



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA (GEDEPSI)

X Reunión del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Madrid, 27 y 28 de febrero de 2015

Simposio. Docencia e investigación en dermatología psiquiátrica

1. DETECCIÓN DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN PACIENTES CON ACNÉ

S.E. Marrón^a, L. Tomás-Aragón^a, A. Miranda-Sivelo^b, R. Martín-Brufau^c, M.C. Rodríguez-Cerdeira^d, C. Brufau-Redondo^e, M.J. Cardoso-Moreno^f, M. García-Bustinduy^g, T. Gracia-Cazaña^h, M.A. López-Pestañaⁱ, A. Miranda-Romero^j, S. Ros-Abarca^k, E. Serra-Baldrich^l, M.J. Tribó-Boixareu^m y A. Tunneu-Vallsⁿ

^aUnidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). ^bServicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo. Palencia. ^cFacultad de Psicología. Universidad de Murcia. ^dSección de Dermatología. Complejo Universitario Hospitalario de Vigo (CHUVI). ^eServicio de Dermatología. Hospital Universitario "Reina Sofía". Murcia. ^fDepartamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. ^gServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ^hServicio de Dermatología. Hospital de Barbastro. ⁱServicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. ^jServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Valladolid. ^kServicio de Dermatología. Hospital Sant Pau. Barcelona. ^lServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). España.

Introducción: El trastorno dismórfico corporal (TDC), también conocido como dismorfofobia, es un trastorno mental difícil de diagnosticar, que causa mucho sufrimiento, y cuyo tratamiento supone un reto. El TDC suele aparecer durante la adolescencia, sin embargo, estos pacientes suelen ser diagnosticados tras muchos años de

sufrimiento. la prevalencia del TDC en las consultas dermatológicas está entre un 9 y un 12%. Plantear preguntas específicas sobre este trastorno podría ayudar a detectar posibles casos no diagnosticados previamente.

Objetivos: El objetivo general es la detección de posibles casos de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné.

Material y métodos: Estudio transversal y multicéntrico en el que se van a incluir 403 pacientes consecutivos diagnosticados de acné en el ámbito territorial de los centros participantes, en edades comprendidas entre 16 y 30 años, que han consentido participar, firmado consentimiento informado y que no tengan dificultades idiomáticas o déficit intelectual. Los procedimientos del estudio se realizarán en visita única en la que se realizara el proceso de consentimiento informado con la firma del documento de consentimiento informado. Diagnóstico clínico de acné por parte del dermatólogo e identificación de la gravedad del acné mediante la escala de Leeds. Se cumplimentará un cuaderno de recogida de datos con los datos sociodemográficos y clínicos, y se aplicará el cuestionario de *screening* para detección de TDA de Phillips adaptado al DSM-5. El protocolo del estudio ha sido presentado al CEIC de Aragón para su evaluación. El presente es el primer proyecto de investigación cooperativo que realiza el GEDEPSI. el periodo de inclusión de pacientes será de cuatro meses a partir de la autorización del CEIC de Aragón y de los respectivos CEI de los diferentes centros participantes, teniendo previsto el inicio de inclusión de pacientes a lo largo del mes de marzo de 2015.

2. LA GENÓMICA Y LA PROTEÓMICA EN LAS ADICCIONES

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y Universidad de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Los estudios recientes sobre los mecanismos moleculares que controlan los cambios inducidos por las drogas de abuso sobre la función transcripcional, la conducta y la plasticidad sináptica han identificado el importante papel que desempeña la remodelación

lación de cromatina en la regulación y estabilidad de los programas genéticos neuronales mediados por las drogas y la subsecuente manifestación de las conductas adictivas. Se han identificado alteraciones epigenéticas sobre el genoma, tales como metilación del DNA y modificaciones en la función de las proteínas histonas.

Objetivos: Se realiza una descripción de los hallazgos que emplean aproximaciones genómicas, proteómicas y epigenéticas.

Métodos: Revisión bibliográfica extensa y aportación de nuestra propia experiencia.

Resultados: Los estudios de genómica funcional han permitido identificar algunos de los genes involucrados en el desarrollo de las conductas adictivas, pero no tienen la capacidad de proporcionar información sobre las modificaciones post-traduccionales ni de la localización subcelular de las proteínas para las que codifican los genes. La incorporación de estudios proteómicos ofrece la oportunidad de lograr evaluar, en su totalidad, la expresión, la traducción, las modificaciones y la localización de los genes y sus productos de expresión.

Conclusiones: Numerosos investigadores han informado de la expresión génica alterada en respuesta a diferentes tipos de psicótropos usados en psicodermatología y en drogas de abuso, lo que demuestra la plasticidad de los nervios. En muchos casos, la relevancia de un gen específico a una acción del fármaco en particular o comportamiento ha sido se muestra el uso de enfoques específicos.

3. FORMACIÓN ORGANIZADA EN COMPETENCIAS UTILIZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD (FOCUSS)-PSICODERMATOLOGÍA

S.E. Marrón^a y L. Tomás-Aragón^{a,b}

^aUnidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). ^bDepartamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. España.

Introducción: A iniciativa del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), y junto con representantes de diversas áreas del Sistema Sanitario Público de Aragón, se ha diseñado el programa de formación organizada en competencias utilizadas en el Sistema de Salud "focuss" cuyo objetivo principal es mejorar las competencias de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón favoreciendo la adquisición de conocimientos, destrezas y capacidades organizativas. Para ello se contempla la realización de programas cortos de formación práctica en aquellos centros o servicios cuyo funcionamiento cumple los criterios necesarios para impartir este tipo de formación.

Objetivos: Al finalizar el programa formativo el profesional habrá mejorado: 1º sus conocimientos sobre la clasificación y evaluación de los trastornos psicocutáneos, así como el abordaje y tratamiento de estos pacientes. 2º su destreza para identificar y abordar el tratamiento de aquellos pacientes que tienen una alteración psicológica asociada a su enfermedad dermatológica. 3º su capacidad organizativa para poder incorporar la psicodermatología como herramienta de trabajo diario, aportando un enfoque holístico en el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: El programa se desarrolla en 18 horas lectivas. Los alumnos son médicos. Los docentes son 3. Las actividades se estructuran en dos áreas: a) área teórica; introducción; definición de psicodermatología; clasificación y estudio de las patologías incluidas en el protocolo de psicodermatología; estudio de las técnicas de evaluación, entrevista clínica en psicodermatología y escalas psicológicas y de calidad de vida utilizadas; tratamiento farmacológico y psicológico en sus distintas modalidades; aplicación del protocolo de psicodermatología en el paciente con psoriasis; análisis de los criterios de derivación; gestión de la psicodermatología en Aragón, y b) área práctica; valoración diagnóstica, propuesta terapéutica e intervención en vivo por los alumnos; *role playing* con una intervención en un supuesto real por alumno.

Simposio. La ética también

1. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y SU CONTRIBUCIÓN AL BIENESTAR EMOCIONAL. RESULTADOS FINALES SEGÚN FACTORES DEMOGRÁFICOS

M.C. Martínez-González^a, R.A. Martínez-González^b y A. Guerra-Tapia^c

^aServicio de Dermatología. Consulta Privada. Oviedo. Asturias. ^bDepartamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo. Asturias. ^cSección de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: La dermatología estética-cosmética es aquella parte de la dermatología que se ocupa del cuidado de la piel como parte de la belleza y la imagen de una persona. Para saber cómo percibe la población general la contribución de la dermatología estética a su bienestar emocional se ha construido el cuestionario DEBIE.

Objetivos: Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en función de factores sociodemográficos en el valor que atribuye la población general a la dermatología estética como un factor influyente en el bienestar personal.

Material y métodos: Se diseña y analiza la estructura del cuestionario DEBIE (ítems de respuesta cerrada tipo Likert, con cuatro alternativas y dos bloques de contenido: valoración del bienestar psicológico subjetivo y de la percepción de la persona sobre la dermatología estética y su contribución a dicho bienestar psicológico). Todo se precede por datos sociodemográficos básicos, entre ellos el sexo, edad, nivel de estudios e ingresos económicos. Tras la aplicación del cuestionario en población general se obtiene una muestra de 770 sujetos. Se construye una base de datos (SPSS) y se realizan los correspondientes análisis estadísticos (entre otros análisis factorial del cuestionario y el análisis de varianza de estos factores en función del sexo).

Resultados y discusión: Se obtiene una estructura factorial de siete factores: Factor 1: "Efectos positivos de la Dermatología Estética", Factor 2: "Optimismo y autoestima", Factor 3: "Información sobre la Dermatología Estética", Factor 4: "Importancia del aspecto estético de la piel", Factor 5: "Motivación", Factor 6: "Preocupación por el aspecto estético de la piel", Factor 7: "Asertividad y salud". Los índices de fiabilidad (Alpha de Cronbach) superan en todos los casos el valor 0,7, lo que indica niveles adecuados de fiabilidad. Los análisis de varianza en función del sexo, edad, nivel de estudios... indican diferencias estadísticamente significativas en muchos factores

2. LA ÉTICA DE LOS PROBLEMAS EN LA DERMATOLOGÍA DE CASTILLA-LA MANCHA. ANTIGUO Y NUEVO PARADIGMA

C. Galera Martín^a, A. Guerra-Tapia^b y S. López Martín^c

^aClinica ID Salud. Talavera de la Reina. Toledo. ^bDirector Médico Capio. Clínica Talavera de la Reina. Toledo. ^cSección de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

En esta etapa que nos ha tocado vivir en el ejercicio de nuestra profesión médica es innegable que la ciencia ha puesto en nuestras manos un poder extraordinario. Para modular este poder, que maneja bienes primarios de importancia capital como es la vida, el dolor, el padecimiento humano, la enfermedad y la muerte es preciso que el médico este dotado de una carga ética de relevancia. Durante más de 3.500 años nuestra profesión ha fundamentado sus postulados éticos en el paternalismo, es lo que conocemos como el paradigma ético clásico. A lo largo del siglo XIX se produce un cambio de mentalidad y la ética médica pasa a fundamentarse en el respecto a la libertad del paciente para decidir lo que quiere hacer con su cuerpo y su salud. Con el fin de investigar la ética en el ejercicio profesional de la dermatología en el territorio de Castilla-La Mancha, enviamos a los compañeros dermatólogos dos tipos de

cuestionarios: El primero de ellos encaminado a conocer, además de los datos demográficos, la formación en ética médica que poseemos y cuáles son las preocupaciones éticas que tiene el dermatólogo de esta comunidad autónoma. La segunda parte, derivada e influida por la primera, inquiriere sobre la actitud ética del dermatólogo y la respuesta que da a los dilemas éticos que se le plantean en el ejercicio diario de la profesión. En nuestro estudio hemos analizado todas las respuestas de los dermatólogos de Castilla-La Mancha para saber si la dermatológica española ha asumido o no el nuevo paradigma ético, con resultados favorables.

Simposio. Dermatología psiquiátrica: un poco más allá

1. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: UN ENFOQUE PSICODINÁMICO

J.C. Ulnik

Facultad de Psicología y Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Cuando el sentimiento de identidad está afectado por razones externas o internas, el problema puede hacer eclosión por medio de distorsiones en la imagen corporal que lo representa. Psicoanalistas han descrito en sus pacientes angustias inconcebibles tales como deshacerse, carecer de orientación, no tener relación alguna con el propio cuerpo o caer para siempre. Como es difícil poner en palabras o expresar de otro modo este tipo de sensaciones que podrían conducir a la locura, los pacientes tienden a proyectar y condensar en una porción de su cuerpo todas sus preocupaciones. Esto tiene sus raíces en la infancia: el Yo del niño tiene una superficie imaginaria que es como la de un vestido de arlequín compuesto de múltiples rombos. El exceso de tensión psíquica que genera un trauma que ha sido reprimido será localizado en uno de estos “rombos”: principalmente en la parte del cuerpo que ha recibido el “toque” de la excesiva intervención de un adulto. La consecuencia es que parte del cuerpo será desconectada, aislada, disociada del resto y quedará sobrecargada. El principal problema es el confinamiento de un “exceso” que ha sido localizado en el cuerpo en forma separada del resto. El desafío terapéutico no es remover el “defecto”, sino integrarlo y encontrar una vía alternativa de descarga para la “energía psíquica” localizada en él.

Simposio. Las edades de la mente y piel

De la infancia a la adolescencia

1. TRICOTILOMANÍA EN EL NIÑO Y EL ADULTO

M.J. Tribó

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: Históricamente, la tricotilomanía (TTM) ha sido considerada una patología relativamente rara, con estimaciones de prevalencia del 0,05%. Más recientemente la investigación ha reconocido que la TTM es más común de lo que se había supuesto. Algunos estudios han seguido la estricta definición de TTM del DSM-IVTR mientras que otros han utilizado criterios menos rigurosos. Las mujeres y los jóvenes se consideran especialmente afectados, con una prevalencia

del 3,5%, mientras que en los hombres se estima alrededor del 1,5%. La TTM se basa psicopatológicamente en la incapacidad de controlar los impulsos, caracterizada por la sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento del cabello seguida de una sensación de placer, satisfacción o relajación. Durante la conducta de arrancamiento, la avulsión del folículo puede darse principalmente en el cuero cabelludo, pero también en otras áreas como cejas, pestañas, barba y zonas púbicas. La afectación de múltiples áreas aumenta típicamente con la edad del paciente.

Comentarios: El diagnóstico de TTM deberá hacerse de una manera más amplia, siempre que el arrancamiento del cabello sea evidente, siendo un comportamiento independiente de la naturaleza de la psicopatología de base, ya sea ésta ansiedad, depresión, TOC, o delirios. La TTM en niños se relaciona inicialmente con dolor y placer por igual. Sin embargo, con el tiempo, parece disminuir la asociación con el dolor. Las sesiones psicoeducativas con los padres suelen ser efectivas. Por otro lado, la TTM que comienza en edad adulta puede ser secundaria a trastornos psiquiátricos subyacentes y tiene un curso en la mayoría de los casos recidivante. La mayoría de los pacientes refieren no haber seguido ningún tratamiento y aquellos que sí se han sometido a alguno no obtienen resultados satisfactorios. Las modalidades de tratamiento varían según vayan dirigidas a niños o adultos. Aparte de la psicoterapia, el tratamiento farmacológico incluye N-acetilcisteína, olanzapina, ISRS y clomipramina, entre otros.

