos. Y charlar con las vecinas, señala. Esto último, insinuo, no debería hacerlo en sus días destinados como libres, porque quedaría demasiado cerca de su casa, y de su marido. Es necesaria una reunión familiar de los cinco, y decidir sobre ello. Le pregunto al hijo que diga cómo prevé el resultado. Sonríe, niega, ‘padre no lo va a permitir’. Es necesario hacerle comprender al anciano exigente que es preferible que tenga menos a su mujer ahora, pero que le alargue más, exagero yo. Han comprendido, pero el padre es muy dominante. Que comenten con el médico de familia la posibilidad de administrar al padre algún psicotropeo, que le calme y modere en sus exigencias.

COMENTARIO

Ya en la primera visita, la localización de la neurodermitis en la vulva debía levantar la sospecha de un trastorno de las relaciones conyugales, una protesta contra el proceder excesivamente dominante del marido. No necesariamente una desavenencia sexual, pero sí claramente conyugal. A algunos maridos de esposas con prurito vulvar les cuesta comprender esta diferenciación, e incluso uno de ellos, en mi historial, era ginecólogo. Hoy la localización de las lesiones de rascado sigue, y se extiende, por el área genital. El prurito se percibirá como intenso, y así el rascado resulta furioso, “biopsiante”, incluso en una zona de afectación nueva como las mamas, órganos también de alto sentido conyugal. Las viudas de muchos años no suelen sufrir

prurito vulvar. No ha lugar. El prurito vulvar en general apunta hacia el marido, alguno de cuyos aspectos no es aceptado inconscientemente.

El lorazepam, como benzodiazepina, es también hepatotóxico, pero se considera que lo es en grado menor y se admite que se prescriba a hepatópatas. No puedo administrar ningún otro psicofármaco, y esta mujer necesita ayuda. Ante muchos enfermos con participación psiquiátrica es difícil la decisión sobre si se debe recetar tratamiento farmacológico, o sólo “tónicos y reforzantes”, o únicamente una explicación sobre la naturaleza psicológica de su proceso. En este caso los medicamentos quedan descartados.

Es frecuente la situación de esta mujer, con un por-

venir sombrío, sola en casa con un marido imposibilitado. Algunas otras, en su caso, presentan glosidinas u orodinas. A menudo, consideraciones de orden económico, que realmente no existen, les impide alquilar un cuidador a horas fijas un par de mañanas o tardes por semana. El dermatólogo necesita aprender a adivinar el tipo de ejercicio-ocio que puede ser aceptado por cada tipo de paciente. Se trata de encontrar la distracción, como la práctica de un deporte, o actividad cultural o benéfica, etc, a horas fijas que deben ser escrupulosamente respetadas. Ir de compras “de vez en cuando” no sirve, porque no conlleva un horario fijo obligatorio. No adiviné yo lo que podría hacer esta mujer, pero ella sí supo cómo ocuparía su tiempo libre, en el caso de que

lo consiguiera. Esta salidas regulares suelen proporcionar un alivio real. Parece ser que en esta familia el padre les mantiene a todos dominados. El día en que este marido falte, esta mujer no tendrá necesidad de protestar contra sus exigencias, y desaparecerá su prurito. En casas donde el equilibrio emocional de todos sus miembros, en especial el de la madre, está alterado por un anciano, demenciado o sólo exigente, la administración de neurolépticos a éste puede conseguir una mejoría de la calidad de vida psicológica de todos. De un ejemplo más exagerado que el de este caso, cabe sentenciar que un paciente con enfermedad de Alzheimer precisa unos cuidados, pero los necesitan mucho más los que le atienden.

SEXO LE DEJA LA CABEZA HUECA

Varón de 36 años que acude con su esposa a consultar por eritrasma. Pronto aparecerán los motivos del excesivo y extraño interés que muestra por las causas de su infección. Pregunta si el eritrasma puede constituir la causa de una “afección urogenital” que padece.

Con tanta gesticulación como imprecisión, me describe, dibujando en el aire con el dedo índice el curso anatómico de sus deferentes, epidídimos y uretra, y explica que siente en ellos escozor, dolor y corrientes eléctricas. Esto dura desde hace 4 años. Pero lo peor es que el chorro de orina ha perdido fuerza y moja los zapatos. Ha consultado con un urólogo, que después de un tacto rectal ha declarado que no tenía nada, y que le ha aconsejado que pregunte al dermatólogo si la afección de la piel puede ser la causa de sus molestias. Me solicita el nombre de otro urólogo, que tendría que ser bueno, puesto que el anterior no le ha complacido.

En este momento, por la forma vehemente y puntillosa con que se expresa; por los, para mí, penosos intentos que realiza para que entienda exactamente el dónde y el cómo de sus males; por la imprecisión de sus molestias, sé que en ellas existe una gran componente psíquico. Considero lícito aceptar que tiene que haber poca alteración patológica, después de la afirmación del urólogo de que no encuentra nada. Para

conseguir un diagnóstico y una orientación terapéutica, empiezo el interrogatorio psiquiátrico, preguntando sobre las horas de descanso nocturno. Ante este tipo de preguntas, los dos, pero resulta más evidente en la esposa, expresan tanto sorpresa como interés. Hasta ahora ella había ofrecido un no disimulado aspecto de aburrimiento. Duerme muy mal, dice. Obligado a precisar, consigo aclarar que no le cuesta dormirse. Pero a las dos horas ya se despierta. Pronto vuelve a dormirse. Se despierta 4 o 5 veces cada noche. No suele despertarse a las 4 o 5 de la madrugada, con sensación de descanso incompleto, con deseos de dormir más y no conseguirlo (síntoma de depresión). No es que se levante cansado algunos días, lo está siempre y desde toda la vida. Durante el día siempre se encuentra cansado. Sí, chafado, pero es de cansancio físico. Pero es que él es así, de siempre. Desde niño ha tenido necesidad de estimularse a trabajar y a mantener alguna actividad. Lo consigue a medias. A lo largo del interrogatorio, que desde luego le complace, me resulta muy difícil conseguir que vaya más aprisa en

.....

sus respuestas, o dejarle con una frase sin terminar para pasar a otra pregunta. Él tiene su *tempo* propio y un esquema mental de lo que constituye una respuesta, y se atiene pertinazmente a ellos. Es abogado de la administración, no le interesa mucho su trabajo, pero no le da problemas, dice. La esposa es arquitecto, con tacto averiguo que ella tiene mayores ingresos, en la pareja no existen problemas económicos. Valoro este hallazgo, que quizá permitirá la aproximación a un diagnóstico, pero no puedo preguntar si esta situación en la que ella tiene mayor éxito profesional le afecta a él o no. Sigo preguntando y midiendo sus respuestas.

Casados desde hace 8 años, sin hijos, con un historial largo de visitas y exploraciones médicas impuestas en orden a conseguir descendencia. Al fin parece que he descubierto un aspecto que puede ser interesante. Observo que la esposa está ahora sentada en el borde de la silla, erguida, muy atenta a mis preguntas y que vuelve la cara para mirar a su marido, cuando éste las responde. Una vez ha intentado intervenir ella, y él la ha cortado quizá algo bruscamente, preguntando en voz alta “quién de los dos se había venido a visitar”. Esta frase ha resultado desagradable para mí, pero compruebo que no lo ha sido para ellos. El es muy pesado, se conduce con maneras de obsesivo. Ansioso no lo está, el trabajo no le atosiga. No queda claro en cuál de los dos cónyuges radica la infertilidad, pero sospecho, por su previa descripción anatómica de sus conductos, que es masculina. En lugar de preguntarlo directamente, me dirijo a la esposa, y me conduelo con ella de cuán molestas habrán tenido que resultar las exploraciones ginecológicas. Él ha levantado rápido la mano para cortarme y dirigir mi atención a su persona. No le ha dejado contestar a ella y se ha puesto a hablar de recuentos de espermios, que “no es que estén exageradamente disminuidos, es que sólo son lentos”. Empiezo a comprender la razón de la localización concreta de sus molestias psicourológicas y psicocutáneas. Ya no hay que interrogar a ciegas, preguntando sobre todo, como al principio de la entrevista. Le inquiero directamente a él sobre el sexo de los dos. Responde que el sexo le deja muy cansado, atontado, con la cabeza hueca, tanto al mismo día como al día siguiente (tiene 36 años). Insisto preguntando si las

relaciones les resultan positivas, si aumentan el afecto y unión entre los dos, y puesto que parece que en él no existe ni idea de lo que tiene que responder, la miro a ella, y sus respuestas precisas, cortas y aclaratorias, resultan reconfortantes dentro de este interrogatorio difícil y pesado. Al final de esta intervención de la esposa, él tendrá que enfatizar la última palabra sobre sexo, e intentará adentrarse en consideraciones de orden filosófico. Parece ser que no están muy entusiasmados. Ella explica que tantas veces se han visto obligados a practicarlos, no cuando querían, sino los días en los que tocaba hacerlo, que más bien lo consideran una carga. Tienen escasas relaciones. Dentro de dos meses deben ir a Colombia a recoger un niño que adoptan. Los dos se mantienen un tono comedido, muy correcto, y resultan agradables a pesar de la confusión y tensión que se aprecian en él, y del esfuerzo a que obliga la visita.

Le receto tratamiento tópico para el eritrasma. No necesitan un nuevo urólogo, y probablemente él se encontrará mejor con mi prescripción. Añado “unos preparados orales tipo reforzante mental”, remarcando mucho que no son para él, “que él no necesita nada, que sirven para reforzar el sistema nervioso superficial de la piel y el de las vísceras, que tiene como estresado”. La misma utilidad, recalco, tiene la fluoxetina, que a dosis de 20 mg dos veces al día, le receto. Para un mejor descanso nocturno, lorazepam, con las debidas instrucciones sobre la dosis para que no amanezca con resaca. “No tiene usted más que un leve desgaste del sistema nervioso superficial de la piel”. Han marchado satisfechos. En voz alta se dice a sí mismo que, tantas veces como había previamente intentado explicar a los médicos su manera de ser, nunca se lo habían permitido. Que vuelvan dentro de un mes. La inmediata madre advierte que será poco antes de que tengan a su niño. Él les hará cambiar a los dos.

Vuelven por la tarde del día de fin de año. Dentro de 14 días salen a recoger su niño, que ya habrá cumplido el mes. Se encuentra mucho mejor. Veo que ha aprendido muy bien que la fluoxetina es un reforzante. Lo toleró todo, incluidos los 40 mg de este anti-depresivo. Advierte que sólo ha venido, porque yo insistí que así lo hicieran. Que vuelvan otra vez después de un mes de convivencia con su nuevo hijo.

COMENTARIO

Este enfermo tiene rasgos de conducta obsesiva. Me atrevo a comentar que el urólogo desconocido procedió mal. Puesto que este tipo de enfermos son cargosos, y todos tenemos ganas de sacárnolos de encima y de que no vuelvan más, no sé si la advertencia de que el dermatólogo ya establecería la relación entre la piel y sus molestias genitourinarias fue inocente o no. Muy mal habría procedido también, cualquier dermatólogo que hubiera podido limitarse a tratar el eritrasma y manifestar que el motivo de la otra consulta no la contemplaba su especialidad. (No es la especialidad, es sólo algún dermatólogo el que no quiere contemplarlo).

Es de suponer que el paciente focalizó la somatización de sus trastornos en el área genitourinaria, como protesta inconsciente de su infertilidad. El siempre habrá sido obsesivo, pero sus problemas genitourinarios se iniciaron después de 6 años de matrimonio sin descendencia. A falta de más precisos conocimientos de diagnóstico, el dermatólogo, y todo médico no psiquiatra, puede sospechar que los enfermos que son pesados y cuyo anuncio de visita resulta temido por el médico y las enfermeras, muy posiblemente sean obsesivos. (Ver "Mi más temida visita"). Consecuencia de su obsesión, es la necesidad de ellos de explicar futilidades, sin querer enterarse, al principio, de cuán molestos están resultando. Un día aprendieron que sus intentos de dejar de ser pesados les generaban ansiedad insoportable. Pero también, un tiempo después, se dieron cuenta de que les resulta más cómodo que la ansiedad sea traspasada al oyente, en vez de que se quede en ellos mismos. Y así siguen.

Quien se encuentre en silencio en una zona solitaria y tenga la voluntad de activar un radiotransistor, quedará súbitamente inmerso en un mar de ondas sonoras. La mayor parte de los médicos no psiquiatras, de urólogos y de dermatólogos, no suelen considerar la posibilidad de que en el ejercicio de su profesión necesiten tener dis- puestos, siempre a mano de su mente, una sospecha y un

cuestionario psiquiátricos que, a modo de transistor, les permita evidenciar ("metaescucha") unas amplias problemáticas que los pacientes desearían expresar a voces, pero que mantienen sometidas, por la creencia de que de esos temas no se habla, y de que no tienen derecho a molestar a nadie con ellas. Sólo que el médico se lo permita a sí mismo, va a aprender fácilmente a desbridar estos abscesados problemas personales que le permitirán comprender el por qué de las rarezas de tantos enfermos, a curar a todos aquéllos que sólo pueden ser tratados por estos medios, y a mejorar en alto grado la calidad de vida de muchos otros.

Algunos obsesivos no suelen contenerse de sus hábitos compulsivos, porque la práctica de sus actos les provoca una excitación agradable. En otros, porque la contención de los mismos les genera ansiedad. No son para nosotros, acuden al psiquiatra. Los obsesivos graves que podemos ver, ya suelen estar en manos de psiquiatras. En Psicología se explica que aquello que resulta grato, tiende a procurarse que se repita. Por esto pueden convertir sus actos en un ritual repetido. La manera de explicarse de este enfermo ha sido obsesiva, en la extensión, forma y contenido. El tratamiento de los obsesivos compulsivos resulta muy difícil, y depende de la intensidad de la obsesión. Algunos obsesivos graves pueden ser confundidos con psicóticos. (Consultar "Las manchas que no había"). Pueden mejorar a dosis de 40 mg al día de fluoxetina. Algunos psiquiatras tratan con alprazolam la ansiedad que puede asociarse a las conductas obsesivas, como asimismo usan la paroxetina como antiobsesivo, también a dosis doble (20 mg x 2/ d). Este antidepressivo, concretamente, por su mayor poder ansiolítico. El tricíclico usado antes de la aparición de los ISRS era la clomipramina, que muchos psiquiatras todavía utilizan junto con estos últimos. En mi experiencia, clomipramina es un tricíclico generalmente bien tolerado por estos enfermos.

MARIDO SINCOPADO

Mujer de 41 años que acude por peladas múltiples que refiere tener desde hace un año y medio. No ha consultado antes con ningún médico porque la peluquera y las amigas le han explicado que “eran debidas a los nervios”. Tiene aspecto de muy inteligente y efectiva, pero además parece como si conociera la finalidad de mis preguntas, que contesta con precisión.

El interrogatorio permite saber que tiene un nuevo taller de tipografía que, recién montado, ha estado acumulando deudas por falta de trabajo durante los dos últimos dos años coincidentes con una crisis económica general, pero que ahora ya empieza a rendir. Algunas peladas ya se han repoblado, otras, aún en actividad, dejan pelos entre los dedos a la prueba del tirón. Admite estar nerviosa a causa del negocio. También el interrogatorio permite descubrir un franco estado de ansiedad y síntomas depresivos, con pocas horas de descanso por falta de sueño, con insomnio de conciliación, y con facilidad tanto para irritarse como para llorar. A todo esto el marido, que había permanecido en silencio sentado a su lado, empieza un exagerado y continuado carraspeo. Sin mirarlo, dejo ante él dos caramelos de eucalipto que saco de un cajón de mi mesa. Él los rehúsa y pregunta por el lavabo. Le miro y está pálido. ¿Tiene usted ganas de vomitar? No contesta. Cuando lo ayudo a levantarse para acompañarle al baño, la esposa, rápida, a espaldas de él, llama por signos mi atención sobre una pelada que

el marido tiene en la zona occipital. Lo dejo en el lavabo y a mi regreso la esposa me advierte que él tiene gran facilidad para marearse cuando ve sangre u oye hablar de enfermedades. Que ella ya temía esta reacción de él en mi despacho, y que lo ha traído engañado para que yo viera su pelada. No ha venido por ella misma sino por él. Ella ya sabe que ahora que la tipografía ha mejorado, sus peladas se van a repoblar.

Voy a buscar al marido que sigue pálido, le tumbo en Trendelenburg en la mesa de exploraciones, donde se permite caer en franca lipotimia (en el lavabo, que no ha usado, mientras ha estado sin espectadores ha soportado estar de pie), y le aplico las medidas habituales. Mientras se recupera, termino el interrogatorio de la esposa, a la que receto sólo tópicos porque pienso que no tomaría psicofármacos ella que tan segura está de la evolución favorable de sus placas. Un vez adquiere él mejor aspecto, aún en la mesa, empiezo su interrogatorio, y, de forma casi infantil, contesta sistemáticamente que no a todas mis preguntas.

COMENTARIO

Algunos pacientes pueden ser reacios a aceptar tener alterado el estado de ánimo. Quizá en hombres resulte más evidente. No sé si después del espectáculo de su lábil sistema emotivo vegetativo hubiera tenido que renunciar al interrogatorio. El caso de la esposa es típico. Algunos dermatólogos no admiten la influencia psicósomática en las peladas. Razonan que en las peladas se practica siempre interrogatorio psiquiátrico porque siempre se ha considerado que es necesario hacerlo, y que si éste se realizara en la población de la calle, proporcionaría el mismo índice de resultados que en los peládicos. Insisten en que la mitad de los individuos que acuden al médico tienen problemas de orden psicopatológico en grado mayor o menor, con lo que, quizá en porcentaje menor, todos estamos de acuerdo.

Practico interrogatorio psicológico a todos los pacientes de cualquier afección cutánea en los que por su actitud, tipo de molestia o modo de expresarla, sospecho que puede coexistir algún trastorno psicológico. Y es en los enfermos con peladas donde estas alteraciones son más evidentes, como en la pareja presentada. Hay que aceptar que algunos investigadores pontifiquen que en medicina sólo existe aquello que puede ser demostrado analíticamente. Pero quizá tales médicos no debieran cuidarse de personas enfermas, y sí sólo de ratones de laboratorio. La patología no mantiene en los humanos esta limitación que los investigadores pretenden imponer. Lo que no se puede demostrar, también puede existir en nuestros enfermos. La inmunología es el trastorno primario y más importante en

las peladas, pero, en la peladas simples, que son las más habituales, qué otra cosa, aparte de administrarles corticoides por todas las vías, cabe hacer, sino esperar su remisión espontánea. Mientras ésta ocurre, podemos aumentar la calidad de vida de estos enfermos, que casi siempre es deficitaria. No existe el peládico sin problemas psicológicos.

Existe el médico que no es experto en interrogarle. En la mayoría de enfermos con alopecia areata subyacen problemas psiquiátricos de larga duración que hubieran debido de ser tratados muchos años antes (C. Koblenzer). Para hacer su aparición, la pelada suele necesitar un acontecimiento estresante previo.

QUE SE CASE EL JARDINERO

Varón de 54 años, marroquí, que desde hace 25 años trabaja como jardinero en un club de golf de la provincia de Girona. Hace unos 6 meses consultó por una sarna evidente, con demostración de parásito, sobre eccema atópico, y con prurigo violento en los brazos y en los glúteos.

Todavía no disponíamos comercialmente de crema de permetrina al 5% y le receté un tratamiento estandarizado de lindane, además de 25 mg de Atarax por la noche. Tres semanas más tarde acude de nuevo, sin curar, y de entrada considero que es “otro caso de sarna con resistencia al lindane”. Como en tantos otros enfermos recién tratados de una sarna, resulta difícil aclarar si lo que queda son sólo manifestaciones atópicas en la piel desencadenadas por la irritación provocada por la cura desinfectante, o si la sarna ha resistido el tratamiento. Le cambio a una crema en fórmula magistral con permetrina al 5%, para después de la cual recomiendo un tratamiento tópico de eccema atópico, además de clorfeniramina y un antibiótico sistémico. En visitas sucesivas compruebo que el aspecto de las lesiones cambia a elementos cada vez más típicos de prurigo. Contesta que no puede dominar su necesidad de rascar. El prurigo figura en el capítulo del prurito psicogénico y obliga a practicar un interrogatorio psiquiátrico, pero en este paciente mis preguntas no consiguen encontrar ninguna alteración.

Duerme bien, no se encuentra ansioso ni deprimido. No reaparece en consulta hasta después de transcurridos unos meses. Presenta una gruesa neurodermitis del surco interglúteo, de las ingles y de las axilas, y sigue con sus lesiones de prurigo en los glúteos y en los brazos.

Decido que se impone una estrategia diferente, porque todas las actuaciones terapéuticas previas han resultado infructuosas. Acepta que se rasca “furiosamente” de noche y de día. Le explico que si sus lesiones actuales asentaran en una extremidad, sería fácil curarlas porque se

podría aplicar un prieto vendaje que impidiera el rascado durante las 24 horas del día. Contesta que se va a fabricar una especie de calzón coraza que le dificulte llegar con las uñas, y que trabajará y dormirá con una camiseta con media manga, una talla más pequeña de la suya, debajo de la ropa de trabajo y del pijama. Es un hombre de aspecto apacible, que refiere su intenso prurito sin casi cambiar el tono de la voz. Otro, con tales placas de neurodermitis, describiría su prurito en términos vehementes.

Un nuevo interrogatorio psiquiátrico no consigue tampoco encontrar signos de ansiedad ni de depresión. Análisis tiroideos y serología hidatídica son normales. No tiene problemas de xenofobia, “todo el mundo le aprecia” en el club, no existen problemas económicos, vive en una pequeña casita en el mismo campo de golf, contesta que no tiene problemas sentimentales ni sexuales. Le sugiero que con el rascado busca e intenta inconscientemente propocionarse un placer que debería conseguir en otras esferas. Pregunto qué puede ser, esto que busca y que no tiene. Al llegar a este punto de argumentación, yo mismo encuentro lo que quizá sea la solución. Es soltero y no tiene ningún familiar aquí. Cuando llegó, a los 30 años, hora de casarse, tenía aspectos vitales más perentorios que atender. Sí, se encuentra solo. Tiene amigos, pero se encuentra solo. “¿Resulta usted imprescindible para alguien?” ¿Quién lloraría en el club si usted muriera?”. Responde muy rápido: “Nadie, pondrían a otro en seguida en mi lugar”. “¿Por qué no piensa usted en casarse? Usted va a encontrar una española que le quiera, usted es joven

todavía, tiene sueldo y casa. Es una persona apreciada, de la que todos los preguntados darán buenas referencias. Usted en su país a los 25 años podría buscar una mujer de la que enamorarse, si hubiera quedado allí. Las circunstancias le han traído aquí, ahora no se trata

de un enamoramiento, sino de tomar una decisión”. Explica que va a intentarlo. A pesar del resultado negativo del interrogatorio, le prescribo sertralina, flupentixol-melitracen como ansiolítico y le recomiendo que siga con hidroxicina por la noche.

COMENTARIO

Es un caso en el que mi interrogatorio sistemático había fracasado. Pero no obstante, la violencia del prurigo, y el grosor por rascado de su neurodermitis de pliegues obligaban a insistir en el interrogatorio, en busca de una causa psicológica que el paciente inconscientemente ha mantenido

guardada, porque para él ha podido constituir un tema tabú durante los años previos. El prurito, hasta el momento, no se ha aliviado con las medidas usadas. Esta vez vamos a probar con los psicotropos citados. Quedo esperando conocer a la novia o esposa que un día me presentará.

EL VECINO

¿Son los mismos enfermos? Como si no lo fueran. Los enfermos que acuden al psiquiatra y los enfermos de la piel, en los que un dermatólogo receptivo descubre alteraciones psicológico psiquiátricas son los mismos enfermos, pero presentan diferencias de intensidad de trastornos tan acusadas, que parece como si fueran enfermos diferentes.

Hace unos diez años adquirimos un casa con jardín en un pueblecito de la Costa Brava en el que en invierno sólo viven unas diez familias. Al poco tiempo había conocido a los miembros de todas ellas. Habiéndose enterado uno de ellos, de 65 años, a través de mi jardinero, de que soy dermatólogo, vino un día a consultar por una neurodermitis de cara anterior del tercio inferior de la pierna. Tenía una panadería en una villa cercana del interior, pero, semijubilado, había dejado el negocio en manos de su hijo mayor, mientras él pasaba los días en su bote, pescando, o atendiendo a su jardín. Tenía hiperglucemia y dislipidosis, que cuidaba muy poco, y, sentados en mi terraza, no dejó terminar el interrogatorio psiquiátrico al que la naturaleza del mal por el que consultó me obligaba. Uno de sus hijos se separó de su esposa, y a causa de ello mantenían frecuentes disputas, por las que el vecino quedó hundido. También una retinopatía empezó a dificultar su visión.

Unos años más tarde apareció una tarde de fin de semana en casa y dijo que no podía soportar el picor de

la cabeza. Era un brote profuso, aunque de limitado espesor, de psoriasis del cuero cabelludo que dijo que tenía por primera vez en su vida. No era más que una caspa espesa que podría haberse hecho patente por un betabloqueante antihipertensivo. Tenía los hombros cubiertos de pequeñas escamas finas blancas y brillantes, que parece ser que no le importaban, y sólo se refirió al picor que le producía. Lo hallé muy envejecido, quejoso de su salud y de todo, perdida su habitual vehemencia, tanto en la expresión de sus males como en sus aires de astuto campesino del Ampurdán. Estaba en un profundo estado depresivo, confuso, e intentaba ayudarse, con cortos y penosos gestos, a sus mal confeccionadas explicaciones. No estoy acostumbrado a que los enfermos dermatológicos en los que descubro estados depresivos muestren tanto abatimiento. Porque se lo pregunté directamente, confesó que desde hacía quince días estaba en tratamiento con paroxetina y alprazolam por un psiquiatra de la capital, y que no era la primera vez, que ya desde joven había sido tratado por contingencias psiquiátricas.

En nuestra siguiente visita al lugar dijo el jardinero que el día anterior lo habían encontrado ahorcado en la barraca que servía de refugio a su barca. Los convecinos opinaron que, habiendo impedido la creciente pérdida de visión, que en el último reconocimiento médico se le

renovara el carnet de conducir, se halló confrontado con la necesidad de compartir techo con el hijo contra el que había pleiteado, y sin la posibilidad de usar su viejo Landrover corto para acudir a refugiarse a su casita de mar. Y así, alquiló un taxi para un último viaje a la costa.

COMENTARIO

I. Los textos de psiquiatría advierten sobre el peligro de suicidio que tienen los enfermos deprimidos cuando una medicación activa les otorga el ánimo suficiente para comerlo. ¿Existe también este peligro en los enfermos que podemos hallar los dermatólogos? En general, no. Al menos en pacientes que al mismo tiempo no sean visitados por un psiquiatra. El enfermo que acude al psiquiatra, en general sufre un proceso depresivo grave. Y es real para ellos el peligro de suicidio, cuando un tratamiento antidepresivo les proporciona suficiente ánimo para cometerlo. En cambio, los enfermos con trastornos depresivos que descubrimos nosotros suelen sufrir procesos leves en los que no existen deseos de autólisis. Porque son los mismos enfermos, pero con una gravedad de patología mucho menor. ¿Por qué parece que no sean los mismos? Este razonamiento se basa en hechos clínicos. ¿Cuáles son éstos?

1) Varios de mis compañeros psiquiatras han comentado que los médicos no psiquiatras tenemos tendencia a usar psicofármacos a dosis excesivamente bajas, a “dosis placebo”. Pero es que las dosis usadas por ellos provocan somnolencia a nuestros enfermos, mientras que las dosis reducidas usadas por nosotros, actúan con eficacia. (Tienen que existir marcadas diferencias entre los enfermos que acuden al psiquiatra y aquéllos en los que nosotros descubrimos con alteraciones psiquiátricas).

2) La relación terapéutica y de efectos secundarios entre Deanxit® y Dorken® (Tranxillium®). Diferentes psiquiatras me han recomendado que no prescriba como ansiolítico Deanxit® (melitracen 10 mg + flupentixol 0,5 mg), que es una mezcla interactiva a partes mínimas de un ansiolítico y un antidepresivo. El laboratorio lo presenta como un antidepresivo, pero los psiquiatras consultados lo consideran como un ansiolítico suave, tal como yo también lo aprecio en mis enfermos. Recomiendan que en su lugar recete clorazepato dipotásico. Éste se halla en el mercado bajo los nombres comerciales de Dorken®, en comprimidos que se pueden partir, y de Tranxillium®, en cápsulas, muy usado por los médicos de atención primaria. Pero la gran mayoría de las veces que lo he usado,

incluso a dosis mínimas partidas, he tenido que sustituirlo, por la somnolencia que provoca en mis enfermos. Es que los pacientes que visitan los psiquiatras sufren un grado de ansiedad más intenso que el de nuestros enfermos ansiosos.

3) De vez en cuando el dermatólogo sospecha una alteración psiquiátrica en un enfermo que consulta por su piel. Una vez se inicia el interrogatorio sistemático para poder aceptar o rechazar su sospecha, el enfermo reconoce el sentido de las preguntas y advierte que hace unos meses ha sido dado de alta por el psiquiatra de una depresión mayor. Añade que él sabe lo que es estar deprimido, y que en este momento no lo está. En realidad sí lo está, pero no se siente triste, y por esto no reconoce su estado (depresión enmascarada, porque mantiene oculto el patognomónico síntoma de tristeza). La importancia de su depresión es tal, que sin ella, al paciente no se le habría ocurrido la necesidad de consultar por su piel, y soportaría su alteración cutánea sin sentir el deseo de acudir al dermatólogo. Su trastorno depresivo es el mismo por el que anteriormente había acudido espontáneamente al psiquiatra, pero en un estado evolutivo diferente del primer período, y con diferente sintomatología. Está en un período evolutivo diferente.

4) Leyendo literatura psiquiátrica que incluya ejemplos clínicos, se percibe en seguida que los pacientes que acuden a los psiquiatras presentan trastornos más intensos y graves que los que nosotros encontramos en enfermos dermatológicos. Nuestros enfermos no suelen suicidarse. A menos que la gravedad de su proceso depresivo sea tan alta como para que previamente hayan sentido la necesidad de acudir al psiquiatra. Confrontado a esta experiencia mía está el ya devenido clásico artículo de J.A. Cotterill y W.J. Cunliffe “Suicide in dermatological patients” (Ver comentario en el capítulo 2).

