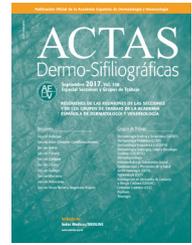




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## XI Reunión del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Madrid, viernes 19 y sábado 20 de febrero de 2016

### Viernes, 19 de febrero de 2016

#### 1. ONICOFAGIA, ASPECTOS DERMOPSIQUICOLÓGICOS

A Guerra Tapia<sup>a</sup> y E González Guerra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. HCU San Carlos. Madrid. España.

**Introducción:** La onicofagia o hábito de morderse las uñas es algo más que un acto inestético. Junto a las repercusiones físicas (alteración morfológica de las uñas - estrías, surcos, fragilidad, tamaño reducido-, infecciones bacterianas y fúngicas y otras, deformidad de los dientes y de la arcada témporo-mandibular) existen trastornos psicológicos. Una de las principales alteraciones psicológicas que acompañan a la onicofagia es la que se produce sobre la imagen corporal y la autoestima.

**Discusión:** El DSM-V incluye este trastorno en las dermatosis por movimientos compulsivos o tics. Existe una forma inconsciente o automática y otra consciente. En la primera Los pacientes presentan pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, reconociendo que son productos de su mente, y que causan ansiedad o malestar significativos. En la forma consciente el individuo se ve obligado a realizar comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente, para prevenir o reducir el malestar. La evolución es crónica, iniciándose en la infancia en la mayoría de los casos. El tratamiento consiste en terapia conductual basada en la recompensa y en la aversión. Su parentesco con las compulsiones avala en algunos casos el tratamiento con N-acetil cisteína oral. **Conclusión.** La onicofagia es un problema de salud cutánea y mental en la que el dermatólogo juega un papel fundamental tratando los efectos cutáneos y aconsejando sobre la terapia psicológica adecuada.

#### 2. HIPNOSIS CLÍNICA EN DERMATOLOGÍA

I. Pérez Hidalgo

CHC Psicólogos. Madrid. Presidente de la Sociedad Española de Hipnosis Clínica y Experimental. 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...

#### 3. PROYECTO: CURSO DE PSICODERMATOLOGÍA 2015

S.E. Marrón Moya<sup>a,j</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,j</sup>, A. Guerra Tapia<sup>c</sup>, M. García-Bustinduy<sup>d</sup>, A. M. Sivelos<sup>e</sup>, E. González Guerra<sup>f</sup>, F.J. Martínez Molina<sup>g</sup>, S. Ros Abarca<sup>h</sup> y R. Martín Brufau<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Canarias. España. <sup>e</sup>Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Palencia. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. HCU San Carlos. Madrid. España. <sup>g</sup>CEA Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>h</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Sant Pau. Barcelona. España. <sup>i</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Murcia. España. <sup>j</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España.

**Introducción:** El GEDEPSI por medio de este primer curso pretende aportar al alumno de la visión holística en la atención al paciente dermatológico, centrándonos en los componentes psicológicos y sociales del proceso asistencial.

**Material y métodos:** El Curso se estructura en 6 módulos, 4 de ellos generales, referidos a: Comunicación, Ética, Calidad de vida y psicopatología y salud. Otro es de implantación práctica en psoriasis y el último son Clases de Maestros en formato video sobre: Comunicación, ética. Calidad de vida y psicopatología y salud. El curso se desarrolla a través de la plataforma Auladerma de la AEDV y está diseñado. para enfermeras y psicólogos de los Servicios de Dermatología. Está diseñado para dar cobertura a 100 alumnos en esta primera edición. Se han solicitado créditos de formación continuada para el curso.

#### 4. PSORIASIS Y ALEXITIMIA

S. Ros Abarca

*Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.*

#### 5. PRURIGO NODULAR: UNA VISIÓN DERMATO-PSIQUIÁTRICA

R.M. Díaz Díaz<sup>a</sup>, C. Rubio Flores<sup>a</sup>, M. Ictea Ibáñez de Gauna<sup>b</sup> y O. López-Barrantes González<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España.*

**Introducción:** Se acepta que existe una relación estrecha entre la piel y la psiqui. El prurigo nodular es una enfermedad cutánea crónica, poco frecuente, de causa desconocida, caracterizada por la presencia de pápulas queratósicas y un prurito intenso que obliga al paciente al rascado compulsivo. En algunos casos se asocia a una diátesis atópica y en otros a diferentes enfermedades cutáneas y sistémicas.