2. DERMATITIS ATÓPICA EN EL NIÑO

S. Ros Abarca y E. Serra-Baldrich

Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Objetivos: Comprender e identificar las implicaciones psicológicas, afectivas y emocionales de la dermatitis atópica en los diferentes estadios evolutivos del paciente pediátrico, así como en el entorno familiar para mejorar el abordaje multidisciplinar de la dermatitis atópica (DA). Conocemos la importancia que el impacto emocional del diagnóstico de DA genera en la familia del bebé por el desconocimiento, pero también por curso incierto y en brotes de una enfermedad visible como la DA. Pese a ello es importante reconocer las peculiaridades de este impacto dependiendo de la etapa evolutiva del niño y de su personalidad. Trabajar emocionalmente la autoestima y el autoconocimiento, disminuirá los sentimientos de estigmatización y la conducta de rascado del niño, ya que suele ser a través de esta conducta mediante la cual el niño expresa y libera su ansiedad y su hostilidad. Conocer y potenciar las técnicas de alternativa de rascado como son la inversión de hábitos, las técnicas de relajación y mindfulness pueden ayudar al niño a un mejor control del prurito. La intervención psicoemocional en los padres/familia se basa en la psicoeducación, así como en la mejora de las habilidades de comunicación y asertividad entre padres e hijos, para poder facilitar al niño un entorno de comprensión y alternativas del rascado en vez de desgaste y desbordamiento propio de la enfermedad crónica. Facilitar un espacio de expresión emocional entre padres e hijos reduce la ansiedad del sistema y aumenta la sensación de bienestar y de control de la enfermedad.

De la adolescencia a la edad adulta

1. ENFERMEDADES VENÉREAS

P. Herranz Pinto

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es parte fundamental de nuestra especiali-

dad y de importancia creciente en los últimos años debido a la prevalencia creciente de estas infecciones y el elevado impacto psicosocial que provocan en los enfermos. El manejo de las ETS obliga a una evaluación integral de los pacientes, que incluya no sólo aspectos clínicos y terapéuticos, sino que además incluya programas de educación sanitaria de carácter preventivo, capaces de controlar su transmisión. La propia idiosincrasia de estas enfermedades dificulta estos objetivos, ya que tradicionalmente se consideran de carácter vergonzante y asociadas específicamente a colectivos marginales o con escaso acceso a los recursos sanitarios públicos. Curiosamente, estos conceptos se mantienen vigentes para gran parte de la población, a pesar de las campañas de divulgación sanitaria, que posiblemente han incidido de forma específica en la infección VIH y “olvidado” a las ETS clásicas. Además, ha contribuido negativamente una falsa sensación de seguridad motivada por los avances en el control del SIDA. **Conclusiones:** Todos estos aspectos justifican la necesidad de abordar de forma estructurada la prevención y tratamiento actual de las ETS, atendiendo especialmente a las necesidades de poblaciones especialmente vulnerables. Aun reconociendo que el concepto de “poblaciones de riesgo” es inexacto, es necesario especial interés en el manejo de colectivos específicos como los adolescentes o la población inmigrante, en los que pueden concurrir factores agravantes para el desarrollo de las ETS: desinformación y uso frecuente de drogas recreacionales, desprotección de la mujer y mayor riesgo de embarazos involuntarios.

2. LO QUE NO VEMOS, PERO EXISTE

L. Maroñas Jiménez^a y A.C. Krakowski^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España. ^bUniversity of California, San Diego. School of Medicine. La Jolla. Rady Children's Hospital. San Diego. California. Estados Unidos.

Introducción: La patología psicocutánea en niños y adolescentes debe concebirse como un posible indicio clínico de trastornos médicos, psicosociales o psiquiátricos potencialmente graves y como una “condición de por vida”, con presentaciones clínicas, métodos diagnósticos y abordajes terapéuticos que difieren entre los distintos grupos de edad.

Material y métodos: Se ofrece un enfoque práctico y multidisciplinar de la patología psicocutánea en pediatría, discutiendo las perspectivas actuales para la comprensión, evaluación y manejo de sus diversas formas de expresión clínica, tanto desde la bibliografía científica como de la experiencia clínica.

Discusión: Comprender el “lenguaje de la psyché” a través de la piel es un gran desafío en nuestra práctica clínica diaria como dermatólogos. El amplio espectro de diagnósticos diferenciales posibles, junto con la mayor probabilidad de patología subyacente grave y la falta de evidencia científica sólida que garantice la seguridad ciertos tratamientos psicofarmacológicos en los niños son cuestiones de especial preocupación para los proveedores de salud pediátricos.

Conclusiones: La formación en dermatología psiquiátrica infantil debe formar parte del currículo formativo de los dermatólogos.

De la edad adulta a la ancianidad

1. PRURITO

M.J. Tribó

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: El prurito es el síntoma más frecuente en dermatología y ha sido uno de los temas más ampliamente investigados en los

últimos años. Sin embargo, existen pocos estudios epidemiológicos sobre la incidencia del prurito y un número limitado acerca de la prevalencia del prurito crónico. La experiencia clínica indica que los pacientes no suelen consultar a un médico por el prurito agudo, pero sí más frecuentemente por el prurito crónico (definido como la duración de la sintomatología de más de 6 semanas). El picor crónico es frecuentemente ignorado como síntoma de una enfermedad en estudios clínicos. Las causas del prurito crónico son variadas sobretodo en función de la edad. En la evaluación de un paciente anciano con prurito (afección dermatológica más frecuente), es esencial obtener la máxima información, a través de la exploración física e historia clínica. La alta prevalencia de prurito en pacientes de edad avanzada se atribuye en parte a la disminución de la fisiología normal de la piel, la escasa hidratación, la alteración en la función de barrera y la función neural alterada, procesos que contribuyen a la inflamación y al prurito. La cronicidad de dicha sintomatología disminuye con frecuencia la calidad de vida en esta población. Además de los cambios en la barrera de la piel, los pacientes ancianos también presentan mayor riesgo para el prurito debido a la mayor prevalencia de enfermedades sistémicas subyacentes, así como a la polimedicación. Habitualmente no existen lesiones cutáneas primarias. Se ha reportado mayor incidencia de prurito entre las personas deprimidas (un 18 frente a un 9%) y en aquellas que han experimentado muchos acontecimientos negativos en la vida, así como el estrés y la soledad, tan habituales en personas de edad avanzada.

Conclusiones: La investigación es complicada porque las causas del prurito crónico con frecuencia son multifactoriales, especialmente en esta población. La presencia de una erupción cutánea primaria, la distribución, enfermedades concomitantes, medicación, así como la frecuencia de los síntomas, ayudarán a establecer el diagnóstico diferencial.

2. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL SÍNDROME DE BOCA URENTE

C. Brufau Redondo^a, R. Martín Brufau^b, T. Salas García^a, A. López Gómez^a, M. Dorado Fernández^a, N. Marín Corbalán^a, A. Ramírez Andreo^a, J. Ruiz Martínez^a, C. Soria Martínez^a, M.D. Ruiz Martínez^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, A. Hernández-Gil Bordallo^a y J. Corbalán Bernal^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. ^bDepartamento de Personalidad. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España.

Introducción: El síndrome de la boca urente (BMS) es una enfermedad crónica caracterizada por una sensación de quemazón en la mucosa oral, asociada con frecuencia a sensación de boca seca y/o alteraciones del gusto, en ausencia de causa orgánica detectable, con distribución bilateral y simétrica, que ocurre normalmente en mujeres posmenopáusicas y tiene un importante impacto en la calidad de vida del paciente. La fisiopatología del SBU no se conoce exactamente. Estudios recientes han mostrado evidencias de alteraciones del sistema nervioso central y periférico mediante pruebas sensoriales cualitativas y resonancia magnética funcional. También hay factores psicológicos implicados, como ansiedad, depresión y somatización. Al menos un tercio de los pacientes con SBU pueden tener un diagnóstico psiquiátrico asociado. Estudiamos un grupo de pacientes con SBU con el fin de explorar la presencia de un posible factor psicológico subyacente en relación con la personalidad.

Material y métodos: Se incluyeron 37 pacientes diagnosticados de SBU en nuestro servicio de dermatología tras excluir otras causas conocidas de quemazón oral, mediante la historia y exploración clínicas y la realización de otras exploraciones complementarias. Se les pasó el test de personalidad de Millon, para establecer el perfil de personalidad en este grupo de pacientes. Los resultados fueron comparados con los perfiles de personalidad de un grupo control con un número de sujetos, equivalente en edad y género, reclutado

entre los pacientes del servicio de cirugía maxilofacial, con molestias orales de causa orgánica, distintas del SBU.

Resultados: Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los perfiles de personalidad del grupo de SBU respecto del grupo control. Los pacientes de SBU eran más pesimistas, introvertidos, evitativos, temerosos, neuróticos, emocionales e indecisos. Tienen un perfil de escasa adaptación psicológica con posible tendencia a la depresión. Dada la patología oral similar en ambas muestras, las diferencias encontradas deben ser atribuidas más bien a tendencias estables de comportamiento.

Conclusiones: Los estilos psicológicos que encontramos en los pacientes con SBU podrían facilitar la sensación dolorosa, disminuyendo el umbral doloroso, lo que es acorde con otros hallazgos previos.

Simposio. La cronicidad de la enfermedad y del tratamiento

1. ENFERMEDAD. UN PARADIGMA: LA PSORIASIS

E. González-Guerra

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: Se define enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Según informe de la Organización Mundial de la Salud (2008), la carga mundial de enfermedades no transmisibles sigue aumentando; hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen. La psoriasis también. El desarrollo temprano de la psoriasis se ha asociado con mayores dificultades para expresar emociones como el enfado, y personalidad más vulnerable al estrés. Esto puede tener implicaciones importantes en el tratamiento de un niño o adolescente con psoriasis. Durante la evolución, los pacientes con psoriasis que refieren mayor estrés suelen tener formas clínicas llamativas o en regiones corporales con más carga emocional como son las manos, la cara o los genitales. Los pacientes con psoriasis tienen mayor prevalencia de síntomas depresivos asociados a un mayor sentimiento de estigmatización. Esta prevalencia aumenta con la gravedad de la enfermedad, afectando a la mitad de los pacientes con psoriasis moderada-grave produciendo alteraciones de la conducta social. Todos estos sentimientos negativos de estrés, depresión, estigmatización producen una cascada de modificaciones endocrinas e inmunológicas que alteran la capacidad homeostática, esto es, el equilibrio interno del organismo, y disminuyen el umbral de aparición de enfermedad en sujetos vulnerables, o lo que es lo mismo, favorece que aparezca una enfermedad en los sujetos predispuestos. Aunque existen muchos tratamientos la enfermedad permanece incurable. Muchos estudios previos demuestran una gran insatisfacción, así como frustración con los tratamientos pasados y actuales. Los pacientes que reciben tratamiento biológico son los que experimentan un aumento mayor en la calidad de vida frente a los que realizan terapias tópicas y los sistémicas.

Conclusiones: Hay suficientes estudios que demuestran que los pacientes con apoyo psicológico consiguen desarrollar una mayor expresividad emocional; con más distracciones, cuidados, apoyo social y un estilo de vida menos pasivo del afrontamiento de los problemas, tienen mejor pronóstico de su psoriasis, necesitan menos medicación y están menos ansiosos y deprimidos.

Sesión Pósteres científicos

1. DERMATOSIS AUTOPROVOCADAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ESTUDIO PSICOPATOLÓGICO A PARTIR DE DOS CASOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

A. Fructuoso Castellar^a; A. Miranda Sivelo^a; D. Serracín Callender^b y M.H. Sáez Alonso^b

^aServicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Palencia. ^bEAP La Puebla. Palencia. España.

Objetivos: Profundizar en el diagnóstico diferencial de las lesiones dermatológicas autoinducidas.

Material y métodos: Se estudian dos casos atendidos recientemente en la USM realizando un estudio psicopatológico completo, así como una revisión bibliográfica del tema.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de dermatosis autoprovocadas muy llamativos por la gravedad de las lesiones cutáneas. El primero de ellos se trata de una paciente de 66 años con lesiones excoriadas en brazos y piernas, pasa varias horas al día rascándose, refiere un picor insoportable, ingiere las costras. Presenta sintomatología ansioso-depresiva con problemas conyugales. Diagnóstico de trastorno por excoriación según DSM-V y prurito psicógeno. El segundo caso se trata de una mujer de 52 años con lesiones ulceradas en cara, niega la autoría de las lesiones, que achaca a las condiciones laborales y a una supuesta infección a consecuencia de esto. Con diagnóstico de trastorno facticio dermatológico (dermatosis artefacta).

Conclusiones: Se trata de dos casos de gran gravedad por la recurrencia e intensidad de las lesiones y que permiten ilustrar de forma clara las diferencias fundamentales desde el punto de vista psicopatológico entre los trastornos facticios y el nuevo diagnóstico DSM-V de trastorno de excoriación (antiguo excoriaciones neuróticas o psicógenas).

2. HIDROSADENITIS SUPURATIVA. COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

R.M. Díaz Díaz, C. Garrido Gutiérrez, V.M. Leis Dosil, T. Sanz Sánchez y R. Valverde Garrido

Sección de Dermatología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Introducción: La hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por lesiones localizadas fundamentalmente en pliegues cutáneos, que cursa en brotes de severidad variable, disminuyendo la calidad de vida del paciente. Entre sus comorbilidades se citan, en la literatura médica, la enfermedad cardiovascular y la patología psiquiátrica con ansiedad y/o depresión.

Objetivos: Valorar la asociación de HS con ansiedad y/o depresión.

Material y métodos: Pacientes con HS que acudieron a nuestra consulta y que respondieron a un cuestionario basado en la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Resultados: Obtuvimos respuestas válidas en un total de 35 pacientes, 12 varones y 23 mujeres. En 23 pacientes se apreciaron rasgos de ansiedad y en 20 pacientes de depresión.

Conclusiones: La patología psiquiátrica está presente en los pacientes con HS. Se necesitan instrumentos estandarizados para valorar la incidencia y características de la depresión y de la ansiedad en estos pacientes.

3. ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ACNÉ GRAVE

A. Fructuoso Castellar^a, A. Miranda Sivelo^a, M. García Sánchez^b y C. Bajo del Pozo^b

^aServicio de Psiquiatría; ^bServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. España.

Objetivos: Estudiar los patrones de personalidad en una muestra de pacientes con acné que van a empezar tratamiento con isotretinoína, considerando el acné como una enfermedad cutánea con influencia de los factores psicosociales en su aparición y /o evolución.

Material y métodos: Se aplica el Inventario Clínico Multiaxial (MC-MI-II) para la evaluación de los trastornos de la personalidad una muestra de 30 pacientes diagnosticados de acné moderado-severo mayores de 16 años que vayan a ser tratados con isotretinoína, derivados a consulta especializada tras no haber respuesta a los tratamientos estándar en atención primaria. Se analizan los resultados desde el punto de vista dimensional y categorial.

Resultados: Analizando la personalidad de los pacientes, resulta significativa la presencia de rasgos narcisistas en varones de la muestra con acné con respecto a los valores obtenidos en la muestra normativa en población sana. En mujeres, con respecto a la muestra poblacional, destacan los rasgos compulsivos pero la diferencia, aun siendo notable, no es significativa. No existen diferencias significativas entre sexo en lo que respecta a las dimensiones de personalidad. Por edad, en menores de 18 años observamos la presencia de sintomatología compulsiva, siendo significativa la diferencia con respecto a los mayores de 18.