II. El dermatólogo perceptivo con los trastornos psiquiátricos que diagnosticamos en nuestros enfermos de la piel no tiene que ser un psiquiatra menor, sino un médico en su propia especialidad, con conocimientos sufi-

cientes de psiquiatría. Cada especialidad dispone de su propio campo de actuación.

III. La diferencia fundamental entre los pacientes que consultan al psiquiatra y los que nos consultan a nosotros radica en la conciencia que tienen los primeros de que necesitan al psiquiatra. Los enfermos que visitamos nosotros con alteraciones psiquiátricas que les impulsan a consultar por lesiones cutáneas, no sienten la necesidad de consultar con el psiquiatra.

IV. Los dermatólogos visitamos todos los días enfermos a los que, por ejemplo, un brote de psoriasis en el cuero cabelludo les impulsa a consultar. Consideramos normal que el brote les inquiete, puesto que, siendo una enfermedad nueva, no saben hasta dónde el brote puede llegar, ni qué complicaciones puede tener. En algunos de ellos podemos descubrir alteraciones psiquiátricas, y en

otros no. Pues bien, el enfermo de esta historia, cuando sufrió su proceso depresivo grave, abatido como estaba, no sintió la necesidad de consultar por un brote de psoriasis, aun siendo una enfermedad nueva y desconocida para él. Sólo acudió cuando apareció el prurito. Ya sentenció Ferdinand von Hebra que el picor es un imperativo categórico. Al paciente de la historia le pesaba la vida, y frente a ello, un simple mal de piel no resultaba motivo suficiente para inquietarle. Me pregunto si el picor fue el primer signo de que el tratamiento antidepresivo que le habían instituido unos pocos días antes, le había mejorado el ánimo suficientemente para poder percibir los estímulos pruriginosos de su brote de psoriasis. Unos días más adelante consiguió más fuerzas aún para poder consumir el suicidio, la idea del cual habría estado considerando.

INMA LA DULCE

Ha venido con su padre. Se trata de una niña simpática, cariñosa y dulce, que mira con sus límpidos ojos, y que contesta de inmediato con una ancha sonrisa a todo lo que se le pregunta. La filiación de la historia indica 22 años, pero su edad mental emocional será de 5 o 6. Tiene un síndrome de Down, pero su presencia contagia bienestar.

Ha contestado, rápida, que se llama Inma. Las otras preguntas las medita por un momento, y cuando encuentra lo que busca, se ilumina su cara, se ríen sus achinados ojos, parece como si la levemente entreabierto comisura izquierda de su boca no se notara tan marcada, y da la respuesta con una explosión de felicidad contagiosa. ¿Por qué me traen a Inma?

Ahora, terminadas todas las visitas y noche avanzada, una vez he elegido su caso como historia de hoy para este libro, no tengo ni idea del vestido que llevaba. Sí recuerdo el peinado liso con pelo corto, y de color claro, como clara es su cara y la de su padre, de fototipo II. Han proporcionado una visita sencilla y placentera, y un bienestar profundo que se ha mantenido en mí en lo que ha quedado de la tarde. Hay días en los que la consulta resulta todavía más grata de lo que ya es habitual. Su padre es un hombre humilde, que no tiene más que ojos para la niña, a la que no cesa de mirar, feliz. A cada una de mis preguntas a ella, me mira él primero a mí, después a ella, al tiempo que responde con una sonrisa en silen-

cio, como si quisiera facilitar la expresión de la respuesta de su hija, de la que él sabe bien el contenido, pero espera que llegue a darla por sí misma. Le calculo unos años menos que yo, andará por los 65. Así será, si su madre la tuvo a ella a sus 40, y han transcurrido 22 desde entonces, como ha dicho. Pelo completamente blanco, liso, abundante, cara redonda y sonrosada, ojos muy claros, educado, atento y que adivinará mis preguntas antes de que éstas terminen de quedar expresadas.

Inma contesta que se le cae el pelo. Desde la otra parte de la mesa no consigo apreciar ningún grado de alopecia. Que yo recuerde, nunca antes un Down me ha consultado por una alopecia. Pero inmediatamente después, en la silla de exploración de la sala de curas, la por mí creída alopecia androgenética femenina resultará ser placas de alopecia areata. Estas son bien conocidas en la trisomía 21. Los defensores de los fenómenos inmunológicos para la génesis de las peladas tienen un buen argumento con estos enfermos. Las de Inma son cuatro o cinco áreas alopécicas, de unos 3 o 4 hasta unos 8 o 10 cm de diámetro, las más

recientes con pelos peládicos en los bordes. Si se mantiene el cabello quieto, todavía no resultan inestéticas porque permanecen ocultas. Son zonas demasiado amplias para infiltrarlas con corticoides. Probaré con solución de minoxidil al 5%, a la que voy a añadir un corticoide y ácido retinoico, que le provoquen una discreta irritación.

Hace más de 40 años recetábamos todos Licor de Hoffman, con hidrato de cloral y tintura de cantáridas, una fórmula irritante de entonces para el mismo fin de hoy, acompañar a la pelada en su propia evolución, sin interferir en ella. La alopecia areata figura en las listas de alteraciones psicocutáneas de los libros de texto. Por tanto en esta paciente no tengo que sospechar si hay o no un trastorno del estado de ánimo. Lo tengo que aceptar como existente, y sólo cabe descubrirlo. El padre corregirá con suavidad la respuesta de la niña, diciendo que las peladas duran desde hace 5 meses. Que en los últimos 15 días han crecido con mayor rapidez. De pie junto a la lámpara de exploración, dejo de observar la cabeza de la niña, miro al padre sin pronunciar palabra, y sólo en este momento acude él lentamente a proporcionarme una ayuda que habrá advertido que le solicito. Hasta entonces ha permanecido, por respeto, sentado en el despacho, dónde le indiqué hacerlo cuando han entrado. Inicio el interrogatorio sistemático a Inma, que no tiene ningún problema con el sueño, pronto me doy cuenta de que será necesario encontrar unos sistemas nuevos de preguntas para una disminuída. El padre de pie, a un lado y algo detrás de mí, sigue mirando sonriente a la niña. Ahora, de noche y ya tarde, al traspasar y redactar su historia, me pregunto si con su sonrisa el padre habría estado dando ánimos de situación de normalidad a la hija, que él sabría si la visita comportaba para ella una inquietud. Yo remiro las peladas, sólo para darme tiempo para pensar en el modo de practicar un interrogatorio psicológico psiquiátrico a una niña de 6 años. El padre, quieto y en silencio, me deja en lo mío, se cuida mucho de no interferir.

Pregunto de todo, y sólo ocasionalmente interviene el padre para corregir o precisar alguna respuesta. No obtengo ningún indicio de un trastorno depresivo. Ansiosa, algo ansiosa sí lo está. Una vez he aceptado su ansiedad, me pregunto si la ansiedad va asociada con frecuencia al Down, dato que no necesitaré consultar después, porque, esta vez sin mirarlo, el padre, que está claro que lee en mi pensamiento y no sólo en mis ojos, no le

miraba, acude en mi ayuda aclarándome que “ella antes no era así”. No, no va al colegio, trabaja en unos jardines para chicos y chicas como ella, y allí, y según sus cualidades personales, lavan coches, riegan flores, las cuidan, las separan en tiestos, vigilan la calefacción del invernadero, corren la red contra el sol en verano, e incluso alguna de ellas, la más lista, ayuda al cliente a transportar al coche las flores, plantas y tiestos que han adquirido. Lo conozco bastante bien, porque nosotros vamos con frecuencia a una jardinería similar en nuestra ciudad. Contesta que no tiene problemas de ningún tipo, que con los compañeros va muy bien. “¿Y con tu madre, cómo vas con ella?”. No responde, hace un mohín. Interviene el padre y me dice con suavidad que la madre falleció de cáncer hace 8 años. “¿Con quien viven?” “Nosotros dos” responde él, y habré yo quizá, con una rápida mirada, calibrado la ayuda que esta niña le puede proporcionar, porque añade: “yo llevo la casa, estoy jubilado... ella ya trabaja en lo suyo.” “La madre falta, y ¿usted cómo va, señor?”. Tarda unos cortos segundos después de los cuales contesta seguro “yo ... voy bien, doctor... ya pasé lo mío, pero...”. Se me antoja que esta vez prolongará unos instantes su mirada en mí, para expresarme de esta manera que, después del interrogatorio a la niña, comprende todo el vasto alcance de mi pregunta, y que la agradece. Sí, tiene otra hija. Tiene 36 años, está casada, vive en la misma ciudad, pero bastante apartada. No, no tiene nietos. Sí, se ven “de vez en cuando”. No pregunto yo, ni añade él, nada más, pero supongo que los dos estamos pensando en el yerno.

Como en tantos casos de interrogatorio psicológico, he obtenido algún resultado relevante, pero lo considero insuficiente. ¿Será suficiente imprimirle como receta el archivo informático habitual para peladas?. No sé cómo empezar de nuevo, así que extendiendo y separo mis manos, medio palmas arriba, y pregunto a ella directamente: “¿Sabes si hay algo en tu vida que te moleste?” Inmediatamente quedo descontento de mí mismo, considero si a un niño de 5 o 6 años le habría formulado una pregunta así. Piensa un momento, se ilumina su cara, y responde vivaracha: “Sí, ¡mi padre!” “¿Tu padre?” “Sí, mi padre, que en la tele quiere ver los informativos, y me hace interrumpir los concursos que me gustan a mí”. Nos hemos reído todos. El padre sí sabe la respuesta, y la da, con la suavidad que ya conozco. “Bueno, últimamente en el vivero se han dado unos cuantos contratos definitivos,

y, mire usted, a ella no le han dado ninguno”. Mi pregunta respuesta que ha seguido se me antojará de inmediato gratuita y fuera de lugar: “Los contratos definitivos se los habrán dado a los”... y vacilo, no quiero decir “más listos”, como tampoco delante de la niña quiero pronunciar “no tan disminuídos”. Y una vez más, el padre acude en mi ayuda para enseñarme la palabra adecuada. De una forma sencilla y que parece natural, el hombre confecciona una frase que no pueda resultarme molesta. “La organización, claro, ha dado los puestos a los que no son tan ‘profundos’”. La imagen del profesor Joaquín Piñol se ha cruzado rápida en mi pensamiento.

Cuando el Jefe Piñol, del que aprendí todo aquello que es susceptible de ser enseñado, explicaba algo, lo hacía con humildad, como excusándose por enseñar, y colocándose en una tal actitud, que conseguía que el que recibía aquel conocimiento directo y concreto, se considerase sumamente inteligente, y que estaba dispensándole a él el favor de que con ello pudiera aclarar su mente. Hay personas que con su trato ascienden a las demás. Durante toda mi vida, hasta hoy, he tenido la suerte de convivir con personas así.

Considero el problema real de la niña. Las peladas se iniciaron unos dos meses después de que en la jardinería otorgaran unos contratos definitivos de trabajo. Me pregunto hasta dónde llegará la disminución de Inma, si sólo le duele no tener el puesto que otros y otras han conseguido, o si, aún peor, ello le ha hecho tener consciencia de la profundidad de su estado. Digo : “Es que en la jardinería, sin contrato definitivo, ¿existe la posibilidad de que

algún día a Inma ...” Con un discreto gesto de negación con la cabeza el padre me interrumpe para centrarme en la importancia de lo que sabe que busco. “Ahora le dan doce mil pesetas”. Mientras me quedo mirándolo pienso que la asociación considerará que los padres aún deberían pagar para mantenerlos ocupados y proporcionarles almuerzo. “Al mes”, añade, quedamente, porque sabe que yo estoy pensando que esta cifra corresponde al salario de una semana. Me puntualiza sobre el valor del acontecimiento estresante previo a las peladas: “Y los otros, con los nuevos contratos, ganan cuarenta mil”. No voy a preguntar si un día, más pronto o más tarde, llegará un contrato definitivo para ella. Pero en todo caso parece que, si esto llega a suceder, no será por ahora. Por tanto, el contratiempo de la gran diferencia entre los sueldos, va a durar. Así las cosas, puedo considerar conveniente recetarle dosis mínimas de diacepan. De 2 mg. Que empiece por medio en cada comida, dosis más bien placebo. Se lo explico al padre. Que tiene que aumentar la dosis, hasta que él, que la conoce bien, note que está más tranquila. El otro extremo, el de exceso de dosis, la percibiría por una no deseada somnolencia que él sabría notar en su hija. Que la dosis hallada no debe ser necesariamente fija. Sabrá reconocer las variaciones del estado emocional de la niña, indicadoras de que debe aumentar o disminuir la cantidad. Para ello sólo es necesario que yo se lo explique un poco. De momento que las tome durante 3 meses. Puesto que a las repetidas pruebas del tirón de mechón de cabello, pocos de éstos han seguido, la caída acelerada de los últimos días habrá cedido.

COMENTARIO

1) Es un conocimiento antiguo que el desencadenamiento de una alopecia areata suele ser precedido de un acontecimiento estresante. El valor de éste varía según las circunstancias del paciente. Un dermatólogo y los mismos padres pueden, en una niña de 9 años, no otorgar gran valor a un acto de infidelidad de su más querida amiga. Aquí, con Inma, a pesar de la edad mental de niña, la diferencia de sueldos constituye un problema propio de adultos. Caroline Koblenzer advierte en su libro que en la mayoría de las alopecias areatas, además del acontecimiento estresante previo desencadenante, existen proble-

mas psiquiátricos de larga duración que hubieran debido de ser tratados muchos antes de la aparición de las peladas. Esto concuerda con lo que he hallado yo en muchos de mis enfermos peládicos. Ignoro lo que pueda haber de esto en un síndrome de Down. Tampoco sé, aunque pueda imaginar su posibilidad, las notables diferencias que tienen que haber entre un enfermo y otro de la trisomía.

Las peladas en personas no disminuías, tanto niños como adultos, puede aparecer después de un choque psicoafectivo. Dugas y col (Acta Paedopsyc.83, 49:221-237) encuentran en un estudio de 60 niños y adolescentes con

peladas, que en las 3 cuartas partes de los mismos había existido un estrés psicosocial importante en los días o meses anteriores (separación, conflicto entre los padres, reconciliación, duelo, problema escolar, accidente, nacimiento de un hermano, etc). Este traumatismo puede ser mayor, pero en ocasiones es negado u ocultado por el paciente. Estos últimos a veces son debidos a la pérdida de un familiar próximo, o al temor de que alguien muera o al de ser abandonado (en niños, la llegada de un hermano que le va a quitar su puesto, y que podría transformar al el niño protegido y amado en un niño abandonado). Parece que el estrés por sí solo no es bastante. El estado psicológico de los afectos de peladas corresponde a menudo a un estado neurótico y a un estado depresivo; las neurosis más frecuentes son las de angustia y de abandono, con inmadurez, vulnerabilidad y narcisismo insuficiente (Dugas). Un 74% de los peláticos han presentado trastornos psicológicos en algún momento de su existencia: depresión grave, trastornos depresivos, angustia, fobia social, paranoia (Koo J. y col.). Otro aspecto a considerar en los peláticos es la repercusión que la pelada provoca secundariamente en el sujeto. Es una fuente de ansiedad y vergüenza. La imagen de Sansón sin cabellos y sin fuerza, mujeres adúlteras a las que se afeita la cabeza, tonsura eclesiástica y cabellos cortados en monjas que profesan...

2) El problema de los padres de un disminuido, cuando ellos falten. (Hermanos, cuñados, nueras, patronatos, organizaciones, etc).- ¿Cada cuándo se relacionarán realmente padre y niña con su hija mayor casada? ¿Es que quizá el yerno no quiere responsabilizarse el día de mañana, cuando falte el padre de la niña? Mientras la madre vivió, fueron dos a compartir, ni que hubiera sido en silencio, la pesadumbre por el futuro de la hija. El fallecimiento de la esposa debió ser en este aspecto especialmente penoso para él. El sueldo, tan relativo en valor, de un contrato definitivo, es un problema real para el día de mañana, cuando el padre falte, pero ¿hasta qué punto lo es, ahora ya, para los alcances de la hija?

3) Un padre inteligente. Quizá no necesitaba serlo tanto como me lo ha parecido durante el interrogatorio. Sería sólo un hombre atento, con ganas de ayudarla, acostumbrado a apreciar mínimos sentimientos y necesidades de su hija. Si es que no lo hubieran hecho ya los dos, padre y madre, al nacimiento de su tardía hija, de colocar sus vidas a su servicio, lo hizo el padre, al quedarse sólo con su, hasta aquel entonces compartido, afán. Querer hacerlo, decidirse a ello, quizá ahí radica el secreto de toda actuación. Mucho más que las dotes para conseguirlo. Con su habilidad para conectar empáticamente, este padre hubiera podido ser un buen médico y un mejor psicólogo.

EMPRESA REUBICADA

Varón de 41 años de edad que consulta por "hongos" en el glande. La exploración permite observar la imagen típica de la llamada balanitis moniliásica. Diagnóstico eccema seborreico (seborriasis) de glande, e intento explicarle que más que una infección genital, su lesión corresponde sólo a un eccema. Le recomiendo la habitual solución de Goulard, además de un medio placebo oral con vitamina B₆, sulfato ferroso y vitamina B₁₂, y cápsulas de gluconato de zinc.

Unos dos años después vuelve a consulta, esta vez por una placa de alopecia areata que desde hace tres semanas le va aumentando de diámetro en la región parietal izquierda. A mis preguntas contesta que es el director técnico de una empresa de tornillería que debe cambiar de ubicación a un local de mayor capacidad dentro de la misma ciudad. Que el cambio está resultando urgente para los intereses de la empresa, y que la rapidez del traslado depende de él. Sufre de insomnio de conciliación. Una vez ha conseguido dormirse, des-

cansa bien el resto de la noche. "No está nervioso, pero sí sometido a estrés por estas prisas". Se encuentra animado y sabe que "saldrá airoso de este trabajo que él ha convertido en un reto a sí mismo". Puesto que su estrés puede desaparecer en cuanto haya finalizado el traslado de la fábrica, considero que la administración temporal de un ansiolítico puede estar indicado. La historia ayuda a ello.

En la consulta anterior por la balanitis, conocida la facilidad que ésta presenta para las recidivas, es de supo-

ner que a pesar de algún discreto empeoramiento de la misma que pudo sufrir, no se sintió impulsado a volver a consultar. Le receto lorazepam, comprimidos de 1 mg; medio por la mañana, medio al mediodía y uno entero por la noche. Si esto le produjera demasiado somnolencia durante el día, podría eliminar con la uña una pequeña cantidad del medio comprimido. Le añadido un complejo tratamiento tópico simple. Su esposa asiste atenta, pero en silencio, a la entrevista.

Tres semanas después vuelven a consulta. La pelada ha aumentado de diámetro, pero le hago notar a la esposa que han desaparecido los pelos peládicos que le había enseñado al primer día. Lorazepam no le produce somnolencia ni cansancio. Tolera bien la dosis indicada. Contesta que “se encuentra bien, como antes, él siempre se encuentra bien”. Acepta que duerme mucho

mejor “pero ello no tiene nada de extraño, porque a todo el mundo le sucede que tiene temporadas de mejor o peor dormir”. “¿Se encuentra usted menos nervioso?” Se encoge de hombros e insiste, también en esta visita, que “él domina sus nervios, en todo caso puede tener un poco de estrés por las circunstancias especiales de su trabajo”. Me dirijo abiertamente a su esposa y le pregunto si ella “está de acuerdo con lo que estamos hablando con su marido”. Con una discreta sonrisa, la esposa afirma que el marido está mucho más relajado, tanto, que “en casa todos estamos mejor”. Tal como estoy acostumbrado a constatar en otras parejas, esta respuesta de la esposa contradiciendo al marido no parece afectarle a él. Finalizo la entrevista recomendándole que siga con la misma dosis de lorazepam mientras dure el cambio de ubicación de la empresa.

COMENTARIO

Se trata de un paciente con el llamado “patrón de conducta tipo A”, que no se permiten a sí mismos sentirse mal, ya que ello redundaría en una disminución de la propia estima. El enfermo no aceptaba “sentirse nervioso”, sentimiento que conlleva significado negativo, y en cambio admitía el término estrés que ha ido incorporándose por aceptación al lenguaje coloquial del trabajo de profesiones socialmente reconocidas. Pueden pertenecer a este grupo de conducta “tipo A” desde altos ejecutivos hasta encargados de taller. En estos individuos hace unos años era elevado el riesgo de coronariopatías isquémicas. Ahora algunos de ellos se cuidan más, y quizá los accidentes cardiovasculares sean más frecuentes en sujetos de condición social entremedia en los que sus esfuerzos les permiten subir penosamente por la escala social hacia una plataforma superior que conseguirán para sus hijos.

La advertencia suya de que del cambio de empresa había sido un reto para sí mismo ya indica el tipo de reacciones que es capaz de referir de sí mismo. Éstos pueden ser sujetos efectivos en su ambiente de trabajo, pero no disponer de suficiente flexibilidad mental como para acomodarse a un interlocutor que no es rival de ellos. Si deseo poder decidir el modo cómo hay que manejarlos terapéuticamente, debo exponerles que necesito respues-

tas sobre sentimientos espontáneos, sin valores voluntarios añadidos, y tal advertencia conlleva un cierto grado de incomodidad y dificulta la empatía.

En este caso existe relación cronológica entre la aparición de la pelada y el estado de ansiedad producido por un cambio del que el paciente se responsabiliza.

Igual que sucede en otros casos, en este enfermo, cuando las respuestas no se han ajustado a lo que a mí me resultaba evidente, a menudo me ha proporcionado buenos resultados preguntar el parecer del cónyuge acompañante. Las mujeres suelen comportarse como mejores psicólogas que los hombres. Un hombre inteligente puede esforzarse en contestar con mucha precisión abstracta a una pregunta, mientras que a su esposa, más lista, le interesa ver más bien a dónde voy yo con la pregunta.

Los maridos no suelen contradecir las afirmaciones de orden psicológico que dan sus esposas: si ella se ve parásitos en la piel, los tendrá. Cuando los insectos son referidos por el marido, la esposa suele saber que no los hay. Sea cual fuere el alcance psicológico de las situaciones conocidas como *folies à deux* que en ocasiones se encuentran en los enfermos, éstas son más frecuentes cuando el trastorno primario radica en ellas, y en cambio resultan más difíciles en el caso opuesto.

BARRENDERO FRACASADO

Varón de 47 años que un viernes por la tarde, terminada la consulta, y estando yo trabajando en el despacho, me explica por teléfono que tiene un mal de piel alrededor de la boca que “le afecta psicológicamente”. Solicita hora de visita, con urgencia, “si puede ser, esta misma tarde”.

Acude dos horas después, y de entrada me resulta algo irritante comprobar que su consideración de urgencia se basa en un vulgar eccema seborreico centrorfacial, no demasiado intenso, que alcanza las comisuras de la boca, donde una discreta moniliasis parece evidente, y que hace preguntarme, si ella, que habrá aparecido hoy mismo, es la causa de su decisión por la urgencia de una visita que desde unas semanas antes habría estado considerando. Asegura que su eccema es muy importante para él, “porque las personas que le ven, se tocan inmediatamente la cara en un intento de limpiarse el mal que él tiene en la suya, que todos tienen miedo de que se les contagie”. Considero que existen síntomas de dismorfofobia sobre su eccema seborreico. Desde luego tenía razón plena al explicar que su alteración de la piel le afecta psicológicamente. Pienso que recomendarle que se aplique tópicamente solución oral de ketoconazol y emulsión de keluamida constituiría sólo una parte del tratamiento que este enfermo necesita. Hay que especificar cuál es el trastorno psicológico.

Mientras el enfermo explica sus cosas, con frases que consigue que no resulten vulgares, considero yo que, por su urgencia, será un ansioso. En este paciente casi no he necesitado sospechar un trastorno psíquico, él mismo por teléfono ya lo ha esgrimido, por cierto que con éxito conmigo. El interrogatorio sistemático permitirá rechazar o aceptar la sospecha, y en parte establecer el diagnóstico.

Pero el interrogatorio habitual resulta completamente negativo. Ha explicado poco, se ha limitado casi

a afirmar o negar. Duerme suficientes horas y bien, no se siente triste, ni cansado, ni irritable. No quiere decir cuál es su profesión, pero llegaré a entender que es jefe de una cuadrilla de barrenderos municipales, que alterna con la de albañil. Ante este resultado negativo de mi, en general, eficaz interrogatorio, me pregunto si psiquiátricamente es un enfermo más difícil de lo que parece, pero, aparte de su urgencia, no encuentro otras alteraciones, y sus respuestas están bien argumentadas. Sigo preguntado, ahora ya al azar, porque las preguntas del interrogatorio sistemático ya se han terminado y descubro que desde hace año y medio está en proceso de separación de su esposa. Ya no viven juntos, tienen una hija de 18 años “que se acomoda, según le conviene a ella, un tiempo con uno y un tiempo con el otro”. “Se lo diré claro, los períodos en que yo dispongo de más dinero está conmigo, cuando lo tiene ella, está con ella”. “El matrimonio no ha funcionado nunca, al día siguiente de la boda ya era un error”. Han habido infidelidades, comentadas entre ellos, por una parte y por la otra. No le gusta hacer de barrendero. El se considera albañil, pero con la crisis económica general no hay suficiente trabajo. “De hecho, toda mi vida ha sido un fracaso”. Le otorgo valor a esta última frase. También valoro la reciente separación matrimonial, y el hecho de que esta hija no le puede proporcionar ningún apoyo psicológico. Posiblemente se trata de un trastorno depresivo en el que el enfermo no se siente triste.

COMENTARIO

Es un caso más en que el interrogatorio psiquiátrico sistemático parece inicialmente que no ha ayudado. No suele suceder así. Los enfermos tienden a desear explicar por qué se sienten más cansados por la mañana, o por qué

últimamente no se encuentran a gusto entre la gente. Las respuestas escuetas de este enfermo, pueden transformarse, en otros, en un chorro de información que necesita ser filtrada, pero que proporciona suficientes detalles

para establecer un diagnóstico. Ya sólo la urgencia en ser visitado debe hacer sospechar una alteración psicológica. Siempre que un paciente solicita visita de urgencia, y luego se constata que en realidad no había motivo para ella, hay que sospechar un componente psicológico. Su creencia de que el eccema seborreico le afecta psicológicamente, y

sobre todo su convencimiento de que la gente con la que habla se limpia la cara, y de que temen que se les pueda contagiar, indica que es necesario profundizar más en el interrogatorio. El enfermo había asumido su fracaso matrimonial hasta el punto de que no ha creído importante referirlo espontáneamente en la visita.

MELASMA DESGRACIADO

Mujer de 36 años. El melasma no figura en las listas de psicodermatosis conocidas, pero las explicaciones de esta mujer que lo presenta, pronto evidencian que en ella existe problemática psiquiátrica.

Explica muy bien su historia evolutiva de atópica, con una dishidrosis pertinaz, que duró varios años, unas epidermomicosis múltiples recidivantes estacionales que es de suponer serían eccemas numulares, mantiene un recuerdo vívido de unos mollusci infantiles que duraron dos años, a los que dedica epítetos de valor psiquiátrico (“fatal”, y “terrible”), y después del primer parto tuvo manos secas del ama de casa. Al final de la descripción de sus alteraciones cutáneas parece que celebre con júbilo que al motivo de consulta de hoy puede añadir un trastorno más, una queratosis pilar de brazos y muslos, y además, como obligada por un rito, enseña, y también se queja de la xerosis de sus tobillos. “¿Eso es todo?” “No, también me duele mucho la espalda”. Está “harta” de su piel. El melasma lo tiene desde hace cinco veranos. ¿Por qué consultará ahora? El interrogatorio lo aclarará. Siguiéndolo, le pregunto sobre la calidad de su descanso nocturno, sobre su bienestar psicológico, sensación de cansancio, tristeza, etc. Hace unos dos meses, a las reuniones familiares se ha incorporado una sobrina con la que no se aviene. Desde entonces está cansada, se encuentra triste, a menudo tiene ganas de llorar, y reconoce que no tiene motivos para ello; su marido la quiere, y ella siente no poder complacerle acompañándole a todas las reuniones familiares, en las que tan mal se encuentra. El marido es el mayor de 6 hermanos, y cree que es misión suya mantener unida a toda la familia, en la que incluye a los padres y hermanos de ella. Así se organizan reuniones de 35 a 40 personas. Unas veces para

comer, otras sólo para charlar. Además, en ellas, el marido la suele “abandonar, porque en lugar de hacerle compañía”, no para de dar vueltas entre los grupos, cuidándose de que el espíritu de unión familiar no decaiga. “Siempre estaría reunido con la familia”. Desearía que entre las dos, la de él y la de ella misma, existiera un mayor intercambio. “Hay que hacer piña con la familia”, “la familia es lo primero de todo, y para ello los días de fiesta nos tenemos que reunir”, dice que son frases preferidas del marido. Por el contrario, ella no se encuentra bien en compañía de muchas personas, tiene algo de temor a que la miren, a que se fijen en su vestido, en sus palabras, en sus movimientos. En ocasiones ha sentido el deseo de fundirse, y desaparecer. Sabe que este deseo de rehuir a la familia disgusta al marido. Precisa que ella en realidad se aviene por separado, y uno a uno, o como máximo con dos de ellos, de cada uno de los diferentes miembros de las dos familias, porque todos son excelentes. El problema lo tiene cuando están reunidos todos juntos. Llegar a comer a una casa y ver una mesa preparada para 32 comensales le hace sentir mal. Le pregunto si se siente incómoda en atascos de vehículos en la autopista, o en ascensores o frente a algún animal, y contesta que no. El suyo no es un problema transitorio. Su marido cultiva una relación familiar que es socialmente considerada como correcta, y la esposa manifiesta unos síntomas de fobia social que, más o menos acentuados, son frecuentes en individuos con trastornos de angustia y estados depresivos.

Ya llevan los dos suficientes años de matrimonio para haber contrastado sus diferencias sobre esta cuestión. Durante demasiado tiempo la paciente ha estado soportando (¿quizá cultivando?) los aspectos de su fobia para que un psicólogo pueda en este momento ayudarla a adaptarse a la situación. Socialmente tiene él razón, y no ella, y además puede ser que el marido disponga de una personalidad más fuerte. Me decido a recetar diazepam y citalopram.