**Objetivos:** Determinar cuáles son las alteraciones psiquiátricas de los pacientes diagnosticados clínica e histológicamente de prurigo nodular en el HU Infanta Sofía durante el período 2008-2015.

**Material y métodos:** Valoración de algunos de los datos de la historia clínica incluyendo cualquier dolencia relacionada con la esfera psiquiátrica.

**Resultados:** Encontramos un total de 12 pacientes, de los cuales 8 eran mujeres, con una edad entre 12-88 años. Del total, 10 pacientes eran mayores de 50 años. Dos eran diabéticos, dos hipotiroideos. Y otros dos padecían enfermedad de Alzheimer, uno sufría de dermatitis atópica. El tiempo de evolución fue variable. Las lesiones se localizaban sobre todo en extremidades. En 5 se diagnosticó un cuadro depresivo, uno de ellos asociado a ansiedad, en 2 ansiedad, en 2 un trastorno adaptativo y en 3 no se encontró ninguna patología psiquiátrica. La respuesta a los distintos tratamientos fue variable.

**Discusión:** En la literatura se recoge que el 50% de los pacientes con prurigo nodular padecen un trastorno psiquiátrico y que si se trata dicha enfermedad se mejora la sintomatología cutánea en un 33%. Sin embargo el uso de distintas escalas para medir ansiedad, depresión, Alexitimia y otras variables, no han mostrado diferencias con las aplicadas a pacientes con otras dermatosis.

**Conclusiones:** Los pacientes con prurigo nodular pueden padecer una patología psiquiátrica asociada pero faltan estudios casos/controles con un número suficiente de pacientes y se necesita un instrumento estandarizado para medir los factores bio-psico-sociales en estos pacientes.

#### 6. PROYECTO “MENTE SANA EN PIEL SANA”

E. Samaniego González

*Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.*

**Introducción:** “Las herramientas de comunicación son una parte necesaria en el currículo del dermatólogo”. (Actas Dermosifiliogr. 2015;106 (9):699-702) El éxito del proceso de comunicación condiciona en gran medida la calidad de la relación que se establece entre médico y paciente y su implicación en el plan terapéutico. Con el boom de internet y las redes sociales muchos pacientes se sirven de estos medios para obtener información sobre sus padecimientos. Este hábito cada vez más extendido entraña muchos riesgos ya que muchos contenidos no provienen de profesionales o son malinterpretados. La Fundación Piel Sana pone a disposición de los

dermatólogos un portal dentro de la web de la aedv que podemos utilizar como canal excepcional para comunicar y divulgar información válida, veraz, de calidad, rigor científico, comprensible y elaborada por profesionales sobre las enfermedades dermatológicas y los aspectos que las acompañan, donde tienen cabida los aspectos psicoemocional y social que constituyen el campo de trabajo del grupo español de investigación en dermatología psiquiátrica (gedepsi).

**Material y métodos:** presentación del proyecto “mente sana y piel”, dentro de la web de la fundación piel sana. **Discusión:** Al menos un 30% de los pacientes con enfermedades cutáneas presentan alteraciones psicológicas o psiquiátricas. La información que nuestro grupo pretende transmitir al paciente es muy relevante: la mayoría desconocen la existencia del vínculo entre su enfermedad dermatológica y la mente. Este desconocimiento radica en que no demanden un tipo de asistencia integral y en algunos casos les convierte en “nómadas” de consulta en consulta.

**Conclusiones:** Abrir una puerta a la información permite eliminar barreras y potenciar un acercamiento entre los profesionales de la piel y sus pacientes. El proyecto mente sana es un elemento fundamental que completará la información del paciente sobre las enfermedades de la piel y su dimensión psicosocial.