Conclusiones: La aparición del acné en la adolescencia supondría el desarrollo de rasgos narcisistas como mecanismo de defensa para mejorar una baja autoestima condicionada por los efectos de las lesiones cutáneas en la imagen corporal. Además, nos planteamos si la aparición de acné en adolescentes podría condicionar la obsesividad (pensamiento anancástico).

Simposio: Investigación y docencia en psicodermatología

Sevilla, 14 de mayo de 2015

1. DETECCIÓN DE POSIBLES CASOS DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN PACIENTES CON ACNÉ

S.E. Marrón^a, L. Tomás-Aragón^a, A. Miranda-Sivelo^b, R. Martín-Brufau^c, M.C. Rodríguez-Cerdeira^d, C. Brufau-Redondo^e, M.J. Cardoso-Moreno^f, M. García-Bustínduy^g, T. Gracia-Cazaña^h, M.A. López-Pestañaⁱ, A. Miranda-Romero^j, S. Ros-Abarca^k, E. Serra-Baldrich^l, M.J. Tribó-Boixareu^m y A. Tunneu-Vallsⁿ

^aUnidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). ^bServicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo. Palencia. ^cFacultad de Psicología. Universidad de Murcia. ^dSección de Dermatología. Complejo Universitario Hospitalario de Vigo (CHUVI). ^eServicio de Dermatología. Hospital Universitario "Reina Sofía". Murcia. ^fDepartamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. ^gServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ^hServicio de Dermatología. Hospital de Barbastro. ⁱServicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. ^jServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Valladolid. ^kServicio de Dermatología. Hospital Sant Pau. Barcelona. ^lServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). España.

Introducción: El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un trastorno mental difícil de diagnosticar y que genera mucho sufrimiento.

Fue descrito inicialmente con el término dismorfofobia por el psiquiatra italiano Enrico Morselli a finales del siglo XIX. El TDC suele aparecer durante la adolescencia aunque estos pacientes suelen ser diagnosticados tras muchos años de evolución. La prevalencia del TDC en las consultas dermatológicas está entre un 9 y un 12%. Plantear preguntas específicas sobre este trastorno podría ayudar a detectar posibles casos no diagnosticados previamente.

Objetivos: El objetivo general de este estudio es la detección de posibles casos de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal y multicéntrico en el que se van a incluir 403 pacientes consecutivos diagnosticados de acné en el ámbito de los centros participantes, en edades comprendidas entre 16 y 30 años. Los procedimientos del estudio se llevarán a cabo en una visita única en la que se realizará el consentimiento informado, el diagnóstico clínico de acné por parte del dermatólogo e identificación de la gravedad del acné mediante la escala de Leeds. Se cumplimentará un cuaderno de recogida de datos con los datos socio-demográficos y clínicos, y se aplicará el cuestionario de *screening* para detección de TDC de Phillips adaptado al DSM-5.

Conclusiones: Este estudio es el primer proyecto de Investigación cooperativo que realiza el GEDEPSI. El periodo de inclusión de pacientes será de 4 meses a partir de la autorización de los respectivos CEIC de los centros participantes.

En esta ponencia se presentan los resultados preliminares de dicho estudio.

2. FORMACIÓN EN PSICODERMATOLOGÍA DESDE LA EADV

L. Tomás-Aragón^{a,b} y S.E. Marrón^a

^aUnidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Teruel. ^bDepartamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. España.

Introducción: La Academia Europea de Dermatología y Venereología (EADV) ofrece cursos de formación a los residentes y cursos de especialización a los dermatólogos. Se busca la excelencia en la formación, ofreciendo cursos teórico-prácticos impartidos por expertos europeos.

Objetivos: Formar a los residentes y a dermatólogos, en grupos reducidos, en la práctica clínica de excelencia; sensibilizar en las diferencias profesionales existentes en las diferentes naciones que componen Europa; fomentar las relaciones profesionales y de amistad entre los participantes.

Material y métodos: Los cursos de formación en psicodermatología se realizan en la sede de la EADV en Bruselas en años alternos para residentes y dermatólogos. En ellos participan un máximo de 20 alumnos y la formación corre a cargo de 4 profesores, todos ellos miembros del ESDaP. El curso se desarrolla en 4 días, empezando un lunes por la tarde y acabando un viernes a mediodía. Se suele realizar en el mes de julio. El programa de residentes aborda los siguientes temas: clasificación de los trastornos psicodermatológicos, la relación médico-paciente, la empatía, los trastornos depresivos y ansiosos, el afrontamiento, la adherencia al tratamiento, la familia (genograma), calidad de vida, trastorno dismórfico corporal, trastornos facticios, cómo y cuándo derivar a los pacientes a una unidad de salud mental, y entrenamiento mediante *role playing*. Los cursos son muy participativos y en todo momento se busca la interacción entre profesor y alumno.

3. PATOLOGÍA PSICODERMATOLÓGICA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS AL USO ABUSIVO DE INTERNET EN LOS JÓVENES

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y Universidad de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: La adicción a Internet se define como un patrón de comportamiento caracterizado por una pérdida de control sobre el uso del mismo. Esta conducta lleva potencialmente al sujeto al aislamiento y al descuido de las relaciones sociales, académicas y de las actividades recreativas de la salud y de la higiene personal.

Objetivos: Estudiar la patología psicodermatológica asociada a la adicción a Internet en una muestra de adolescentes.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en una población de adolescentes escolarizados en centros pertenecientes a instituciones educativas de la provincia de Ourense mediante un cuestionario validado al respecto. Para las variables cualitativas se analizaron las frecuencias y proporciones, para las variables cuantitativas se determinaron valores de tendencia central y medidas de dispersión. Para el análisis diferencial de medias se utilizó chi cuadrado y ANOVA con pruebas post-hoc. Se realizó una regresión logística binaria con las variables de mayor peso.

Resultados: Se analizaron las variables sociodemográficas y curso de escolarización. Las puntuaciones más altas en las escalas coincidieron con trastornos psicodermatológicos como acné o TOC.

Conclusiones: La adicción a Internet y a las redes sociales es un fenómeno preocupante. Sin embargo, el abuso de Internet puede ser una manifestación secundaria a otra adicción principal (la adicción al sexo, por ejemplo) o a otros problemas psicopatológicos, tales como la depresión, la fobia social u otros como el TOC.

4. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LA DERMATOLÓGICA ESTÉTICA Y SU CONTRIBUCIÓN AL BIENESTAR EMOCIONAL. RESULTADOS FINALES SEGÚN FACTORES DEMOGRÁFICOS

M.C. Martínez-González^a, R.A. Martínez-González^b
y A. Guerra-Tapia^c

^a*Servicio de Dermatología. Consulta Privada. Oviedo. Asturias.*

^b*Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo. Asturias. ^cSección de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

Introducción: La dermatología estética-cosmética es aquella parte de la dermatología que se ocupa del cuidado de la piel como parte de la belleza y la imagen de una persona. Para saber cómo percibe la población general la contribución de la dermatología estética a su bienestar emocional se ha construido el cuestionario DEBIE.

Objetivos: Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en función de factores sociodemográficos en el valor que atribuye la población general a la Dermatología Estética como un factor influyente en el bienestar personal.

Material y métodos: Se diseña y analiza la estructura del cuestionario DEBIE (ítems de respuesta cerrada tipo Likert, con cuatro alternativas y dos bloques de contenido: valoración del bienestar psicológico subjetivo y de la percepción de la persona sobre la dermatología estética y su contribución a dicho bienestar psicológico). Todo se precede por datos sociodemográficos básicos, entre ellos el sexo, edad, nivel de estudios e ingresos económicos. Tras la aplicación del cuestionario en población general se obtiene una muestra de 770 sujetos. Se construye una base de datos (SPSS) y se realizan los correspondientes análisis estadísticos (entre otros análisis factorial del cuestionario y el análisis de varianza de estos factores en función del sexo).

Resultados y discusión: Se obtiene una estructura factorial de siete factores: Factor 1: "Efectos positivos de la Dermatología Estética", Factor 2: "Optimismo y autoestima", Factor 3: "Información sobre la Dermatología Estética", Factor 4: "Importancia del aspecto estético de la piel", Factor 5: "Motivación", Factor 6: "Preocupación por el aspecto estético de la piel", Factor 7: "Asertividad y salud". Los índices de fiabilidad (Alpha de Cronbach) superan en todos los casos el valor 0,7 lo que indica niveles adecuados de fiabilidad. Los análisis de varianza en función del sexo, edad, nivel de estudios... indican diferencias estadísticamente significativas en muchos factores.

5. ASPECTOS PSICOSOCIALES EN DIVERSAS PATOLOGÍAS CUTÁNEAS. MANEJO DE CUESTIONARIOS

M. García Bustinduy

Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

Vivimos en una sociedad que marca unos cánones de belleza muy claros que influyen en nuestro estilo de vida. La talla/el peso han sido muy debatidos en relación, sobre todo, a los trastornos alimentarios (anorexia/bulimia/trastornos mixtos) pero, sin duda, la presencia de lesiones cutáneas en zonas visibles conlleva una opinión en el entorno y, unas dificultades para la persona que las padece. El éxito personal, la consecución de los objetivos vitales pueden estar marcados por la presencia de una enfermedad cutánea (cicatriz en la vida de los pacientes) ampliamente estudiada en la psoriasis. Con todos estos datos en mente hemos ido desarrollando una serie de estudios que se han ido presentando como Trabajos Fin de Grado por parte de los alumnos de sexto curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna. Hemos revisado la literatura, planteado proyectos de investigación que han sido aprobados por el Comité Ético y de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Canarias, donde se han realizado, en los cuales hemos recogido grupos de pacientes con alopecia no cicatricial, acné polimorfo, psoriasis, rosácea y vitiligo en los que hemos recogido datos sociodemográficos, sociales, laborales y de severidad clínica. Hemos administrado diferentes tests psicológicos para identificar ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, autoestima y niveles de alexitimia. Finalmente hemos comparado nuestros resultados con los previamente descritos en la literatura, pudiendo constatar mayores niveles de ansiedad, depresión, peor autoestima y mayores niveles de alexitimia en los pacientes de nuestras series.

Reunión del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Sevilla, 15 de mayo de 2015

1. LESIONES AUTOINFLIGIDAS... LA PUNTA DEL ICEBERG

M.J. Tribó Boixareu^a y E. Samaniego González^b

^a*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. ^bComplejo Asistencial Universitario de León. León. España.*

Introducción: Las dermatosis autoinfligidas, aunque son poco frecuentes, pueden estar infradiagnosticadas, ya que se presentan con una morfología muy variada. Con frecuencia se diagnostican erróneamente como prurito sine materia, prurigo, dermatitis por excoiación... perpetuando el proceso y ocasionando pruebas y procedimientos innecesarios. Las autolesiones pueden corresponder al diagnóstico de dermatitis artefacta o facticia, asociarse a trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, trastornos delirantes como el delirio de infestación, trastornos afectivos, trastornos de control de impulsos, enfermedades orgánicas, intoxicaciones... Diagnosticar la psicopatología o causa subyacente es crucial para un correcto manejo del paciente.

Casos clínicos: Se presenta una serie de casos clínicos procedentes de la experiencia de la Dra. Tribó y que cursan con lesiones cutáneas autoinfligidas.

Discusión: En ocasiones nos encontramos en nuestra consulta pacientes que han pasado por múltiples especialistas y recibido varios diagnósticos y tratamientos sin éxito. Tan importante como la sospecha de que se trata de una dermatosis autoinducida es conocer la psicopatología subyacente que la provoca. Para ello es preciso un conocimiento de los diagnósticos diferenciales y de los hallazgos fundamentales de cada uno. Es fundamental la realización de una anamnesis e historia cuidadosa del paciente, solicitando la colaboración/derivación al profesional de la salud mental, si es necesario.

Conclusiones: El manejo adecuado de un paciente que se presenta con lesiones cutáneas autoprovocadas pasa por el diagnóstico y clasificación adecuada de la psicopatología subyacente y la colaboración con especialistas en psicodermatología/especialistas de salud mental según el caso. Esto evitará largas demoras diagnósticas, así como procedimientos y tratamientos ineficaces.

2. HISTORIA PSICOSOCIAL E INTERVENCIÓN DE UNA MUJER CON EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA

L. Tomás-Aragónés^{a,b} y S.E. Marrón^a

^aUnidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Teruel.

^bDepartamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. España.

Introducción: La epidermólisis ampollosa (EA) es una enfermedad genética con presencia de erosiones y ampollas como consecuencia de mínimos traumatismos.

Caso clínico: Mujer de 60 años vista en consultas externas de dermatología del Hospital de Alcañiz. Diagnosticada de epidermólisis ampollosa. Se observan signos de tristeza durante la visita y el dermatólogo ve la necesidad de abordar el caso desde la psicodermatología, ofreciendo a la paciente un apoyo psicosocial. La paciente nació en casa, en un pequeño pueblo de Aragón. Su familia se dio cuenta de que su hija tenía un problema cuando se le hicieron los agujeros de las orejas, una semana después de su nacimiento. Durante su infancia, cada caída o golpe producía efectos dramáticos sobre su piel. Relata una adolescencia difícil, consciente ya de lo diferente que era de los demás. Se aisló socialmente y sólo salía de casa para ir al colegio. A los 22 años decidió normalizar su vida. Poco después conoció a su futuro marido y se casó. Su marido tiene ataques epilépticos y un temperamento difícil. No es muy empático con la enfermedad de su mujer ni con su sufrimiento. La paciente nunca ha podido trabajar y su interacción social ha sido siempre muy limitada.

Discusión: Poco a poco, la paciente fue depositando su confianza en el personal y empezó a dar voz a sus preocupaciones. Fue animada a apuntarse a clases para adultos con el fin de poder relacionarse con otras personas del pueblo. Se le pidió a su marido que le acompañara un día a consulta para informarle de la enfermedad de su mujer.

3. LUPUS Y PSICOSIS

C. Rodríguez-Cerdeira^a, R. Arenas^b y J.C. Medraño^c

^aCHUVI (EOXI) y Universidad de Vigo. Vigo. ^bServicio de Dermatología. Hospital Manuel Gea González. México.

^cServicio de Medicina Interna. EOXI. Vigo. España.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica, autoinmune y sistémica del tejido conectivo que puede afectar a prácticamente cualquier parte del cuerpo humano,

que adopta diferentes expresiones clínicas e inmunológicas, caracterizadas por la presencia de múltiples autoanticuerpos que participan en la lesión tisular. Cuando las alteraciones neurológicas dominan el cuadro la complejidad aumenta, debido a sus múltiples manifestaciones, la variabilidad de su presentación, severidad, duración y a los diferentes mecanismos patogénicos implicados.

Objetivos: Valorar los diagnósticos de tratamiento y seguimiento de una paciente con afectación neurológica que inicialmente hizo sospechar un cuadro ansioso, y más tarde una enfermedad desmielinizante antes de establecer el diagnóstico definitivo.

Material y métodos: Estudiamos una paciente de 45 años de edad que acude a consulta por presentar dolores articulares con sequedad de piel y mucosas.