Veinte días después llama por teléfono, atendiendo a mi solicitud, y manifiesta que se encuentra mucho mejor, que duerme y que no siente tantas ganas de llorar. Le advierto que son pocos días para aclarar el color del melasma. Replica que “la cara no tiene importancia,

ya se me curará”. Le insisto que las pastillas son sólo para que compruebe el bienestar que obtendrá el día en que consiga, a través de un esfuerzo continuado, adaptarse a esta visión de familia que tiene el marido. Considero yo que mis explicaciones son bien injustas para ella. Me pregunta el tiempo que debe seguir con este tratamiento. Si con él no existirá el peligro de drogodependencia. Le contesto que sí, pero que también nos hemos vuelto adictos al desayuno de cada mañana, a la ducha diaria, al trabajo, a la vida misma. Que no son las pastillas las que pueden dañarnos, sino el sentirse mal, incluido el malestar que ella siente en estas reuniones familiares. Que mi medicación la hará sentirse más relajada en los grupos.

COMENTARIO

La fobia social, como las otras fobias, se estudian dentro del capítulo de la ansiedad. Ansiedad y depresión transcurren muchas veces asociadas en nuestros enfermos. Esta paciente, ansiosa, deprimida y con una fobia social de intensidad suficiente para que le provoque una calidad psi-

cológica de vida deficitaria, no está resentida contra el comportamiento del marido, porque no puede permitírselo. En la pareja, él es el miembro dominante, y ella ni es consciente de la posibilidad de protesta.

TRICOTILOMANÍA

Niña de 8 años con su madre, las dos de aspecto agradable. Un dermatólogo la ha estado tratando de una pelada durante 7 meses, sin resultado. Parece ser que últimamente le han efectuado infiltraciones en la alopecia. En el momento de la tercera sesión su madre advirtió un poco de rechazo por parte de la niña, y decidió interrumpir este tratamiento y cambiar de médico.

Mientras la madre me explica su historia, la niña permanece quieta y en silencio, y parece muy atenta a mi expresión. Al observar su presunta pelada constato que es una tricotilomanía. Ante la evidencia del diagnóstico, y considerando que éste va a constituir una desagradable sorpresa para la madre, procuro empatizar con la niña. (Cuántos años tienes, cuántos hermanos, qué es lo que más te gusta del colegio?, etc). La niña es vivaracha y contesta divertida, pero algunas preguntas en lugar de ella las contesta, excesivamente rápida, la

madre. Llevo la niña a la sala de espera. A mi regreso su madre me mira con expresión de sorpresa. Sigue un diálogo parecido a “estos cabellos se los arranca ella misma, pero casi sin darse cuenta, los dermatólogos conocemos que estas niñas suelen hacerlo como reacción a la presión excesiva que sufren, quizá también éste sea su caso”. Con un poco de sorpresa por mi parte, la madre conviene en que la protege en exceso, y me da sus razonamientos del porqué lo hace (el marido suele estar fuera por negocios, etc.). Yo le ofrezco explicaciones que

se podrían resumir a "quizá de alguna manera le moleste la sobreprotección de su madre; sin ser ella consciente de su reacción, lo que no puede hacer con su madre, que es sacársela de encima, lo hace con su cabello, la niña debe ser estudiada por un psicólogo infantil, no le explique a la niña que usted sabe que se lo arranca, ni mucho menos la recrimine por ello, usted también necesita el psicólogo, quizá se encuentre usted sola y se apoye excesivamente en la niña, tiene usted que encontrar los motivos de su comportamiento con ella, y su niña necesita que usted cambie de actitud". Llego a temer que mis explicaciones puedan resultar hirientes para la madre, y que pueda mostrar deseos de terminar pronto la visita, aunque considero que, aún en este caso, la niña no resultaría un enfermo perdido, porque la madre confrontaría posteriormente mi diagnóstico

con otros dermatólogos. Receto un placebo oral a base de tricoproteínas y dos champús suaves, y le digo a la niña: "Procura que tu madre no te cepille el pelo ni te peine con excesiva fuerza, porque desde hace un tiempo tu pelo se rompe por nada". Adopto un poco aire de payaso. "Sabes, si un día los compañeros del colegio te hicieran enfadar tanto que te tirarás del cabello, se te rompería mucho, porque en estos momentos lo tienes tan débil que se te rompe por nada. No se puede tocar, hay que manejarlo con mucho cuidado. Tanto por parte de los otros niños, como por tu parte. Ya sé que tú eres muy mayor, pero quizá te gustaría ir a dormir con un oso de peluche" (con pelos vicariantes de los que poder tirar). "Quizá le gustaría más otro animal, o quizá una muñeca de pelo rubio y suelto".

COMENTARIO

Posiblemente, si se visitaran tantas tricotilomanías como eccemas seborreicos centofaciales, habría yo usado una metodología mejor con ambas, madre e hija, porque contaría con mayor experiencia en ello. Me gustaría saber si un psiquiatra se decidiría por recetarle ansiolíticos, o si se inhibiría de psicofármacos en las dos, esperando el cambio de conducta de la primera. La madre ha aceptado con facilidad que la hija necesita un psiquiatra (he empezado hablando de psicólogo, aunque, como tantas otras veces, termino refiriéndome claramente al psiquiatra), pero hace gestos de reparo cuando digo que es imprescindible que también la visite a ella, por lo que debo insistir en este punto. Sé que esto no sería aceptado si la madre no considerase que hacerlo así es conveniente para la curación de la hija. Cuando el psiquiatra encuentre los motivos de la excesiva tensión de que es objeto la niña, esta mujer

tendrá que ser confrontada con ellos. Es sabido que la tricotilomanía en adultos suele ir acompañada de ansiedad y trastornos graves de la afectividad. Y que adultos con esquizofrenia y otras psicopatías pueden presentar tricotilomanía. Pero en edades infantiles, como en este caso, la conducta de arrancarse el pelo juega un papel reductor de la actividad emocional, y no es considerado como proceso grave. En ocasiones esta activación está provocada por las exigencias de la madre o del entorno escolar, y expresa una vulnerabilidad psicológica.

Esta historia clínica constituye una rareza, porque no se ha practicado en ella ningún interrogatorio psiquiátrico. El diagnóstico de tricotilomanía ya conlleva en sí mismo la aceptación de un trastorno emocional del que es necesario precisar la intensidad. (Se arrancaba el pelo porque no podía sacarse a su madre de encima).

NO QUERÍA SEXO

Mujer de 47 años, modista en su casa, que viene acompañada de su marido. Había sido visitada por mí hacía años por dermatitis irritativa de las manos del ama de casa, cuando sus dos hijas eran pequeñas. Desde hace seis meses en región perineal nota escozor y unas molestias que no sabe definir bien.

Ha sido visitada en estos meses por tres ginecólogos y un dermatólogo. Lleva en una bolsa las cremas, óvulos, antibióticos y antifúngicos múltiples con los que ha sido tratada y el dictamen de muchos frotis practicados por los ginecólogos. Por este antecedente de visitas múltiples infructuosas y por la imprecisión en la descripción de las molestias, ya inicio el interrogatorio psiquiátrico antes de una exploración clínica que sé que no va a proporcionar ningún resultado.

Pero el interrogatorio resulta completamente negativo. Repetido una segunda vez, usando otro tipo de preguntas, también lo es. La paciente descansa de 8 a 9 horas cada noche, las duerme bien, no le cuesta conciliar el sueño, no se despierta con sensación de cansancio, no hay días en los que tenga ganas de llorar, sólo se pone un poco triste cuando se acuerda de su madre que falleció hace unos 5 años, pero no llegan a saltarle las lágrimas, no se encuentra irritable, pero me explica que “nerviosa” sí lo es. No tiene ningún problema, ni con el marido, ni con su trabajo. Como modista no se siente agobiada por el trabajo, tiene la clientela que necesita, sólo se pone nerviosa cuando un vestido no le queda bien, pero esto sucede pocas veces. No se encuentra mejor por la noche que por la mañana, ella se encuentra bien siempre. Sobre el bienestar material, no son ricos, contesta, pero no existen problemas económicos. Las hijas se portan muy bien. Una ya está casada, la otra, a punto de casarse. No hay problemas con los preparativos de la boda, que llevan los novios por su cuenta. Contesta que no les contraría el rechazo de la hija y futuro yerno a la ayuda que los padres deseaban proporcionar para la boda. Con las familias, tanto la suya como la de su marido, existen buenas relaciones. El es panadero, y los dos son ajenos a cuestiones políticas y religiosas. El marido, parece que divertido ante mí por la negatividad de las respuestas de ella, mantiene una ancha sonrisa y las cejas levantadas como solazándose con la situación médica tan especial que su esposa me proporciona. Permanece atento, pero no

dice nada. Las veces que le pregunto sobre si está de acuerdo con lo que manifiesta la esposa, afirma siempre que sí lo está. Que ella sepa, no tiene ni existe ningún problema. Al tercer interrogatorio, de idéntico contenido, pero expresado de diferentes maneras en otros términos, y muy apretado, responden los dos que no ha habido ni el más mínimo trastorno sexual entre ellos. A pesar del resultado nulo de los interrogatorios pienso que le voy a recetar un psicotropo. Con un interrogatorio que no me ayuda, considero que no tengo más remedio que explorar este periné, en el que no observaré nada.

No está bajo el tratamiento continuado de ningún medicamento, no tiene hipertensión, ni reumatismo, ni estreñimiento, ni hiperglucemia. No toma nunca medicamentos. Ha contestado estrictamente lo que se le ha preguntado, e igual ha hecho su marido. “¿Estas molestias de usted le suponen alguna inconveniencia de tipo sexual, mantienen ustedes relaciones con frecuencia? ¿Le molestan?” “Pues sí, me hace daño, cuanto más pronto termine, tanto mejor, es que yo quedo escocida. Y eso que él se ha vasectomizado, por tanto ahora no tengo el miedo al embarazo que sentía antes”. Responde que habitualmente mantenían unas tres relaciones a la semana, y “ahora sólo una vez”. En este punto salta el marido: “¿Desde hace tres meses que no te he tocado!” Le miro abiertamente a él, y sin haber abandonado su sonrisita, parece que ha perdido un poco su estado de beatitud. Ella se ha quedado callada y mirándolo, con lo que parece que da a entender que ahora le cede el turno a él. Lo hace explicando que ella nunca ha sido muy apasionada, pero es que “ahora le rechaza siempre, y uno se cansa de hacer siempre de pedigüeño, ¿sabe usted?”. Le pregunto a ella. “¿Desde el principio del matrimonio le ha estado haciendo daño, ha llegado a sentir algún orgasmo?” No, al principio no tenían problemas, y orgasmos sí los había sentido. De repente se han animado los dos, en palabras y gestos. No me atrevo a preguntar por cuarta vez sobre

si ha habido un problema sexual entre ellos. Quizá la actitud de ella esconda una venganza de esposa, no sé qué puede haber sucedido. La visita ha estado haciéndose larga, ya llevamos retraso. Desde luego hay que recetar un antidepresivo a esta mujer, que, si no sufre un proceso depresivo, sí estará algo obsesiva. Dejo el tema matrimonial, e insisto, aunque en este momento ya al azar, y utilizando el término “deprimido” que nunca debe ser usado en un interrogatorio psiquiátrico: “¿Así que usted no se siente nada deprimida?”. Resulta ser una palabra mágica. Contesta, muy interesada, que ahora no lo está, pero que una vez sí estuvo deprimida. Fue después del fallecimiento de su padre, un tiempo en el que estuvo llorando todo el día. Acudieron al cabecera, que dijo que eso era normal, y que ya se le pasaría. Más tarde fue necesario consultar por unas “lumbalgias que se le produjeron al tener que levantar de la cama a su madre con demencia senil y que llegó a empeorar tanto que “se la tuvieron que sacar de las manos”, e ingresarla en una residencia, porque dijeron que los cuidados que su madre requería la

sobrepasaban. A todo ello asiente el marido con movimientos de cabeza, pero no dice nada. El reumatólogo declaró que no tenía nada en la espalda y que necesitaba unas pastillas especiales (desde luego no recuerda el nombre) porque lo que tenía era una depresión. Entonces fue cuando empezó a notar que su marido le hacía daño.

Además de la fluoxetina (empezar por medio comprimido, pero llegar a tomar uno y medio al día; la paciente pesará más de 64 kilos), le receto un gel de carbopol comercial como lubricante sexual, y le digo al marido que después de unos 35 días después de iniciado el tratamiento, acose a su esposa, porque por estas fechas mi tratamiento le puede haber suprimido casi todo el escozor. Ha sido una entrevista más larga de lo habitual, pero la paciente se guardaba para el final manifestar que deseaba que le rebane algunos nevus maduros y blancos de la cara, de los que ya le han suprimido algunos en otro despacho. Le contesto que la voy a complacer cuando tengan resuelto el problema sexual.

COMENTARIO

La pareja no daba la impresión de excesiva simpleza, pero ante el interrogatorio se ha comportado como tal. En general, cuando se interroga a un paciente que está siendo tratado por un estado depresivo, o que lo estuvo previamente, pronto reconoce el sentido del interrogatorio y manifiesta este antecedente. Esta paciente y su esposo han oído por tres veces la pregunta de si se encontraba triste o sentía ganas de llorar y no se han dado por enterados. Ha necesitado sentir ella el término exacto “depresión” para recordar que había llorado mucho y que había sido tratada con un antidepresivo. ¿Qué se ocultará todavía dentro de este matrimonio? Las preguntas directas que he formulado tendrían que haber sacado en seguida a superficie cualquier problema que pudiera existir entre los dos (infidelidad, por ejemplo, o demasiada atención del marido a otras mujeres, excesiva dominancia masculina en decisiones familiares, etc., pero en todo caso el problema no tiene por qué ser necesariamente sexual, aunque sí conyugal).

Es sorprendente constatar en la práctica las diferencias con las que los pacientes soportan sus trastornos psico-

lógico-psiquiátricos. Desde el que casi a voces se lamenta ante todo aquél que le quiere escuchar sobre su ánimo alterado y cuán desgraciado le hace sentir su tristeza, hasta el alexitímico, que sufre las consecuencias de su patología sin ser consciente del trastorno anímico que se las provoca. No lo saben reconocer y por tanto no lo saben expresar. ¿Por qué ha dicho esta mujer que su vida sexual actual se reducía a un coito semanal, y qué entenderá por coito? ¿Qué me explicaría este marido si pudiera interrogarle a solas? No sé si se trata de alexitimia, o sólo es que los alcances de ambos no son muy largos. A pesar del resultado negativo del interrogatorio, ya había decidido tratarla con un antidepresivo. La prescripción de un ansiolítico no procedía, por cuanto no existía ansiedad, ni en su aspecto ni en su forma de manifestarse. Cuando apareció el antecedente de depresión previa, mi sospecha se confirmó como más verosímil. Señalo la calidad positiva médica del reumatólogo consultado por lumbalgias, que no sólo hizo el diagnóstico exacto, sino que supo tratarla con eficiencia.

CABELLO QUE HACE LLORAR

Mujer de 30 años, de aspecto agradable, que consulta por alopecia. Explica espontáneamente que sufre ansiedad por su cabello, que tiene miedo de volverse calva y “horror a ponerse tan ansiosa, que no lo pueda aguantar más”. Que su cabello la ha deprimido, exclama, y, mientras lo dice, se le anegan los ojos. Esta mujer ya presenta ella misma su estado de ansiedad (“horror a ponerse tan ansiosa...”) y su trastorno depresivo.

Existe el antecedente de suspensión de anticonceptivos orales unos 3 meses antes del inicio de la alopecia, puede tener anemia, etc. Deja encima de la mesa la receta de una consulta 8 meses antes con otro dermatólogo, que contiene dos fórmulas magistrales, una de ellas con una solución de minoxidil al 3% con ácido retinoico, y la otra con un placebo de múltiples ingredientes. Antes de examinar el cabello, y porque al azar ha explicado que el dermatólogo le prescribió fluoxetina (y fue bajo la marca comercial más conocida), alabo toda la prescripción del compañero. Pero no la llegó a tomar, porque le dio miedo hacerlo.

A la exploración, la densidad de cabello parece normal, aunque resulta evidente que la región occipital está más poblada que la interparietal. No sé cómo tenía la región frontal antes del tratamiento, pero puedo observar pelo compatible con cabello nuevo de minoxidil, sin hipertriosis en el resto de la cara. Se lo comento, pero noto que no me escucha. De nuevo intento hacerle aceptar que presenta buena respuesta al minoxidil, y que por tanto tiene buen pronóstico. No me deja terminar la frase. “¡Si viera cómo se me cae!”. Mira lejos, a través de mí, sin verme. Me pregunto si en este momento le interesa el futuro de su cabello. Ha venido a exclamarse sobre la caída, y lo hace. Su insistencia reiterativa e imprecisa me hace sospechar que está obsesionada. Contesta que sí, que encontraría a oscuras una prenda de ropa interior determinada en los cajones de su armario. Sí, incluso encontraría el color

elegido. Que ella es muy ordenada, y añade espontáneamente que tiene la manía de la limpieza, que el desorden en la casa la pone enferma. Sigue aceptando que es muy cumplidora, puntual, que las cosas deben hacerse bien porque sí. Parece que puedo admitir que es una obsesiva. ¿Quién decidió que estaba deprimida, el cabecera? No, fue ella misma. El sólo recetó la fluoxetina. Fue el cabecera, entonces, no fue el dermatólogo. Los internistas suelen atender a los aspectos psicológicos de sus enfermos mejor que los especialistas no psiquiatras.

En este momento inicio el interrogatorio específico. Se duerme en seguida, pero se despierta a las dos horas. Se levanta, coge un espejo, se mira el cabello y llora. ¿La hora del día en que se encuentra mejor? A las 7 de la tarde, cuando deja el trabajo, que hace a la fuerza, sin tener ganas. Lloro muchas veces al día.

Le explico que tiene que tomar dos comprimidos de fluoxetina, aumentando de medio en medio comprimido, porque “tiene un poco, muy poco, de depresión sobre una predisposición mínima a obsesionarse”. Que le añada diazepam de 2 mg por la mañana y al mediodía, y 6 mg por la noche. Que siga exactamente las prescripciones de orden capilar del dermatólogo anterior. Que llame en seguida, si se presentan efectos secundarios con mi medicación, “que vamos a cambiar en el despacho tantas veces como sea necesario hasta encontrar una que tolere, que no debe tomar la medicación si se encuentra mal con ella.

COMENTARIO

Porque lloraba con gran facilidad, y se encontraba triste, esta enferma sabía que estaba deprimida. No suele suceder así con nuestros pacientes dermatológicos. No fue un médico, sino ella misma quien hizo el diagnóstico de

depresión. Ella no podía saber que sufría un trastorno obsesivo. Si el lector se permite a sí mismo convertirse en perceptivo con la calidad de vida psicológica de sus pacientes, la práctica le permitirá sospechar y diagnosticar

los estados obsesivos con cierta facilidad, pero siempre serán de difícil tratamiento. Me veré obligado a procurar que esta paciente no deje de asistir a mi despacho, para que, si mejora suficientemente con los psicotropos, tal

como espero, un día sea consciente de que la mejoría se la debe a ellos, y en consecuencia acepte que “un especialista en tales medicamentos, es decir un psiquiatra” consiga hacerla encontrar aún mejor.

PELIRROJA CON ENCANTO

Mujer de 53 años, gerente de una casa de modas prestigiosa de la ciudad, dedicada sobre todo a la exportación. Ella la dirige. Tiene a su cargo muchos modistas y modelos de diversos países que va cambiando cada año. Estos suelen ser jóvenes caprichosos que ella sabe manejar bien.

Somos buenos y viejos conocidos, hace muchos años los dos matrimonios habíamos trabajado juntos en obras sociales en la ciudad. Acude por molestias difusas de la boca, que no puedo objetivar. Es muy precisa en la descripción cronológica de sus molestias, pero no consigue serlo en la exposición de su mal. Se muestra muy segura de lo que dice, me contradice enérgicamente, (con decididos golpes con el índice sobre mi mesa, con gesticulaciones de persona acostumbrada a decidir) frente a alguna pregunta-afirmación de mi parte con la que no está de acuerdo, pero todo ello contenido por el trato educado de la persona que consigue con guante blanco lo que necesita de los otros. Es una mujer fototipo II, pelirroja, con apellido materno irlandés, más interesante y graciosa que bella, y con distinción en sus gestos. Mi interrogatorio permite reconocer un estado de ansiedad y un cierto grado de depresión. Esta última se remonta a 3 meses antes, coincidiendo con unas reclamaciones ante magistratura de trabajo por parte de un chico modelo alemán. “Naturalmente gané yo”, resume. Le receto un colutorio a base de cocimiento de llantén y un comprimido matinal de melitracen flupentixol, junto con otro de fluoxetina.

Seis meses más tarde acude de nuevo a consulta. Tiene una alopecia cíclica, pero esta vez atiende mi hijo en su despacho, que por ordenador comparte conmigo las historias de los pacientes. Puesto que se trata de una pretendida intensa caída de cabellos, pero la cantidad y volumen de éstos parece normal, Ramon en lugar de insistir en el interrogatorio psiquiátrico, prefiere preguntarle por el resultado de los psicotropos que le había

recetado yo. Ella contesta “no los tomé, tu padre creía que estaba deprimida, pero no lo estaba. Sólo tenía problemas laborales que ya se resolvieron. Los colutorios me curaron *la infección* de la boca”.

Tres años más tarde, ella con 56, esta vez la visito yo. Lleva meses aplicándose diversas cremas de corticoides en la cara, cuello, escote y axilas, y aspirando salmeterol como broncodilatador por la boca. Se queja amargamente de la vida difícil que le están dando las alergias. El interrogatorio específico proporciona un evidente estado de depresión con ansiedad, que acepta con reparos: “las alergias son un desastre, ya sé que tú sabes bien cómo son las alergias”. (El problema lo tienen las alergias, ella se coloca al margen del trastorno). Explico que un “antidepresivo” tardará de 20 a 25 días “en irte ascendiendo desde el fondo del pozo donde ahora te encuentras con tus alergias. Además puedes mejorar de ellas, porque compruebo que hay mejores tratamientos que los que has estado efectuando”. Esta explicación le habrá llamado la atención, al menos, porque desde que ha entrado es el primer momento que me mira a los ojos. (Cuando jóvenes, era de trato encantador.) Contesta que hará lo que haya que hacer, porque ya no puede más. Considero si con esta respuesta me da a entender que aceptará ser transferida al psiquiatra. Le doy la dirección de un psiquiatra local, miembro de AEDyP. Será un grave error mío. Está deprimida hasta el punto de que acepta consultar con un psiquiatra, pero sigue siendo un personaje patrón de conducta tipo A. Tiempo después sabré que no ha acudido a él. Que debiera haberla mandado a Londres, a Viena o a la Clínica Mayo.

Cuatro años más tarde vuelve de nuevo. Una mujer de tanta valía y que tan bien sabía dominar a los demás está ahora hundida. Emplea expresiones de gran valor psiquiátrico como que “se encuentra fatal”, que “es horroroso”, que “no sabe si lo va a resistir”. A pesar de que la piel no es lo que más le molesta, dice que “se ha decidido a venir porque se ha acordado que había publicado sobre alergias”. Tiene asma, se le taponan la nariz, está “harta” de respirar con la boca abierta, no tolera algunos medicamentos que le provocan angioedemas, “la piel no la deja vivir”. Siente pruritos en todas partes. No cesa de rascarse hasta que se hace daño. En este tiempo ha consultado con dos psiquiatras, se trata con un comprimido y medio diario de fluoxetina dispersable, no duerme bien, se levanta cansada, ha necesitado abandonar su trabajo en el que ha colocado a una vicesecretaria en su lugar, dice que “cogió a su marido” y han estado recientemente 7 días en Lanzarote, vegetando, según ella, aunque acepta que todos los días telefoneaba al negocio.

Compruebo que no se permite a sí misma pedir ayuda directa. En lugar de ello no cesa de quejarse de la alergia, como si las manifestaciones de ésta fueran unos inconvenientes que han aparecido como manchas en un vestido, inaceptables, pero sin que la lleguen a comprometer a ella. Ha consultado con otro dermatólogo y también con varios alergólogos. Pero compruebo que no conoce ni los antihistamínicos modernos, ni la budesonida, ni la forma correcta de tratar el asma crónico con inhaladores nasales corticoideos sin acción sistémica. Epicutáneas, prick tests y exploraciones de muchas clases, eso sí se lo han realizado. Y muchas

“vacunas complicadas, que se las tenían que administrar los mismos médicos”, y lo dice sin que yo note sorna en su tono, ella que tiene tanta experiencia comercial. Cada una de las visitas de los psiquiatras no dura ni 15 minutos, contesta.

Le aumento la dosis a 40 mg de fluoxetina al día y le administro clorazepato dipotásico. Hoy le queda poco de la fina distinción y atractivo que la había caracterizado. El marido, gerente de una de las pocas fábricas textiles de la ciudad que resistió la reconversión industrial, aunque él se dedique a rodar películas de aficionado con las que gana premios en todos los concursos a los que se presenta, permanece sentado a su lado, como ausente, y también está algo envejecido. Después de como terminó mi primera transferencia a un psiquiatra, y aunque sé que lo sigue necesitando, no me atrevo a hablar de nuevo de ellos. La cito para después de 3 semanas, a fin de revisar prescripciones y dosis. Recomiendo distracción y cito ejemplos. Contestan que en su estado laboral, que definen como de prejubilación, ya se toman fines de semana alargados. Nadar no le gusta. El tenis ya lo probó y no se le da bien. Hace un mohín de rechazo ante la citación de gimnasia, de aeróbic, y de yoga. Señala que uno de los psiquiatras le recomendó el golf y me advierte “tú sabes que no somos gentes de esta clase”. Repasamos sitios para viajar. Sé que les gustan más los paisajes naturales que las ciudades, a las que demasiado han tenido que acudir profesionalmente uno y otro. Volverán a las Azores. En la piel se aplicará medicación tópica convencional y tomará un antibiótico sistémico.

COMENTARIO

Esta paciente no constituye precisamente un buen ejemplo de lo que hubiera tenido que ser un cuidado manejo médico. Tampoco permiten comentarios claros ni el curso de su enfermedad ni los resultados obtenidos. Es una mujer compleja, como lo fueron las visitas, y hasta ahora no ha tenido suerte con los médicos.

Ya en la primera entrevista el interrogatorio psiquiátrico permitió diagnosticar el estado depresivo ansioso. Lo sospeché por la localización de las molestias (boca y lengua), y también por la imprecisión en la descripción de las

mismas. Ella atribuyó su malestar a factores ajenos, pero en la segunda visita, por alarma frente a una falsa alopecia, quedó evidente que su disfunción psicológica había proseguido en período latente. En la tercera visita quedé más seguro de que la psicopatología diagnosticada en la primera no obedecía a una simple situación reactiva y que merecía un tratamiento medicamentoso.

Decidir esto, si a un paciente al que se ha conseguido demostrar una disfunción psiquiátrica se le han de recetar psicotropos o unos simple “psicotónicos”, o proporcionar

unas orientaciones conductuales, o sólo exponer con discreción no ofensiva su proceso psicológico, es lo más difícil en este intento nuestro de confortar a los pacientes. Esta enferma no habría aceptado mis consejos ni mis explicaciones, como tampoco aceptó la medicación específica. Posiblemente sí habría admitido “tónicos” con ginseng, minerales y vitaminas, que suelen dejar satisfechos a los pacientes por cuanto les otorgan propiedades efectivas. Por tratos extramédicos yo sabía que aquellos finos cabellos rojizos vestían una mente decisoria dura, y hubiera debido intuir que no aceptaría mi diagnóstico de depresión. Lo rechazó, y acostumbrada a imponer sus decisiones, no tuvo reparo en exponer a mi hijo su criterio opuesto al mío.

Es una ejecutiva con patrón de conducta tipo A, como lo demostró con tantos detalles de comportamiento y

con su lucha por no aceptar una depresión en sí misma. Los autores que describieron a estos individuos tipo patrón A alertaron de su tendencia a los accidentes cardiovasculares. Hay que decir que en la actualidad los llamados ejecutivos han dejado de fumar, practican tenis, o squash que queda más cerca; evitan el consumo de grasas insaturadas y no sufren infartos con frecuencia.

A esta mujer ejecutiva, que a un marido de gran personalidad “se lo lleva de viaje” y que rechazó a un psiquiatra de la misma ciudad, segura de sí misma y con éxito profesional, y ahora ya madura, ningún psicólogo la puede hacer cambiar. Pero en la próxima visita, si la hay, considero que le voy a recomendar que el psicólogo lo elija un compañero de ESDaP, profesor de Psiquiatría en Viena y colaborador en este libro.

SE VEÍA MANCHAS

Un amigo dermatólogo me transfirió (“a ti que te gusta este tema... que yo ya no sé qué hacer con ella”) una enferma de 36 años, secretaria, casada, con un hijo, que veía en su cara unas manchas, “¿las ve, usted, doctor, o no?” que yo no conseguía objetivar.

En la segunda entrevista dijo que, al venir a visitarse, en mi ciudad, para ella extraña, en los cien metros que median entre un aparcamiento y mi despacho, detuvo a varias personas para preguntarles si veían en su cara las manchas. Ella misma explicó que en su pueblo los convecinos, cansados, cambiaban de acera para huir de tales preguntas. El primer día debió contenerse y no lo hizo, pero a la segunda visita, parece que ganada la empatía, acudió con un enorme retrato al óleo de ella misma, amplia y doradamente enmarcado, para que le aclarara si las veía yo, tal como ella las veía. “Hace unos días se notaban mucho más, hoy parece que no se marcan tanto”. Diagnostiqué de inmediato una esquizofrenia.

Esta mujer veía cosas que no existían, como los que huelen olores que no hay, o los que oyen voces o ruidos que no suenan. Si en la primera visita quedó alguna duda de su delirio, a la segunda, impactado con las manchas que veía en el retrato, mi diagnóstico se reforzó, y pensé que resolvería el problema con pimozide. Con este medicamento la enferma mejoró, tanto

como para aumentar nuestro mutuo interés. “Lo que yo necesito saber es si usted ve las manchas... Se lo pregunto una y otra vez, ¿por qué no me lo quiere contestar?”