#### 7. NUEVA WEB DEL GEDEPSI: GEDEPSI.AEDV.ES. HERRAMIENTAS PARA LOS MIEMBROS EN EL ÁREA PRIVADA

A. Ramírez de Arellano<sup>a</sup> y E. Lindoso<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Responsable de nuevos medios digitales de la AEDV. <sup>b</sup>Project Manager de IHC Salud.*

#### 8. PROYECTO “GEDEPSI-AEDV-01-TDCA-2014”

S.E. Marrón Moya<sup>a,1</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>a,1</sup>, A. Miranda Sivelos<sup>c</sup>, R. Martín Brufau<sup>d</sup>, C. Rodríguez Cerdeira<sup>e</sup>, M. García-Bustinduy<sup>f</sup>, M.J. Tribó Boixaro<sup>g</sup>, E. Serra Baldrich<sup>h</sup>, S. Ros Abarca<sup>h</sup>, C. Brufau Redondo<sup>i</sup>, A. Miranda Romero<sup>j</sup> y A. Rodríguez Pichardo<sup>k</sup>

*<sup>a</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>c</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo. Palencia. España. <sup>d</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Murcia. España. <sup>e</sup>Servicio de Dermatología. CHUVI. Vigo. Pontevedra. España. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Canarias. España. <sup>g</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España. <sup>h</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Sant Pau. Barcelona. España. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. HCU Valladolid. Valladolid. España. <sup>j</sup>UGC. Dermatología. H.V. Macarena. Sevilla. España. <sup>k</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España.*

**Introducción:** La dismorfofobia es un sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que le paciente cree que es evidente para los demás, aunque su aspecto está dentro de los límites de la normalidad. El DSM-5 lo clasifica dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia para otras personas. El objeto del presente estudio es la detección de posibles casos de TDC en pacientes con acné en España sobre una muestra de 400 pacientes. En el estudio se utiliza la entrevista de Philips que realiza detección con criterios DSM-IV + un 5º ítem que incluye las conductas obsesivo compulsivas introducidas por el DSM-5 por lo que también realizaremos detección mediante criterios DSM-5.

## Sábado, 20 de febrero de 2016

### 9. PROYECTO “GEDEPSI-AEDV-02-HSQOL-2015”

S.E. Marrón Moya<sup>a,f</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,f</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>c</sup>, R.M. Díaz Díaz<sup>d</sup>, C. Pelufo Enguix<sup>c</sup>, A. Miranda Sivelo<sup>e</sup>, S. Boira Sarto<sup>g</sup>, S. Lamas Díaz<sup>h</sup>, A. Juan Sahuquillo<sup>c</sup>, T. Gracia Cazaña<sup>i</sup>, E. González Guerra<sup>j</sup>, A. Guerra Tapia<sup>k</sup>, E. Samaniego González<sup>l</sup>, E. Serra Baldrich<sup>m</sup>, S. Ros Abarca<sup>m</sup>, M. García-Bustinduy<sup>n</sup> y C. Rodríguez Cerdeira<sup>o</sup>

<sup>a</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Manises. Valencia. España. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España. <sup>e</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo. Palencia. España. <sup>f</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España. <sup>g</sup>Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>h</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Bioestadística. Universidad San Jorge. Zaragoza. España. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Barbastro. Barbastro. Huesca. España. <sup>j</sup>Servicio de Dermatología. HCU San Carlos. Madrid. España. <sup>k</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. <sup>l</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de León. León. <sup>m</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Sant Pau. Barcelona. España. <sup>n</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Canarias. España. <sup>o</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (CHUVI). Vigo. Pontevedra. España.

**Introducción:** El presente es el segundo proyecto de investigación multicéntrico cooperativo del GEDEPSI, el objetivo del mismo es desarrollar y validar un instrumento específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con HS.

**Material y métodos:** El equipo investigador está formado por 12 dermatólogos, 1 psiquiatra, 6 psicólogos y 1 bioestadístico.

**Resultados:** En este momento está constituido el “Core Group” que gestionara el proyecto y se ha elaborado el dossier del proyecto que se ha enviado al Comité de Ética de la Investigación Clínica de Aragón (CEICA) para que emita su Dictamen preceptivo. Comentarios: En este momento estamos dentro de los plazos fijados en el cronograma del estudio, pendientes del Dictamen del CEICA.