Resultados: En exámenes complementarios se detectaron: Ac anti DNA 1:40, ANA 1:90, anti Sm, anticoagulante lúpico, anticardiolipina > 100, FR negativo. En su evolución presentó, además, parestesias, pérdida de fuerza en extremidades y disartria. El año previo refería episodios breves de parestesias en lengua y/o extremidades, siendo tratada con ansiolíticos.

Discusión: Las complicaciones neurológicas en LES pueden afectar a cualquier zona del sistema nervioso. Las infecciones, fármacos, hipertensión arterial y alteraciones metabólicas, que concurren en el curso de LES contribuyen a las mismas. Los anticuerpos antifosfolípido, antiproteína P ribosomal y antineuronales se han relacionado en su patogenia. Nuestros datos concuerdan en parte con la bibliografía publicada al respecto.

Conclusiones: Es necesario tener presente que LES se puede iniciar con clínica preferentemente neurológica y con episodios atípicos que hacen que sea de difícil diagnóstico.

4. CASO DE MUJER CON LESIONES CUTÁNEAS AUTOINFLIGIDAS

S.E. Marrón^a y L. Tomás-Aragónés^{a,b}

^aUnidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Teruel. ^bDepartamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. España.

Introducción: Las lesiones autoinfligidas son síntomas claros relacionados con la enfermedad mental; en muchas ocasiones es el dermatólogo el primer profesional de la salud que atiende a estos pacientes. Un coherente abordaje multidisciplinar y una buena comunicación con las personas involucradas en la atención a estos pacientes es muy importante.

Caso clínico: Mujer de 40 años de edad que acude a consultas externas de dermatología refiriendo la presencia de lesiones autoinfligidas. La paciente había oído que, entre las prestaciones de nuestra Unidad, estaba la psicodermatología y acudía solicitando una atención holística de su proceso. La paciente había vivido en Alemania desde su nacimiento hasta los 30 años, momento en que decide venir a España. Desde que ha venido a España deja de autolesionarse y únicamente se pellizca y se rasca la piel. Su cuerpo está cubierto de cicatrices de intentos previos de suicidio y de autolesiones. Nos informa que estuvo durante años en tratamiento psiquiátrico y psicológico en Alemania, tanto en tratamiento ambulatorio como en ingreso en centros psiquiátricos. Fue diagnosticada de trastorno límite de la personalidad, depresión mayor y trastorno de estrés postraumático. La paciente nació con fisura palatina, labio leporino y fue intervenida en numerosas ocasiones siendo niña con pocas visitas durante de sus familiares durante los ingresos debido a que vivían a gran distancia del hospital. Refiere también historia de abusos sexuales entre los 5 y 15 años de edad, sufriendo asimismo abusos sexuales y físicos.

Discusión: La paciente en la actualidad acude a sesiones con el psiquiatra regularmente, pero siente que su piel necesita ser tratada de forma específica y por esto es por lo que nos ha buscado, con la idea de que contarnos su historia le da una luz de esperanza de ser tratada de forma amable y próxima.

5. LA DEPRESIÓN EN DERMATOLOGÍA

A. Tuneu y A. López Pestaña

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa. España.

Introducción: Se estima que un 10% de los pacientes que atendemos pueden estar deprimidos. Los dermatólogos solo diagnosticamos la depresión correctamente en un tercio de los casos, lo que deja a la mayoría de estos pacientes sin un diagnóstico, sin ayuda y sin mejoría del proceso. Cuando lo hacemos correctamente nos sentimos incómodos ya que carecemos de la suficiente formación psiquiátrica y estos pacientes nos ocupan mucho más tiempo del que podemos ofrecerle. Por su parte, el paciente no ha venido para hablar de su estado emocional, sino por su dermatosis. Puede que no sepa que está deprimido o que piense que le no podemos ayudar. Diagnosticar un estado depresivo no es fácil. No es un *feeling*. Para diagnosticarlo necesitamos que durante por lo menos dos semanas el paciente manifieste 5 de estos 9 síntomas: tristeza, pérdida de interés, cambios de peso, alteraciones del sueño, agitación o disminución de la actividad psicomotora, cansancio o pérdida de energía, sentimientos de culpa o desvalorización, dificultad en la concentración o pensamientos mórbidos. Hay que sospecharlo ante irritabilidad, agresividad, falta de adherencia al tratamiento, adicciones, procesos psicósomáticos, o en pacientes encerrados en sí mismos.

Conclusiones: ¿Qué podemos hacer como dermatólogos? No atribuir el estado depresivo únicamente al proceso dermatológico. Evitar todo aquello que pueda alejarnos del paciente. Realizar una escucha empática que nos permita percibir el sufrimiento psíquico. Recordar que somos dermatólogos, tratar su problema cutáneo y conocer nuestros límites como "psy". Una relación empática paciente-dermatólogo puede ser terapéutica y la base para que acepte la derivación a un "psy" o a iniciar un tratamiento. Es importante volverle a citar para que no se sienta abandonado y hacer un seguimiento.

tar atención intencionadamente en el momento presente y sin juzgar". Así pues, se trata de fomentar un "estado mental" (que, por otra parte, y de forma similar a otros rasgos y/o conductas, parece que se presenta de forma "natural" y en diferente grado en todos los individuos) a través de una serie de ejercicios que lo promueven. A partir de la presentación y puesta en marcha del primer protocolo en el Hospital de Massachusetts, ha proliferado de forma exponencial la investigación de éste y otros programas basados en él, habiéndose encontrado resultados que apuntan a que la práctica continuada de mindfulness tiene influencia sobre diferentes aspectos de la salud y el comportamiento humanos. Entre otros la regulación emocional adaptativa, la reducción del estrés, mejoras en la atención, la flexibilidad cognitiva, la catastrofización o los síntomas psicopatológicos relacionados con el dolor, activación del sistema nervioso parasimpático, reducción de la presión sanguínea y mejora de la variabilidad cardíaca, etc. Estos beneficios han sido estudiados en diferentes contextos y con distintos propósitos: promoción de la salud y/o terapias psicológicas, espacios educativos y empresariales, etc. Cabe destacar en el contexto que nos ocupa, que ya en 1998 Kabat Zinn (et al) realizó un estudio de la influencia de la práctica de mindfulness en la respuesta de enfermos moderados y severos a tratamientos (UVB y PUVA) con pacientes de psoriasis o múltiples estudios realizados en distintos contextos sanitarios que apuntan a la mejoría tanto de diferentes aspectos psicológicos como el estrés de los profesionales, como de la percepción que los pacientes tienen de estos.

Conclusiones: Todavía queda mucho por saber sobre los mecanismos implicados, sobre qué prácticas son más adecuadas para cada caso o conocer aquellas que tienen mayor eficiencia y/o eficacia, pero hay suficientes datos para, al menos, considerar la invitación que desde esta ponencia se hace para iniciarse en la práctica.

I Reunión conjunta del Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD) y el Grupo Español de Investigación en Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Alcañiz, 10 y 11 de julio de 2015

1. TALLER 1. INTRODUCCIÓN AL MINDFULNESS PARA PROFESIONALES SANITARIOS

F. Contreras Herrero

Psicólogo Sanitario. Especialista Universitario en Mindfulness. Zaragoza. España.

Introducción: Mindfulness, según la definición que hace John Kabat Zinn (su propulsor y creador del primer protocolo-Mindfulness based stress reduction o MBSR-), es "la conciencia que surge al pres-

Sesión Interactiva e-Póster 1

1. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE LEVE A MODERADA

A. Ruiz García^{a,c,d}, A. Ibáñez Navarro^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y F.J. Aganzo López^{c,d,f}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Teruel.

^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). ^fSector de Salud Zaragoza III. Zaragoza. España.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de tacrolimus 0,1% en el tratamiento de adultos mayores de 18 años con psoriasis en placas leve-moderada.

Métodos: El estudio se realizó con un total de 21 pacientes (12 mujeres y 9 hombres) de 51 años de edad media que fueron tratados durante 12 semanas con tacrolimus 0,1%, seguido de 4 semanas de control postratamiento. La eficacia fue valorada mediante el porcentaje de superficie corporal afectada (BSA), el índice de severidad de psoriasis (PASI) y el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI). La seguridad fue evaluada mediante la cuantificación de eventos adversos.

Conclusiones: Las 2 aplicaciones diarias de tacrolimus 0,1% pueden ser útiles en el tratamiento de pacientes con psoriasis en placa leve-moderada. El perfil de eficacia fue bueno en un 73% de casos, así como el de seguridad. La tasa media de efectos adversos fue de un 38,5%, siendo el efecto adverso más común la reacción local en el lugar de aplicación (17,8% de los pacientes).

2. DERMATITIS ARTEFACTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Rodríguez Álvarez^{a,c,d}, C. Ticona Castro^{a,c,d}, S.E. Marrón^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y A. Sanz Almale^{a,c,d}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Teruel. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Zaragoza. España.

Introducción: La dermatitis artefacta es una patología facticia, auto infligida por el paciente, con claro componente psicógeno. Es más frecuente en mujeres (OR 20/1) y suele debutar en la adolescencia y juventud. Puede estar relacionada con abusos previos o traumas psicológicos. Las lesiones se observan en áreas corporales accesibles al paciente. Se puede plantear diagnóstico diferencial con: excoriaciones neuróticas, el síndrome de Munchausen, los trastornos alucinatorios y por supuesto la simulación. El síndrome de Munchausen es una forma de dermatitis artefacta en la que puede manifestarse a través de dolor abdominal agudo, hemorragias, síntomas reumatológicos, lesiones cutáneas, etc. La dermatitis artefacta, sin embargo, está relacionada con trastornos psiquiátricos, los más frecuentes son el trastorno límite de la personalidad, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la dismorfofobia, la fobia social, el síndrome de estrés posttraumático y la psicosis hipocondríaca monosintomática.

Caso clínico: Mujer de 23 años de edad que acude a la consulta por presentar lesiones excoriadas en espalda, y desde hacía 3 meses lesiones artefactas en cara, que habían ido aumentando en número y tamaño de forma rápida. La paciente refería la presencia de crisis epilépticas desde los 18 meses de vida, realizando tratamiento profiláctico con anticonvulsivantes durante años. La paciente presentaba a la exploración clínica: a) en espalda lesiones cicatrizales, redondeadas o discretamente ovaladas, de 0,3 a 0,9 cm de diámetro, con pigmentación periférica y alguna de ellas con costras, y b) en mejillas lesiones lanceoladas, ligeramente eritematosas y con presencia de costras en su superficie, con tamaños que oscilaban entre 0,8 y 1,1 cm de diámetro. Alternando con estas pequeñas lesiones cicatrizales y pigmentadas de forma circular de entre 0,2 y 0,4 cm de diámetro. En la exploración mental se destacaba alteración del desarrollo psicológico en la infancia y fracaso escolar. Alteraciones conductuales en los últimos meses, afectivas (bajo estado de ánimo, apatía, disminución del apetito e insomnio), y en el contenido del pensamiento (ideación obsesivoide, pensamientos peculiares). La paciente se diagnosticó de dermatitis artefacta, junto con episodio depresivo moderado y alteraciones conductuales en el contexto de un retraso mental leve. La paciente confirmó a posteriori que se auto infligía sus lesiones. Tras la persistencia de compulsiones de manipulación de las lesiones (a pesar de risperidona 1 mg y fluoxetina 20 mg), se modificó el tratamiento a olanzapina 5 mg, cediendo el cuadro paulatinamente.

Discusión: La apariencia clínica artefacta de las lesiones es la primera pista que nos orienta hacia el diagnóstico. En este caso la paciente, a lo largo del tratamiento, asumió la autoría de las lesiones. La olanzapina resultó ser un fármaco útil con un buen perfil de seguridad. Dada la complejidad de estos casos, opinamos que es fundamental la colaboración entre especialidades para un tratamiento global del paciente.

3. MUJER DE 72 AÑOS CON LESIÓN ERITEMATOSA EN NARIZ Y PROGRESIÓN A LUPUS PERNIO Y SARCOIDOSIS SISTÉMICA

T.W. Cordova-Irusta^{a,c,d}, M. Lamarre^{a,c,d}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e} y F.J. Aganzo López^{c,d,f}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Teruel. ^dGrupo

Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Teruel. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). ^fSector de Salud Zaragoza III. Zaragoza. España.

Introducción: La sarcoidosis cutánea no tiene significado pronóstico y no hay correlación con el compromiso sistémico, salvo en dos situaciones: el eritema nodoso y el lupus pernio. El compromiso cutáneo se ve en 25-33% de los pacientes con sarcoidosis. Las lesiones cutáneas son más frecuentes en mujeres y personas de raza negra. Una simple biopsia de piel puede permitir el diagnóstico de la enfermedad.

Objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 72 años atendida en la consulta externa de dermatología por una lesión cutánea nasal. La paciente fue evaluada por un dermatólogo en 1999 y por segunda vez en 2014; durante ese tiempo tuvo un deterioro en su calidad de vida por la progresión cutánea de su patología cutánea.

Caso clínico: Nuestro caso clínico comienza con la presencia de una lesión cutánea que aparece en 1999. Es valorada por dermatología, se realiza una biopsia que indica "dermatitis granulomatosa con extensa infiltración linfoide", se realizó estudio para descartar sarcoidosis sistémica, siendo este negativo en primera instancia. Posteriormente se realiza seguimiento por Medicina Interna; durante este periodo la paciente refiere progresión de la lesión deformante nasal, no habiendo otra sintomatología. En 2009, en un control topográfico se aprecian adenopatías mediastínicas compatibles con sarcoidosis sistémica de grado 1 (adenopatías mediastínicas + lupus pernio) e inicia tratamiento con prednisona. En 2013 es derivada a dermatología por lesión deformante de la pirámide nasal y en 2014 se realiza biopsia que indica: dermatitis granulomatosa compatible con sarcoidosis cutánea y es referida al servicio de cirugía plástica para exéresis quirúrgica de la lesión y reconstrucción de la pirámide nasal.

Resultados: En el momento actual, pese al tratamiento con corticoides, presentó un curso progresivo de una lesión eritematosa a una rojo violácea indurada que deforma la pirámide nasal, causando en la paciente un deterioro del estado de ánimo, pérdida de autoestima y aislamiento social. En 2015 es derivada a cirugía plástica para tratamiento quirúrgico. Tras la cirugía indica mejoría del estado de ánimo y de sus relaciones sociales, con reintegración en sus actividades diarias habituales.

Conclusiones: Una valoración y seguimiento integral de esta paciente hubiera reducido el tiempo de resolución de su patología. Pese a que la afectación sistémica de la sarcoidosis se diagnosticó 10 años después de la lesión cutánea inicial, durante ese tiempo la paciente tuvo un deterioro de su calidad de vida por la deformación progresiva de su nariz.

4. REPERCUSIÓN MEDIÁTICA DE LA DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. EL EJEMPLO DE LA REVISTA INTERVIÚ

E. González Guerra y A. Guerra Tapia

Departamento de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción: Las psicodermatosis son objeto de atención profesional por parte de dermatólogos, psiquiatras y psicólogos. Las actividades de difusión mediática en prensa, radio y televisión favorecen su conocimiento y posibilitan la obtención de medios para su investigación.