Unas semanas después de tratamiento con 2 mg al día, seguía viéndolas, “parece como si las viera menos, pero están bien claras ahí.” Llamaba por teléfono con frecuencia, para quejarse sollozando que seguía viéndolas. A ella le molestaba verlas. Decidí que puesto que su delirio no mejoraba suficientemente, había que usar dosis psiquiátricas de pimozide. No la podía mandar al psiquiatra, puesto que no hubiera ido. Estudié las instrucciones del laboratorio en el C.D. del Vademécum y aumenté la dosis del medicamento progresivamente. No debía exceder de los 20 mg al día. Fue preciso buscar en el diccionario Dorland el significado exacto de acatisia (imposibilidad de estarse quieto) y de hipocinesia. Le encargué por teléfono la práctica de un ECG en su ciudad, ella copiaba literalmente sin tener que repetir la terminología médica, era inteligente e ingeniosa y

replicaba con gracia cuando percibía un asomo de cansancio en mis respuestas. (“El doctor ya ha perdido hoy la paciencia conmigo, ya sé que soy una pesada...”) Tuvo un adjetivo semiduro para el cardiólogo que simplificó el resultado del ECG advirtiéndome que tenía “el corazón de un toro”, después de que ella le preguntara literalmente si en la gráfica había percibido “algún trastorno de la polarización, algún cambio en las ondas T o U o algún tipo de arritmia” (sic), tal como yo le había dictado.

La traté con resultados nulos como monopsicótica durante unos 7 meses, con 3 visitas y bastantes consultas telefónicas. La unos días mejor y otros días peor aceptada mejoría que conseguimos entre los dos estableció unos lazos de empatía suficientes para que, sólo después de este tiempo y de estas visitas, consintiera en escuchar la recomendación de acudir a un nuevo psiquiatra “que estaba especializado en enfermedades de la piel”, que efectivamente es miembro fundacional de AEDyP, aunque al explicarle por teléfono la necesidad de este cambio de médico, la sentí literalmente suspirar

ruidosamente, de protesta y desánimo. Excuso decir que tuve que explicar suficientes detalles y experiencias del nuevo psiquiatra para que aceptara acudir a él. Antes había visitado ella, sin resultado, por lo menos a cuatro dermatólogos y otros tantos psiquiatras. Aparte de despigmentantes y exfoliantes (hay que convenir que es más cómodo suponer que uno no consigue apreciar unas manchas y recetar hidroquinona, que enfrentarse con una paciente y negarle que no tiene unas manchas que ella asegura tener) había sido tratada durante unos 6 años seguidamente, o en alternancia, con clomipramina, fluoxetina, clorazepato dipotásico, passiflora, valeriana, trifluoperazina hasta 15 mg al día, nortriptilina + diazepam, bromazepam, imipramina, lofepramina 70 mg, e incluso biperideno.

El nuevo y por ahora último psiquiatra (me consta que sigue siendo el último) diagnosticó un estado obsesivo grave, descartó la psicosis, la trató con fluoxetina, 40 mg/d, con clomipramina y dosis medias de alprazolam, y la enferma me llamó posteriormente para darme las gracias por haberla mandado a él.

COMENTARIO

No es psicótico todo el que ve manchas que no hay, de la misma manera que no todos los delirios de parasitación deben tratarse con pimozide, y de forma parecida a como, si bien todas las enfermas de tricotilomanía se arrancan el pelo, no todas ellas lo hacen por un mismo y único problema psiquiátrico subyacente.

El caso ha constituido un error de diagnóstico mío. El psiquiatra compañero de AEDyP comentó, amable, que el diagnóstico diferencial entre lo que yo había diagnosticado y lo que diagnosticó él puede resultar muy difícil. Debo insistir que estos medicamentos ya habían sido usados por la paciente a instancias de otros psiquiatras, pero también es verdad que a menudo, ante un eccema atópico recalcitrante, que “ya ha sido tratado con todo, sin resultado”, un nuevo tratamiento, elaborado con atención personalizada, (¿qué otra cosa se podrá aplicar?: “dejando aparte la piel, ¿cómo se encuentra usted, la persona, cómo lleva esto del eccema?” etc.) consigue resolverlo. Cuando he sabido el diagnóstico correcto, he reconocido que mientras la traté, estuve dando por seguro que ella creía tener manchas en la cara, cuando en

realidad ella siempre se estuvo quejando sólo de que las veía, pero nunca dijo tenerlas.

Desde el primer día conseguí empatizar con la paciente que yo no curé. Si bien es verdad que los enfermos con psicopatología asociada a dolencias dermatológicas suelen presentar aspecto y mantener comportamientos y quejas poco agradables, esta mujer permitió establecer un fácil contacto. Cuando después de unos meses de trato le evidencié que su relativa mejoría la habíamos conseguido con psicofármacos (aunque nunca le dije ni le acepté que sus pretendidas manchas eran psicógenas, que esto demasiado lo sabía ella, y su malestar estaba en la ansiedad que su obsesión le generaba), estuvo de acuerdo en que un especialista en tales medicamentos podría obtener mejores resultados con ellos. “Un médico de familia (aclaré, y dije verdad) intenta tratar con cremas las dermatosis de los pacientes que acuden a él. De las que se curan, que serán muchas, el dermatólogo no se entera. Las que no responden me las manda a mí, y las curo yo”, terminé.

El problema de esta paciente es el pronóstico. El tratamiento con psicofármacos le permitirá no sentir su obses-

sión por las manchas. ¿Durante cuánto tiempo deberá seguir tratándose con ellos?

Epílogo. Han transcurrido 3 años, sigue con el tratamiento. De vez en cuando llama preguntando nimiedades sobre fotoprotectores. Ahora está en deseos de un segundo

hijo. El psiquiatra, con el que mantengo contactos organizativos, me advierte que se lo está demorando. Los dos estamos de acuerdo en que si apareciera un melasma por embarazo, ella diferenciaría muy bien unas manchas de otras.

URTICARIA Y RÉGIMEN

Varón de 51 años, que acude por una urticaria de 3-4 años de evolución por la que ha sido tratado sin resultado con dexclorfeniramina, astemizol y cimetidina. Presenta asimismo rosácea seborreica irritada en la cara con un grado discreto de cortisondependencia. Muestra ronchas en extensas zonas cutáneas, de la que, cada elemento, contesta que no dura más de 24 horas. Sus piezas dentales están en buen estado.

Hace 6 meses sufrió un accidente profesional con fisura de peroné, motivo por el que se le practicaron determinaciones analíticas muy amplias, que resultaron normales, excepto una cifra moderadamente elevada de colesterol. Unas repetidas determinaciones de parásitos en heces también habían sido negativas. Le receto loratidina e hidroxicina, y le recomiendo que siga con la cimetidina. Para la rosácea le administro lincomicina durante 10 días seguidos de 30 días de josamicina a dosis decrecientes, junto con tratamiento tópico. Es obrero en una fábrica de skies. Maneja resinas epoxi y disolventes, barnices y pinturas. Ya consideraremos en posteriores visitas la posibilidad de que pueda tratarse de una urticaria de contacto profesional (xilol, formalina, etc).

Cuarenta y cinco días más tarde vuelve a consulta, y refiere que mientras se medicó con los tres medicamentos a la vez permaneció sin urticaria, y que la hidroxicina por sí sola le suprime el prurito pero no le evita las ronchas. Me advierte que en la primera entrevista me había contestado que cada uno de sus habones no duraba más de 24 horas, pero que ha prestado más atención a ello, y ha constatado que la mayor parte de sus elementos sobrepasan este tiempo. A los 30 días ha suspendido la cimetidina, tal como habíamos acordado. En el curso de la entrevista manifiesta que “seguramente las ronchas no se me curan debido a un disgusto fami-

liar que he tenido”, y pocos minutos después vuelve a hacer referencia a ello. Por segunda vez cita el leve aumento de colesterol, a pesar de que le he reiterado que es un aumento sin significado práctico. Se queja de los médicos que le atendieron por la fisura de peroné, porque le han dicho que no necesita tratamiento, que su fisura se resolverá por sí sola. Pero se lamenta de que le duele la pierna, que le dificulta estar de pie, y que todo ello le impide hacer horas extraordinarias en la empresa, con el consiguiente inconveniente económico. Empiezo a considerar que se refiere a su problema óseo con expresiones lastimosas. Por ello, y porque se queja de demasiadas cosas a la vez, se me acude que puede haber en él un leve grado de trastorno depresivo. Para confirmar o rechazar mi sospecha, le someto a interrogatorio psiquiátrico, y, efectivamente, éste pone de manifiesto un trastorno depresivo leve con un grado discreto de ansiedad. Le recomiendo tomar 1,5 comprimidos de hidroxina, con el fin de probar si le libero del insomnio de las 4 de la madrugada, y también le prescribo el antidepresivo sertralina. Debe telefonarme un mes más tarde para explicarme la tolerancia a la misma.

Cuando lo hace, dice que está curado de la urticaria, que duerme y se encuentra mejor. Preguntado sobre su pierna contesta que “todavía le duele, pero que ya se le curará”.

COMENTARIO

Durante muchos años estuve interesado en las dermatitis de contacto, y todavía este enfermo, que maneja profesionalmente sustancias químicas, se me aparece como un enfermo objetivo que quizá será preciso parchear, con lectura inmediata a las pocas horas. Pero la referencia repetida al disgusto familiar como causa de su urticaria, las quejas excesivas sobre unas molestias óseas que los traumatólogos consideran normales y evolutivas, así como también la presentación de varios problemas extracutáneos en una misma visita, me levantan la sospecha de alguna alteración psiquiátrica.

La urticaria crónica a menudo transcurre asociada a disfunciones psicológicas. En el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico de Barcelona disponemos de una anécdota al respecto. Hace años, un compañero que ahora ya está jubilado, anunció que pensaba dedicarse a las urticarias, y solicitó que le transfiriéramos todos los pacientes afectos de ellas. El resto de médicos estuvimos contentos de poder librarnos de estos enfermos. Poco tiempo después aparecieron los artículos que hacían referencia a la curación de algunas urticarias crónicas al suprimir de la alimentación el ácido benzoico y colorantes de tartrazina y amaranto, en pacientes en los que, previamente, se conseguían espectaculares empeoramientos de la urticaria con dosis altas de estas sustancias químicas administradas oralmente a dosis crecientes. Había un enfermo jubilado que sufría una urticaria crónica, que no cedía con ningún medio conocido, y en el que, con desespero por su parte, todos los análisis y pruebas que se le habían practicado no habían proporcionado ningún resultado. Se le invitó a estas pruebas, y los primeros intentos, con dosis débiles del conservador y de los colorantes, no produjeron reacción ninguna, con creciente desánimo del

paciente. Pero un día apareció alborozado en consulta, con grandes habones e intenso angioedema de párpados y de labios, que habían aparecido después de la administración, el día anterior, de la dosis más alta de estos productos de que disponía el compañero investigador. Este, que deseaba encontrarse con un resultado tan espectacular, ya tenía a mano unas largas y completas listas impresas de los alimentos a evitar, entre los cuales, por ejemplo, figuraban dentífricos con rayas rojas y los caramelos Chupa-chups®. El enfermo se fue a su casa con la lista salvadora, y tal como con expectación se esperaba, quince días más tarde regresó a visita, exultante, porque hacía años que no había conseguido estar libre de ronchas durante unas semanas. Abrazó, agradecido, a nuestro compañero, que confiesa que se emocionó. Siguió una charla feliz para ambos, paciente y médico, en la que apareció, razonada y demostrada, la conocida aversión que las madres y esposas de enfermos con urticarias sienten por las conservas. En un momento determinado de esta grata conversación, el ex enfermo se refirió a la dificultad de haber estado alimentándose durante 15 días siguiendo estrictamente las instrucciones de la lista, a lo cual el compañero le hizo notar que, vistos los resultados, bien había valido la pena el esfuerzo aplicado. Y no sólo por los 15 días transcurridos, sino por la seguridad en el futuro. Asintió él, plenamente de acuerdo, pero recaló el esfuerzo que había supuesto: "...porque, mire usted, haber tenido que estar quince días solamente pudiendo comer lo que estaba apuntado en la lista ...!". Sin comentarios.

En las urticarias crónicas es conveniente practicar un interrogatorio psiquiátrico para descartar un eventual estado psicológico alterado, tanto primario, como secundario.

OBSESA SEXUAL

Era una paciente conocida desde hacía mucho tiempo. Había estado unos dos años sin tener noticias de ella. Se trata de una mujer de gran personalidad, que al principio me pareció algo incompatible con el marido, al que había visitado ya antes; un arquitecto reconocido, que se presentó como un "artista".

Ella es una superdotada de la cultura y de la acción, lleva varios negocios; en uno de ellos importa gemas preciosas. Nunca habrá sido hermosa, pero sí es gra-

mosa; y en cuanto expresa algo, es tan interesante lo que dice, que resulta grato atenderla. Tiene 52 años. A lo largo de muchas visitas había acudido por futilida-

des cutáneas, y, ganada la confianza, incluso pidió opinión por nimiedades ajenas a la piel. Por sus consultas, y por la forma de exponerlas, se le apreciaban tendencias obsesivas. Sí, lo era, era una obsesa. En una ocasión sintió la necesidad de inventarse un melanoma, para que él, un poco hartado de sus cuitas, sentidas siempre como urgencias, la volviera a acompañar a mi consulta.

Yo lo había conocido en primer lugar a él, por un eccema atópico florido en el que, en un hombre con obras arquitectónicas conocidas, otros compañeros consultados no habrían conseguido los resultados que él esperaba. Mis explicaciones sobre el modo de aplicar los ungüentos, junto con mis intentos de empatizar con el artista, como si las molestias que él relataba, derivadas de su atopia, las estuviera escuchando yo por primera vez en mi vida, le ayudaron en su eccema. Le gustó este pequeño escenario que monté para él, y se avino con gusto a dejarse complacer. Previamente le había manifestado el aprecio que sentía por sus obras, y le demostré que las conocía bien. Mientras estaba yo enumerándolas y comentándolas, no me interrumpió, no hizo con la mano ninguno gesto para que yo acertara mis frases de aprecio por sus trabajos. También daba clases en su facultad, y así, porque en años posteriores, a la atopia flexural siguieron otros con eccemas numulares y con dishidrosis, frecuentaron las visitas, y pronto surgió el tuteo y la amistad.

La esposa, además de haber consultado por inconcreciones diagnósticas dermatológicas, se ha constituido a lo largo de los años en uno de estos casos clínicos de consultas repetidas por alopecias en telógeno profusas y repetidas, en las que en cada visita resulta imposible demostrar con objetividad si debajo de estas alopecias cíclicas, relatadas con tan obsesiva vehemencia por la paciente, se oculta o no una alopecia androgenética inicial. Años después esta alopecia podría hacerse evidente. Ahora exploro y considero con mayor detenimiento las alopecias que en principio diagnóstico como alopecias en telógeno. Con la urgencia con que solía pedir consulta, y por las formas, en palabras y en gestos, que usaba para quejarse de sus caídas profusas de cabello (“esta vez ¡sí que me voy a quedar calva!”), iba mostrándose ante mí como obsesiva. Para sus subordinados debía ser difícil trabajar con ella. Explicaba, por ejem-

plo, que las hijas estaban encantadas de acompañar a Viena o a Londres a papá, que las llevaba a buenos restaurantes y a espectáculos picantes, que en tales viajes mamá más bien estorbaba, porque, cuando asistía, convertía la pretendida fiesta familiar en una visita cultural continua, en la que no quedaba perdonada la más insignificante capilla, o museo privado, si en ellos algo de valor para la cultura había. Se comportaba y se conocía a sí misma como una obsesiva de los conocimientos.

Desde la última consulta hace dos años, lo que ha venido, está viniendo, y, lo que causa más temor, lo que aún está por venir, todo ello no puede constituir más que partes crecientes del proceso evolutivo del mismo trastorno patológico grave. En aquel tiempo sus alteraciones psiquiátricas eran propias ya de especialista, pero, como amigo de los dos, me encontré envuelto en ellas, escuchando y sin recetar. Me limitaba, la mayor parte de las veces, a sugerir algo propio, y las menos, a recomendar a alguien. En cada nueva visita se percibía que las cosas iban empeorando entre los dos. Él vivía sólo para el arte y con el arte, en ocasiones daba la impresión que no mantenía los pies en el suelo, y para ella, el arte sería sólo un aspecto más de la cultura, y una forma más de ganar dinero.

Ahora ha vuelto, y físicamente está muy cambiada, más joven y seguro que más guapa; parece que se habrá hecho practicar cirugía maxilar y nasal correctora, y unos *liftings*, ya lo explicará en algún momento. Se queja de que las cosas le van muy mal, que por su culpa la ha dejado el marido, y también las hijas, que han preferido acogerse al padre.

Dice que se encuentra “sin psiquiatra, sin psicólogo, sin Dios”, y con los negocios propios en retroceso, por semiabandono, por la intensidad con que se ha lanzado a la materialización de sus impulsiones sexuales. “Lo he perdido todo, sólo dispongo de mis amantes”. Nunca antes había hablado de aspectos sexuales conmigo. Se pregunta acongojada que “adónde va ella a parar, en su carrera de huida hacia adelante, y con un final que intuye catastrófico”. Supongo que hoy ha necesitado oírse verbalizar en voz alta lo que se estará diciendo a sí misma, a solas, tantas veces. Sus expresiones serían impropias de este libro, por soeces, y sólo las consigno porque constituyen un síntoma más de su estado. Escucho, como hice antes tantas veces, pero muy sor-

prendido, y no necesito preguntar nada; ella se explica sin pausas, sólo espero el momento de intentar conseguir que me asegure acudirá de nuevo al psiquiatra que sé yo que había tenido y que ha abandonado.

“Folla como Dios”, dice refiriéndose a su amante preferido. “Tiene 40 años, pero aguanta sin parar durante nuestras sesiones de dos horas, eyacula sólo cuando quiere, cuando le digo yo que ya basta”... “Nos vemos todos los días”... “Como mejor me encuentro yo es con un pene entre las piernas y j. sin parar”... Profiere expresiones procaces infratabernarias sobre la valoración del volumen de los genitales de él. Todo esto, lo dice manteniendo la mirada. Mientras tanto, ha tenido otro amante de 30 años, “pero no le llega a él ni a la suela de los zapatos, no tiene ni clase ni resistencia”. Como si no tuviera bastante con tamañas expresiones, prosigue que “j., j. todo el día, esto es lo que necesito yo”. Después de una frase provocadora como ésta, puede bajar el mentón hasta el pecho, y decir tan quedamente, que casi no la oigo, “estoy muy mal, pero que muy malita”. No salgo de mi asombro, no sé cuánto puede haber de histrionismo en sus explicaciones. Necesita con urgencia una ayuda que ella por sí sola ahora no puede encontrar. A su juicio, sólo ella tiene la culpa exclusiva de cuán mal le han ido las cosas. Pienso que una gran parte de verdad puede haber en su autoinculpación, pero decido que tampoco esta enferma tiene por qué vivir tan faltada de paz consigo misma, si yo puedo ayudar a remediarlo con un ansiolítico como clorazepato, o incluso con dosis más bien altas de alprazolam, mientras no consiga que vuelva a acudir al psiquiatra. Ahora sus explicaciones andan mezclando sin ningún orden genitales masculinos, la queja a un Dios ‘que la tiene abandonada’, y la aflicción por saberse tan enferma. Puedo atender un mínimo a sus quejas, y al mismo tiempo pensar qué puedo hacer con ella. Sé por visitas previas que esta mujer no formula preguntas para obtener respuestas, sino que en ella constituye una de sus formas de presentar consideraciones.

Ya habrá probado ella de detenerse en sus impulsos, pero estos intentos le habrán generado tan alto grado de ansiedad, que habrá preferido no luchar más contra ellos. Hace un rato que se ha callado. Ahora debo agitar mi mano frente a ella, para volverla al estado activo, que veo que mira a través de mí, sin alcanzar a verme.

Le digo que, por muy enferma que sepa que está, ‘no tiene por qué sentir el malestar con el que vive’. Que lo grave para ella, no es lo que hace, sino lo mal que se siente por hacerlo. Que deje de autoinculparse, que ‘nos han hecho’ a todos muy complicados, que también ella en su estado tiene derecho a aceptarse y así poder quedar más tranquila. “Bueno, ¿y qué con toda esta historia de sexo compulsivo? También tú tienes derecho a sentirte feliz, intenta aceptarte a ti misma aun con lo que estás haciendo”.

¿Por qué le habré dicho yo que su problema no es el sexo, sino el desorden obsesivo con el que lo practica, por qué le formulo todas estas consideraciones si sé que esta superdotada de inteligencia, que tan bien maneja la psicología de sus múltiples empleados, es perfectamente consciente de todo esto? Por problemas graves, previos, de otras personas inteligentes sé que, de sus problemáticas, en realidad sólo conozco lo que ellas explican de sí mismas, y que, de cualquier consideración con la que yo pueda irles, hace tiempo que ellas ya han vuelto. Porque han estado pensando en su problema mucho más, continuamente, que lo que yo pueda conocerles en un momento a través de lo que en parte me explican. Bien es verdad que ella ha venido precisamente para oír, de otra persona que no sea ella misma, convicciones como éstas. Dice que el psiquiatra creyó que la ayudaría el litio. Sabe perfectamente que necesita Plenur®, aunque me dice que no lo quiere probar otra vez. Que por eso no va al especialista. Pero de la forma que lo expresa, parece claro que lo que quisiera es dejar de necesitar esta medicación específica. El mismo médico de antes o uno nuevo. Si este especialista, además de estar bien documentado, se comportara como buen psicólogo, “esto ya sería Dios”, corta ella, con el lenguaje que usa hoy.

Personifica en los psiquiatras los inconvenientes del tratamiento que prescriben. Dejó la venlafaxina, porque le provocaba unas exaltadas fases de manía. Abandonó la clomipramina, porque la somnolencia le obligaba a hacer a escondidas unas cortas cabezadas entre entrevista y entrevista en su trabajo. Soportó estos inconvenientes durante 4 meses, porque le parecía que este medicamento tenía un efecto pacificador en ella. Está claro que durante unos años luchó contra su obsesión. Y por lo que dice puedo evidenciar que se esforzó para

liberarse de sus impulsiones, y a pesar del asombro en que hoy me ha metido, sigue la empatía con ella. Ahora, vencida en la lucha, se ha rendido. Todo resulta confuso, porque parece que ya no tiene ningunas ganas de “curarse”, y oyéndola, resultan evidentes sus procesos deductivos y mecanismos de ambivalencia. Pasa por fases de bienestar psicológico, que en ella pueden estar sostenidas por el sexo (es posible que haya conseguido crearse con él un estado mental de complacencia que le compense), de las fases, que siguen, de profundo odio a sí misma por su comportamiento.

No sé si el sexo fue la causa de su separación, o si después de separarse se volcó a él por necesidad de sentirse querida por alguien. No viene al caso, al menos para mí. Su tendencia a las obsesiones era antigua. Supongo que sus previas visitas conmigo, que a períodos habían sido frecuentes, unas veces por cabellos, o por hiperchromias casi inapreciables, otras por xerosis, o por otras excusas, constituían en ella un signo de sus deseos momentáneos de contención. Ahora dice que no quiere enfrentarse al psiquiatra, pero sabe que yo le instaré a que lo haga. Ha venido a esto. En cada visita previa hemos hablado de bienestar psicológico. “Soy un desastre, no sé dónde voy a ir a parar”, me dice ahora. Unos pocos segundos después de esta frase, puede contraponer sus muchos valores humanos, exponiéndolos con frases de autoestima aprendidas, que suenan como lisonjas a sí misma, en clara contradicción con lo dicho un momento antes.

COMENTARIO

1) No es un enferma para dermatólogo. Nunca intenté retenerla. Después acepté atenderla, porque me constaba que, bien o mal, alternaba mis visitas con las de un psiquiatra. Las relaciones especiales, amistosas, entre nosotros empezaron ya con su marido. Con algunos pacientes se establece una clase especial de entrevistas, más allá de la empatía profesional, que rozan la amistad. En la práctica de la dermatología, y de otras especialidades, estas relaciones pueden ser consentidas. Por el contrario, los psiquiatras y psicólogos no las suelen poder aceptar profesionalmente en sus despachos, porque no conviene a los enfermos. (Ella sabía de la naturaleza psiquiátrica de sus temores sobre la alopecia. A pesar, por cierto, de que al

Sorprende la necesidad, parece que también compulsiva, que tiene de espectacularizar sus declaraciones y de escandalizar con ellas, con lo que me recuerda el afán con que alguna pareja de adolescentes entrelazados se libran públicamente a sus besuqueos, quizá más como intento de provocación que por propia impulsión sexual. Añade: “los hombres acuden engañados al fácil sexo que les ofrezco, y yo los pruebo, que para esto les busco, pero en cuanto me conocen un poco, huyen de mí corriendo, porque yo exijo mucho y cuando lo notan, les doy miedo”. Consigo que al final me asegure que acudirá al mismo psiquiatra, el que le receta litio. “¿Te aconsejó él que probaras de aceptarte a ti misma en tu estado?” Si hoy me ha expuesto esto a mí, evidencia la necesidad que tiene de vaciar todo esto de lo que tan llena está, además de recibir urgentemente un tratamiento farmacológico. Debería acudir a un psicólogo mayor que ella y con suficiente personalidad. Me acepta la dirección de uno. Pienso ahora si un buen psicólogo puede tener la ventaja frente a un psiquiatra, que no estando facultado para prescribir psicotropos a dosis antiobsesivas, debe disponer de un ingenio aguzado y de técnicas de manejo bien aprendidas, para hacerle descubrir que, ya que no puede detener sus compulsiones sexuales sentidas y ejercitadas de manera tan desordenada (“fallo del control de estímulos”), tiene que aprender a aceptar sus compulsiones como parte de sí misma, para poder convivir en paz las dos, ella y sus cuitas.

final resultó que, temiendo la semicalvicie, había tenido razón). A instancias mías acudió al primer psiquiatra con el que consultó. Después fue cambiando de especialistas. Es posible que esta enferma obsesiva grave tenga un trastorno de la personalidad, este campo de la psiquiatría donde afortunadamente los médicos no psiquiatras no tenemos necesidad de entrar, porque tales enfermos, cuando acuden a nosotros, ya suelen estar visitando un especialista. O aceptarán fácilmente ser atendidos por uno de ellos.

Convengo en que resulta fácil, sin inmiscuirse en la problemática urgente de la paciente, recetar antidepresivos a dosis altas, con litio y quizá junto con clomipramina.

(Algo parecido a comportarse de acuerdo a la siguiente fórmula : $X + y + k$ (como síntomas que proporcionan un diagnóstico) = $z + n + m$ (como medicamentos psicotrópicos), como resultado automático de un interrogatorio). Desde luego supone un esfuerzo mucho mayor tomar decisiones propias, en parte heterodoxas, intentando, sólo con la palabra, hacer dar un pacificador giro a la opinión que la paciente tiene de sí misma. Pero eso es más urgente que esperar que un conjunto de medicamentos, considerados por la literatura actual como específicos y adecuados, le alivie el malestar derivado de su patológico comportamiento.

A la hora de cerrar esta historia, han pasado dos años desde que la redacté, y la paciente ha venido otras cuatro veces más. Me ha dicho que ahora sabe que no toleró el litio porque entonces no sentía ninguna necesidad de curarse. Que sólo se medica con benzodiazepinas, y que sigue con regularidad sus visitas al psiquiatra. Por la forma en que lo dice supongo que lo hace en un sentido de autopunición tranquilizante. Que sigue con sus sesiones diarias con el amante preferido. Que está muy agradecida al psicólogo que le indiqué, que la convenció de que tenía que aceptarse a sí misma, sexodependiente, como ha descubierto en el último decenio que ella es. Yo intuía, por pacientes previos transferidos a él, que este psicólogo le sugeriría esto y acerté. Sigue con su comportamiento obsesivo, pero se ha librado de su intensa ansiedad. Quizá esto pueda ser considerado atrevido. “El estrés está generado también por las aventuras de nuestra vida emocional y libidinal, y por las presiones internas ejercidas por deseos que están en conflicto con nuestra educación, la

moral, etc.” (Sylvie Consoli). Es que un trastorno psicodermatológico (en este caso, más bien mental, es la extrema ansiedad derivada de su conducta lo que la aflige) sólo se manifestará si existe una vulnerabilidad específica para el trastorno, y si existe una falta de estrategias de adaptación adecuadas (Ver Musalek y cols. en “Clasificación”). Dice este psiquiatra vienés que el grado de vulnerabilidad varía de intensidad en los diferentes estadios de la vida de una persona. Cuando la vulnerabilidad es alta, estresantes de grado menor son suficientes para desencadenar un trastorno mental, mientras que en períodos de vulnerabilidad baja son necesarios estresantes de nivel alto). El grado de vulnerabilidad depende del estado mental y físico del paciente. Los estresantes crónicos, tanto si son mentales como físicos o sociales, conducen a una deterioración de los estados mental y físico, aumentando así el grado de vulnerabilidad. Todas las actuaciones que aumenten el bienestar general (el clorazepato potásico y el alprazolam que le sugiero que tome, mientras no regrese al psiquiatra) le van a proporcionar una disminución de la vulnerabilidad. La vulnerabilidad no es un proceso estático sino dinámico. Si el factor estresante no existe, el trastorno subyace latente sin ningún síntoma clínico. Algunas veces, sin embargo, estamos sometidos a un estrés sin caer enfermos. La explicación para ello está en que los estresantes sólo producen un impacto si nosotros no disponemos de mecanismos de adaptación adecuados. Cuando se disponen de altos mecanismos adecuados de adaptación, incluso los estresantes de gran potencial no provocan impacto.

TRABAJO CONTRA HIJOS

Varón de 51 años, que viene acompañado de su esposa, y que consulta por diversas placas de neurodermitis en extremidades inferiores que dice tener desde hace unos 6 meses. Algunas de ellas han curado, y otras nuevas han surgido en zonas vecinas. Acepta que sí, que provocan mucho picor.

Con este nombre, sugestivo de su origen, la neurodermitis figura en las listas de los capítulos de alteraciones psicocutáneas de los libros de texto. No es necesario sospechar una alteración psicológica en el enfermo portador de una neurodermitis, que en este caso, se acepta inherente a ella. Sólo es necesario precisar el diagnóstico

del trastorno psicológico. Además de la ansiedad, pueden provocarla e influenciarla otras causas emocionales. Antes de proceder al interrogatorio psicológico, le explico a este enfermo que su mal cutáneo es provocado por sus uñas, y que es necesario averiguar por qué siente tanto picor. Le pregunto sobre las horas de descanso nocturno, y con-

testa que duerme muy poco. Se explica con frases cortas, cuando no con monosílabos, es poco preciso, y debo repetir las preguntas expresándoselas de otra manera. A lo largo del interrogatorio tardaré en darme cuenta de que me entiende bien, pero que no tiene muchas ganas de proseguir sobre los temas de las preguntas que le formulo.