### 10. DOS CASOS DE DOLOR CUTÁNEO

C. Brufau Redondo

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

### 11. IMPLICACIONES EMOCIONALES EN LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS. LA FUNCIÓN DEL “YO PIEL”

J. Rodado Martínez

Psiquiatra adscrito a la Unidad de Psicodermatología. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

### 12. PROYECTO “LA RISA COMO MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA PSORIASIS EN PLACAS”

L. Tomás Aragonés<sup>a,b</sup>, J. Navarro López<sup>b</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c</sup>, M. Sarrión Mochales<sup>c</sup> y P.C. Marijuán Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>b</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

Zaragoza. España. <sup>c</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España.

**Introducción:** Este estudio piloto es la continuación del Proyecto Explora titulado: Estudio neurocomputacional de la risa: Aplicación al diagnóstico psiquiátrico, PSI2010-11531-E. En lo que concierne a la utilización biomédica de la risa, a pesar de su importante conexión con el mundo de la salud, tanto con el bienestar psíquico, como con la salud mental, y con la mayor parte de las patologías psiquiátricas depresión incluida, ha estado prácticamente ausente del panorama biomédico hasta las dos últimas décadas. En la medicina actual, la risa se está estudiando por sus efectos directos sobre la salud y como método terapéutico de prevenir, detectar y tratar las principales enfermedades médicas. Muy pocos trabajos, sin embargo, han avanzado tratando de explorar el potencial predictivo de la risa, siendo objeto del presente proyecto la detección de las diferencias en las estructuras de sonido de la risa entre los sujetos sanos y pacientes dermatológicos.

**Objetivo del estudio:** Investigar si la psoriasis deja una huella peculiar en los modos de reír de la persona, estableciendo una relación entre las estructuras del sonido de la risa y la severidad de la patología, para poder sugerir la posibilidad de utilización del análisis de la risa como una herramienta para la evaluación de la severidad clínica y el seguimiento de estos pacientes.

### 13. PROYECTO “LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA BÚSQUEDA DE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE CON ECCEMA ATÓPICO”

J. Cebrián Rodríguez<sup>a,e</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,d</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>c,d</sup> y A. Eito Mateo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Asociación Dermaheroe. <sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>c</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>d</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España. <sup>e</sup>Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

**Introducción:** Es conocido que el eccema atópico interfiere negativamente en las relaciones sociales del paciente, que el contexto laboral y de ocio se latera así mismo y que en el paciente adulto el diagnóstico es insuficiente. Los apoyos y recursos sociales para el afrontamiento del eccema atópico son insuficientes, con una inexistente intervención social integrada en el tratamiento habitual del paciente.

**Material y métodos:** Nos hemos planteado con el presente estudio conocer cómo afecta la enfermedad a la esfera laboral, familiar, relacional y social del paciente. Se seleccionaron 14 pacientes atópicos adultos de las consultas externas del Hospital de Alcañiz a los que se les realizaran entrevistas semiestructuradas que serán grabadas en video para no perder matices de las mismas. El Método de análisis será el “Framework Method” método comúnmente utilizado en el análisis temático y tratamiento de la información en investigación cualitativa. El procedimiento de análisis e los datos obtenidos se realizara en cuatro fases: Transcripción, codificación, interpretación y conclusión. Se a solicitado el Dictamen del proyecto al Comité de Ética de la Investigación Clínica de Aragón (CEICA) estando pendientes de su dictamen para el inicio.

**Comentario:** Con el presente estudio pretendemos: a) conocer mejor la realidad social del paciente, b) explorar de que recursos y apoyos dispone el paciente para afrontar su enfermedad, c) empoderar al individuo frente a la enfermedad y d) visibilizar la enfermedad en el paciente adulto.

### 14. ALOPECIA AREATA Y SUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

A. Miranda Sivelo

Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo. Palencia. España.

## 15. AUTOESTIMA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE

M. García-Bustinduy, M. Paredes Espino, E. García Peris, C. Vázquez Rodríguez y M. Arteaga Henríquez

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

**Introducción:** La psoriasis es una enfermedad cutánea que comporta un importante deterioro en la calidad de vida, mayores niveles de ansiedad y depresión, dificultades para verbalizar sentimientos, estigmatización, todo ello refrendado por diferentes estudios. Sin embargo, son menos los trabajos sobre la autoestima en estos pacientes y los mecanismos o recursos que emplean para afrontar esta situación estresante.