Material y métodos: En el fondo del artículo publicado en la revista Interviu en 2013 se describe de forma divulgativa el delirio de parasitosis, la dermatitis artefacta, la psoriasis con grave repercusión en la calidad de vida y el trastorno dismórfico corporal.

Discusión: La publicación del reportaje fue seguida de nuevos programas de radio, entrevistas en diferentes medios, y aumento del número de pacientes que acudieron a las consultas.

Conclusiones: Dermatólogos, psiquiatras y psicólogos deben colaborar en los medios de comunicación para la adecuada difusión del conocimiento de los trastornos psicodermatológicos.

5. EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN PSORIASIS DE CUERO CABELLUDO

S. Moreno Berrueto^{a,c,d}, F.E. Juanas Fernández^f, E. Trillo Sallan^a, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e} y L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. Centro de Salud de Andorra. Andorra. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Teruel. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de dermatología y Venereología (AEDV). ^fMédico Administración Sanitaria. Salud Pública. Zaragoza. España.

Objetivos: El objetivo del estudio evaluar el efecto que el tratamiento tópico con betametasona + calcipotriol gel en pacientes con psoriasis de cuero cabelludo, teniendo en cuenta no sólo la mejora que el mismo produce sobre los síntomas y signos dermatológicos, sino también parámetros de calidad de vida y malestar psicológico.

Métodos: Se realizó un estudio durante 24 semanas para valorar la eficacia y seguridad de la betametasona dipropionato + hidrato de calcipotriol tópico en 30 enfermos de psoriasis con afectación crónica de cuero cabelludo. Como herramienta para medir la gravedad de la enfermedad se utilizó el PASI (Psoriasis Area and Severity Index), para la calidad de vida el DLQI (Dermatology Life Quality Index) y para valorar los síntomas de ansiedad y depresión la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de betametasona + calcipotriol gel sobre el grupo control en la mejora de la calidad de vida y en las puntuaciones de la escala HADS.

Conclusiones: Betametasona dipropionato + calcipotriol gel mejora las lesiones cutáneas de cuero cabelludo, así como la calidad de vida, siendo menor el malestar emocional producido por la enfermedad con el tratamiento.

6. PSICODERMATOLOGÍA: A PROPÓSITO DE UNA MUJER CON LESIONES DE PIEL AUTOINFLIGIDAS

T.W. Cordova-Irusta^{a,c,d}, M. Lamarre^{a,c,d}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e} y F.J. Aganzo López^{c,d,f}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). ^fSector de Salud Zaragoza III. Zaragoza. España.

Introducción: Las lesiones de piel autoinfligidas son síntomas claramente relacionados a desordenes mentales, aunque el dermatólogo es en oportunidades el primer profesional de la salud que es visitado por estos pacientes. Un enfoque multidisciplinar coherente y la buena comunicación entre los profesionales de la salud es importante cuando atendemos estos casos.

Caso clínico: Mujer de 40 años atendida en la consulta externa de dermatología por lesiones de piel autoinfligidas. La paciente había oído que nuestra consulta también ofrecía atención psicodermatológica y ella demandó desde el inicio ser atendida de una manera holística. La paciente nació con paladar y labio hendido y tuvo varias intervenciones quirúrgicas, con largas hospitalizaciones y pocas visitas de su familia debido a las largas distancias desde su casa hasta el hospital. También existe una historia de abuso sexual, desde la edad de 5 a 15 años, así como abuso físico (ella llegó a ser golpeada por su madre). Su padre bebía constantemente y su madre probablemente tenía un desorden de personalidad o un desorden mental, de acuerdo al patrón de comportamiento descrito por su hija. La paciente comenzó a cortarse y quemarse desde los 9 años. Comenzó a fumar cuando tenía 11 años porque una tía ha-

bía muerto de cáncer de pulmón y ella quería morir también. Tuvo una niñez infeliz, ella se sintió triste en su hogar y rechazó la escuela, a los 15 años comenzó a realizarse heridas serias debido a los intentos de suicidio y fue hospitalizada por 9 meses. Ella considera ese tiempo de hospitalización como muy útil y la terapia que tuvo le ayudo a tomar consciencia del abuso sexual a la que ella fue sometida. Durante su estadía ella decidió que no volvería a ser abusada otra vez, su regreso a casa fue dificultoso y dejó a sus padres cuando tuvo 17 años. A los 18 años ella fue admitida en un hospital psiquiátrico de adultos pero ella no se adaptó bien, ya que la estadía fue diferente a su anterior vez.

Resultados: La paciente tuvo años de tratamiento psiquiátrico y psicológico en Alemania, tanto como paciente hospitalizada como paciente de consulta externa. En España, profesionales de salud mental la ven regularmente. Ella ha sido diagnosticada de desorden de la personalidad Borderline. Depresión mayor y desorden por estrés postraumático.

Discusión: La paciente ha vivido en Alemania desde su nacimiento hasta los 30 años, edad a la que decidió venir a vivir en España. Desde que llegó a España ha dejado de producirse autolesiones graves y solo se pellizca y se araña su piel. Su cuerpo sin embargo está lleno de cicatrices y de autolesiones por los intentos de suicidio. Tiene una discapacidad física y recibe una pensión desde Alemania.

Conclusiones: Actualmente mantiene sesiones regulares con un psiquiatra, pero como su piel también necesita ser tratada ella desea contarnos su historia con la esperanza de ser tratada "amablemente" en nuestra unidad.

7. EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA ALOPECIA AREATA

C. Álvarez Quintero^{a,c,d}, F. Veira del Castillo^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, R.M. Rivero Villarrubia^a y L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de dermatología y Venereología (AEDV). Zaragoza. España.

Introducción: La etiología de la alopecia areata no está muy clara, enfermedad de distribución mundial. En la génesis de la alopecia areata se han incriminado factores inmunológicos (aumento del cociente CD4/CD8), factores genético-hereditarios (mayor frecuencia de algunos tipos de HLA de clase II, presencia de antecedentes familiares de la enfermedad) y factores psicológicos (acontecimientos vitales estresantes, alta comorbilidad psiquiátrica, rasgos de personalidad y estrés intrapsíquico). Es interesante un enfoque holístico en su manejo. El objetivo del estudio es estudiar la hipótesis que relaciona alopecia areata y psicopatología.

Métodos: El estudio se realizó sobre una muestra de 36 pacientes con alopecia areata. Como instrumento de medida se utilizó el SCL-90-R (Symptoms Check List-90-R) (Derogatis). El cuestionario se describe con nueve factores o subescalas (dimensiones sintomáticas): somatización, obsesión-compulsión, depresión, hipersensibilidad, ansiedad fóbica, psicoticismo, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide, teniendo para completar la exploración además tres índices globales: Índice somático general, Total de síntomas positivos e Índice de distrés de síntomas positivos. En el estudio hemos utilizado la adaptación española realizada por González de Rivera en 1989.

Resultados: El perfil de los pacientes con alopecia areata en nuestra muestra sería: Mujer, de 47,25 años, casada, activa, ama de casa, dedicada al trabajo en el sector industrial, que no realiza tratamiento psicológico, realiza tratamiento psiquiátrico en un pequeño porcentaje y que refiere acontecimientos vitales estresantes en el año previo a la visita.

Conclusiones: Coincidimos con Tan, Gupta y Koo en la presencia de comorbilidad depresiva, que en nuestra muestra alcanza el 22,2%. Coincidimos con Tan en la importancia de los acontecimientos vitales estresantes (AVE), si bien nuestros datos no son linealmente comparables, ya que él refiere 9,8% previos al episodio y nosotros obtenemos el 80,6% durante el año previo a la visita. Coincidimos con Koo en la comorbilidad existente entre alopecia areata y depresión (22%), trastorno de ansiedad generalizada (33,3%), fobia social (22,2%), trastorno paranoide de la personalidad (36,1%). Coincidimos además con Koo y Colon en afirmar con nuestros datos el importante riesgo de desarrollo de comorbilidad psiquiátrica en la evolución de la AA, en adición a lo anteriormente dicho puntuaciones en psicoticismo del (33,3%), hostilidad (27,8%), sensibilidad interpersonal (36,1%), obsesión-compulsión (30,6%) y somatización (66,7%). Coincidiendo con Colon en que los pacientes con AA cursan con un TAG. Podemos decir también que nuestros pacientes con alopecia areata tienen una escasa capacidad de introspección (insight) y una incapacidad para expresar sentimientos (alexitimia). Confirmándose a la vista de todo lo anterior nuestra hipótesis inicial que relaciona alopecia areata y psicopatología.

8. EVALUACIÓN DEL FORMATO DE “GRUPO PSICOEDUCATIVO” EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-SEVERA

M.H. Babouc Sid Saleh^{a,c,d}, F. Tomás Gutiérrez^a, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y T. Gracia Cazaña^{b,c,d,f}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. Centro de Salud de Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Huesca. España.

Introducción: La psoriasis es un proceso crónico en el que el malestar psicológico forma parte de la vivencia de la enfermedad. La carga de hacer frente a una enfermedad crónica suele producir un impacto negativo en la calidad de vida de los afectados. Los pacientes con psoriasis frecuentemente refieren baja autoestima y un malestar psicológico importante. El grupo psicoeducativo se centra sobre todo en los aspectos educativos del paciente acerca de su enfermedad y en mejorar sus estrategias de afrontamiento. Los participantes comparten sus inquietudes y estrategias para superar las dificultades relacionadas con su enfermedad.

Métodos: Un total de 30 pacientes con psoriasis moderada-grave fueron aleatorizados y asignados a grupo de intervención o a grupo control. A los 8 de los 15 pacientes asignados al grupo de intervención (el resto no pudo asistir) se les realizaron 12 sesiones semanales de 90 minutos de terapia en formato de grupo psicoeducativo, en el que se desarrollaron actividades de educación para la salud, técnicas de resolución de problemas, manejo del estrés y apoyo psicológico. Todos los participantes (N = 30) fueron evaluados en el momento basal, antes de su asignación a los grupos del estudio y al final de las 12 semanas. Los criterios de inclusión fueron: PASI \geq 5; DLQI \geq 6; HADS \geq 11, estar de acuerdo en participar en el estudio y firmar un documento de consentimiento informado.

Resultados: En los pacientes asignados a grupo de intervención observamos mayor reducción del malestar psicológico. Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas, observando mejoría en ambos grupos.

Conclusiones: Observamos una tendencia mayor de mejora de los pacientes del grupo de intervención grupal a pesar de haber sido tabulados por “intención de tratar” y de tener un reducido número de pacientes.

9. NEURALGIA POSTHERPÉTICA: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

T.W. Cordova-Irusta^{a,c,d}, M. Lamarre^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y A. Sanz Almale^{a,c,d}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). España.

Introducción: La neuralgia es el efecto secundario más frecuente en el herpes zoster. El uso de opioides en el tratamiento del dolor causado por la neuralgia post herpética ha sido controversial. La neuralgia postherpética causa fatiga, insomnio, depresión y ansiedad. Estos síntomas pueden afectar las relaciones interpersonales, interferir con las actividades diarias y culminar con un deterioro de la calidad de vida. En algunos estudios, los pacientes con neuralgia post herpética no han presentado criterios diagnósticos psiquiátricos pero han mostrado una serie de síntomas somáticos.

Objetivos: Evaluar la evolución de la calidad de vida de los pacientes que sufren neuralgia postherpética después de 6 meses de tratamiento con fentanilo transdérmico.

Material y métodos: El grupo de estudio comprendió 154 paciente diagnosticados con neuralgia post herpética (42,2% hombres; 57,8% mujeres). A estos pacientes se les adhirió un parche transdérmico de fentanilo cada 72 horas durante un periodo de 6 meses. Se efectuaron visitas de seguimiento regulares para evaluar los posibles efectos secundarios y la intensidad del dolor referido por los pacientes. El dolor experimentado por los pacientes se evaluó con la escala visual análoga EVA. El cuestionario SF-36 fue realizado para medir la calidad de vida. El cuestionario SCL-90R fue usado para apreciar los síntomas psicopatológicos.

Resultados: El dolor fue controlado en la mayoría de los pacientes con parches transdérmicos de 25-50 mcg. La calidad de vida de los pacientes mejoró y la sintomatología somática disminuyó con el tratamiento.

10. EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ACNÉ

S.V. Soto Prado^{a,c,d}, R. Rivero Villarrubia^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e,f} y T. Gracia Cazaña^{c,d,f}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel. ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. ^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). ^fHospital de Barbastro. Huesca. España.

Introducción: En nuestra práctica clínica diaria uno de los objetivos principales, debe ser mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Al objeto de conseguir este objetivo debemos tratar al paciente con los mejores fármacos disponibles, no olvidando su bienestar psicológico y la percepción de satisfacción. ¿Cómo podemos contribuir a mejorar el bienestar psicológico de nuestros pacientes en el poco tiempo que tenemos para cada uno? Primero es necesario evaluar y confirmar los resultados con el paciente. En segundo lugar, se les da la oportunidad de expresar sus sentimientos y en tercer lugar recibir el tratamiento más indicado en cada caso. Es bien conocido que ansiedad y depresión son los síntomas emocionales más frecuentes en nuestros pacientes. Para evaluar estos síntomas hemos utilizado la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). La escala HADS es una de las herramientas de evaluación más utilizadas en investigación y ha sido traducida y validada en muchos países. Para evaluar la calidad de vida general hemos usado el SF-36, y el Dermatology Life Quality Index (DLQI),

para evaluar la calidad de vida dermatológica. Finalmente, para evaluar la satisfacción percibida por nuestros pacientes, se elaboró un pequeño cuestionario.

Material y métodos: El estudio se realizó en un grupo de 163 pacientes diagnosticados de acné y tratados en nuestro hospital. A todos los pacientes se les realizó analítica sanguínea antes de iniciar el tratamiento y a los 50 días después de iniciado, para evaluar posibles alteraciones. Utilizamos isotretinoíno oral, en dosis ajustada a peso, con una dosis total acumulada de 120 mg/Kg administrado durante 6 meses. Como instrumentos de evaluación, se utilizaron: a) Cuestionario sociodemográfico, b) Formulario para reflejar la evolución clínica. c) El Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). d) El Short-Form 36. e) El Dermatology Life Quality Index (DLQI) y f) Cuestionario de satisfacción para pacientes. Los cuestionarios de calidad de vida se cumplimentaron antes de iniciado el tratamiento y una vez finalizado.