Si no se tratara de un trastorno psicodermatológico, consideraría preferible abandonar el interrogatorio. Hay que convenir que, cuando un enfermo decide consultar con el psiquiatra o con un psicólogo, va decidido a hablar de sus problemas emocionales. A mí, ha venido sólo a que le solucione su prurito, y me muestra, bien a las claras, que mis preguntas no le complacen, a pesar de que le he explicado que había que buscar la causa de su exagerado prurito. Es verdad que con exclusivo tratamiento local, sin psicofármacos, también se lo podría resolver. Aunque de esta manera se producirían unas recidivas inmediatas cutáneas, o el enfermo podría somatizar su problemática psíquica en áreas no cutáneas (insatisfacciones respiratorias, lumbalgias, pesadez de piernas, punzadas torácicas posturales, urgencias miccionales, etc). Ya ha devenido un mecanismo automático en mí, valorar en casos de renuencia al interrogatorio, la relación entre mi amor propio por proseguir la búsqueda en el área psíquica, una vez sospechada una alteración en ella, y el beneficio real que con todo ello puedo proporcionar al paciente. Decido proseguir.

Sin preguntarlo directamente, van apareciendo detalles de sus actividades. Es ebanista, tiene un taller propio en la planta baja de su vivienda. Hasta el año pasado estuvo iniciando su jornada a las 6 de la mañana, y en algunas ocasiones terminaba un trabajo urgente a las tres de la madrugada. Otorgando con gestos contundentes mucha importancia a una frase suya que no entiendo, dice que “antes trabajaba como cinco, y ahora trabaja como medio”. Apremiado a precisar, resulta que “antes”

quiere decir hace 2 meses. Contesta que no tenía hombres empleados, que sus hijos le ayudaban. Trabajaban con él un hijo de 26 años, un segundo hijo de 25, y dos mellizos de 23. No han tenido niñas. Había enseñado el oficio a sus chicos. No, ahora no trabajan con él. Desde hace dos meses, los cuatro hijos viven juntos en un piso. De momento interpreto que los hijos han decidido emanciparse. Los hijos “no son malos chicos”, aclara la madre. “Pero no aceptaban responsabilidades” (corta él con viveza, interrumpiendo a su esposa) y no querían levantarse antes de las 8 de la mañana. “Eran capaces de viajar por África y la India, sabían esquiar, y practicar el surfing, pero “no querían matarse trabajando, querían tener un horario fijo, trabajar poco y no ahorrar nada, ahora se lleva así. Hacían el señorito y no lo eran, vivir bien, esto sí sabían. Protestaban que no habían venido al mundo para trabajar”. Todo esto lo explica sin amargura, sin mirarme, como si se lo dijera una vez más a sí mismo, en voz alta. La madre interviene para aclarar que ella era más condescendiente con ellos, pero “su padre es más bien rígido”. Me extraña que cuatro hijos de diferentes edades hayan marchado de casa al mismo tiempo, y que vivan juntos, pero pronto resultará evidente, en el transcurso del interrogatorio, y aunque ello no llegue a ser expresado con claridad, que ha sido el padre que los ha expulsado de casa. “¿Les presentó usted algún ultimatum, hubo un día algo así como una reunión general de familia?” “Sí, algo así”. “Y ahora ¿viven ellos exclusivamente de sí mismos?”. “Sí, están ahora trabajando a sueldo, y con horarios fijos, en diferentes talleres de ebanistería de la ciudad”.

En este momento me aparece evidente la intensidad de la problemática de este paciente. Para saber si necesita psicotropos, y cuáles de ellos le tengo que receptar, prosigo mi interrogatorio psicológico sistemático. Está bajo un trastorno depresivo y no ansioso. Al final le receto fluoxetina, y lorazepam al acostarse.

COMENTARIO

En este paciente ha sido la naturaleza de su dermatosis, una neurodermitis, la que desde el inicio de la entrevista ha obligado a sospechar un trastorno del estado de ánimo. La primera pregunta de mi interrogatorio “¿Cuántas horas

duerme usted, las duerme usted bien?”, ha sido contestada con un “ahora tengo muchas horas para dormir.” Este adverbio de tiempo al principio de la entrevista me ha hecho sospechar erróneamente que la causa de la neurodermitis

podía haber correspondido a haberse quedado sin trabajo, pero el resultado final ha sido inesperado.

Sólo después de conocer su grave problema familiar he valorado su renuencia a hablar del tema, su aspecto más bien abatido, hombros caídos, apoyado en los brazos del sillón para responder. El resultado del interrogatorio ha sido fiel a la impresión que proporcionaba la imagen del paciente. No existe ansiedad. Sólo estado depresivo. Es posible que sufra sentimientos de culpabilidad, otros en su lugar los tendrían, pero cuando tomó la decisión se comportó con demasiada seguridad consigo mismo para poder yo hoy formularle esta pregunta, ni que se la presentara con un eufemismo. Le he recetado un antidepresivo y, para ayudar al descanso nocturno, un ansiolítico. Me pregunto si la aceptación por su parte del antidepresivo le resultaría más fácil dentro de unos meses, cuando ya hubiera tenido tiempo de elaborar el duelo por el resultado de una decisión que le ha hecho perder a cuatro hijos. Aparece vívida en mi memoria la reacción de algunas viudas recientes, celosas de su dolor, todavía no conscientes de que deben elaborar su duelo (aprender a aceptar que es necesario seguir viviendo sin que les sea éticamente obligado sentirse afligidas) y en las que hay que saber encontrar el momento oportuno para prescribir un antidepresivo, que al principio ellas no aceptan porque lo interpretan como una deslealtad al recuerdo del difunto. En las madres que han perdido a un hijo esta respuesta anómala es aún más intensa, frecuente y sobre todo más duradera. Una buena parte de ellas no elaboran nunca el duelo por un hijo. Los padres que han perdido un hijo no dejan nunca de sentirse afligidos. El lector que se inicie en el interés por los problemas psiquiátricos de sus pacientes dermatológicos debe valorar mucho el antecedente de pérdida de un hijo, cuando exista, que predispone a la depresión.

Este padre tomó una decisión muy grave. Ni él espera mi consejo, ni yo tengo ninguno para darle, y aún en el caso de considerarlo conveniente, tampoco ahora lo aceptaría. Es muy posible que este hombre se haya comportado toda su vida de acuerdo a unos criterios mantenidos por una personalidad anancástica (se conocen así los sujetos con tendencia obsesiva por el orden, meticulosidad, la puntualidad, el trabajo bien efectuado). La madre se pregunta en voz alta (él no lo hace) “si la culpa es de ellos, que no los han sabido educar bien, o si también es que ahora los hijos suben de

esta manera; ella sabe que cosas así suceden en otras familias.” El padre, confrontado con el resultado de su decisión, ha quedado chocado, probablemente se siente obligado a preguntarse, y ello le desconcierta, si tenía sentido la forma en que hasta ahora ha estado viviendo, y en este momento se están tambaleando los criterios sobre su trabajo que con tanta seguridad ha mantenido durante 51 años. De esta manera, ahora “trabaja como medio hombre”. Su forma particular de entender el trabajo le ha llevado a despedir a sus hijos. Para este padre no debía de resultar fácil convivir y trabajar con ellos. Posiblemente antes de hacerlo no consideró que su despido no tendría para él las mismas consecuencias que si hubiera despedido a cuatro empleados. No sólo ha perdido a sus hijos, sino la seguridad en sí mismo y en su modo de realizar su trabajo. Que el interrogatorio haya resultado difícil probablemente sea debido a que se siente molesto por tener que hablar de ello.

Solamente le digo al paciente que tiene un problema familiar que “en este momento lo mantiene hundido, que se siente como en el fondo de un pozo que sólo le permite ver un poco de luz en lo más alto, y que el antidepresivo le ayudará a ascender por este pozo, de tal forma que dentro de un mes, o mes y medio, podrá encararse con su problema de tú a tú, y luchar contra él”. Que tiene un estado depresivo reactivo, (como reacción a lo que le ha sucedido), y que a causa de él ahora se siente desconcertado y sin respuesta. Me pregunto si en la evolución de sus procesos mentales y anímicos ha llegado el momento de poder aceptar mis explicaciones. Si este hombre que tan seguro de sí mismo se comportó en el momento de la decisión, aceptará ahora una ayuda en forma de química. No vuelve, desde luego. Es posible que en algún momento determinado ulterior la naturaleza de mi visita le ayude. Hoy se ha visto obligado a formular con palabras sus oscuros sentimientos. La verbalización le ha resultado penosa, pero le habrá hecho bien. Aunque a disgusto, ya ha hablado con alguien de todo ello. La madre sentirá más bien la pérdida de los hijos. Él, genéricamente, en masculino, sentirá más el desmoronamiento de sus conceptos sobre el trabajo. Los hijos probablemente no volverán. Ahora se sentirán libres. Seguirán practicando el esquí, pero con su reducido suelo, posiblemente renunciarán a volver a la India.

SEBORREICA QUE DORMÍA DEMASIADO

Mujer de 25 años, que acude acompañada por su novio. Consulta por una intolerancia de la cara a toda clase de productos cosméticos, “incluidos los caros”. Cuesta trabajo observar unas lesiones apenas perceptibles, pero de topografía típica, de eccema seborreico.

También se queja de sequedad cutánea, especialmente en las piernas, y de que la piel se le está volviendo flácida, y “además, últimamente se me está cayendo el cabello”. Y añade, le duelen demasiado las piernas. Expresa demasiadas quejas a la vez (polisintomatología, policonsulta). Lo hace con una sonrisa agradable, de tal manera que llama la atención la desproporción que hay entre las quejas que expresa, cada una de las cuales por sí misma podría constituir un motivo de consulta, y la forma simpática con que lo dice, como si las molestias no fueran con ella. La visita transcurre con fluidez, la pareja resulta agradable, el novio colabora, incluso interrumpe con gracia el interrogatorio, iniciado sobre los hábitos de dormir, explicando, quizá con algo de malicia, que a ella “le gusta demasiado dormir”. Al preguntar si algún día se encuentra “más cansada de la cuenta, sin relación con un mayor trabajo en su ocupación habitual”, la paciente reconoce la índole del interrogatorio, y advierte que hace 3 o 4 meses ha sido dada de alta de un episodio mayor de trastorno depresivo. Todavía se trata con maprotilina y con comprimidos que

contienen cloracepato dipotásico, GABOB y piridoxina. Acepta que se encuentra demasiado cansada, que sigue sin sentir deseos de hacer cosas, pero que no está irritable. Decido que en este caso puedo limitarme al tratamiento del eccema seborreico, puesto que consideraciones sobre aspectos psiquiátricos no las tengo que hacer yo.

Sospecho que detrás de su apariencia agradable, cultivada o necesariamente profesional, puede esconderse una personalidad más complicada. Averiguo que fue dada de alta del tratamiento por el psiquiatra, pero que ella prosiguió con la medicación porque se encontró irritable al dejarla. Le pregunto qué recuerdo mantiene de este especialista, si agradable o desagradable y, en silencio, asiente con la cabeza. Se ha puesto más seria. Quizá esté acostumbrada profesionalmente a resultar agradable con su público. Le recomiendo que vuelva al psiquiatra a explicarle que sigue con la medicación, cómo se encuentra y que un dermatólogo consultado ha dicho que el motivo de su visita era un trastorno depresivo enmascarado. Le redacto una nota, tan suave como sé, para el psiquiatra.

COMENTARIO

Es una paciente que permite construir una visita grata, pero que está deprimida, situación que puede sospecharse de entrada porque se queja de demasiadas dolencias a la vez, incluso se refiere a la pesadez que nota en las piernas, un trastorno ajeno a la piel.

Se trata de un trastorno depresivo enmascarado, porque, al faltarle el síntoma de la tristeza, ella no sabe que está deprimida. En un momento de mejoría del curso del primer episodio reactivo, el psiquiatra pudo recomendarle que dejara el tratamiento. La irritabilidad consiguiente la hizo decidir proseguirlo por su cuenta, pero a pesar de esta medicación continuada, ha evolucionado

hacia otra fase de su mismo proceso depresivo, que la paciente no ha sido capaz de reconocer como tal, porque ha dejado de sentir la característica tristeza. Desde luego, si no existiera el antecedente de la consulta psiquiátrica, podría cambiarle el tratamiento yo mismo, y administrarle los psicotrópicos con los que tengo experiencia. Deduzco que si no estuviera protegida por los psicofármacos que ella reinstauró por decisión propia, la recidiva del trastorno depresivo se le habría manifestado de forma evidente para ella, y no de forma enmascarada como ha ocurrido, de tal manera que habría regresado al psiquiatra.

ANCIANO DEL CIANURO

Varón de 86 años de edad, al que empecé a visitar en el año 1961, cuando él tenía 55 años, por un queratoma actínico. Compruebo en la historia clínica que a lo largo de esos 31 años le he visitado en catorce ocasiones. Desde el año 1976 su cara está repleta de grandes queratosis seborreicas.

Hace 4 años le diagnosticué “prurito, sin lesiones visibles, en la frente, por depresión”, y ya entonces le prescribí un antidepresivo de nueva generación junto con melitracen-flupentixol. En la historia no consta la duración del tiempo de administración.

Ultimamente, con 86 años, y acompañado por su hija y yerno, entra en el despacho arrastrando los pies y a pasos muy cortos. A mi pregunta de mera cortesía, sobre cómo se encuentra, contesta que “va muy mal”. Las verrugas seborreicas de la cara han ido aumentando en número y en extensión. Pero él viene por un prurito de la espalda. La hija insinúa una media sonrisa que interpreto como intento de disculpa por haberme traído al padre. El yerno asiste cortés, pero ajeno, a la entrevista. El paciente dice que está “harto de vivir”, y que quiere que le recete cianuro. Insiste en que si él pudiera, pondría fin a sus días. Que todos los males que tiene son debidos a sus demasiados años. Que todo lo que hace aquí es estorbar. Que lo siente por los hijos, a los que señala con un movimiento de cabeza, “que bien les libraría de la carga que él les supone, si pudiera hacerlo”.

Necesito comprobar si, tal como parece, su estado depresivo coexiste con ansiedad. Resulta penoso per-

cibir su agudeza mental, porque corta mis preguntas, arropadas de eufemismos, sobre síntomas de ansiedad, para precisar que está “rabioso como un perro”. Considero que contra su ansiedad un psiquiatra recetaría clorazepato dipotásico. En otros pacientes con trastornos psicológicos, en los que sospecho un estado de ansiedad, que tantas veces transcurre asociado a un estado depresivo enmascarado, este medicamento tiene el riesgo de que, por la somnolencia que les suele provocar, lo abandonen. Pero este no será el caso en este enfermo, que presenta unas características clínicas de ansiedad mayores de las que suelen encontrarse en nuestros enfermos. Le receto Dorken®. Pero me abstengo de administrarle un antidepresivo, por su trastorno depresivo franco, por el peligro de que, proporcionándole un mínimo de ánimos, consume su deseado suicidio. Un psiquiatra sabrá cómo proceder. Le digo: “Mire usted, Sr. X., no encontrará a nadie que le ayude a suicidarse, pero un especialista en depresiones seguro le ayudará a que no le duela tanto el vivir; él es el único que puede darle un calmante real para esta muela inflamada que no se puede sacar”.

COMENTARIO

1. Aunque la depresión en el anciano (de una forma parecida a como sucede en el adolescente) puede ser de reconocimiento difícil, este enfermo refiere él mismo que querría poner fin a sus días. La evidencia de su depresión no precisa del interrogatorio diagnóstico.

2. Que el paciente está deprimido no hay que sospecharlo ni diagnosticarlo. Lo proclama él. En un grado tal, que desea la muerte. No es el caso habitual, siempre repetido, del paciente que viene al dermatólogo porque un estado depresivo enmascarado se le somatiza inconscientemente en la piel. Si un 25-35% de nuestros enfermos de todos los días (también de los pacientes que visita el lec-

tor) no estuvieran ansiosos o deprimidos, soportarían el trastorno cutáneo que los conduce a nosotros, sin sentir la necesidad de consultar por él. Son enfermos con ansiedad o estados depresivos leves, que no saben reconocerlo, porque no se sienten tristes (depresión enmascarada). Los enfermos que vienen a nosotros suelen sentirse cansados, no tristes. Éstos no pueden ser transferidos al psiquiatra, porque no lo aceptarían, y deben ser tratados con medios psiquiátricos por el dermatólogo. No es el caso del enfermo de esta historia, que quiere morir, y que aceptará acudir al psiquiatra. Supongo que ha decidido venir a mí, porque recuerda la atención que yo un día dediqué a su

estado emocional, cuando años atrás le receté un antidepresivo y un tranquilizante. En su agudeza mental, el paciente habrá repasado los médicos que le atienden ahora, y los que lo han hecho previamente, y habrá recordado mis preguntas.

3. El buen estado mental de que ha dado muestras me ha hecho decidir que, aún a sus espaldas, era arriesgado hacer señas a su hija para que me llamara más tarde, y he determinado hacerlo yo por la noche. He valorado la dificultad que va a suponer a los hijos aceptar acompañarlo al

psiquiatra, ellos que consideran que el padre se queja sólo por achaques de vejez, y que su mal humor es únicamente dependiente de su deterioro físico en aumento. Intentaré convencerles de que, si tratan al padre, él se va a encontrar mejor, y ellos van a conseguir una mejor convivencia en casa. Que acuda al psiquiatra o no lo haga, en este caso no depende de la voluntad del padre, que se la supongo, sino más bien de la renuencia de los hijos, que a pesar de mis explicaciones, quizá no quieran correr con los gastos de una nueva visita.

DISCOMUNICACIÓN

Se trata de un ejecutivo de 45 años que desde hace 3 años sufre constantemente, pero con intensidad muy variable, una molesta sensación de calor en la cara interna de los muslos, desde la rodilla hasta la ingle.

En el inicio de sus síntomas consultó, dice, con un dermatólogo que le diagnosticó, y el enfermo no precisa más, “una cosa, que desde luego, no fue”. Después consultó a otros dos, que dijeron sucesivamente algo así como: “Usted no tiene nada en la piel, nosotros no le podemos ayudar”. Cabe aceptar que estos dos últimos sí establecieron el diagnóstico de trastorno psicocutáneo. Me dice que después, durante estos 3 años, ha consultado, por decisión propia, y sin resultado, a 3 neurólogos, y 3 neurocirujanos. Afirma que está seguro de que ninguno de los seis supo lo que tenía. También consultó después a un psicólogo. Consultó también con el jefe de urgencias de un hospital, conocido de la familia, quien después de muchas exploraciones le diagnosticó una ‘neuritis sensitiva’. Lo trató con amitriptilina que le suprimió las molestias. Después de 6 meses abandonó el tratamiento. No, de momento no empeoró, pero tres meses más tarde, hace ahora unos 60 días, la sensación de calor ascendió para alcanzarle toda la mitad inferior del cuerpo. Hace unos quince días ha leído un artículo médico en el suplemento dominical de Medicina y Ciencia del diario *La Vanguardia* de Barcelona sobre enfermedades de la piel de origen psicógeno, en el que los autores han anotado mi nombre como fundador de la AEDyP (Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría). Dice que

después de la lectura supo, reconfortado, que “su enfermedad existía”, y que por tanto habría una solución para él.

En este caso, afortunadamente, puedo iniciar sin eufemismos el interrogatorio psiquiátrico. La sensación molesta de calor coincidió con el fallecimiento de su padre. No explica cuál es su profesión. Frente a algunas preguntas parece como si midiese bien la respuesta. No resulta un paciente fácil, se contiene, no permite conectar con la empatía que yo busco establecer, pero la actitud es correcta. Dirigía una empresa de 3 empleados y recientemente la ha cambiado por otra donde trabajan 25 personas. No, lo lleva bien, el nuevo trabajo no le desborda, puesto que él sabe manejar a las personas, y además, profesionalmente ha mejorado con el cambio. Descansa durante muchas horas y las duerme bien. Tampoco se encuentra más cansado de la cuenta, ni se siente triste en algún momento. No está irritable. Ante las respuestas que proporciona a mis preguntas presiento que tendré que escribir en la historia “Interrogatorio Psiquiátrico Negativo” (IPN). Pero, terminado el corto interrogatorio sistematizado, tengo que utilizar preguntas raras, al azar, y asiente en que no se encuentra distendido con la gente. De más joven, él no era así. De vez en cuando, por ejemplo, tiene que asistir a reuniones de negocios en Londres; disfruta dis-

cutiendo sobre trabajo con sus colegas de allá, pero odia las comidas de trabajo y las cenas oficiales que le obligan a permanecer en estrecha relación con otras personas (esposas de compañeros, cargos oficiales extraprofesionales) hablando de banalidades. Dice que en estas ocasiones se esfuerza, y lo consigue, en hablar mucho, “por los codos”, porque tiene que hacerlo, pero que, si pudiera, se abstendría de asistir. No, no es por el idioma, en las reuniones en Barcelona le sucede lo mismo. Sólo está a pleno gusto cuando se encuentra solo. En los últimos años ha ido desprendiéndose de sus amigos. La única persona que tolera es a su esposa, que le ha acompañado a la visita, y asiste, atenta, pero en estricto silencio, a la entrevista. Si los términos de mi visita la han podido sorprender, ella no lo ha manifestado con ninguna expresión.

Le explico que la discomunicación es síntoma de estado depresivo. Replica que sabe lo que es una depresión porque antes de casarse estuvo un período de tiempo “pensando a todas horas en encontrar un modo efectivo de suicidarse”. Y que ahora no está deprimido. No, cuando lo estuvo no buscó ayuda médica. Ahora sabe que sus ideas autolíticas de entonces “eran un cuento pasajero suyo, actualmente ya es consciente de que él es muy complicado”. La discomunicación actual le resulta más molesta, porque interfiere en su calidad de vida, en las relaciones con la familia y en su rendimiento profesional. Le aclaro que se trata de una

depresión enmascarada, que está deprimido aunque no se sienta triste, que disponemos de medicamentos con menos efectos secundarios que la amitriptilina, y que conseguiré hacerle encontrar bien. Le receto fluoxetina, y cuando lleve 7 días tomándolo, doblará la dosis. Si rechaza las cápsulas que le van a ofrecer en la farmacia y exige comprimidos, podrá iniciar la dosis con medio comprimido, y así si sufriera efectos secundarios digestivos o de somnolencia, éstos serían menores. En las áreas cutáneas donde refiere el calor no consigo observar ningún signo patológico.

Tal como convenido, a los 45 días regresa el paciente. A todos los enfermos a los que receto psicofármacos les solicito que llaman por teléfono, que vuelvan, pero pocos lo hacen. Este sí lo hace. La sensación de calor ha desaparecido. Dice que antes de venir a mí se encontraba bien, él mismo, no de la piel, pero que ahora se encuentra mejor. Tolerar la medicación. Se queja de sequedad de boca, que le recuerda la época en que se medicaba con amitriptilina. Que aumente la dosis a 40 mg diarios de fluoxetina. Le explico al paciente que la química sólo sirve para que se encuentre bien ya desde el primer momento. Que “nos han hecho muy complicados”, y que lo suyo es algo más que una simple depresión típica que responde bien a unos fármacos antidepressivos. Que debe acudir al psiquiatra para que le encuentre un psicólogo apropiado a su estado de ánimo alterado.

COMENTARIO

1) Este enfermo ha tenido poca suerte con los médicos. 2) El primer dermatólogo con el que consultó quizá no realizó un diagnóstico correcto. Pero los otros dos sí se percataron de que efectivamente no tenía nada cutáneo, y que sus sensaciones eran exclusivamente psicógenas. Pero se comportaron como si el manejo de este enfermo no les incumbiera a ellos. Un dermatólogo debe ser capaz de administrar un ansiolítico y un antidepressivo. Sorprende que ninguno de los seis médicos consultados, tres neurocirujanos y tres neurólogos, le diagnosticara un trastorno del área psíquica, al menos ninguno de ellos se lo comentó. Quizá el paciente habría rechazado en un primer momento acudir a un psiquiatra, pero,

posiblemente, más adelante lo hubiera aceptado. Seguro que estos compañeros dermatólogos aplicarían al máximo sus habilidades para el tratamiento de un epiteloma basocelular inicial periorificial, y que también se autoinculparían por no saber diagnosticar una rosada atípica. Y, aún hay que aceptar que, a falta de pericia de ellos, estos dos procesos cutáneos objetivos los habría diagnosticado o resuelto otro dermatólogo en consultas posteriores. En cambio al enfermo de esta historia sólo lo podía ayudar un especialista de la piel, porque el paciente se quejaba de la piel. Los pacientes suelen aceptar al psiquiatra después de una serie de visitas con el dermatólogo en las que la mejoría de su estado cutáneo

conseguida con psicofármacos, les convence de la real génesis de su mal. 3) La discomunicación, o sea, no hallarse a gusto entre otras personas, cuando no están unidas por un trabajo común, es síntoma de depresión nerviosa. 4) Posiblemente durante los últimos años el enfermo ha construido mental pero inconscientemente un mecanismo de conducta erróneo (trastorno de con-

ducta). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, a dosis doble, pueden resultar efectivos en él como antidepressivo. Puesto que puede tratarse de una recidiva de depresión, el tratamiento debe mantenerse durante unos tres años. Los psiquiatras están de acuerdo que las segundas recidivas de estados depresivos deben ser tratados de por vida.

ABANDONÓ LOS ESTUDIOS

Chica de 19 años en cuya historia clínica compruebo que a los 16 había venido acompañada por su madre a consultar por unos eccemas numulares en los hombros. También mostró un acné leve, moderadamente excoriado, y asimismo excoriaciones en dorso de manos provocadas por pellizcos autoprovocados, tal como su madre explicó.

Hoy viene por un eccema irritativo peribucal, que la paciente no deja de tocarse con los dedos y con la lengua. Compruebo que sigue teniendo pápulas mínimas de acné excoriado, evidentes sobre todo en la frente. En las manos no encuentro lesiones autoprovocadas. Siendo las excoriaciones generalmente consideradas como psicocutáneas, debo practicar un interrogatorio psiquiátrico, pero puesto que su aspecto es de tímida, intento que las primeras preguntas resulten empáticas.

Había estado estudiando Ciencias empresariales, y lo ha dejado. Más tarde aclararé que no conseguía aprobar las asignaturas. Ahora trabaja, me dice, mientras señala a su madre. Pienso de entrada que está trabajando con ella, y que se excoria sus pústulas porque no se avienen las dos. Es un interrogatorio difícil, porque le cuesta mucho precisar. Frente a bastantes de mis preguntas sonrío y se encoge de hombros. Me sorprende que a una de ellas, puramente de cortesía amistosa, conteste que lo que más le gusta es estudiar. Miro, dudando, a la madre, que me advierte que, en realidad, parece como si echara a faltar la buena vida de estudiante comparada con la actual de trabajo. Pero a pesar de esta aclaración, observo que la madre no interviene mucho, la deja con sus dificultades de respuesta, de lo cual deduzco que quizá en el trabajo tampoco la presione demasiado.

Su padre montó un negocio de venta y reparación de televisores, él trabaja en el taller, la madre atiende la tienda, la chica está de recepcionista. Aparenta mayor niñez de la que corresponde a sus 19 años. Esto y su llamativa timidez me sugiere la posibilidad de un proceso depresivo en ella, por lo que inicio el interrogatorio específico, que resulta esclarecedor.

Sufre insomnio de conciliación, le cuesta una o dos horas conciliar el sueño, aunque después duerme bien durante toda la noche. Se despierta cansada, y el cansancio no desaparece en media hora, sino que puede durar toda la mañana. A media tarde se anima. Sí, tiene ganas de llorar, pero no llora, y aunque le cueste mucho precisarlo, la mitad de los días se encuentra chafada. Las amigas de curso la venían a buscar, pero los fines de semana prefiere pasarlos en casa con sus padres, aunque en casa tampoco está bien, advierte la madre. Si en uno de los platos de las balanzas colocara sus ganas de llorar, y en el otro plato su irritabilidad, tiene claro que pesaría más el plato de la tristeza.

El diagnóstico de estado depresivo en una adolescente, que he sospechado por respuestas y actitudes contradictorias, se ha confirmado con el interrogatorio. La madre se sorprende del diagnóstico de depresión, que expongo con eufemismos, pero lo acepta. Le receto citalopram, medio comprimido durante los primeros 3 días, y si los tolera, después ya deberá tomar uno entero.

Durante 6 meses. Seleccione este depresivo como estimulante, sin efecto sedante, porque, en el interrogatorio, en el “plato de balanzas de la irritación”, no ha aplicado peso alguno. El inductor de sueño zolpidem, media o una por la noche, le resultará útil. Debería tele-

fonar si aparecieran intolerancias. Que lo haga, le advierto, porque si no tolerase citalopram, se le cambiaría por otro (sería sertralina). Que consulte de nuevo dentro de 3 a 5 semanas (antes, el antidepressivo no ejercería su efecto).

COMENTARIO

Los estados depresivos de los niños, adolescentes y ancianos suelen ser difíciles de sospechar, porque los síntomas se confunden con alteraciones que se suponen propias de estas edades. La sospecha de posible alteración psiquiátrica ha sido facilitada por la naturaleza de la dermatosis consultada, y se ha reforzado por la discordancia entre la historia y las respuestas de madre e hija. La sospecha de estado depresivo se ha establecido por la extraña timidez con que daba las explicaciones. Una vez sospechada alteración psiquiátrica y trastorno depresivo, el diagnóstico confirmatorio ha resultado automático por el interrogatorio. En este caso las respuestas han sido típicas. Incluso sufre discomunicación (no se encuentra a gusto con las compañeras). No tengo duda de que necesita tratamiento medicamentoso. Aunque

por las excoriaciones en la primera visita no fui capaz de sospecharlo, ya entonces sufriría la paciente un trastorno depresivo que no se ha modificado en estos tres años, en los que, a esta edad, tanto cambian las circunstancias. Considero que si en la próxima visita se encuentra mejor, tanto ella como la madre van a aceptar que “un psiquiatra entiende más sobre los medicamentos que le han aportado mejoría”, y él establecería el tiempo de tratamiento necesario, que, puesto que su estado dura como mínimo desde hace tres años, verosíblemente deberá ser largo. Posiblemente el tratamiento le aumente la facultad de concentración, con lo cual pueda reanudar sus estudios interrumpidos, ahora que ya sabe que también hay que aplicar esfuerzos en un ambiente laboral.