**Material y método:** Estudio observacional transversal en 30 pacientes con psoriasis moderado.

**Resultados:** 17 mujeres y 13 varones con una edad media de  $48,57 \pm 12,38$  años. La mayor parte de ellos tenían estudios sobre todo secundarios, un 43% y elementales un 33%. Un 46% eran trabajadores en activo. Un 76,6% vivía en pareja y, la misma proporción, residía en el medio urbano. La severidad, medida mediante el PASI era de media  $2,62 \pm 2,93$ . Un 56% de nuestra muestra venía padeciendo psoriasis hacia más de 20 años, un 33% entre 10 y 20 y un 10 entre 10 y 20 años. No había ningún paciente con una evolución inferior a 5 años. Destacaba un índice de masa corporal elevado, en el rango de obesidad en un 43% de los pacientes y de sobrepeso en un 27%, por lo que los pacientes con índice de masa corporal superior a lo considerado normal era de un 70%. Las puntuaciones en el cuestionario de autoestima de Rosenberg reflejaban que el 13,3% de los pacientes tenían una autoestima normal, un 63% una autoestima media, mejorable y un 23% una autoestima baja. Los niveles superiores de Autoestima se encontraban en pacientes con un nivel de estudios superior. Los estilos de afrontamiento, se midieron con la escala COPE-28 que diferencia catorce tipos, sumando los ítems de dos en dos. En nuestra serie, destacaron la Aceptación en un 60%, en segundo lugar el Afrontamiento Activo en un 40% de pacientes y la Planificación activa en un 33% de ellos. Los estilos menos empleados fueron La Desconexión Conductual, el Abuso de Substancias y la Negación. El Afrontamiento Activo se encontró sobre todo en pacientes que vivían en el medio urbano. Otros grupos con anterioridad han publicado estudios en de los estilos de afrontamiento observados en enfermos con psoriasis encontrando similitudes con nuestra serie con diferencias en el orden de las tres primeras. Los pacientes con psoriasis parecen adoptar estilos menos activos que la población general a la hora de enfrentarse al problema de su enfermedad.

## 16. PROYECTO “SOCIOTIPO EN PSICODERMATOLOGÍA”

L. Tomás Aragonés<sup>a,b</sup>, J. Navarro López<sup>b</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c</sup>, M. Sarrión Mochales<sup>c</sup> y P.C. Marijuán Fernández<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>b</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España. <sup>c</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España.*

**Introducción:** El impacto de la interacción social es global y debe entenderse a nivel de cuerpo y mente. Es conocido que un apoyo social sólido se asocia positivamente con mejor evolución de la salud y mejor función cognitiva. Las relaciones sociales tienen el potencial de facilitar apoyo emocional y a causa de la importancia que la interacción social tiene es por lo que nos decidimos a desarrollar el presente proyecto investigador, cuyo objetivo principal es desarrollar y validar una herramienta para evaluar la interacción social. **Material y método:** El paciente que cumplía los criterios de inclusión se le invitaba a participar y cumplimentaba el cuestionario de sociotipo y

3 cuestionarios más (el General Health Questionnaire- GHQ-12, el Revised UCLA Loneliness Scale - RULS y el Eysenck personality Questionnaire - EPQ-R). El cuestionario de sociotipo consta de 32 preguntas distribuidas en 4 subescalas de 8 preguntas cada una (relaciones con la familia, relaciones con amigos, relaciones con conocidos y relaciones con compañeros de trabajo/estudio). La muestra de estudio está compuesta por 63 pacientes con psoriasis y 63 pacientes con otras patologías dermatológicas (alopecia, eccema atópico, acné neurodermitis) y la muestra control por 63 personas con nevus. Resultados: el 64,8% son mujeres, la media de edad es de 16,58 años. En las 4 escalas del cuestionario sociotipo se observaba que los pacientes interactuaban con menor número de personas e invertían menor tiempo en dichas interacciones que los pacientes del grupo control y esta diferencia era estadísticamente significativa.