Resultados y conclusiones: En la evaluación basal, el 75% de los pacientes incluidos se clasificaron como Grado III. En el final del estudio, el 95% no presentaban lesiones, Grado 0. Mas del 65% de los pacientes del estudio había recibido tratamientos previos para su acné sin haber obtenido resultados satisfactorios. Alrededor del 15% de los pacientes sufrieron algún tipo de sintomatología adversa como consecuencia del tratamiento. En el 56% de los casos se observó queratitis en diferentes grados. No se observaron efectos adversos graves. Se observó un importante descenso en el impacto negativo que producía el acné en la calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, se observó un significativo incremento en la percepción de salud de los pacientes. Una vez que el tratamiento concluyó, el 65% de los pacientes refirieron mejoría en su salud física, mental y psicológica, así como en su vida social. Se observó un importante descenso en el impacto negativo que producía el acné en la calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, se observó un significativo incremento en la percepción de salud de los pacientes. Una vez que el tratamiento concluyó, el 65% de los pacientes refirieron mejoría en su salud física, mental y psicológica, así como en su vida social.

Simposio 1: Los comités de ética asistencial y de ética de la investigación clínica

1. INTRODUCCIÓN A LA ÉTICA

F.J. Martínez Molina

CEA de Alcañiz. Teruel. España.

En el primero de los cuatro apartados de la ponencia se aborda la distinción conceptual entre ética y moral dando cuenta de las acepciones más habituales de ambos términos, tanto en el ámbito académico como en el cotidiano. Se critica especialmente esa distinción puramente convencional (ya generalizada en los libros de texto) que consiste en considerar ética como una rama especializada de la filosofía académica cuyo objeto de estudio es la moral, entendiendo por esta un conjunto de normas y valoraciones relacionadas con la conducta humana. Así, la relación entre ética y moral sería análoga a la que existe entre la geografía y el territorio o la biología y los seres vivos. Una vez demostrada la inadecuación de este enfoque se acude a la etimología y a la propia historia (origen griego de la ética, origen latino de la moral) para concluir que la ética pivota en torno al individuo (como sujeto y objeto de la misma) mientras que la moral lo hace en torno a los grupos humanos considerados como un todo. De ahí se deduce que, aunque muchas

veces confluyan, la perspectiva ética y la perspectiva moral pueden incluso ser contrapuestas. Esto nos lleva directamente a la afirmación de que los problemas de la bioética son, en ocasiones, problemas de biomoral y de biopolítica. El segundo de los apartados analiza la distinción entre ética material y ética formal relacionándola directamente con la distinción entre una ética de las consecuencias y una ética de los fines. Se hace una comparación entre la tradición griega y la tradición cristiana tal y como cristaliza en la obra de Kant. Aquí se reivindica la ventaja de la tradición griega argumentando que las acciones y sus consecuencias son más observables que las intenciones subjetivas. En el tercer apartado se aborda el problema de la fundamentación de la ética y la moral haciendo especial hincapié en la vida como fundamento material y la libertad como fundamento formal. Se alude también a esos otros saberes (la antropología, la etología, la sociobiología, la psicología, la teología...) que nos permiten comprender la naturaleza de la ética, sin olvidar las referencias a las tesis del intelectualismo de Sócrates, el emotivismo de Hume y el intuicionismo de Moore. En el cuarto y último apartado se analizan los conceptos de valor y de virtud, reconociendo que el primero está de moda y el segundo en desuso. Sin embargo se hace una defensa y reivindicación del concepto clásico de virtud porque se muestra más claro (y más productivo en el campo de la bioética) que el concepto de valor. El origen economicista del concepto de valor y los problemas que plantea la determinación de su naturaleza lo hacen más confuso y vacío.

2. LOS COMITÉS DE ÉTICA ANTE LA LEY

M.J. Zapater Ponz

CEA de Alcañiz. Teruel. España.

Introducción: Un comité de ética asistencial es un órgano consultivo multidisciplinar competente en bioética, que delibera y puede ser consultado para ayudar en la toma de decisiones sobre cuestiones de valor que se dan en el ámbito de la asistencia sanitaria. En su composición estará integrado como mínimo por diez miembros, entre los cuales hay tres titulados en medicina; tres titulados en enfermería; un profesional que desarrolle su actividad en el servicio de atención al paciente y/o trabajo social; un ciudadano con interés en el campo de la bioética y un titulado en derecho con conocimientos en legislación sanitaria. Se rigen por los principios siguientes: a) Dignidad humana y derechos humanos. b) Beneficios y efectos nocivos. c) Autonomía y responsabilidad individual. d) Consentimiento. e) Privacidad y confidencialidad. f) Igualdad, justicia y equidad. g) No discriminación y no estigmatización. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo: 1) Solidaridad y cooperación. 2) Responsabilidad social y salud. 3) Aprovechamiento compartido de los beneficios. 4) Protección de las generaciones futuras. 5) Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad. El reto, en definitiva, consiste en convertir el quehacer clínico y profesional en un quehacer ético, en tanto y en cuanto permita al paciente alcanzar su fin último en la vida: la felicidad, no solo porque alivia el dolor y así se aproxima a ella, sino porque contribuye dándole un sentido que le serena y tranquiliza.

Conclusiones: El análisis de los principios de la bioética nos conduce a reconocer que el paciente es una persona y, por ende, un fin en sí mismo y no un instrumento para conseguir otras cosas.

3. ¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES? MISIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

S.E. Marrón Moya

CEA de Alcañiz. Teruel. España.

En Aragón los Comités de Ética Asistencial (CEA) están regulados por el Decreto 96/2013, de 28 de mayo, del Gobierno de Aragón por el que se regula el Comité de Bioética de Aragón y los Comités de

Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón. En el artículo II de la norma se establece que los CEA son: a) Órganos consultivos interdisciplinarios de los centros sanitarios, públicos o privados. b) Están constituidos para analizar y asesorar a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presenten dificultades o peculiaridades de orden ético. c) Así como para impulsar la formación en bioética de los profesionales sanitarios. d) En lo referente a su ámbito de actuación se especifica que en cada Sector de Salud de constituirá al menos 1 Comité de Ética Asistencial, con sede en el hospital de referencia del Sector-CEA-Sector de Alcañiz y que está compuesto como mínimo por 10 miembros (3 titulados en medicina, 3 titulados en enfermería, 1 profesional del ámbito de atención al paciente o trabajo social, 1 ciudadano con interés en el campo de la bioética, 1 titulado en derecho con conocimientos de legislación sanitaria. En el presente momento el CEA de Alcañiz está formado por 17 miembros y trabaja en fase de grupo promotor desde el 21 de octubre de 2013. Son sus funciones, las siguientes: 1) Asesorar en la toma de decisiones ante casos o situaciones clínicas que planteen problemas éticos a los profesionales o a los pacientes o familiares. 2) Promover la formación en bioética de los miembros del Comité y de los profesionales del centro de referencia, asesorando a la gerencia en el fomento y la organización de actividades docentes. 3) Promover la investigación en bioética aplicada a las necesidades y prioridades del propio ámbito asistencial. 4) Elaborar informes, guías, recomendaciones o protocolos de actuación respecto a situaciones frecuentes o relevantes de la asistencia sanitaria que tengan una dimensión ética significativa. 5) Cualquiera otra función que le atribuya la legislación. Y no son sus funciones las siguientes: 1) Reemplazar la decisión clínica de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiere solicitado su asesoramiento. 2) Elaborar informes cuando la persona interesada hubiese presentado por escrito quejas, denuncia o reclamación judicial o administrativa. 3) Realizar cualquier tipo de actividad pericial. 4) Pronunciarse sobre la atribución de responsabilidades de cualquier tipo a personas, físicas o jurídicas, en relación con las materias en las que interviene en Comité. 5) Sustituir al Comité Ético de Investigación Clínica.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. Villalba Mir

CEA de Alcañiz. Teruel. España.

Introducción: El consentimiento informado debe entenderse hoy en día como un proceso comunicativo. Se basa en el principio de autonomía: derecho de toda persona competente e informada a participar activamente en la toma de decisiones que le afectan de algún modo, incluyendo la autorización o rechazo a procedimientos diagnósticos y tratamientos y a la participación en proyectos de investigación clínica. El consentimiento informado vela por el derecho del paciente a estar plenamente informado, tomar sus propias decisiones. Vela por el individuo en la participación de ensayos clínicos. Siempre deben ir precedidas por un consentimiento informado. A través del consentimiento informado el paciente deja hacer al médico y el paciente sigue siendo responsable, es decir, libre y autónomo. Que el consentimiento sea informado significa que debe ser lo más objetivo posible. Dando la información suficiente de ventajas y riesgos de la propuesta médica. Busca una mayor libertad interior y busca una mayor libertad exterior. La información que el médico debe facilitar al enfermo plantea serios problemas éticos: 1) ¿hasta dónde hay que informar al paciente? 2) ¿hasta dónde sea necesario? 3) ¿hasta dónde el paciente quiera? 4) ¿de modo absoluto, beneficio/perjuicio? El consentimiento informado debe ser un proceso comunicativo durante la entrevista clínica que médico y paciente mantienen. La obligación de realizar un proceso adecuado de consentimiento informado está sólidamente fundamentada en nuestro país, viene recogida en la Ley General de Sanidad de 1986, en su Art. 10. La primera

Carta de derechos y deberes de los usuarios, apartados 5 y 6, establece el derecho información y el consentimiento. El Convenio de Oviedo, norma jurídica de mayor rango, establece la obligatoriedad de consentimiento informado. El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, reconoce como servicio de información el CI. Código Deontológico, capítulo III "Relaciones del médico con sus pacientes". Los elementos normativos del consentimiento informado son: 1) Un proceso continuo, dialogístico (hablado), comunicativo, deliberativo y prudencial, que requiere apoyo escrito y debe ser registrado en la historia clínica. 2) Voluntariedad, es un proceso libre, no coaccionado ni manipulado. 3) Información suficiente: naturaleza y objetivos del procedimiento, beneficios, riesgos y efectos secundarios. El responsable de dar la información es quien realiza la intervención, la investigación. 4) Información comprensible, adaptada a las peculiaridades socioculturales del paciente. 5) Capacidad por parte del paciente para comprender la información, evaluarla y comunicar su decisión. 6) El paciente tras un proceso de deliberación toma una decisión que es de aceptación o de rechazo a la medida propuesta por el profesional.

Conclusiones: El CI debe realizarse durante la entrevista clínica del médico -paciente. Se debe evaluar la capacidad del paciente. Se deben usar formularios escritos de consentimiento informado, apoyados de un proceso verbal. Excepciones al consentimiento informado según la LGS son: a) Peligro para la salud pública. b) Urgencia. c) Incompetencia. d) Privilegio terapéutico. e) Imperativo legal. f) Rechazo explícito de toda la información. Los profundos cambios acontecidos en la relación médico-paciente, relacionados con una mayor autonomía del paciente como consecuencia y expresión de su dignidad, han desarrollado el CI, como ejemplo del respeto a la libertad del paciente. Su uso adecuado mejora los efectos terapéuticos, al tiempo que aumenta la satisfacción del médico/investigador.

5. ¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES? MISIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC)

J. Magdalena Belio

CIC de Aragón y CEA. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: La creación de los Comités de Ética de la Investigación Clínica nace de la necesidad de dar garantía a los ciudadanos después de una serie de acontecimientos que quedarán en la memoria de la ciencia como auténticos errores y excesos, que pusieron en entredicho la imparcialidad de los intereses de quien realizaba la investigación, dejando al margen los derechos de los sujetos sometidos a dicha investigación. Documentos como el Código de Núremberg, emitido en 1947 tras el juicio celebrado por los experimentos nazis, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 y el Informe de Belmont en 1978 tras el caso de Tuskegee, son los pilares donde se apoyó la normativa tanto nacional e internacional que se fue desarrollando y adaptando a las necesidades de cada época que ha ido regulando tanto el procedimiento de elaboración de fármacos a través de los ensayos clínicos como la realización de otro tipo de estudios. Formados por un grupo heterogéneo de personas representativas de todos los estamentos involucrados en el proceso de investigación, con representación de los ciudadanos, son la garantía pública del compromiso de la sociedad para que la investigación biomédica se haga respetando los principios y derechos de todas las partes involucradas, tanto investigadores como sujetos sometidos a investigación, con el objetivo de defender los aspectos éticos, legales y científicos que debe respetar cualquier tipo de investigación, valorando en todo momento el balance riesgo-beneficio de la misma.

Conclusiones: No son ni un tribunal de la verdad, ni tienen capacidad de autorizar, ni son organismos promotores de investigación. Son un grupo de personas formadas, representativas, que tras una

valoración conjunta y su deliberación posterior emiten un dictamen para que la autoridad competente ejerza, o no, su capacidad de autorizar dicha investigación.

Sábado, 11 de julio de 2015

1. TALLER 2. INTRODUCCIÓN A LA HIPNOSIS CLÍNICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

I. Pérez Hidalgo

Sociedad Hipnológica Científica. Madrid. España.

Introducción: Se lleva a cabo un resumen de la historia de la hipnosis comenzando desde el siglo XVIII hasta la actualidad. Se observa una evolución hacia posturas más basadas en una metodología científica. La dermatología recibe aportaciones de la hipnosis desde finales del siglo XIX aproximadamente, y a partir de ahí se van perfeccionando los métodos para integrar esta técnica dentro del protocolo terapéutico de los dermatólogos, a menudo en colaboración con psiquiatras y psicólogos.

Conclusiones: Se pone el énfasis en estudios recientes aleatorizados y no aleatorizados, en torno a patologías como la psoriasis, las verrugas, la neurodermitis etc...

Sesión Interactiva e-Póster 2

1. EVALUACIÓN DEL PICOR Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS

N. Arza Candia^{a,c,d}, E.H. Rodríguez Álvarez^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e,f} y S. Boira Sarto^f

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza.

^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza.

^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

^fDepartamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. España.

Introducción: El picor es un síntoma común de muchas enfermedades de la piel. Se han propuesto factores psicofisiológicos para influir en la sensación de picor. Los factores estresantes pueden tener un papel en la sensación de picor.

Objetivos: Estudiar el impacto del picor en la calidad de vida y su bienestar emocional en pacientes dermatológicos.

Material y métodos: La muestra objeto de estudio fue de 203 pacientes atendidos en consulta por dermatología. Los pacientes cumplimentaron: 1) La escala de gravedad para el picor (ISS). 2) El Índice de Calidad de Vida de Dermatología (DLQI). 3) La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De acuerdo con los resultados obtenidos para el picor por la escala de gravedad para el picor (ISS), los pacientes fueron divididos en dos grupos: el grupo picor (X1) y el grupo no picor (X2).

Resultados: El 60,10% (N = 122) de los pacientes obtuvo una puntuación positiva en la escala de ISS. Los resultados de la DLQI mostraron diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001) entre los dos grupos. Los resultados de la HADS también revelaron diferencias estadísticamente significativas en la angustia emocional (p < 0,001) y la ansiedad (p < 0,001), aunque los resultados de la subescala de depresión no fueron estadísticamente significativos. Los resultados obtenidos mediante la utilización de la HADS tam-

bién revelaron diferencias estadísticamente significativas en la escala total: malestar emocional (p < 0,001) y en la subescala de ansiedad (p < 0,001), aunque los resultados de la subescala de depresión no fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: La calidad de vida percibida de los pacientes de dermatología con picor es más baja que para los que no lo tienen. Los pacientes con picor muestran mayores síntomas de ansiedad.