TODO ESTÁ BAJO CONTROL

Varón de 37 años, en la historia clínica del cual figura una consulta, cuatro años antes, por eccema ‘seborráico’ de la cara, con abundante descamación del cuero cabelludo y múltiples signos de psoriasis oculta. Hoy viene porque se le cae el cabello.

Mientras, con exagerados términos, describe cuánto pelo se le cae cada día, yo pienso que esta edad suya no es la frecuente para empezar a consultar por alopecia. Repaso otra vez las líneas de la visita anterior en la ficha, y no encuentro ninguna referencia al cabello.

“De unos diez a doce todos los días”, dice, marcando con énfasis la cifra, para que yo aprecie cuántos son en verdad. Una vez se ha explayado en sus quejas sobre la caída de cabello, pasa a dolerse de que mis champús, que tan buen resultado le habían estado proporcionando hasta ahora, han dejado de actuar, y que no hay manera de que le libren de su caspa.

Es un hombre bien vestido, con corbata a pesar de que estamos a finales de julio, la suya y la mía serán las únicas que habrán estado en este despacho en la tarde de hoy. Le pregunto sobre un eventual tratamiento medicamentoso por cuestiones extracutáneas al cual pueda haber estado sometido, pero no lo hay. Pronto se termina con el interrogatorio en un hombre; no le voy a cuestionar la ferritina, y acontecimientos desagradables o estresantes en la familia o en el trabajo no los ha habido tampoco, según ha dicho.

A la exploración compruebo que hay menos densidad de cabello de lo que parecía, y que el cuero cabelludo se

.....

mantiene cubierto de una capa de engrudo amarronado que en parte envuelve mechones de cabello. A la prueba del tirón siguen la mayor parte de los cabellos de los que tiro, que quedan entre mis dedos. Sólo en este momento me doy cuenta de que se trata de una pelada difusa, sin áreas alopécicas, o al menos sin que hoy puedan ser evidenciadas. Dentro de unos quince días probablemente se habrán formado múltiples y grandes capas, y el aspecto será lastimoso. A ver cuándo encontraré el momento y sobre todo la forma, que no resulte alarmante, de advertírselo.

Será una pelada difusa, en la que no encuentro pelos peládicos, que costarían de reconocer dentro del sucio emplastro seboreico, o será un defludio telógeno. Antes de un mes, quizá dentro de dos semanas, el diagnóstico será evidente. Ahora entiendo la vehemencia de sus explicaciones sobre su pérdida de cabellos, que es real y, que en el momento inicial no valoré, atento sólo en aclarar si se trataba de una androgenética masculina tardía o no.

Fiel a la norma de que hay que explicarle cuanto más pronto mejor en la visita a un paciente con alopecia areata que el pelo vuelve a salir siempre, así lo hago. “Sí, también para él esta seguridad resulta válida. El problema no es que no vuelva a salir, que seguro que lo hará, sino los meses que tardará en hacerlo. De tres a seis meses, no más”, miento hoy, que tiempo de sobra habrá para admitir que me quedé corto.

Si es una pelada, el diagnóstico ya me obliga a aceptar una muy posible disfunción psicológica, y así inicio el interrogatorio específico. Contesta a todo que está muy bien, que duerme sin problemas, que no se encuentra cansado, rinde con eficacia en el trabajo, donde todo está bajo control, no tiene cuestión de ningún tipo que le inquiete; las relaciones con los hijos bien, y con la esposa aún mejor; con los padres y con los suegros existe un estado de armonía independiente. Por las preguntas del interrogatorio los pacientes suelen explicar una buena parte de sus inquietudes y afanes, porque tienden a querer ofrecer el por qué de sus formas de sentir y de reaccionar.

Pero éste no ha explicado nada alterado, tanto que la perfección de su estado me suena a falsa, a pura educación, como si hubiera interpretado el interrogatorio como fórmulas de cortesía. Le tengo que preguntar directa-

mente qué hace. Es el director de una oficina de una caja de ahorros. Según él, el trabajo le va bien.

Sé por otros pacientes, gerentes de cajas, que han llegado a sincerarse de cuánto han cambiado las exigencias ligadas a estos puestos, comparadas con las canojías de un bien retribuido poco hacer de antaño, y cómo desde las alturas son presionados para que cada año aumente el número de pólizas de socios nuevos de su oficina, y que ésta es una exigencia sin fin, puesto que cuando en diciembre hayan conseguido la cifra, incluso habiendo tenido que ofrecer a algunos indecisos clientes condiciones que rozan la ilegalidad, serán azuzados para un aumento de un 20% de nuevas pólizas a conseguir en el próximo año. Y así sin parar. No es de extrañar, que cuando venciendo el año próximo, falte sólo un nuevo cliente, y éste no se consiga incorporar para alcanzar la cifra exigida, se pueda llegar a ofrecer al indeciso un dividendo que a lo largo del año se irá extrayendo mensualmente del propio sueldo. Cuando al fin se descubre la irregularidad, algunos de los suicidios cometidos pueden ser desencadenados por ello, pero la víctima llevaba años sometido a un proceso creciente de ansiedad y a la sensación opresora de sentirse continuamente atrapado.

Con este paciente de la pelada, tardaré en darme cuenta de que en mi despacho se siente como en el de uno de sus superiores, y que por tanto no me está presentando la realidad de su estado, sino la faceta ejecutiva que él considera que tiene que ofrecer oficialmente, de puertas afuera.

Debo explicarle esto bien, intentando no ofenderle. Que “él desde luego es muy capaz de sobreponerse”, y de no tolerarse días de baja forma, pero que hoy, aquí en mi despacho de médico, toda mi persona y mi saber están al servicio de su bienestar, y que no se trata de explicar lo bien que consigue superarse, sino de lo que siente en su interior, tal como surgen espontáneamente los sentimientos.

Vuelvo a repetir el interrogatorio, esta vez empezaré preguntando por las relaciones con la esposa, que posiblemente serán buenas, y así posiblemente se establezca un mínimo de empatía, y se despoje de su aspecto de cortés y sonrisa profesional. Que se libre de la chaqueta, que estará más cómodo. Dice que no, está bien así, gracias. Voy hasta él y agarrándole suavemente por la solapa, le

digo “haga el favor, así me sentiré yo más cómodo, hágalo usted por mí”. “Bueno, si es así, vale pues.” Se la quita. Si yo no llevara corbata, le invitaría a desprenderse de ella también. (Los símbolos en la especie humana). “La esposa, bien”, aunque pronto aparecerá que ella en realidad no ha conseguido nunca entender que él no disponga de mayores horas libres para dedicárselas. De qué le sirve a ella un buen sueldo si de noche no pueden ir a cenar con amigos o al teatro, ya que él o se queda en la oficina, o llega a casa cansado y sin humor. Los hijos realmente

bien, pero concede que el tercero le da problemas. Reservo para el final las preguntas sobre el trabajo, que temo pueda constituir la esfera psíquica donde él elabore su malestar psicológico. Duerme con pastillas, y, como resumen del interrogatorio, está ansioso. No consigo evidenciar un estado depresivo.

No parece que la dirección se ensañe particularmente con él, como lo hace con otras oficinas, pero él sabe que la suya tendría que captar más clientes. El resto de la historia no difiere de la de otros pacientes con peladas.

COMENTARIO

El carisma que la profesión nos otorga a los médicos constituye una ventaja importante a la hora de atender a nuestros pacientes. Una parte de nuestro carisma se basa en el hecho cierto de que un enfermo tiene ganas de curarse, o de encontrarse mejor, y por tanto tiene la necesidad de creer que el médico puede conseguirlo.

Uno de mis mejores amigos es el Prof. Dr. Georg Brehm, dermatólogo, con el que, junto con la que después se convertiría en su esposa, la Dra. Ilse Käppel, compartimos estrechamente 5 años en Tübingen, en la clínica de Heinrich Adolf Gottron. Además de mucha Dermatología, Georg sabía de todo, desde la historia de las religiones hasta astronomía, dominaba las lenguas occidentales, y la mayoría de las centroeuropeas, incluido el ruso y el lituano. He estado recientemente en la fiesta de aniversario de sus 75 años. Él y Ilse me enseñaron el *Hochdeutsch* no académico que sé, después de haber llegado yo allí con justos conocimientos para poder entender los artículos de *Hautarzt*.

Aquellos, entre 1955 y 1960, fueron unos años difíciles, tanto allí, recién terminada la II Gran Guerra, como aquí en casa, pero lo serían sólo para los de nuestro entorno, porque nosotros, que éramos jóvenes, no teníamos nada pero

nos conformábamos con lo que había, porque los tres todavía habíamos tenido menos antes. En las jerarquías entre nosotros, ellos eran los listos, por el idioma y por estar en casa, y yo el que no lo era tanto. Pues bien, en esta situación, las pocas veces que Georg se sintió mal, prefirió mi diagnóstico, mis opiniones y mi terapéutica a las suyas. Sólo porque él no se encontraba bien. La base de mi carisma radicaba en su enfermedad, y no en mis habilidades curativas. Su malestar le obligaba a considerar que yo podía hacerle encontrar mejor.

En algunos pacientes el carisma puede provocar unos efectos secundarios inesperados. Como el del enfermo de esta historia, que, colocándome él a un nivel por encima del suyo, me consideró como un superior dentro de su escalafón jerárquico.

Otros pacientes, cuando son interrogados pueden comportarse como él, expresando no lo que sienten, aquello detrás de lo cual andamos nosotros, sino el resultado de su esfuerzo en sobreponerse a sus temperamentos, humores y malestares. Algunos de los que así proceden, corresponden a lo que llamamos ejecutivos. Unos lo son, y otros pretenden serlo e intentan comportarse como tales.

PELO SUCIO

Varón joven de 25 años, médico, que prepara el MIR. Consulta por alopecia.

Prescinde bruscamente de mis comentarios de empatía sobre las dificultades que todos nos hemos encontrado al llegar a la ansiada meta de fin de la

carrera. Llama directamente mi atención sobre el pelo que se le está cayendo. Pienso todavía que consulta por alopecia, pero corta con impaciencia mi sistematizado

interrogatorio sobre los antecedentes de calvicie en la familia, e insiste en que dirija mi atención a lo que a él le inquieta, que es el cabello, que se le está cayendo. Puesto que le parece que yo no lo entiendo, y constataré luego que en esto llevaba razón, coloca las manos por encima de su cabeza y con los dedos señalando a los cabellos, vuelve inmediatamente a quejarse de que se le caen. Mientras tanto, su vista está fija en la mía, y, sorprendido por su comportamiento, percibo claramente que no me escucha.

Bien, prescindamos del interrogatorio, y vamos a observárselo. Tiene unas avanzadas entradas y una intensa alopecia vertical, y en la zona interparietal ya se ve muy poco cabello. El grado de calvicie es evidente. Por pura rutina compruebo el espesor del área occipital, para saber la densidad de cabello que tenía de muchacho, y lo comparo con la escasa densidad de la zona interparietal. Me llama la atención lo sucio que mantiene el pelo. El cuero cabelludo está recubierto por una gruesa e irregular capa de engrudo gris, oscuro y aceitoso. Me parece que con la uña sería posible despegar una porción gruesa de él. Voy a ver si esto es posible, pero él retira bruscamente la cabeza al percibir mi propósito. En este engrudo existen, mantenidos por la capa de suciedad, un número elevado de cabellos que se adivinan en telógeno.

No es el primer enfermo, con motivos diferentes de consulta, que retira con brusquedad del alcance de mis manos exploratorias la zona cutánea por la que ha venido a visitarse. Algunos, porque tendrán muy dolorida la zona por la que consultan, como los que vienen por una verruga plantar inflamada por un tratamiento tópico cáustico, que extienden rápidamente la mano para proteger el pie de un temido apretón. Y en éstos, su miedo es comprensible. Pero los que retiran bruscamente el miembro, o la cabeza, suelen ser adolescentes de entre 15 y 21 o 22 años. Y también algunos viejos, que creen que la edad les otorga el derecho de comportarse sin contenciones. Unos y otros, por sus comportamientos, resultan sorprendentes en consulta. Y como a tales, les puede ser aplicado mi aforismo de que “un paciente de apariencia o explicaciones extrañas, diferentes de las del resto de enfermos que consultan por el mismo proceso, o está bajo tratamiento psiquiátrico o hay que considerar la necesidad de someterlo a él”. Este

chico, ya prácticamente calvo, con su comportamiento tan llamativo me hace deducir que tiene algún problema psiquiátrico. ¿Será un obsesivo? ¿De qué intensidad?

Intento reanudar el interrogatorio psiquiátrico, y aunque con escaso interés, el paciente colabora. Duerme bien, está ansioso, pero no alcanzo a determinar que esté deprimido. Le pregunto si es ordenado, puntual, si le han dicho que es perfeccionista, si se exige mucho a sí mismo. Sus respuestas no son claras, se ha cansado de este interrogatorio, ya no me escucha. ¿Qué tal las notas de la carrera? Medianas, dice, pero no ha perdido ningún curso. Más por su exagerado comportamiento, en su caso, que por las escasas respuestas obtenidas al interrogatorio, decido que es un obsesivo, al menos por lo que respecta a la alopecia. Me detengo un momento a meditarlo. Él, con sus ojos muy abiertos y fijos en mí, se detiene también y respeta mi silencio. Considero que va a ser inútil intentar dialogar con él. El día anterior había venido un chico de 15 años, acompañado de su madre, a preguntarme cuándo se le quitaría lo de la lengua, que resultó ser una glositis geográfica; el chico había sido visitado años antes por un psiquiatra. La madre no acertó a darme el diagnóstico psiquiátrico, cuando se lo pregunté, pero admitió que sí, que obsesivo era el término usado por el especialista. A este chico le atendí en sus quejas, le hablé, le expliqué. Terminamos la madre y yo muy cansados, y al salir del despacho, ella con las manos en la cabeza, “este chico ¡me tiene harta!”, él seguía repitiendo como pregunta/respuesta de tipo único a todas mis peroraciones “bien, y a mí ¿cuándo se me va quitar esto de la lengua?”.

Hoy, quizá impactado aún por el obsesivo de la lengua, no me siento capaz de intentar ningún esfuerzo más con el del engrudo en la cabeza, y sin comentario alguno le receto minoxidil, y paroxetina. Empezará con medio comprimido para reducir la intensidad de la somnolencia, si ésta apareciera. A los tres días ya podría tomar uno entero, y a los 15 días, si los tolera, tomará dos comprimidos. Pienso que para alcanzar la dosis de tres comprimidos y para asociarlos a cloripramina, ya tendremos tiempo. Por el efecto sedante de este antidepresivo me abstengo por el momento de darle clorazepato. Antes de aplicar minoxidil, pero, le recomiendo,

tiene que lavarse el pelo. Si aparecen intolerancias no previstas al psicotropo puede llamar. “No tienes por qué volver antes de 4 meses, que es el tiempo que tarda el minoxidil en evidenciar su efecto”. A todos los que consultan por calvicie los dermatólogos les hacemos esta misma advertencia.

Vuelve al día siguiente, a las 3 de la tarde, la persona que le ha abierto la puerta me advertirá que no quería entrar en la sala de espera, que buscaba el despacho directamente. “¿Es que no está el doctor en casa?”. Le atiende en seguida, no se disculpa por su presencia, no se siente tal como le indico, no me deja sentar a mí, y exclama alarmado que se le sigue cayendo el cabello. Sigue con su capa de engrudo. Replica que sí se lo ha lavado, que lo ha hecho durante mucho rato, y con abundancia de jabón. Le acepto que puede haberse aplicado jabón en la cabeza, pero que no se la ha lavado; le

doy explicaciones sobre cabellos en telógeno, sobre el recambio fisiológico, repito que los que tiene inactivos se le tienen que caer de todos modos. Que no vuelva, mientras no haya conseguido dejar limpia la cabeza lisa como el dorso de la mano. De nuevo vuelve al día siguiente, a la misma hora, con las mismas prisas, y las mismas ansias, esta vez acompañado de su padre. Este es un hombre calmado, razonable, que le repite los mismos argumentos que yo he usado los días antes con él. Que cuando se aplica jabón en la cabeza, lo hace con un cuidado exquisito de que no se le mueva la capa de suciedad que retiene los cabellos muertos. Acepta que esta mañana sí ha tomado los psicotropos. No sabe contestar si los tolera. El padre no ha hecho ningún comentario que me permita deducir si a menudo adopta estos comportamientos extraños, aplicados a otras esferas de su persona. No he sabido nada más de él.

COMENTARIO

No es el primer alopecico obsesivo que visito. Los casos más típicos suelen ser chicos jóvenes de unos 18 a 23 años. En la mayoría de ellos he llegado a la evidencia de que en el momento preciso de su consulta no les preocupa la calvicie en sí, que les resulta un futuro indiferente, más allá del alcance de su preocupación actual, sino que proyectan toda su problemática en la comprobación de la caída de un nuevo cabello, a la que otorgan un valor absoluto. Suelen venir, como ha hecho este paciente, con la cabeza muy sucia, cubierta de una capa gruesa y negra de engrudo medio seco. Resulta llamativo que afirmen con seriedad que se lavan el pelo todos los días con agua y jabón. La realidad es que se cuidan mucho de que no se mueva el emplasto. Los resultados de la conducta de algu-

nos obsesivos graves pueden confundirse con los de esquizofrénicos, advierten los psiquiatras. Los esquizofrénicos no son conscientes del trastorno mental existente en lo que hacen, mientras que el obsesivo está angustiado por hacer aquello que no puede dejar de hacer. Suelen ser enfermos con alborotadas urgencias, que constituyen densas y agitadas visitas, dentro de las sosegadas consultas de nuestros despachos. Pronto dejan de acudir, supongo que cuando todos los cabellos en telógeno se quedan pegados sobre una almohada. Desde luego el tiempo que tarda, de 20 a 30 días, en actuar una dosis antiobsesiva de cualquier antidepresivo, es un tiempo de duración excesiva para estos pacientes.

MI MÁS TEMIDA VISITA

Se trata de una mujer que en la actualidad tiene 66 años, que me fue transferida hace 30 por un psiquiatra, por unos problemas en la cara, de los que proporciona explicaciones con terminología casi erudita, con frases como “por un lado bien es verdad que la piel..., pero por otro lado... o permítame que se lo diga de otra manera...”. “Ya sé que usted sabe, pero usted me va dejar que se lo cuente a mi manera...”, etc.

Destacaba, ya en la primera visita, la desproporción entre lo que explicaba de la piel de su cara y lo poco que se podía objetivar en ella. La impresión de trastorno psicológico subyacente resultaba impactante, incluso en un momento de mi proceso evolutivo profesional en el que yo todavía no estaba tan perceptivo con los aspectos psiquiátricos de los enfermos. Sus lesiones cutáneas fueron de difícil precisión objetiva, pero a lo largo del tiempo se fueron evidenciando como una leve rosácea seborreica con ocasionales discretos brotes de irritación. La paciente solía vestir llamativamente, zapatos rosa con lazos dorados en los empeines y tacones de aguja, y vestida y maquillada con colores más bien de gusto inglés, modales de educación exquisita, y ningún recato en el autoelogio de sus pretendidos encantos físicos e intelectuales.

Al principio venía unas cuatro veces al año, después moderó su ritmo, quizá cada 8 o 10 meses, y ahora lo hace muy rara vez.

La madre condiciona unas largas visitas y resulta una paciente pesada. “Telefoné la Sra. X y hoy nos toca visitarla” constituyó durante años un anuncio que hacía descender el buen humor de todos en la consulta. Una vez terminada la entrevista, muchas veces no he conseguido saber el motivo de la consulta del día. Por lo que dice, médicos de otras especialidades comparten la misma suerte. Sé que tiene un nuevo psiquiatra, porque aquél falleció; es visitada también por su internista y por un oftalmólogo, por una queratoconjuntivitis intensa rosácea, y habla también a menudo de su ginecólogo y de los problemas que con él consulta. Hace años que anoto muy poca cosa en su ficha, pero ella se acuerda muy bien de todo lo que me ha dicho, y sobre todo de lo que yo le he dicho a ella. No quiere enterarse de lo agobiante que es. Días hay que deduzco que sí es consciente de ello, pero actúa como habiendo decidido que prefiere ceder a sus impulsos que a contrariarse a sí misma comportándose sin resultar molesta. Al princi-

pio me equivoqué pensando que sus consideraciones necesitaban respuesta. Cualquier intento de hacerle ir más aprisa en sus explicaciones o de que precise mejor algo en ellas, halla su pétrea resistencia y la rígida adherencia a lo que parece ser su programa de aquella entrevista. Han pasado los años, hemos envejecido juntos, y sus pautas de conducta han permanecido intactas. No quiere encontrar la forma de terminar la visita, y ello resulta la única violencia que debo imponer cada vez, juego en el que entra. Aunque, indefectiblemente con la puerta ya abierta, dará media vuelta para hacerme otra advertencia, y dos horas más tarde, o al día siguiente, va a telefonar para una última cuestión que no me habría quedado a mí suficientemente aclarada. Algunas veces una consulta ha ido seguida de tres llamadas telefónicas. Después que yo la haya despedido, al hacer entrar la siguiente visita en mi despacho, sabemos todos que seguirá otro largo monólogo con mi esposa secretaria. La persona de casa que da las horas convenidas la reconoce por su forma de hablar como torrente sin control, y ahora ya por su voz, y también le huye, porque, aparte de mantener bloqueado el teléfono, la imposibilita para otros quehaceres.

He aquí un ejemplo de lo que constituye una entrevista con ella: “Le tengo toda la confianza a usted, y necesito que me precise cómo lo debo hacer, y haré exactamente lo que usted me ordene, porque yo no soy de aquéllas que... que si mi leche de limpieza me la aplico antes o después de su crema de la noche, porque en la tienda de Andorra donde la adquirí, y que conste que es una buena tienda, porque... Que me diga si con el jarabe que me manda para frotarme la cara puedo ir a la piscina o si lo tengo que eliminar antes, y si el anti-solar que me recomienda... Qué hago con la crema que me he puesto por la mañana cuando a las once voy al solarium, no es que lo tome mucho, porque... ¿Cómo me lavo la cara por la mañana, qué es lo primero que hago?... porque ya verá usted, precisemos: yo me

levanto y me saco el camisón, porque ya sabe usted que las señoras... ustedes, los señores, en cambio... Porque, a usted se lo puedo explicar, porque el médico es como el confesor, yo no duermo con mi marido, y que conste que es un santo, porque mi ginecólogo dice que mis mucosas... porque usted ya un día me explicó que mi piel es muy delicada, que no soporta fricciones excesivas, y que... Esta leche de limpieza que hoy me receta, en lugar de la que he estado usando hasta ahora, y esto no me gusta nada, porque usted me recomendó al principio de nuestras entrevistas... yo la había estado usando religiosamente, porque defectos puedo tener yo, pero seguir escrupulosamente las indicaciones de los médicos en los que yo pongo mi confianza, esto sí lo hago..., necesito que me precise si con movimientos circulares o de abajo arriba, para que penetre más... El Dr. X es como usted, muy serio, muy atento, y sobre todo me conoce de toda la vida, porque cuando yo..." "Usted un día usted me regañó al decirme... y yo no lo merecía, porque..." "Por qué me dice hoy que no tienen importancia estas rojeces, cuando en visitas previas..." "No esto no es así, porque un día en que usted no mantuvo conmigo la delicadeza que suele tener y que yo necesito siempre, etc.

En ocasiones otorga mucha atención a una discreta cuperosis y, en cambio, no se queja de unas ostensibles hiperchromias faciales de verano. Sé que ha sufrido estados depresivos, en la actualidad está bajo tratamiento por el psiquiatra con dos ansiolíticos, y se mantiene

extremadamente fiel a sus médicos selectivos, sin cambiar ni un ápice el orden meticuloso externo en el que parece que necesita apoyar sus procesos mentales. En una ocasión acudió con un problema objetivo, una verruga seborreica, y me pareció que esta bendita lesión real permitiría una visita normal, pero, una vez más, me sorprendió. Antes de dejarla coagular, hizo de ella un motivo perfecto para condescenderse a sus impulsiones y explicar durante más de media hora las complicadas relaciones que en su cara establecían una rosácea y una verruga seborreica.

Estaba siendo tratada por un psiquiatra, que es el que me la transfirió. (Este antecedente se conoce con el nombre de "etiqueta psiquiátrica", y posee gran valor como ayuda diagnóstica, porque estos enfermos, de forma parecida a como lo hacen los atópicos, suelen ser fieles a su patología). Aparte de la citada etiqueta, desde el primer día me resultó evidente que era una enferma psiquiátrica, pero al principio, hace 30 años, no conseguí clasificarla. Deprimida no lo parecía, tenía un cierto grado de ansiedad, pero lo suyo era demasiado especial y caricaturesco. El día que aprendí que era una obsesiva, aclaré el diagnóstico de un grupo de pacientes parecidas a ella. De su boca, gracias a sus suaves, largas y pesadas disquisiciones, he entrado y conocido el campo de los enfermos obsesivos. Al principio, también, ante algunos otros enfermos, pensaba que sus modales y el tipo de su charla me recordaban a la Sra. X.

COMENTARIO

La Sra X. es una obsesiva compulsiva. Esta paciente acudió primero al psiquiatra que al dermatólogo. Supongo que el actual, como todos los demás médicos, la soporta como puede. Me parece adivinar que si le preguntara si nunca ha tomado clomipramina, o dosis dobles de ISRS, (fluoxetina, paroxetina, sertralina, etc.), me contestaría correctamente pero cortante, por inmiscuirme en un campo privado de fidelidad común a su psiquiatra. Afortunadamente, con ella no necesito inquietarme por un diagnóstico exacto, que otro ya cuida de ello. Me sobra con aguantar las consecuencias del mismo.

Un motivo de consulta frecuente en una buena parte de las obsesivas que visito es la rosácea seborreica irritada.

Los enfermos obsesivos compulsivos pueden presentar muchos grados de intensidad. Desde aquéllos que sólo lo sufren como un determinado proceso mental, pero sin que éste les disminuya ni su calidad de vida ni sus relaciones con los demás (y que se comportan extremadamente meticulosos en el trabajo que se les confía, ya se ha dicho que el mundo no funcionaría bien sin los obsesivos), hasta los que se creen en la necesidad de seguir cada día unos complicados rituales de orden, de limpieza, expresiones orales repetidas, ejercicios de

autosexualidad, que les impiden una normal vida de relación y incluso les dificulta el desarrollo de su profesión. (Ver la historia clínica “Manchas en la cara”). Sus ritos, representados en unos de manera pública, en otros de

modo más o menos oculto, pueden alcanzar de una a tres horas al día, y les suponen una pérdida de tiempo considerable.

ACNE EXCORIADO

Mujer de 33 años, que consulta por una erupción en el vientre, que a la observación compruebo que sólo es una franja de piel seca, con una discreta tendencia a la formación de eccemas numulariformes. Lleva un jersey corto, y la zona puede quedar al descubierto al efectuar ella algunos gestos.

Contesta que es comercial y que trabaja mucho tiempo en la calle. Le explico que sólo es consecuencia de piel seca y del frío de estos días de febrero. Pero puesto que aprecio poca patología para justificar una entrevista, le pregunto qué otra cosa tiene en la piel, y contesta que nada más. Por lo que yo estoy acostumbrado a atender, me parece poco, no era motivo suficiente para venir. Además, la impresión que producen sus vestidos, más bien sencillos, me hacen deducir que para el nivel socioeconómico que le supongo, la consulta de hoy puede resultar un lujo, y que algo más tiene que haber en ella que la haya traído a consultar. Dejo de observar la piel que me ha enseñado, y, todavía en la silla de exploración, porque pienso que habrá que observar alguna otra cosa, aunque, si la hay, aún no sé lo que pueda ser, la miro a ella, considerando estos otros aspectos.

Ha entrado en el despacho con una actitud excesivamente respetuosa, con prisas para ampararse, sentada y recogida, en el regazo del sillón, y lo que ha dicho ha sido expuesto lentamente, en voz baja y suave. Se adivina tensión debajo de sus modales contenidos. No sé si va maquillada, pero las cejas están delgadas y cuidadas. En este momento me doy cuenta de que en algunas zonas de la cara tiene múltiples lesiones, mínimas y de color amarillo oscuro, lesiones mínimas y semiapagadas de acné excoriado. La nimiedad del motivo de la consulta, piel seca en tiempo frío, que fácilmente hubiera podido solucionar con una crema cosmética, me ha provocado extrañeza. En pacientes que hacen o dicen cosas extrañas, o diferentes de lo que suelen decir otros pacientes de parecida edad, el

resultado de un interrogatorio psicopsiquiátrico suele proporcionar unos hallazgos, los comentarios francos de los cuales, o su tratamiento farmacológico, pueden resultarles beneficioso. La comprobación del acné excoriado convierte en segura la sospecha de alteración psiquiátrica, por cuanto tales lesiones se consideran psicodermatológicas. De todas maneras necesito el interrogatorio sistemático para saber el motivo por el que se excoria su acné.

Al final del mismo ha aparecido la historia reciente de su vida. Es diabética, tratada con cuatro inyecciones diarias de insulina. Su aspecto apagado, algo inhóspito y a la vez triste, me hace temer que sea soltera, pero le pregunto si tiene hijos. Tiene una niña de 6 años. Se separó hace 4 años. Sí, le desagrada que con regularidad tenga que contactar con el ex marido para entregarle la niña algunos fines de semana. Además, él tiene mucho dinero, le sobra. Contesta que la niña se queda al cuidado de la abuela materna todos los días, cuando ella va al trabajo. Su padre, con el que ella se sentía muy unida, falleció hace 6 meses. El problema es que no se lleva muy bien con su madre, “vamos, que se aborrecen las dos”. Pero así y todo le lleva la niña, “porque no le queda otro remedio”. “¿Le molesta a usted tener que hacer esto?” “Me hace sentir mal”. Lo hace todos los días. “Con mi madre nunca me he entendido bien”.

En este momento llaman a la puerta del despacho y entra un hombre joven al que me presenta como su compañero. Se trata de un chico que aparenta menor edad que ella, bien parecido, bien vestido, simpático, de desenvoltura normal y de modales educados, que se une

a la conversación y que expone atinadas observaciones y comentarios a mis preguntas. “Ella tiene muchos valores que no sabe reconocer, pero es demasiado sensible, todo le hace daño, además la vida le ha tratado mal”. Contesta que con el nuevo compañero van muy bien, a lo que él asienta con una inclinación de cabeza. Advierte él que pronto deberán separarse temporalmente, porque tiene que ir a Burdeos a preparar su tesis doctoral sobre enología. A mi mirada, contesta que no es tan lejos, que puede venir de vez en cuando.