2. IMPACTO DEL USO DE METOTREXATO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS SEVERA

F. Veira del Castillo^{a,c,d}, C. Álvarez Quintero^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y M.J. Cardoso Moreno^f

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza.

^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza.

^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

^fDepartamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. España.

Objetivos: Evaluar la evolución del tratamiento con metotrexato subcutáneo en pacientes con psoriasis moderada a severa.

Métodos: Se realizó un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado, durante 24 semanas, donde se evaluó la eficacia y la seguridad de metotrexato en una población de 170 adultos con placa crónica psoriásica de moderada a severa. Los pacientes fueron evaluados mediante el Psoriasis Area and Severity Index (PASI) para valorar la evaluación de la severidad de la enfermedad; el Dermatology Life Quality Index (DLQI) y Short Form 36 (SF-36) para la evaluación de la calidad de vida, y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para la ansiedad y los síntomas de la evaluación del estado de ánimo.

Resultados: En los resultados preliminares realizados se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de metotrexato y el grupo control tanto con DLQI con SF-36 como con HADS.

Conclusiones: El metotrexato subcutáneo es eficaz en la mejoría de la calidad de vida dermatológica y en el control de la enfermedad en pacientes con psoriasis moderada a severa.

3. CASO DE EPIDERMÓLISIS BULLOSA: MANEJO E HISTORIA PSICOSOCIAL

T.W. Cordova-Irusta^{a,c,d}, M. Lamarre^{a,c,d}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e} y A. Sanz Almala^{a,c,d}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza.

^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD). Zaragoza.

^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

^fEspaña.

Introducción: La epidermólisis bullosa es un grupo de enfermedades cutáneas hereditarias caracterizadas por la presencia de ampollas y erosiones en la piel ante traumatismos menores. Los síntomas pueden ser dolorosos, incapacitantes y desfigurantes. Es importante cuidar el aspecto psicológico en pacientes que sufren epidermólisis bullosa. La psicoeducación y el soporte psicosocial, cuando es necesario, deben estar disponible para estos pacientes. Nos gustaría enfatizar la necesidad de un enfoque holístico tanto como la importancia de los especialistas entrenados en psicodermatología con el fin de abordar estos importantes problemas psicosociales relacionados con estas enfermedades de la piel.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 60 años de edad que fue vista en la consulta externa de Dermatología del Hospital de Alcañiz en España. Tras una historia clínica detallada y

una exploración dermatológica se confirma el diagnóstico de epidermolísis bullosa. Nadie le había informado a la paciente de su enfermedad, entonces fue necesario dar una explicación detallada de su condición, así como de las opciones de tratamiento. La paciente se mostró triste y reclusa, después de unas visitas el dermatólogo solicitó a la psicóloga del equipo a sentarse con ella para conocer a la paciente y así poder ofrecerle soporte psicosocial. La paciente nació en casa, en un pequeño poblado de Aragón, la familia se dio cuenta de que su hija tenía un problema cuando le perforaron los oídos a una semana de su nacimiento. Siendo niña, cualquier caída o golpe tenía dramáticos efectos en su piel. Ella recuerda haber pasado una temporada muy dura durante la adolescencia cuando notó que era diferente a los demás. La paciente se recluyó de la vida social y solo dejaba su casa para ir a la escuela. A los 18 años ella decidió "normalizar" su vida y pronto ella conoció a su futuro marido. Su marido tenía crisis epilépticas y problemas de temperamento, él no era muy empático hacia la patología que su mujer estaba sufriendo. La paciente recibió el apoyo de los padres de su marido hasta la muerte de estos, actualmente ella busca ese apoyo en su madre pero esto no le agrada a su marido. Las manos de la paciente se deformaron y ella no tiene uñas en pies y manos, tiene alopecia en cabeza y área púbica. Ella está especialmente preocupada acerca de su vista ya que tiene disminución de la visión y cataratas, lo cual la está encegueciendo considerablemente. Su mayor miedo es volverse ciega o necesitar una intervención quirúrgica y no ser capaz de realizarla por su enfermedad. La paciente nunca ha sido capaz de trabajar y tiene poca interacción social. Cuando se le pregunta por esto, ella responde que su marido no desea que ella salga de casa. Ella disfruta leyendo y viendo películas cuando tiene tiempo, aunque ahora es más difícil debido a sus cataratas.

Resultados: En la evaluación de la paciente se usaron algunas herramientas de *screening* psicológico (SC-90-R; Escala hospitalaria de ansiedad y depresión). Así se utilizó un cuestionario dermatológico específico de la calidad de vida (DLQI, índice de calidad de vida dermatológica). La paciente tenía una pobre calidad de vida (DLQI = 20), despistaje positivo para depresión y ansiedad, y ha manifestado los siguientes síntomas: soledad, nerviosismo, tristeza, excesiva preocupación, miedos, deseos de llorar, dolores musculares y de cabeza. Muchas visitas fueron programadas con el psicólogo y el dermatólogo; poco a poco la paciente ganó confianza con nuestro equipo y empezó a confiarnos algunos de sus "secretos" y los hechos que le estaban causando sufrimiento y preocupación.

Conclusiones: La paciente se animó a inscribirse en clases de adultos para así tener la posibilidad de interactuar con otros. Nosotros solicitamos a su marido acompañarla un día para hablar de sus problemas. La paciente en la actualidad continúa teniendo sesiones mensuales en el departamento de psicodermatología del hospital.

4. NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

E. González Guerra

Departamento de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción: Una historia clínica poco meticulosa puede llevar a diagnósticos erróneos. Un paciente poco expresivo, tímido e introvertido requiere todavía más atención.

Caso clínico: Mujer de 63 años que acude a su médico de familia por formación de costras y pérdida de sustancia en ala nasal izquierda, desde hace meses. La paciente es tímida, introvertida, y de difícil comunicación. Su médico la envía a dermatología para descartar un epiteloma basocelular. En la exploración no se objetiva ningún signo inflamatorio o tumoral. Durante la entrevista se rasca la zona repetida e intensamente llevando a pensar en una posible dermatitis artefacta de origen obsesivo compulsivo. Sin embargo, una anamnesis meticulosa buscando patología previa permite hacer el diagnóstico de un herpes zoster paucisintomático pasado, que ha dejado la complicación de una neuralgia postherpé-

tica con parestesias a modo de hormigueo, constantes. Se envía a la unidad del dolor, donde se trata con neurocirugía funcional que erradica los síntomas.

Discusión: La neuralgia postherpética se define como la presencia de dolor o parestesias (sensación de hormigueo) treinta días después de que aparezcan los primeros síntomas del herpes. Puede ser aparición de novo, persistencia desde el inicio de la enfermedad o recurrencia del dolor que continúa en el territorio del dermatoma durante meses o años, a pesar de que las lesiones de la piel hayan curado. Es la complicación más frecuente en los mayores de 60 años.

Conclusiones: La historia clínica es la base del diagnóstico en cualquier patología. No se puede afirmar un diagnóstico de índole psiquiátrica sin haber descartado una alteración orgánica.

5. PACIENTE NAÏVE A BIOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB PARA LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE

V. Lahoz Diestre^{a,c,d}, M. Lasheras Barrio^a, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y F.J. Aganzo López^{c,d,f}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza.

^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD).

^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

^fSector de Salud Zaragoza III. Zaragoza. España.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 33 años de edad y 53 Kg de peso. No refería antecedentes patológicos personales ni familiares de interés para el caso. El paciente fue diagnosticado de psoriasis en placas y en cuero cabelludo en 2002. El paciente había sido tratado previamente con corticoides tópicos discontinuos durante 5 años, que demostró su ineficacia y con metotrexato subcutáneo asociado a tratamiento tópico con calcipotriol/betametasona gel durante 8 meses más sin resultados positivos. En vista de todo lo anterior se instauró tratamiento con adalimumab en pauta clínica habitual con resultados satisfactorios.

Resultados: Valoración clínica de la psoriasis según práctica clínica habitual: basal PASI 10,20, BSA 18,10, DLQI 15; visitas de control: 1 mes PASI 1,20, BSA 2,50, DLQI 10 y al 5 mes PASI 0,00, BSA 0,00, DLQI 7. Sin acontecimientos adversos durante el tratamiento.

Conclusiones: Adalimumab resulta eficaz en el control del paciente naíve para biológicos.

6. UTILIDAD DE LA FLUOXETINA EN EL CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL ENFERMO DERMATOLÓGICO

A. Ibáñez Navarro^{a,c,d}, A. Ruiz García^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y A. Sanz Almale^{a,c,d}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza.

^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD).

^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

^fEspaña.

Objetivos: Evaluar el control de la sintomatología ansiosa y/o depresiva en pacientes con enfermedad cutánea tratados con fluoxetina.

Material y métodos: Se pasó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) a una muestra de 500 pacientes de primera visita, atendidos en las consultas externas de dermatología. Aquellos pacientes que puntuaron por encima del punto de corte en sintomatología ansiosa y/o depresiva, que confirmaron un malestar emocional significativa, y que consintieron participar en el estudio (N = 144), fueron tratados con fluoxetina 20 mg/día durante 6 meses. Los pacientes fueron visitados 5 veces: visita 1 basal (día 0), visita 2 (1º mes), visita 3 (3º mes), visita 4 (4º mes) y visita 5 - final (6º mes). Para facilitar el desarrollo del estudio se realizó una recogida de información estandarizada en el cuaderno de recogida de datos (CRD).

Resultados: a) Grupo de *screening*: las mujeres representaban el 65,8% de los pacientes. La media de edad de la muestra fue de 41,7 años. El grupo de edad más numeroso fue el de 18-30 años, con el 27,2% de la muestra. El 62,2% de los pacientes eran casados, el 33,2% trabajaban en el sector servicios y el 21% eran amas de casa. Tratamiento psicológico: referían haber realizado el 2,4% y psiquiátrico el 8,0%. El 28,2% de los pacientes referían acontecimientos vitales estresantes durante el último año antes de la visita. La puntuación media del HADS-A fue de 7,6 y la del HADS-D fue de 4,3. b) Grupo de tratamiento con fluoxetina. En este grupo se obtuvieron los siguientes resultados de media en las puntuaciones de las visitas: basal, 1 mes, 3 meses, 4 meses y 6 meses: HADS-A 12, 1, 9, 7,3, 6,4, 5, 9 respectivamente y en HADS-D 5,8, 5, 2, 4, 4, 2, 4, 0, respectivamente. **Conclusiones:** Se confirma que la fluoxetina es útil en el control de la sintomatología ansiosa y/o depresiva en el enfermo dermatológico. Se observa una reducción más rápida de la ansiedad que de la depresión a lo largo del tratamiento.

7. CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS COGNITIVOS. PUNTO DE VISTA DEL DERMATÓLOGO

C. Rodríguez Cerdeira^a y N. Mato^b

^aServicio de Dermatología. EOXI. ^bUniversidad de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Los trastornos cognitivos se caracterizan por un deterioro persistente y progresivo de las funciones cerebrales superiores. Dicho deterioro conlleva la pérdida de la autonomía del enfermo, que se va haciendo cada vez más dependiente a los demás, así como un detrimento de la actividad social, laboral y de ocio del paciente y sus cuidadores. La sobrecarga del cuidador, también llamada síndrome de agotamiento o síndrome de "burnout", es el resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presencia emocional en relación con la carga objetiva de la asistencia.

Objetivos: Evaluar la sobrecarga de los cuidadores principales que tienen a su cargo personas con trastornos cognitivos y que acuden que la consulta de dermatología.

Material y métodos: Estudio epidemiológico de tipo descriptivo, transversal. 50 personas en total fueron incluidas de la consulta externa de dermatología. 34 mujeres y 16 hombres. Con otros 50 pacientes: 26 hombres y 24 mujeres a los que acompañaban. Se usó para la medición la "Escala de sobrecarga del cuidador-test de Zarit".

Resultados: Tipo de patología encontrada en los cuidadores: 42% tumores cutáneos; 24% queratosis actínicas; 20% queratosis seborreicas; 10% dermatitis del área inguinocrural; 4% otras.

Conclusiones: No se aprecian diferencias significativas referentes al sexo, pero sí hay diferencias visibles en cuanto a la ocupación del cuidador. La gran mayoría (72,40%) de las amas de casa refieren tener una calidad de vida regular y en menor medida (17,2%) mala calidad de vida. Desde el punto de vista de los trabajadores, el 47,6% considera que su calidad de vida es buena y un 38,10% que es regular. La patología dermatológica más grave aparece en pacientes con cuidador/a, con regular o mala calidad de vida

8. ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

M.J. Cardoso Moreno^a y L. Tomás Aragonés^b

^aDepartamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. ^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España.

Introducción: Entendemos la función ejecutiva como el conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las

actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo de forma efectiva. Como base neuroanatómica, se ha propuesto que los lóbulos frontales intervienen en la mayoría de las funciones cognitivas a través de su capacidad para la planificación y organización de la conducta, así como su implicación en el control y focalización de la atención. Diversos estudios de neuroimagen realizados en sujetos con TDAH han mostrado alteraciones cerebrales a nivel estructural, funcional en el córtex frontal inferior y prefrontal dorsolateral. A nivel clínico, en numerosas ocasiones encontramos que los niños con TDAH tienen dificultad para planificar y secuenciar su comportamiento. Así pues, el objetivo del presente trabajo es comprobar si los niños diagnosticados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen afectada la función ejecutiva. La muestra estuvo compuesta por 25 niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. Se excluyeron del estudio aquellos niños que tomaban medicación y/o habían estado sometidos a algún tipo de intervención psicológica y/o educativa anteriormente. Se evaluó la función ejecutiva a través de un cuestionario sobre función ejecutiva y la administración del Test del Mapa del Zoo. Los resultados indican que los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un rendimiento más bajo que el resto en el Test del Mapa del Zoo y puntúan de forma más elevada en los cuestionarios de evaluación de la función ejecutiva.

Conclusiones: Estos resultados indican la posibilidad de la utilización de otras pruebas complementarias para el diagnóstico del TDAH y nos posibilitan el diseño y creación de nuevos programas de intervención psicoeducativa.

9. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON ALOPECIA

T.W. Cordova-Irusta^{a,c,d}, M. Lamarre^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y T. Gracia cazaña^{c,d,f}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza.

^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD).

Zaragoza. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

^fHospital de Barbastro. Huesca. España.

Introducción: Los pacientes con diversas formas de alopecia presentan a menudo un nivel alto de angustia y discapacidad como consecuencia de su pérdida de pelo. La pérdida de pelo puede ser una situación muy estresante. Por otro lado, la alopecia está a menudo relacionada con la presencia de situaciones de estrés. Los pacientes con diversas formas de alopecia presentan a menudo un nivel alto de angustia y discapacidad como consecuencia de su pérdida de pelo. La pérdida de pelo puede ser una situación muy estresante. Por otro lado, la alopecia está a menudo relacionada con la presencia de situaciones de estrés.

Objetivos: Medir y observar la relación existente entre la alopecia y la ansiedad.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio transversal en 60 pacientes en un periodo de 6 meses con alopecia de los cuales: 7 con alopecia areata, 10 con alopecia difusa y 43 con la alopecia androgenética. Se pidió a estos pacientes para completar el inventario de situaciones y respuesta a la ansiedad (ISRA), así como un formulario sociodemográfico. Hemos incluidos a los pacientes de la siguiente forma: 1) A todos los pacientes que acuden a la consulta por primera vez. 2) Con edad superior a 14 años. 3) Con diagnóstico de alopecia.

Resultados: La muestra estaba compuesta por 32 mujeres y 28 varones de edades comprendidas entre 15 y 51. La incidencia de la ansiedad severa fue del 53% en mujeres y 36% en los hombres. La incidencia de la ansiedad moderada fue 31% en mujeres y 50% en los hombres. Tanto en los hombres como en las mujeres hubo 15% con niveles normales de la ansiedad.

Conclusiones: Hemos encontrado un porcentaje muy alto de ansiedad entre los hombres y las mujeres con alopecia en nuestro estu-

dio, según los detalles de cada uno de los tipos de ansiedad que fueron evaluados (cognitivas, motoras y fisiológicas), así como las situaciones causadas por el estrés (que se está evaluando las relaciones interpersonales, fobias, problemas de todos los días).

10. UTILIDAD DEL SHORT FORM-36 EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA GENERAL EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

R. Rivero Villarrubia^{a,c,d}, S. Soto Prado^{a,c,d}, S.E. Marrón Moya^{b,c,d,e}, L. Tomás Aragonés^{b,c,d,e} y P.Y. Mendivil Nasarre^{c,d}

^aSector de Salud Alcañiz. Teruel. ^bHospital de Alcañiz. Teruel.

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza.

^dGrupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD).

Zaragoza. ^eGrupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). España.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad cutánea relacionada tradicionalmente con baja calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida general de un grupo de pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con ustekinumab en condiciones de práctica clínica habitual.

Métodos: Se presentan datos preliminares (epidemiológicos, de enfermedad dermatológica y de calidad de vida general) de un grupo de 6 pacientes con psoriasis moderada-grave. Los pacientes recibieron ustekinumab 45 mg en condiciones de uso clínico habitual. Para la evaluación de la calidad de vida general se utilizó el Short Form-36 (SF-36).

Resultados: En la semana 18 se observó: a) El 66% de los pacientes alcanzaron la remisión PASI 100 con desaparición total del prurito. b) Descensos significativos en la puntuación medida en los diferentes dominios del SF-36. c) Vitalidad y funcionamiento social son en las que mayor mejora se obtienen en los dominios relacionados con la salud mental, y dolor corporal en los relacionados con la salud física.

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos, ustekinumab consigue mejorías significativas en la calidad de vida general de pacientes con psoriasis moderada-grave. Los pacientes atribuyen al tratamiento las mejoras significativas experimentadas en la calidad de vida.

11. PONENCIA INVITADA: RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

J. Crespo Rospir

Psicólogo Sanitario. Zaragoza. España.

Introducción: Un amplísimo número de estudios sobre diferentes enfermedades y en distintos estadios de las mismas confirman que los rasgos de personalidad, (características estables de la personalidad), junto con estilos de afrontamiento (centrados en la emoción o en el problema), inciden en la asunción, modulación y superación de la misma por parte de los pacientes. Las medidas utilizadas con mayor profusión son: el test de Eysenck y el de los 5 grandes, para la personalidad y la Teoría Transaccional de Lazarus para los Estilos de Afrontamiento. También se han tomado en consideración las variables psicosociales (nivel económico, cultural, edad, género y apoyo social). Se constata una mayor afectación emocional y física negativa, con peor adhesión al tratamiento y peor recuperación, cuando existe: alto neuroticismo e inestabilidad emocional (ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad, vulnerabilidad). Alta introversión. Baja responsabilidad. Baja afabilidad junto con estrategias de afrontamiento pasivas o centradas en la emoción (evitación, negación, aislamiento social, culpa, resignación, abandonarse). Suponen en general, peor calidad de vida, mayores niveles de ansiedad y depresión. Por el contrario, la menor afectación emocional y física, así como una mejor adhesión al tratamiento y recuperación de la enfermedad, se produce cuando existen: alta

extraversión (cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones, emociones positivas). Alta responsabilidad (orden, necesidad de logro, autoestima, sentido del deber, competencia). Acompañado de estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema (planificación, priorización, reevaluación positiva). Alta afabilidad (modestia, sensibilidad hacia los demás, confianza, franqueza, altruismo). Relaciones sociales, apertura de emociones a los demás, ventilación emocional, empleo del humor. **Conclusiones:** Por consiguiente, los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento son buenos predictores para anticipar/prevenir tanto la afectación en el paciente como las perspectivas de recuperación y, mejor aún, para apoyar e instruir al enfermo en una óptima recuperación de su enfermedad.

Simposio 2: Psicodermatología 2015

1. REPERCUSIONES DE LAS EMOCIONES EN LA SALUD

M.J. Cardoso Moreno

Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Introducción: La ansiedad es una experiencia básica del ser humano y una de las sensaciones que con más frecuencia este experimenta; además, está presente en todo proceso de enfermedad, siendo uno de los principales motivos por los que las personas acuden a consulta. La ansiedad se caracteriza por poseer un carácter anticipatorio, lo que le confiere un valor funcional importante, puesto que posee una utilidad biológico-adaptativa. En general, la ansiedad aparece cuando una persona se encuentra ante una situación vital para su bienestar o ante un conflicto no resuelto y para los que no tiene solución rápida, expresándose como una sensación de incertidumbre. Sin embargo, puede llegar a convertirse en desadaptativa cuando, por ejemplo, la anticipación es un peligro irreal, irracional, es decir, cuando se produce en situaciones de escaso peligro objetivo, o bien que carecen de peligro real. En este caso nos podemos encontrar ante la ansiedad clínica (como síntoma) y patológica, que, en principio, se caracteriza por presentar diferencias cuantitativas en relación a la ansiedad normal.

Conclusiones: Numerosos estudios han confirmado la interacción entre el SNC, el sistema endocrino y el sistema inmunológico, explicando los eventos que se suceden cuando el SNC procesa la información sobre eventos estresantes, tanto de orden emocional como físico, lo cual va a depender del estado actual del individuo, así como de sus experiencias pasadas que le servirán de base para la interpretación de dichos eventos. Esta información viaja a través del SNC, tanto por la vía del eje hipotálamo- pituitaria-adrenal (eje HPA) como por la vía autonómica, hasta el sistema inmune.

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PSORIASIS

S. Ros Abarca, L. Puig Sanz y E. Serra-Baldrich

Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Conocemos la influencia de los aspectos psicoemocionales y psicosociales tanto en la evolución de las enfermedades como en la vivencia que sobre la enfermedad tienen los pacientes: percepción de dolor, prurito... El desconocimiento o la omisión de estos aspectos psicoemocionales tiene un impacto negativo en la relación médico-paciente, en la adherencia terapéutica y posiblemente en la respuesta del tratamiento instaurado. Actualmente, tanto en el ámbito clínico asistencial como en el de la investigación, la evalua-

ción de la QoL de los pacientes es una herramienta más para la elección de los tratamientos administrados y para evaluar su efectividad. Enfermedad multifactorial en la que los factores psicológicos juegan un papel importante, por lo que se plantea una doble cuestión: cómo el estrés y las variables psicológicas (psicopatología, personalidad) influyen en la psoriasis y cómo la psoriasis como enfermedad crónica, visible y desfigurante influye en el equilibrio psicológico y psicosocial del paciente. La detección de alteraciones emocionales y/o psiquiátricas en el paciente con psoriasis nos ayudará a un mejor abordaje tanto de la propia enfermedad como de sus comorbilidades (consumo de alcohol, tóxico, alteración de la conducta alimentaria, ansiedad y depresión, estrés). La intervención psicológica grupal o individual nos ayudará a mejorar la inteligencia emocional, autoestima y autoconocimiento de nuestros pacientes, así como sus habilidades de comunicación y relación con su entorno. Mediante las técnicas de reestructuración cognitiva ayudaremos al paciente en la identificación de las expectativas, creencias y pensamientos en los que se basan los patrones afectivos y cognitivos inadecuados y a nivel psicológico trabajaremos los estilos de afrontamientos más adaptativos para afrontar una enfermedad visible y crónica como es la psoriasis.

3. PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA ASOCIADA A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y Universidad de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son cuadros psiquiátricos con un elevado índice de morbimortalidad en jóvenes, por lo que su diagnóstico precoz resulta esencial para poder comenzar el tratamiento en fases iniciales, lo que, a su vez, mejora el pronóstico de este tipo de trastornos. A grandes rasgos, las lesiones cutáneas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden asociarse a la restricción dietética, las conductas purgativas (vómitos autoprovocados, diuréticos y laxantes) y a las alteraciones conductuales.

Objetivos: Estudiar las lesiones cutáneas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) para ayudar a un diagnóstico precoz de este trastorno.

Método: Revisión bibliográfica extensa y aportación de nuestra propia experiencia de pacientes con TCA.

Resultados: Las manifestaciones dermatológicas incluyen: a) Pálidez facial con aspecto triste y demacrado. b) Resaltes óseos marcados. c) Atrofia muscular. d) Piel agrietada, seca, pigmentada. e) Extremidades frías y cianóticas. Palmas y plantas amarillentas. f) Lanugo, vello axilar y púbico conservado. g) Caída de pelo. h) Alteraciones dentarias e i) Edemas, etc.

Conclusiones: Las lesiones cutáneas en los TCA son signos tempranos que alertan sobre la existencia de problemas psíquicos. Son los dermatólogos los primeros en detectar los casos de BN o AN, lo que, de esta forma, permite el diagnóstico precoz de dichas patologías o sus recaídas, y, consecuentemente, se mejora su pronóstico al posibilitar el tratamiento antes de que aparezcan complicaciones orgánicas más graves e irreversibles en el paciente, que pueden incluso comprometer su vida y conducirlo a la muerte.

4. NOVEDADES EN TRASTORNOS PSICODERMATOLÓGICOS: EL DELIRIO DE PARASITOSIS Y EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

A. Guerra Tapia

Departamento de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. España.

Introducción: El trastorno dismórfico corporal, previamente conocido como dismorfofobia, es una entidad de curso crónico relati-

vamente frecuente en las consultas de dermatología. Se caracteriza por la preocupación excesiva, a veces obsesiva o delirante, sobre un defecto físico leve o inexistente. Las áreas corporales más frecuentemente implicadas son la piel, el pelo y la nariz. En los hombres es muy frecuente que la zona genital, el pelo y la masa muscular sea el objeto de preocupación, mientras que en las mujeres son el peso, las caderas y piernas y los senos. En la consulta de dermatología general las quejas más frecuentes son por orden de frecuencia: acné (50%), pelo (20%) y discromías (20%). En la consulta de dermatología estética los motivos de consulta más frecuentes son las discromías (61,9%), envejecimiento (28,6%), preocupaciones por la forma corporal (28,6%) y pelo (14%). La depresión y la fobia social son las comorbilidades asociadas más frecuentes. En cuanto a su etiopatogenia, se han encontrado alteraciones en el procesamiento de imágenes en el sistema límbico, sobre todo faciales, así como alteraciones microscópicas en la topografía cerebral. Los mecanismos moleculares se cree que están relacionados con la transmisión serotoninérgica. En la nueva edición DSM-V se ha categorizado de nuevo dentro de los trastornos del espectro TOC. En la clasificación CIE 10-MC corresponde al código F45.22 y en el CIE-9 MC al código 300.7. Es un trastorno que puede llegar a ser incapacitante, pudiendo tener consecuencias nefastas como el suicidio. El tratamiento suele ser complicado y largo, basándose en la terapia farmacológica con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y terapias psicológicas cognitivo-conductuales.

Conclusiones: El modelo de tratamiento más aceptado es aquél que incluye el tratamiento farmacológico, la terapia psicológica inferencial y cognitivo-conductual, así como apoyo psicosocial.

5. FACTORES PSICOSOMÁTICOS EN DISTINTAS DERMATOSIS

J. Calap Calatayud

Catedrático de Dermatología Emérito. Universidad de Cádiz. Cádiz. España.

Introducción: Existe más del 70% de dermatosis con aspectos psicósomáticos. Un 25% necesita tratamiento psicoterápico.

Casos clínicos: He tenido varios casos de alopecia en que había implicado un psicotrauma. Citaré como ejemplo dos de dichos casos: Caso 1: mujer de 40 años con alopecia areata: su marido desapareció de su casa 3 días después de la boda desconociendo en el momento de la consulta su paradero. Caso 2: mujer de 37 años con 2 placas de alopecia areata. Su esposo se había alistado como voluntario en el ejército destinado a Bosnia en contra de su voluntad.

Discusión: Factores psicoestimulantes en la curación de las verrugas. Ya fue señalado por el Prof. José Gay Prieto en su tratado de dermatología: "La sugestión iniciada por Bonjour y bien estudiada por Bloch es capaz de curar hasta un 70% de verrugas planas y cerca de la tercera parte de los casos de verrugas vulgares. Lo esencial del procedimiento es despertar en el enfermito un choque emocional fuerte y fijarle la atención del modo más persistente posible sobre su padecimiento. En la clínica de Zúrich y posteriormente en la nuestra, hemos utilizado con tal fin pincelaciones de las verrugas con solución de fucsina, haciendo la primera con los ojos del enfermito vendados y en una habitación donde poníamos en marcha un multostato". Aunque Gay Prieto no señala el número de enfermos tratados con dicho método, es de suponer que cuando decidió publicar dicho método terapéutico en su famoso Tratado de dermatología (1976) fue porque le dio buen resultado. Braun Falco, Plewig y Wolf en su célebre tratado de dermatología proponen la sugestión entre las medidas terapéuticas de las verrugas. A lo largo de esta ponencia se pone de relieve nuestra interpretación de por qué se curan algunas verrugas con sugestión y se abordan otros aspectos de dermatología psicósomática como: dermatosis artefactas, síndrome de Münchhausen, síndrome de Meadow, alteraciones zoopa-

rasitarias, dismorfofobia, síndrome de Dorian Gray, factores psicosomáticos en acné, liquen ruber plano, psoriasis, etc.

Conclusiones: 1) Existen numerosas dermatosis que se relacionan con factores psicológicos y psiquiátricos. 2) A menudo los factores psicológicos desencadenan la dermatosis otras veces es la aparición de una dermatosis la que da lugar a trastornos psicológicos y psiquiátricos. 3) Consideramos fundamental que tanto el dermatólogo

como el psiquiatra y psicólogo tengan la máxima información de estas interacciones con el fin de poder trabajar en equipo. 4) Esta tradición de unir los estudios de la dermatología a la psiquiatría viene de antiguo: el primer catedrático de dermatología en la historia de la medicina fue Vichensco Sirauchi, que en 1802 fue nombrado profesor de dermatología y psiquiatría en la Universidad de Florencia.