El interrogatorio psiquiátrico hace aflorar un trastorno depresivo, enmascarado para ella misma, sin tris-

teza y sin alteraciones del sueño, pero con intensa sensación de cansancio. Ha reconocido la intención de algunas de las preguntas del mismo, y ha aclarado que, después de la separación matrimonial, fue tratada durante 6 meses por un psiquiatra de un estado depresivo, durante los cuales “vivió como una *zombie*, fueron 6 meses de su vida perdidos, de los que no le quedaron constancia”. Con tal comentario, ni le pregunto qué recuerdo guarda del psiquiatra, para saber si puedo retransferírsela. Desconoce la medicación, por la somnolencia supongo que sería un tricíclico, y decido recetarle sertralina.

COMENTARIO

El interrogatorio psiquiátrico de un enfermo, además de su misión específica, que es confirmar o rechazar la sospecha de alteración psiquiátrica, permite conocer los trazos más importantes de su historia.

El episodio actual depresivo posiblemente sea una recidiva enmascarada de la depresión reactiva que siguió a su separación matrimonial. El psiquiatra posiblemente la consideró como reacción a este, mucho menos grave que un trastorno endógeno, y en cuanto ella manifestó una mejoría, le retiraría la medicación. Pero ha recidivado.

Como primera recidiva que es, el tratamiento reinstaurado tiene que durar más de dos años. Se puede valorar que el conjunto de su vida actual no resulta halagüeño. ¿Qué piensa ella que va a suceder con la estancia de él en Francia?

Darrell Wilkinson ha manifestado que los estrujones que las chicas jóvenes se dan a sus lesiones de acné, en realidad se los quisieran hacer a sus madres. Suelen ser madres opresivas. En este caso, como en tantos otros, podría muy bien ser cierto.

PIEL QUEMANTE

En el Hospital Clínico de Barcelona invito por teléfono a un psiquiatra, con el que he tenido algunos años antes relaciones interdisciplinarias, a formar parte de una mesa redonda sobre “Manifestaciones dolorosas crónicas en Dermatología” para la II Reunión de AEDyP.

En el Servicio de Psiquiatría le llaman con respeto “el Sabio”, y yo celebro que acepte de nuevo colaborar conmigo. Aprovecha él la ocasión para preguntarme sobre un enfermo que me ha transferido hace unos días, y por la tarde del mismo día acude éste a visitarse. Se trata de un hombre de 46 años de apariencia agradable, quizá con un aspecto excesivamente preocupado, que con gestos de educada contención, empieza pidiendo permiso para explicar su historia.

Hace 13 meses tuvo la debilidad de un contacto sexual mercenario, y pocos días después de ello le apareció una intensa quemazón de toda la piel del organismo, de intensidad insoportable en cara anterior de tercio inferior de ambas piernas, pero que aún resultaba más molesta en palmas y plantas. Precisa muy bien, tanto en la topografía como en la explicación de las molestias. Es quemazón, no es prurito ni dolor. Acudió a tres dermatólogos, y uno de ellos, sin explicación

alguna, le administró hidroxicina, que le provocó una molesta somnolencia, mientras que el segundo diagnosticó un prurito colinérgico y admitió que efectivamente el medicamento de elección era la hidroxicina. Puesto que no la toleraba, se la sustituyó por un beta-bloqueante, que no le ayudó. El tercer dermatólogo le recetó una emulsión antipruriginosa, pero según explica el mismo paciente, advirtió por teléfono al médico de familia que le devolvía el enfermo para que le buscara un psiquiatra. Este resultó ser el que me lo manda a mí de consulta.

Acude con una nota en la que advierte que lo está tratando de un estado depresivo con una discreta ansiedad y con algunos rasgos obsesivos. Le administra paroxetina, que en un principio simultaneó con una mezcla de sulpiride y diacepam y con ketazolam 30 mg. Explica el enfermo que con ello mejoró mucho de su estado general, y tiene elogios para el psiquiatra, que comparto, vivamente, con él.

“Antes, yo no servía para nada”, hasta el punto de que tuvo que suspender su ejercicio profesional. Pero la piel quemante ha mejorado poco. En este mismo momento le está quemando, acepta. A la exploración encuentro múltiples signos de constitución atópica en la piel, así como de constitución psoriática, pero aparte de una discreta xerosis en tobillos y en la piel de cara anterior de la pierna, casi imperceptiblemente excoriada por rascado, no ofrece ninguna patología reconocida concreta. No ha efectuado ninguna referencia a analíticas de SIDA, ni a temores a los que estamos acostumbrados a oír los dermatólogos en enfermos con venerofobia. Es otro tipo de paciente. Dice que ahora sabe que no tiene nada en la piel. Viene sólo porque el psiquiatra, del que tan satisfecho está, lo ha mandado para que consulte la quemazón conmigo. En el curso de la exploración me señala puntos rubíes que le están apareciendo de modo alarmante para él. Algunas ansiosas me han hecho también referencia a sus puntos rubíes, pero previamente sólo había constatado este dato en mujeres.

El cabecera había considerado si la quemazón podía ser efecto secundario del antihipertensivo afa-1 post-sináptico doxazocina y lo sustituyó por amlodipino junto con losartan potásico. El enfermo también es tratado con gliclacida como antigluceciante oral.

Por fortuna, en este paciente con tanta participación psiquiátrica en su pretendida enfermedad cutánea, no tengo ni que sospechar, ni diagnosticar, ni prescribir un tratamiento específico. Un especialista lo ha hecho antes mejor. Con un jabón de nombre comercial que sugiere que no seca la piel y una loción emoliente para la xerosis habrá bastante. Los primeros 15 días puede aplicarse por las noches una crema de base Beeler con urea al 15% y resorcina al 3%, que le permitirá comprobar en seguida la mejoría de su xerosis, y con ello, la eficacia de su entrevista conmigo.

En un momento determinado declara que sabe que es algo obsesivo y que entiende que tiene que aceptar la quemazón que siente como castigo por su desliz sexual. Añade que está generando sentimientos de culpabilidad. En cuanto deja de hablar de su enfermedad, el paciente es cordial, simpático, se muestra culto sin ninguna afectación, y pienso que en su profesión tendrá que resultar efectivo.

Por la noche llamo al psiquiatra. Compruebo que sin consultar la ficha, recuerda todos los detalles del enfermo, como si no tuviera otro paciente más que a él. Sabe el nombre, la edad, y la profesión. Conoce las fechas en que introdujo las variaciones terapéuticas. Se explica con gran sencillez, y me escucha sin interrumpirme, al mismo tiempo que, en voz alta y como para sí mismo, me explica detalles terapéuticos de la paroxetina en comparación con otros ISRS (antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). De forma parecida a como sucede con este psiquiatra, en mi vida profesional he tenido la suerte de contactar con algunos otros médicos, dermatólogos o no, que al pedirles una aclaración, me la han proporcionado colmadamente, como pidiendo excusas por ello, y rezumando sabias enseñanzas, pero haciéndolo de tal manera que hacen parecer que están ellos aprendiendo de mí al formularles mi pregunta. Estos sabios con deseos de ayudar parece como si supieran perfectamente el porqué de mi duda, y ya aclaran otros puntos del tema, dando a entender que antes también ellos habían tropezado con las mismas dificultades. El psiquiatra terminará afirmando que presentía que en la piel el enfermo no tenía nada, pero que necesitaba una confirmación de especialista.

COMENTARIO

El dermatólogo que, al alcance de sus oídos, transfirió este enfermo al psiquiatra fue atrevido con ello, aunque en este caso su proceder resultó efectivo. Otro paciente podía haberlo rechazado y hubiera podido terminar

como enfermo perdido, sin médico alguno. Es de cuestionar si este paciente lo aceptó sin dificultad una vez hubo admitido que tenía que expiar su pretendida culpa.

OTRA MUJER EN CASA

Mujer de 26 años que, haciendo referencia a un eccema seborreico de la cara que casi no se puede apreciar, explica que se está tocando todo el día las mejillas y la nariz.

Ha efectuado varios intentos para empezar sus explicaciones, parece ser que ninguno de los que ha probado la satisfacen, y lo hace en un cierto desorden, de modo que conlleva esfuerzo seguirla. Repite que se toca la cara continuamente. Su comportamiento es correcto, de forma educada, a pesar de su exposición oral del desorden. Parece mayor, y viste y habla diferente de las demás, así que decido aplicarle el interrogatorio psiquiátrico sistemático.

Tiene un grado discreto de rosácea seborreica. Apenas hay pústulas, pero en el mentón se palpan unas lesiones microquísticas, que es la zona que se toca, dice. Insiste en que con las uñas se estruja los surcos nasogenianos, pero no consigo objetivizar ningún efecto de ello. Puesto que existe una discordancia entre lo que dice y lo que yo observo, intento concretar la realidad de sus explicaciones: “¿Se lo dicen en casa, que se está tocando demasiado la cara?” “Sí, y también mi compañero. Si usted me viera cuando salgo del cuarto de baño, tengo la cara encendida”. Le alargo un espejo de mano. “No, ahora yo tampoco puedo apreciar nada”. Me pregunto si será una obsesiva. Hasta el momento sólo sé de ella que tiene trabajo y novio. Pienso que el interrogatorio específico permitirá averiguar más detalles, y acaso permitirá conocer su estado psicológico.

Duerme muy bien, pretende que son pocas horas, aunque al hacerla precisar, son de 7 a 8. Sí, las duerme bien. Se levanta descansada. Trabaja de carnicera en un supermercado. El puesto ha dejado ahora de ser tempo-

ral, al final le han dado un contrato definitivo. Al preguntarle si algunos días se encuentra demasiado cansada, chafada o triste, me explica, y ha necesitado llegar a esta pregunta para hacerlo, que está bajo un tratamiento. Ante su silencio necesito preguntar qué medicamentos toma. Las explicaciones sobre este tema hay que ir extrayéndolas una a una. Es alprazolam, ahora 0,25 por la noche, y paroxetina, de la que empezó tomando doble dosis. Sí, se las recetó un psiquiatra. ¿Por qué? (¿Diagnosticó un trastorno depresivo, o quizá obsesivo?).

Hace 6 años, cuando ella tenía 20, perdió a su madre. Son 3 hermanos más, y ella es la mayor. Al principio las dosis de medicamentos eran mayores. “¿Qué notaba usted, qué le sucedía?”. No hay manera de que lo explique, “se encontraba mal”. “Cuánto tiempo ha estado con esta medicación?” No la ha estado tomando continuamente, pero hace 4 años su padre “trajo otra mujer a casa, a lo que los hijos nos opusimos, y al final conseguimos que la sacara, después de más de un año de soportarla”. Acepta que desde entonces las relaciones con su padre no son cómodas.

Dentro de 6 meses se va a casar y confía en que se encontrará mejor. “¿Cuándo vio usted al psiquiatra por última vez? ¿Le gustó? ¿Tiene usted libertad para volver a él sin necesidad de lista de espera?” Responde con gestos imprecisos, entiendo que no tiene mucho interés en este tema. Pero, una vez he sospechado una tendencia obsesiva, debo aclarar si existe o no. “¿Es usted exigente

consigo misma? ¿Es usted ordenada, puntual? ¿Alguna vez le han dicho que es excesivamente perfeccionista?”. (A menudo frente a una tal pregunta el novio, o algún familiar, responde que sí, pero hoy nadie nos acompaña.) Ha levantado los hombros, habrá seguido pensando en la respuesta, los ha vuelto a levantar, pero ha

llegado a decir que sí. Decido que mi diagnóstico de tendencia obsesiva es correcto, le recomiendo que la paroxetina que últimamente ha estado tomando a media dosis la aumente a doble dosis otra vez. De esta manera, además de sus efectos antidepresivos, intento rebajar su tendencia a la obsesión.

COMENTARIO

Esta mujer produce de entrada una impresión peculiar, aunque después, en la forma de mantenerse sentada, en su mantenimiento correcto de hablar y en el contenido de lo que dice, esta impresión se atenúa. Sí, está bajo tratamiento psiquiátrico. En una sola entrevista en ocasiones no resulta posible diagnosticar un comportamiento obsesivo, aunque la forma en que dice tocarse la cara lo hace pensar así. Una vez comprobado que sí es meticulosa con sus cosas, la sospecha diagnóstica se acrecienta. Pero desde luego se puede afirmar que, además, está ansiosa y

deprimida. Curiosamente ella no lo puede percibir (alexitimia) ni, por tanto, describirlo cuando es preguntada. La paciente rendirá en su trabajo, porque de otra manera seguiría con contratos laborales transitorios. Lo más llamativo en ella es la desproporción entre lo que afirma que hace (tocarse continuamente la cara) y la ausencia de excoriaciones, eritemas, costras lineares, que serían las consecuencias de su actuación. Todo ello ha impuesto la sospecha de trastorno psiquiátrico subyacente y el interrogatorio correspondiente.

PITIRIASIS VERSICOLOR. EPÍLOGO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Se han hecho las ocho y media de la tarde. Al despedir a una paciente de 40 años con un estadio avanzado de alopecia androgenética femenina, después de haber estado atendiendo antes a otras catorce o dieciséis consultas, me siento cansado. Me considero afortunado porque ahora, después de las tres visitas que faltan, podré terminar la sesión de esta tarde.

Terminado este curso académico la Universidad me va a jubilar ‘por edad reglamentaria’. Las horas del día van a ser cortas para la larga lista de ocupaciones que quedan por satisfacer. Y, mientras los enfermos acudan, claro que seguiré visitando, porque, todavía hoy como al principio, necesito oír como una buena parte de ellos al despedirse dan unas gracias que me cuido de interpretar como sentidas. Pues no faltaría más, que al marchar un paciente yo sólo recibiera unos honorarios profesionales. Durante décadas no me sentí cansado, por muchos que hubieran sido los enfermos de cada día. En aquellos largos entonces, cuando aún no contaba con la

ayuda de Ramon, que no había nacido, los viernes quedaban incluidos. Y anteriormente, también había visitado, el sábado por la mañana, en el Sanatorio antituberculoso de Terrassa, en la época de las fototoxias por isoniácidas.

Un verano de muchos años atrás, con la familia en una casa de campo sin teléfono, tuve que advertir a mi esposa que debía sentirse tranquila mientras no llegara a casa más tarde de las doce y media de la noche. Entonces, sólo me sentía cansado, y un poco quejoso de mí mismo, cuando dejado el despacho, a tales horas encontraba desiertas las calles de la ciudad. Mientras

había estado con los últimos enfermos, compartiendo los trastornos cutáneos que los habían llevado a mí, el interés y el ánimo se habían estado manteniendo altos. Desde las tres de la tarde había estado interesándome, y disfrutando, por fortuna con plena consciencia de ello, en los diferentes aspectos de la piel de los que los pacientes de cada día hacen un problema.

No consigo precisar cuándo ha estado apareciendo el cansancio por las visitas. Ni cuántos años hace, ni cuántas horas hace hoy. Resulta como un milagro jubiloso que, por la mañana de todos los días, uno se vuelva a sentir como hombre joven renacido, con fuerzas y ánimo dispuesto. Hoy, en este momento, de sólo medio anochecer avanzado, con los ojos escocidos, oficialmente por la atopia en ellos, y con un pesar sordo entre las cejas, sé que me gustaría dejar de atender a problemas ajenos y comer algo. Pero en la antesala del despacho está la prueba de que todavía faltan tres enfermos por ver. Me lo indican tres notas con sendos nombres de pacientes. Las notas han sido dejadas, bien ordenadas, en una bandejita de plata, presente de algún paciente al que no cobré por pariente próximo que sería de algún médico. Todo ello en el segundo estante inferior de un mueble donde, bajo un haz de luz reposa sentada, esperando 7 días justos antes del parto de Navidad, una imagen de terracota de la Virgen de la Esperanza, una mano apoyada con fuerza en un asiento para aliviar la tensión de la espalda, la otra ayudando a sostener el abultado vientre, obra de nuestro amigo escultor Ferran.

Ojalá los tres enfermos que faltan consultaran por sólo una versicolor, o por cualquier otra cuestión sencilla, que no requirieran esfuerzo por mi parte. Recuerdo que hubo un tiempo en que la posibilidad de visitas seguidas de diagnóstico repetido, como tres eccemas seborreicos centofaciales, me producía aburrimiento. Pero hoy, en este momento, jueves, entrando en fin de semana, aunque todavía sólo sean las ocho y media, no sentiría como pesados sencillos casos de diagnóstico claro, ni que fueran repetidos. Y de resultado terapéutico seguro, que convirtieran en innecesarias unas esforzadas explicaciones excusatorias.

Ya estamos terminando. Después de estas tres visitas, será el fin del día. Qué lejos queda la primera consulta de las tres de la tarde (¿qué tenía?), y la habitual

visita colocada como extraordinaria, por urgente, quince minutos antes de las tres, como heraldo diario de previsita, que, aunque la paciente la hubiera presentado como emergencia esta mañana por teléfono, el mal no era urgente, sólo era ella que tenía prisa. Si bien la semana, como todas ellas, ha transcurrido en una exhalación, y ya estamos en jueves, cuán difuminadas quedan las inquietudes de los enfermos del pasado principio de semana. El quehacer propio del próximo lunes, aguarda para la semana que viene. En ella, habrá más días después del lunes. Y cada día, con su interés, el de sus nuevos enfermos. Van a seguir otras semanas, con otros pacientes en cada una de ellas. Lunes quedan por venir. Como si la vida fueran ratos. Ratos de lunes, y de otros días. Pero la mayor parte de ellos, ante estimulantes enfermos de la piel. Que nunca hay dos pacientes iguales. Si la morfología y la topografía de un seborreico pueden ser iguales a las de otro seborreico, muy distintas son las personas y las circunstancias que les hacen consultar por ellos. Uno de estos futuros lunes estará ya traspasado el biombo luminoso. También aquellos nuevos lunes ofrecerán su nuevo afán, y, si no hubiera consultas veremos qué otra cosa se puede hacer.

Entra la primera de las visitas. Es un chico de 19 años, con una versicolor fusca, reciente, que va a desaparecer en dos noches, separadas por siete días, con espuma de jabón de sulfuro de selenio dejada secar sobre la piel. Hace pocas preguntas, todas ellas relevantes con su discromia. Se expresa bien, atiende con atención. No se le nota que, sin escucharme, sólo esté atento a poder verter aquello que tiene ganas de decir en cuanto yo me calle. Ha venido sólo a resolver su problema, proporciona una entrevista simpática, nada hay en él que haga sospechar una preocupación excesiva. Se comporta con naturalidad, ni resulta demasiado seguro de sí mismo, ni retraído. Constituirá una visita corta y simple, que no va a requerir esfuerzo, y que, además, va a responder al tratamiento. Con las versicolor, los dermatólogos quedamos bien. Por lo que dice, y por la forma en como lo hace, no deduzco que le tenga que preguntar a este chico sobre la calidad de su descanso nocturno. Su presencia y comportamiento me han conducido a deducir, sin sentir la necesidad de averiguarlo, que todo en él transcurre plácidamente. Que dormirá bien, y durante suficientes horas, no tomará excesivo café, porque no lo necesitará

para sentirse bien. Estará siempre animado, y no más por la noche que por la mañana, sólo se irritará cuando en general se acepta que toca hacerlo; el trabajo o los estudios se le darán bien. Si es que se aplica en las dos cosas a la vez, ello no le provocará ningún estrés molesto, porque él tiene capacidad y orden para atender a los dos esfuerzos. Su futuro profesional será seguro, que quedará como técnico en aquello en lo que ya trabaja. Sabrá que en casa “ricos no son, pero dificultades económicas, no existen”. Las relaciones con sus hermanos serán buenas, su madre le mimará, porque habrá salido como viva imagen del padre de ella, al que ésta adoró mientras vivió, y con su padre mantendrá unas relaciones cordia-

les. Ni le habrán despedido de ningún trabajo, ni habrá sufrido ninguna separación matrimonial. No sentirá inquietudes por las chicas, que sabe que se le dan bien; que una vez pilló a una de ellas, y quedó un placentero recuerdo, pero no le ha quedado, obsesiva, la necesidad de forzarse a repetirlo.

En resumen, que en lo que expone, y en la forma cómo lo hace, no hay ningún asomo de sospecha de alteración psicológica. Si, ni su comportamiento, ni sus palabras, ni la forma en que las expresa, no levantan sospecha de trastorno psicológico en mí, no es necesario un interrogatorio. Me puedo limitar a resolver aquello por lo que el paciente ha venido. Esto es fácil.

COMENTARIO

Queda para el próximo lunes. Ahora es tarde.

LISTA DE NOMBRES GENÉRICOS
DE PSICOFÁRMACOS CON SUS EQUIVALENTES
COMERCIALES ESPAÑOLES Y LISTA
DE NOMBRES COMERCIALES CON SUS
CORRESPONDIENTES NOMBRES GENÉRICOS

R. Grimalt

Tabla I
De nombre genérico a nombre comercial

Nombre químico	Nombre comercial	Laboratorio
Ademetionina	Samet	Europharma
Alprazolam	Alprazolam	Novartis
Alprazolam	Trankimacin	UpJohn
Amineptina clorhidrato (retirado del mercado)	Survector	Servier
Amitriptilina clorhidrato	Deprelío	Estedi
Amitriptilina, Perfenazina	Mutabase	Schering Plough
Bentacepam	Tiadipona	Knoll
Bromazepam	Lexatin	Roche
Buspirona	Buspar	Bristol-Myers
Buspirona clorhidrato	Effipien	Effik
Carbamacepina	Tegretol	Novartis
Citalopram	Prisdal	Almirall
Citalopram	Seropram	Lundbeck
Clomipramina clorhidrato	Anafranil	Novartis
Clonacepam	Rivotril	Roche
Cloracepato dipotásico	Tranxilium	Sanofi
Cloracepato dipotásico, Acido G-amino-B-hidroxibutírico, Piridoxina Clorhidrato	Dorken	UCB
Clotiacepam	Distensal	Esteve
Crataegus oxiacanta	Valeriana	Leo
Diacepam	Diacepam Prodes	Almirall
Diacepam	Diacepam Leo	Leo
Diacepam	Vincosedan	Medea
Diacepam	Valium	Roche
Diacepam	Stesolid	Lasa

Tabla I (continuación)

Nombre químico	Nombre comercial	Laboratorio
Diacepam Sulpirida	Ansium	Vita-Elan
Diacepam Sulpirida Piridoxina	Tepazepam	Almirall
Diacepam, Piridoxina clorhidrato	Gobanal	Normon
Diacepam, Piridoxina clorhidrato	Aneurol	Lácer
Diclorhidrato de trifluoperazina	Escazine	Smith Kline Beecham
Difenhidramina clorhidrato	Soñodor	Vitafarma
Doxepin	Sinequan	Pfizer
Fenelzina/Phenelzine (IMAO)	Nardelzine	Parke-Davis
Flunitracepam	Rohipnol	Roche
Fluoxetina	Prozac	Lilly
Fluoxetina	Renuron	Juste
Fluoxetina clorhidrato	Adofen	Ferrer
Flupentixol diclorhidrato		
Melitraceno clorhidrato	Deanxit	Lundbeck
Fluracepam	Dormodor	Hubber
Fluvoxamina maleato	Dumirox	Duphar-Nezel
Halacepam	Alapryl	Menarini
Haloperidol	Haloperidol	Esteve
Heptaminol clorhidrato		
Pidolato deanol	Denubil	Pierre Fabre
Hidroxicina	Atarax	UCB
Imipramina	Tofranil	Novartis
Ketazolam	Sedotime	Smith Kline Beecham
Levomepromacina	Sinogan	Rhône-Poulenc
Litio Carbonato	Plenur	Lasa
Lofepamina	Deftan	Merck
Loprazolam	Somnovit	Hoechst
Loracepam	Idalprem	Novartis
Loracepam	Orfidal	Wyeth-Orfi
Lormetacepam	Loramet	Wyeth-Orfi
Lormetacepam	Noctamid	Schering España
Maprotilina clorhidrato	Ludiomil	Novartis
Metilfenidato clorhidrato	Rubifen	Rubio
Mianserina clorhidrato	Lantanon	Organon
Mirtazapina	Rexer	Organon
Moclobemida	Manerix	Roche
Nefazodona	Rulivan	Europharma
Nefazodona	Dutonin	Bristol-Myers
Nefazodona clorhidrato	Menfazona	Menarini
Olanzopine	Zyprexa	Lilly Dist
Oxitriptan	Cincofarm	Farma-Lepori
Paroxetina clorhidrato	Casbol	Fournier
Paroxetina clorhidrato	Seroxat	Smith Kline Beecham
Paroxetina clorhidrato	Frosinor	Novartis
Paroxetina clorhidrato	Motivan	FAES

Tabla I (continuación)

Nombre químico	Nombre comercial	Laboratorio
Pimozide	Orap	Janssen-Cilag
Pinacepam	Duna	Tedec
Piracepam	Ciclofalina	Almirall
Reboxetina metanosulfato	Norebox	UpJohn
Risperidona	Risperdal	Janssen-Cilag
Sertralina clorhidrato	Besitran	Pfizer
Sertralina clorhidrato	Aremis	Esteve
Sulpirida	Dogmatil	Sanofi-Synthelabo
Sulpirida	Lebopride	Spyfarma
Tetrabamato	Sevrium	Viñas
Tetrazepam (miorelajante)	Myolastan	Sanofi-Synthelabo
Tiaprida clorhidrato	Tiaprizal	Sanofi-Synthelabo
Tioridazina clorhidrato	Meleril	Roche
Trazodona clorhidrato	Deprax	Farma-Lepori
Trifluoroperzine	Eskazine	Smith Kline Beecham
Valeriana	Valdispert	Solvay
Valproato sodico	Depakine	Sanofi
Venlafaxina	Vandral	Wyeth
Venlafaxina clorhidrato	Dobupal	Almirall
Viloxacina	Vivarint	Zéneca Farma
Zolpidem	Stilnox	Sanofi-Synthelabo
Zopiclona	Limovan	Rhone-Poulenc

Tabla II
De nombre comercial a nombre genérico

Nombre comercial	Nombre químico	Laboratorio
Adofen	Fluoxetina clorhidrato	Ferrer
Alapryl	Halacepam	Menarini
Alprazolam	Alprazolam	Novartis
Anafranil	Clomipramina clorhidrato	Novartis
Aneuroil	Diacepam, Piridoxina clorhidrato	Lácer
Ansium	Diacepam Sulpirida	Vita-Elan
Aremis	Sertralina clorhidrato	Esteve
Atarax	Hidroxicina	UCB
Besitran	Sertralina clorhidrato	Pfizer
Buspar	Buspirona	Bristol-Myers
Casbol	Paroxetina clorhidrato	Fournier
Ciclofalina	Piracepam	Almirall
Cincofarm	Oxitriptan	Farma-Lepori
Deanxit	Flupentixol diclorhidrato	
	Melitraceno clorhidrato	Lundbeck
Deftan	Lofepamina	Merck
Denubil	Heptaminol clorhidrato	
	Pidolato deanol	Pierre Fabre
Depakine	Valproato sodico	Sanofi
Deprax	Trazodona clorhidrato	Farma-Lepori
Deprelio	Amitriptilina clorhidrato	Estedi
Diacepam Leo	Diacepam	Leo
Diacepam Prodes	Diacepam	Almirall
Distensal	Clotiacepam	Esteve
Dobupal	Venlafaxina clorhidrato	Almirall
Dogmatil	Sulpirida	Sanofi-Synthelabo
Dorken	Cloracepato dipotásico, Acido G-amino-B-hidroxibutírico, Piridoxina Clorhidrato	UCB
Dormodor	Fluracepam	Hubber
Dumirox	Fluvoxamina maleato	Duphar-Nezel
Duna	Pinacepam	Tedec
Dutonin	Nefazodona	Bristol-Myers
Effiplen	Buspirona clorhidrato	Effik
Escazine	Diclorhidrato de trifluoperazina	Smith Kline Beecham
Eskazine	Trifluoroperzine	Smith Kline Beecham
Frosinor	Paroxetina clorhidrato	Novartis
Gobanal	Diacepam, Piridoxina clorhidrato	Normon
Haloperidol	Haloperidol	Esteve
Idalprem	Loracepam	Novartis
Lantanon	Mianserina clorhidrato	Organon
Lebopride	Sulpirida	Spyfarma
Lexatin	Bromazepam	Roche

Tabla II (continuación)

Nombre comercial	Nombre químico	Laboratorio
Limovan	Zopiclona	Rhône-Poulenc
Loramet	Lormetacepam	Wyeth-Orfi
Ludiomil	Maprotilina clorhidrato	Novartis
Manerix	Moclobemida	Roche
Meleril	Tioridazina clorhidrato	Roche
Menfazona	Nefazodona clorhidrato	Menarini
Motivan	Paroxetina clorhidrato	FAES
Mutabase	Amitriptilina, Perfenazina	Schering Plough
Myolastan	Tetrazepam (miorelajante)	Sanofi-Synthelabo
Nardelzine	Fenelzina/Phenelzine (IMAO)	Parke-Davis
Noctamid	Lormetacepam	Schering España
Norebox	Reboxetina metanosulfato	UpJohn
Orap	Pimozide	Janssen-Cilag
Orfidal	Loracepam	Wyeth-Orfi
Plenur	Litio Carbonato	Lasa
Prisdal	Citalopram	Almirall
Prozac	Fluoxetina	Lilly
Reneuron	Fluoxetina	Juste
Rexer	Mirtazapina	Organon
Risperdal	Risperidona	Janssen-Cilag
Rivotril	Clonacepam	Roche
Rohipnol	Flunitracepam	Roche
Rubifen	Metilfenidato clorhidrato	Rubio
Rulivan	Nefazodona	Europharma
Samet	Ademetionina	Europharma
Sedotime	Ketazolam	Smith Kline Beecham
Seropram	Citalopram	Lundbeck
Seroxat	Paroxetina clorhidrato	Smith Kline Beecham
Sevrium	Tetrabamato	Viñas
Sinequan	Doxepin	Pfizer
Sinogan	Levomepromacina	Rhône-Poulenc
Somnovit	Loprazolam	Hoechst
Soñodor	Difenhidramina clorhidrato	Vitafarma
Stesolid	Diacepam	Lasa
Stilnox	Zolpidem	Sanofi-Synthelabo
Survector	Amineptina clorhidrato	(retirado del mercado) Servier
Tegretol	Carbamacepina	Novartis
Tepazepam	Diacepam Sulpirida Piridoxina	Almirall
Tiadipona	Bentacepam	Knoll
Tiaprizal	Tiaprida clorhidrato	Sanofi-Synthelabo
Tofranil	Imipramina	Novartis
Trankimacin	Alprazolam	UpJohn
Tranxilium	Cloracepato dipotásico	Sanofi
Valdispert	Valeriana	Solvay

Tabla II (continuación)

Nombre comercial	Nombre químico	Laboratorio
Valeriana	Crataegus oxiacanta	Leo
Valium	Diacepam	Roche
Vandral	Venlafaxina	Wyeth
Vincosedan	Diacepam	Medea
Vivarint	Viloxacina	Zéneca Farma
Zyprexa	Olanzopine	Lilly Dista

ÍNDICE DE HISTORIAS CLÍNICAS

(por orden de aparición)

Esposa que contagió sarna	381
Sin libido y con pelada	383
La enfermera miope	384
Alopécico y obsesivo	385
No quería hacer de padre	386
Prurito vulvar	388
No quería ir a la discoteca	391
Puntos rubíes múltiples	393
Buitre andorrano	395
Cama mal hecha	396
Psiquiatra caro	398
Queratosis seborreica	399
Cánticos celestiales	400
Novio egoísta	402
Psoriasis rupioide	404
Muslos que no gustan	405
Epicutáneas negativas	406
Desgraciado con balanitis	409
Obliga a pensar mal	411
Tratado con Salvarsan	412
Le espanta el sexo	413
Teología lánguida	415
Abuelo rechaza nietos	417
Pareja encantadora	418
Orodinia transferida	420
Dr. Heinz	421
Rotación materna entre hijos	423
Soltera ilustrada	424
No quiere ser sirvienta	427
Marido exigente	428
Sexo le deja cabeza hueca	430
Marido sincopado	433
Que se case el jardinero	434
El vecino	435
Inma la dulce	437



Empresa reubicada	440
Barrendero fracasado	442
Melasma desgraciado	443
Tricotilomanía	444
No quería sexo	446
Cabello que hace llorar	448
Pelirroja con encanto	449
Se veía manchas	451
Urticaria y régimen	453
Obsesa sexual	454
Trabajo contra hijos	458
Seborreica que dormía demasiado	461
Anciano del cianuro	462
Discomunicación	463
Abandonó los estudios	465
Todo está bajo control	466
Pelo sucio	468
Mi más temida visita	471
Acné excoriado	473
Piel quemante	474
Otra mujer en casa	476
Pitiriasis versicolor. Epílogo de historias clínicas	477

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

- Acné excoriado, 100, 200, 201
Acné polimorfo, 229
Alopecia areata en repoblación, 279
Alopecia areata, 280, 281
- Blefaritis atópica, 215
- Delirio de parasitación, 86
Delirio olfatorio, 87, 88
Dermatitis artefacta, 143- 159
Dermatitis artefacta de la cara, 61
Dermatitis artefacta de las mamas, 176
Dermatitis artefacta de las piernas, 200
Dermatitis perioralis, 63
Dismorfofobia, 172, 173
- Eccema atópico, 212, 214, 215
Eccema atópico florido, 110, 223
Eccema dishidrótico en dedos de las manos, 226
Eccema numular, 216
Eccema numular de la mano, 220
Eccema numular infectado de la pierna, 218
Eccema seborreico centofacial, 221
Eccema seborreico discreto, 71
Eccema seborreico en corona, 222
Estado obsesivo proyectado sobre pápulas del pene, 62
Excoriaciones neuróticas, 166, 200
Excoriaciones neuróticas de la cara, 169
Excoriaciones neuróticas del cuero cabelludo, 167
Excoriaciones neuróticas en las piernas, 166
- Excoriaciones neuróticas sobre lesiones mínimas de acné, 167
Excoriaciones neuróticas y acné excoriado, 199
- FAGA.II, 270
FAGA.II, peinada de forma que tape la alopecia, 271
- Glosodinia, 182
- Implantes, 272
- MAGA.I, 272
MAGA.I, peinado hacia delante para tapar la alopecia, 272
MAGA.II, en joven de veinte años, 272
MAGA.II, trasplantado, 273
- Neurodermitis cara posterior del escroto, 197
Neurodermitis de la vulva, 195
Neurodermitis del codo, 196
Neurodermitis del cuero cabelludo, 61
- Paciente con sofisticado peinado, 270
Placa numular de psoriasis palmar, 254
Prurigo, 59, 191, 192
Prurigo crónico del adulto, 195
Prurigo en ambas piernas, 194
Prurigo-acné excoriado, 59
Prurigo-excoriaciones neuróticas, 168
Prurito biopsiante, 58, 190
Psoriasis, 262
Psoriasis con atopia folicular, 109

- Psoriasis del cavum, 258
- Psoriasis invertida, 259
- Psoriasis palmar que ha aparecido hace tres meses, 257
- Psoriasis que provoca prurito, 260
- Psoriasis rupioide en cara anterior de pierna, 255
- Pústulas de rosácea, 70
- Queratosis seborreica, 106
- Rinotilexiamanía, 62
- Rosácea seborreica pustulosa, 241, 242
- Tricotilomanía, 60, 206, 208
- Tricotiolomanía provocada por algún instrumento de corte, 204
- Úlceras en sacabocados autoprovocadas, 58

ÍNDICE ALFABÉTICO

- Addison, 82, 279
AEDyP, 33
Asociación de Medicina
 Psicocutánea de Norte-
 américa, 33
–Española de Dermatolo-
 gía y Psiquiatría, 33
abercarbil, 344
abuso, 368
–de la penatazocina, 157
acenocumarol, 366
acetilcolina, 113, 116
acicalamiento, 356
aciclovir, 376
acné, 227, 391, 398
–excoriado, 100, 174,
 200, 201, 205, 341,
 356, 473
–excoriée, 199
acompañante, 271
acroqueratosis paraneoplási-
 ca de Bazex, 282
actitud posesiva y cautiva-
 dora, 216
actividad derivada, 191,
 193
adaptación, 245
–social, 260
adicción, 369
adiestramiento conductis-
 ta, 224
adolescente, 97, 104, 406
adrenalina, 116
agorafobia, 61, 80
agotamiento, 81
agranulocitosis, 341
agregación plaquetaria, 365
aislamiento, 158
alcohol, 116, 241-243,
 366, 370
alcohólico, 113, 115, 117,
 118
alcoholismo, 247
alexitimia, 298, 304, 321,
 477
alodinia, 185
alopecia androgenética, 267
alopecia areata, 99, 277,
 293, 342, 383, 434,
 439, 467,
 –cíclica, 267
 –traumática, 203
alprazolam, 334, 367
alteraciones cromosómi-
 cas, 282
–de la atención, 78
–sexuales, 78
alucinosis táctil crónica,
 108
ambiente familiar, 276
ambivalencia, 191, 197,
 200
amitriptilina, 336
amnesia anterógrada, 367
ampollas, 147
amputaciones, 156
analgesia, 342
ancianos, 112
–inválidos, 290
anemia perniciosa, 279
anfetaminas, 81
angiofibroma de la nariz,
 239, 290
angioedema, 235
anorexia, 77
anorgasmia, 78
ansiedad, 38, 57, 367
ansiolíticos, 333, 361, 366
antiarrítmicos, 366
antibióticos macrólidos,
 370
anticonceptivos orales, 79
anticuerpos antimicroso-
 males, 278
antidepresivos, 295, 334,
 335, 361
–tricíclicos, 336
antígenos HLA, 278
antihistamínicos, 211, 329
–sedantes, 194
antipalúdicos, 376
antipsicóticos, 335, 338
après-coup, 324
apretar los puños, 354
artritis reumatoide, 279
aspecto general, 77
aspirina, 234
astemizol, 366
ataxia, 367
atopia cutánea, 352
atrofia testicular, 282
autocastración, 148
autodestrucción, 154
autoestima, 46
autoimagen, 275

- autoinmunidad, 278
 automutilaciones, 159
 avidez afectiva, 216
 ayudas remuneradas extra-familiares, 290
 Balint, 326
 Barsky Somatosensory Amplification Scale, 49
 Behavioral Analysis Questionnaire, 47
 balanitis, 409
 –moniliásica, 440
belle indifférence, 150
 benzamida sustituida, 340
 benzodiazepinas, 333, 366, 382
 beta-endorfina, 117, 256
 betabloqueantes, 333
 bisexualidad, 397
 blefaroplastia, 176
 bloqueador beta, 240
 bloqueo del pensamiento, 78
 bolsas con cabello caído, 174
 bradicinina, 113
 bulimia, 305
 buspirona, 333
 buspirona, 333
 butirofenona, 340
 cabellos peládicos, 277
 café, 190, 195, 329
 calidad de vida, 37, 258, 289, 295, 300
 cambio de residencia, 81
 –de puesto de trabajo, 81
 canicie súbita, 278
 cara de jugador de póquer, 150
 carbamacepina, 342, 370
 carcinoma medular de tiroides, 243
 carisma, 292
 carta del médico de atención primaria, 175
 catecolaminas, 113
 celos obsesivos, 138
 células de Langerhans, 113, 256
 –de Merkel, 113
 centro de enlace psiquiátrico, 89
 centros capilares, 269
 cese de una situación de tensión, 81
 cicatrices atróficas, 166
 cicatriz plantar quirúrgica, 246
 ciclosporina A, 283
 cimetidina, 81, 370
 cirugía dental estética, 176
 citalopram, 337, 363
 citoquina, 280
 clasificación, 127
 cleptomanía, 66, 138, 203
 clínicas del dolor crónico, 81
 clobazam, 367
 clomiparamina, 58, 64, 336
 clonadine, 240
 clonazepam, 367
 cloracepato potásico, 344
 –dipotásico, 53
 clozapina, 339, 370
 cocaína, 190
 coccidinia, 186
 codeína, 235
 colagenosis, 153
 colitis ulcerosa, 279
 colon irritable, 299
 comportamiento cognitivo, 178
 –del enfermo, 39
 compra compulsiva, 138
 concepción cognitivo-conductual, 312
 –conductual, 311
 –fenomenológica y/o humanista, 314
 –psicodinámica, 314
 conducción temeraria de vehículos, 103
 conducta anticipatoria, 311
 –autodestructiva, 154, 159, 207
 –de evitación, 87, 349
 –social, 275
 –obsesiva, 432
 conductismo, 303
 conducto auditivo externo, 195
 conflicto de dependencia, 226
 confusión, 367
 consejos conductuales, 294
 construcción de autoestima, 178
 consulta larga, 176
 –telefónica, 294
 consultas médicas múltiples, 70
 consumo de tiempo, 297
 contratransferencia, 325
 convicción de fealdad, 171
 –inquebrantable, 171
 corea de Hungtington, 82
 cortisol sérico, 257
 costra localizada, 148
 crema Nueva Darier, 195
 crisis de ansiedad, 80
 –de pánico, 216
 cuestionario de Golberg, 41, 306
 –de salud mental, 41
 –de evaluación general, 48
 curas de adelgazamiento, 81
 Deanxit, 364, 436
 Dermatology & Psychosomatics, 21
 –Life Quality Index, 51
 –Specific Quality of Life, 49
 Dorken, 436
 DSM-IV, 140, 155

- dapsona, 376
 decisión sobre la necesidad de tratamiento, 289
 dejar de fumar, 81
 delirio de parasitación, 86
 –de parasitosis, 339
 –olfactorio, 87, 88
 delirios, 85, 296
 –compartidos, 88
 –de infestación, 88
 delusio de parasitosis, 168
 demencia, 85
 –senil, 112
 dependencia, 216, 296, 368
 depilación extrafacial masculina, 60
 deportes de alto riesgo, 103
 depresión, 176
 depresión bipolar, 72
 –en el anciano, 462
 –endógena, 74
 –enmascarada, 38, 69, 462
 –infantil, 103
 –involutiva, 74
 –psicótica, 74
 –reactiva, 73
 depresiones endógenas, 72
 –neuróticas, 73
 –primarias, 72
 –psicógenas, 72
 –somatógenas, 72
 dermatitis artefacta, 143, 168, 200, 234
 –atópica, 117, 211, 248, 250, 251, 282
 –de contacto, 153
 –facticia, 143, 144
 –industrial irritativa, 234
 –perioralis, 63
 –profesional, 234
 –seborreica, 221, 342
 –simulada, 233
 dermatología psicosomática, 20
 dermatological non-disease, 400
 dermatólogo como fármaco, 377
 –perceptivo, 37
 dermatomiositis, 153
 dermatosis acantolítica transiente, 192
 –ampollosa autoprovocada, 147
 desensibilización, 312
 deseo de estar enfermo, 151
 desinhibición, 367
 destrucción de estructuras vitales, 111
 diabetes, 153
 diagnóstico, 133
 –tardío del cáncer de piel, 111
 diazepam, 295, 334
 dibenzodiacepina, 340
 dietiltoluamida, 375
 difenciprona, 283
 difenilbutilperidina, 340
 dificultades de concentración, 291
 –laborales, 46
 diphenylcyclopropenone, 283
 discomunicación, 43, 69, 399, 463
 disestesia, 342
 disforia, 77
 disfunción sexual, 364
 dishidrosis, 225
 disminución de apetito, 80
 –de la libido, 80
 –de peso, 80
 dismorfofobia, 60, 171, 267, 274
 distrés transitorio, 130, 296
 dolor anal idiopático crónico, 186
 –neurogénico, 185
 –pélvico crónico femenino, 300
 –perianal crónico, 186
 dolores lumbares, 299
 dominancia de un cónyuge, 298
 doxepin, 332
 duelo no elaborado, 129
 ESDaP, 31
 Eskazine, 368
 European Society for Dermatology and Psychiatry, 33
 eccema atópico, 353
 –dishidrotico, 225
 –numular, 225
 –seborreico, 71, 197, 221, 442, 461, 476
 eccemas numulares recalcitrantes, 116
 eccemátide seborreica, 221
 edema angioneurótico, 153
 –causados porligaduras, 148
 –dependiente, 235
 edemas, 148, 153
 efectos nocebo, 331
 –placebo, 331
 –secundarios extrapiramidales, 340
 ego ideal, 251
 eje hipófisis-glándula suprarrenal, 257
 elaborar el duelo, 460
 emigración, 81
 empatía enfermo-médico, 41
 –profesional, 457
 encefalinas, 113
 endorfinas, 113
 enfermedad de Hashimoto, 279
 –de Leiner, 221
 –de Parkinson, 106

- de transmisión sexual, 319
 -hepática, 153
 -maníaca depresivo, 72
 -pseudopsicodermatológica, 191, 324
 -renal, 153
 -vascular, 153
 enfermedades ampollosas, 168
 -pseudopsicodermatológicas, 320, 323
 enfermos crónicos, 82
 -hepáticos, 363
 -obsesivos compulsivos, 472
 -somatizadores, 290
 enrojecimiento facial, 241
 -facial excesivo, 174
 entrevista con carácter de urgencia, 236
 enuresis, 103
 epilepsia, 82
 epistaxis, 365
 epítapos, 280
 equimosis, 365
 equivalente depresivo, 69
 eriqueta psiquiátrica, 291
 erisipela, 153
 eritema fijo pigmentario, 234
 -fugaz, 241
 -multiforme, 235
 eritodermia seborreico, 221
 eritrofobia, 240
 esclerosis en placas, 82
 escombroides, 243
 escroto irritado, 175
 esquizofrenia, 176, 291
 estado depresivo grave, 291
 estados fóbicos, 57
 estancias excesivas, 75
 estigmas místicos, 145
 estrategias psicosociales, 246
 -de adaptación, 252, 458
 estrés, 254, 323
 -del trabajo, 43, 294
 estrófulo, 192
 etiqueta psiquiátrica, 44, 49, 386
 euforia exagerada, 75
 evaluación psicométrica, 47
 exaltación sexual, 94
 excoriaciones, 147, 153
 -neuróticas, 165, 200, 356
 exhibicionismo, 66, 154
 -compulsivo, 138
 exoftalmia, 233
 experiencia personal perdida, 270
 expresión de "Mona Lisa", 150
 eyaculación precoz, 78
 factor estresante, 141
 -estresante desnecadentante, 279
 fallo emocional, 357
 fatal, 450
 fealdad facial, 62
 fenelzina, 336
 feniletanolamina-N-metiltransferasa, 118
 fenolftaleína, 234
 fenómeno de Koebner, 118
 -semáforo, 350
 fenotiazina, 340
 ferritina, 268
 fibroblastos, 115
 finasteride, 269
 fitofotodermatosis, 153
 flecainida, 366
 fluorouracilo tópico, 299
 fluoxetina, 64, 81, 247, 337, 362
 flupentixol-melitracen, 53
 fluvoxamina, 361
 fobia, 58
 -esteroidea tópica, 376
 -social, 275, 444
 fobias, 85
 -específicas, 61
 -sociales, 61
 foliculitis perioral, 174
folie à deux, 108, 175, 235, 441
folie à trois, 43
 formación alternativa de respuesta conductual, 355
 ganancia secundaria, 152
 ganas de llorar, 42
 gangrenas, 153
 genitales pequeños, 171
 gestalt, 304
 ginecólogos, 389
 glaucoma, 361
 glosidina, 419
 glosodinia, 186
 glutamato monosódico, 243
 grupos Balint, 326
 Hogkin, 193
 hábitos compulsivos, 432
 -nerviosos, 352
 haloperidol, 339, 368
 helomas, 246
 hematomas, 153
 hemorragias gastrointestinales, 365
 hepatitis, 82
 herpes simple, 342
 -simple genital, 63, 248
 -zóster, 75
 hidroxicina, 194, 361
 hierro, 290
 hiperandrogenismo, 231
 hipertiroidismo, 77, 79, 82, 233
 hipertricosis, 385
 hipnosis, 306
 hipomanía, 71
 hipotiroidismo, 77, 82

- histerectomías, 156
 historia hueca, 151
 hormona adrenocortico-
 tropa, 113
 –estimulante de los melano-
 citos, 113
 –liberadora de corticotro-
 pina, 257

 ICD-10, 140
 IMAO, 337, 361
 ISRC, 361
 imagen corporal, 173, 175
 imipramina, 82, 247
 impétigo estafilocócico,
 153
 implantes capilares, 267
 implosión, 312
 impotencia, 78
 incomunicación, 158
 inconsciente colectivo,
 314
 inconvenientes de atender
 los aspectos psicológi-
 cos, 297
 induraciones, 148
 ingresos en centros psi-
 quiátricos, 75
 inhibidores de la proteasa,
 366
 –selectivos de la recapta-
 ción de la serotonina,
 337
 insatisfacciones respirato-
 rias, 299
 insomnio, 281
 –de conciliación, 465
 –primario, 42, 80, 94
 –secundario, 42
 –terciario, 42, 80
 insulinooma, 244
 intentos de suicidio, 75
 interacción psicosocial, 314
 –yo real-yo ideal, 314
 interacciones farmacológi-
 cas, 361

 interferones, 376
 interrogatorio, 37, 413
 –psiquiátrico, 35, 277
 –sistematizado, 128
 –sistemático, 42
 –sistematizado, 40
 intervenciones quirúrgicas,
 75, 156
 inversión de hábitos, 349
 inyecciones de colágeno,
 176
 irritabilidad, 291
 isotretinoína, 79, 230, 231,
 375, 377

 jubilación, 81, 418
 juego patológico, 203

 ketoconazol, 370

 Life History Questionnai-
 re, 47
 lactante hipertónico, 98
 láser pulsátil activado con
 colorante, 240
 lengua de caviar, 182
 leshmaniosis, 342
 letargia, 98
 libido, 383
 linfedema, 239
 –facticio, 148
 liposucción, 406
 líquen, 168, 279
 –estriatus, 153
 –plano, 413
 –simple, 356
 –símples, 193
 –nuchae, 195
 litio, 51, 230
 llanto continuo, 98
 locura compartida, 108
 lofepramina, 336
 lorazepam, 334, 367
 lupus eritematoso, 168

 –eritematoso sistémico,
 44, 279
 luz ultravioleta, 234
 madre opresora, 200
 madres que han perdido a
 un hijo, 460
 manía, 71
 masoquismo, 60
 mastocitos cutáneos, 257
 mastocitosis, 243
 mecanismos de adapta-
 ción, 458
 medicación tópica, 375
 medicina psicocutánea, 20
 médico joven, 292
 meditación, 306
 melanocitos, 114
 melasma, 443
 melitracenfluopentixol,
 364
 menopausia, 251
 metaescucha, 39, 432
 miastenia gravis, 82, 279
 miedo a la terapia antican-
 cerosa, 111
 minoxidil, 269
 mirada dormitorio, 150
 mirtazapina, 361
 mixedema, 106
 moclobemida, 336
 modelado, 312
 modelo conductual, 46
 modificación de la con-
 ducta, 351
 –del pensamiento distor-
 sionado, 178
 molluscum contagiosum,
 81
 momento oportuno para la
 transferencia, 297
 mononucleosis, 82
 motivos de sospecha, 38
 mucinosis folicular, 282

 National Alopecia Areata
 Foundation, 280

- nariz grande, 171
necesidad, 314
–compulsiva de acumular cosas, 110
necesidades de relación, 314
nefazadone, 336, 338, 361
negación de la enfermedad, 110
neumonitis, 82
neuralgia postherpética, 75, 81, 245, 247, 336
neurocininas, 113
neurodermitis, 193, 434, 458
–vulvar, 428
neurohormonas, 113
neuromoduladores, 113
neuropéptidos, 113, 255, 280
neurosis de renta, 145
neurotensina, 113
neurotransmisores, 113
neutropenia, 341
nevo flámeo en la nuca, 282
–melanocítico piloso congénito, 282
niño, 97
no-enfermedad dermatológica, 171
nuevas terapias, 304
- obsesivos con impulsiones criminales, 422
–graves, 470
obstrucción mediastínica, 153
olanzapina, 339
omeprazol, 370
onicoofagia, 165, 207, 356
organofosforados, 375
orodinia, 178, 186, 419, 420
- paciente senil, 105
pacientes desagradables, 48
- padrastros, 165
pánico homosexual, 197, 397
papilomatosis vestibular, 185
pápulas perladas del pene, 62
papulosis linfomatoide, 168
paranoia, 85
parapsoriasis liquenoide, 168
paroxetina, 337, 362
paroxismos de picor, 190
–de prurito, 58
patomimetismo dermatológico, 233
patomimia, 159
patrón de conducta tipo A, 309, 441
–psicológico tipo A, 95
pediculosis, 153
pellizcar la piel, 354
penatazocina, 157
pénfigo, 153, 168
–histérico, 147
penfigoide, 153
–cicatricial, 153
péptido de liberación de la gastrina, 113
–histidina isoleucina, 113
–intestinal vasoactivo, 113
–relacionado con el gen de la calcitonina, 113
–vasoactivo intestinal, 255
pérdida de un hijo, 129
período refractario al picor, 193
personalidad anancástica, 460
–borderline, 154
–ciclotímica, 73
–límitrofe, 176, 200
–melancólica, 79
–narcisista, 176, 422
–obsesiva, 239
- picor, 354
pili annulati, 282
pimozida, 339
pimozide, 176
pinzamiento del nervio tibial, 61
piromanía, 203
pirosis esofágica, 299
pitiriasis versicolor, 477
placebo, 289, 290
plantas de los pies, 61
policonsulta, 39
policitemia, 193
polimialgia reumática, 279
polisintomatología, 60
porfiria aguda intermitente, 65
–cutánea tarda, 153
postura de mártir, 154
primozida, 108
principio de placer, 314
–de superioridad, 314
–epigenético, 314
proctalgia fugax, 186
profecía melodramática, 151
prolactina, 113, 231
prolongación del tiempo de hemorragia, 365
propomide, 242
propranolol, 240
proteína relacionada con el gen de la calcitonina, 256
proyecto diagnóstico vienes, 135
pruebas epicutáneas, 158, 159
prurigo, 59, 117, 192, 434
–actínico, 192
–agudo simple, 192
–crónico de los adultos, 192
–de Besnier, 192
–excoriado, 356
–gestationis, 192

- linfadénico, 192
 -nodular, 193, 356
 -subagudo, 192
 prurito, 189, 342
 -acuagénico, 195
 -anal, 196, 356
 -biopsante, 58, 189, 190
 -paroxístico, 197
 -por piel seca, 111
 -psicogénico, 189
 -senil, 189
 -*sine materiae*, 189
 -vulvar, 193, 196, 388, 429
 pseudofoliculitis por depilación, 60
 psicoanálisis, 303, 319
 psicodermatología, 20
 psicofármacos, 329
 psicópatas masoquistas polioperados, 156
 psicosis hipocondriaca monosintomática primaria, 176
 -infantil, 101
 -monosintomática hipocondriaca, 400
 psicoterapia, 303, 313
 -conductual, 349
 -corporal analítica, 307
 psicoterapias, 349
 psicóticos borderline, 154
 psoriasis, 82, 117, 245, 247, 250, 251, 253, 323, 342, 404
 -eccematosa, 197
 -invertida, 197
 -palmar, 254
 -rebeldes, 116
 puntos rubíes, 393
 púrpura, 153, 365

 queilitis, 237
 queiropomfolix, 225
 quemaduras, 153
 queratinocitos, 113

 queratosis seborreica, 91, 106, 175, 290, 399
 quiste hidatídico, 189

 rascado, 353
 -violento, 166
 reacciones de distrés transitorias, 54, 291
 reboxetina, 361
 receptores 5HT, 344
 -D₂, 338
 recidiva de una depresión bipolar mayor, 71
 recién nacido, 98
 recurrencia, 237
 redecillas para dormir, 270
 relación madre-hijo, 321
 relajación, 306
 relieves fisiológicos del paladar, 173
 renuencia a contestar las preguntas, 45
 repelones periungueales, 165
 repoblación del cabello, 282
 rinitis crónica, 290
 rinofima, 239
 rinoplastia, 176
 rinotilexiamanía, 62, 203
 ritonavir, 366
 rituales compulsivos, 62
 rosacea, 239
 -seborreica, 472
 rotación materna entre hijos, 423
 rubor gustatorio, 243
 -persistente, 239
 -por clorpropramida-alcohol, 242

 Sckness Impact Profile, 49
 Skindex Questionnaire, 50
 Sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría, 31
 sanidad española, 340

 sarna, 153, 168
 sentimientos sexuales agresivos, 154
 sertralina, 108, 337, 363
 sexo, 413
 sida, 282
 siesta, 290
 similitudes psicógenas, 108
 síndrome carcinoide, 241, 243
 -de Asperger, 102
 -de Diógenes, 109
 -de Down, 278, 437
 -de Héller, 102
 -de la miseria senil, 109
 -de la piel escaldada estafilocócica, 153
 -de Munchausen, 157
 -de Rett, 102
 -de secreción inadecuada de la hormona antidiurética, 365
 -de Secretan, 148
 -de Sjögren, 183
 -del lóbulo frontal, 365
 -del restaurante chino, 243
 -endocrinopatía-candidiasis, 279
 -gripal, 82
 -perineal, 186
 -POEMS, 244
 -premenstrual, 228, 341
 -delirantes, 85
 síntomas obsesivo-compulsivos, 281
 sistema neuro-endocrino-inmunocutáneo, 116
 -psiconeuroendocrinoinmunológico, 280
 sofrología, 306
 solicitud ansiosa, 217
 somatopsíquico, 20
 somatostatina, 113, 255
 somnolencia, 98, 295

- sospecha de la existencia de trastornos psicológicos-psiquiátricos, 38
 sustancia P, 280
 suicidio, 54, 59, 80, 156, 171, 174, 436
 –de jóvenes, 101
 sulpírida, 339
 summer prurigo de Hutchinson, 192
 superdeterminación, 324
 sustancia P, 113, 254

 Tranxillium, 436
 telangiectasia, 240
 tendencia al autodesarrollo, 314
 tendencias obsesivas, 296
 terapia aversiva, 312
 –de fidelidad, 331
 –del comportamiento, 46
 –familiar, 305
 –gestalt, 306
 terapias humanistas, 303
 tercer oído, 24, 37
 terfenadina, 366
 terrores nocturnos, 99
 tests de neuroticismo, 281
 tics, 352
 tienobenzodiazepina, 340
 toxicomanías en adolescentes, 102
 tramadol, 366
 transferencia, 301
 –al psiquiatra, 396
 trasplante, 272
 trastorno bipolar, 291
 –ciclotímico, 73
 –corporal dismórfico, 171
 –de déficit de atención, 103
 –del control de los impulsos, 203
 –depresivo, 69
 –enmascarado, 38, 181, 461
 –reactivo, 32
 –dismórfico corporal, 171
 –distímico, 73
 –narcisista, 171
 –obsesivo, 448
 –compulsivo, 138, 176, 206, 341
 trastornos bipolares, 72
 –de ansiedad fóbica, 60
 –generalizada, 61
 –de la personalidad, 176, 296
 –de pánico, 61, 367
 –hemorrágicos, 365, 371
 –hipercinéticos, 103
 –mixtos ansioso-depresivos, 61
 –obsesivo-compulsivos, 57, 62, 167, 367
 tratamiento no farmacológico, 292
 –personalizado, 128
 –psicofarmacológico, 361
 triazolam, 341
 triazolobenzodiazepinas, 367
 tricobezoar, 203
 tricograma, 269
 tricología, 67
 tricotilomanía, 60, 203, 205, 356, 444
 trifluoperazina, 335, 368
 trifluoperazine, 339
 triptanos, 366
 tristeza, 77
 tumores del íleon, 244
 –pancreáticos, 244
 –secretantes, 153
 ulceración crónica en la pierna, 105, 235
 úlceras, 153
 –aftosas, 342
 –inexplicadas, 146
 urgencia médica, 236
 urticaria, 153, 235, 342, 403, 453
 –crónica, 298, 250
 –papulosa, 192
 –retardada por presión, 250
 valproato sódico, 370
 venlafaxina, 338, 361, 364
 ventajas de atender los aspectos psicológicos, 299
 verruga plantar, 246
 –seborreica, 79
 vestibulitis vulvar, 184
 vista de urgencia, 443
 vitíligo, 117, 247, 249, 279, 417
 vulnerabilidad, 141
 –narcisista, 251
 vulvitis infantiles, 196
 vulvodinia, 175, 184, 195, 196
 –disestésica, 184
 Whitely Index, 49
 warfarina, 366
 zolpidem, 341, 366
 zopiclona, 341
 zopiclone, 366