**Comentarios:** La muestra es pequeña y los resultados preliminares, el cuestionario tiene unas buenas propiedades psicométricas y puede ser una herramienta útil para evaluar la interacción social de los pacientes dermatológicos, a partir de estos resultados se tiene que reducir el número de ítems.

**Discusión:** El aislamiento social favorece la percepción de soledad y causa malestar psicológico. Los dermatólogos entendemos que necesitan evaluar a los pacientes para detectar el posible aislamiento social en orden a poder “prescribirles interacción social” a los que lo necesiten

## 17. NUEVAS APORTACIONES AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANÍA

C. Rodríguez Cerdeira<sup>a</sup> y R. Arenas Guzmán<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. CHUVI. Vigo. Pontevedra. España.*

*<sup>b</sup>Hospital Manuel Gea González. México DF.*

# Curso Atención Holística en Dermatología

Zaragoza, miércoles 1 de junio de 2016

## 1. ÉTICA CLÍNICA EN DERMATOLOGÍA

S.E. Marrón Moya

*Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España.*

La presentación se estructura en 4 puntos: 1) definiciones de interés, en los que se tratan: Prudencia (virtud intelectual que permite tomar decisiones racionales, o al menos razonables, en condiciones de incertidumbre), Moral (término de origen latino para designar el estudio de las costumbres o hábitos de vida de los seres humanos. Con el tiempo sin embargo ética y moral han pasado a ser términos complementarios), Ética (término de origen griego que significa estudio de las costumbres o hábitos de los seres vivos. La filosofía griega es la que dio sentido técnico al término, dividiendo las costumbres o hábitos en dos tipos, unos positivos o virtudes y otros negativos o vicios), 2) principios de la bioética, (Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia), 3) los comités de ética asistencial (instituciones surgidas en los hospitales a fin de ayudar a todo el que lo solicite en la toma de decisiones complejas desde el punto de vista moral) y 4) El método de la ética clínica “el proceso deliberativo”. La deliberación es un proceso de ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concretos, a fin de buscar su solución óptima o, cuando esto no es posible, la menos lesiva.

## 2. COMUNICACIÓN EN DERMATOLOGÍA

F. Orozco González

Zaragoza.

Ocurre, a veces con más frecuencia de la deseada, que profesionales a los que se supone un “gran” conocimiento científico, son incapaces de transmitir esa sabiduría la paciente. En la entrevista clínica intervienes por una parte el Profesional, que será el encargado de proponer un diagnóstico y un tratamiento, lógicamente con la posibilidad de acertar o equivocarse y el paciente que aporta a la relación confianza, cumplimiento, alivio y reacciones diversas en función de sus experiencias. No obstante el proceso comunicativo no está exento de dificultades, bien por parte del Profesional, al obviar (o dar la impresión), sobre lo que dice el paciente, a no tener en cuenta las emociones del paciente sobre el problema que nos consulta y en definitiva a deshumanizar la relación, Por la parte del Paciente también pueden existir dificultades, al no darle el tiempos suficiente para expresarse, o a presentar una intensa carga emocional traducida en miedo por la vivencia del problema que el paciente trae elaborado o incluso por una incapacidad para expresarse. Es cierto que el dermatólogo no es un consultor en salud mental..., lo cierto es que nuestros pacientes están dotados de cerebro y eso no se puede obviar el la relación clínica. En interesante tener en cuenta una serie de habilidades, tales como el lenguaje no verbal, el control de ruidos, tener en cuenta las interferencias, La imagen, La imagen del profesional y por supuesto los modales del profesional. Atendiendo a ello como inicio conseguiremos una mejora sustancial en la relación clínica. Siendo muy importante evitar estos errores básicos: a) etiquetar: “Tengo una mala noticia”, b) avanzar hipótesis, c) decir “toda la verdad” aun cuando el paciente no quiera, d) negar toda esperanza y e) ignorar el papel de la familia (o acompañantes en algunos casos).

## 3. PACIENTE DIFÍCIL. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS ACERCA DE SU MANEJO

L. Tomás Aragonés y S. Ros Abarca

<sup>a</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza. España.

<sup>b</sup>Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

¿Por qué se muestran “difíciles” algunos pacientes? ¿Qué queremos decir con “paciente difícil”? ¿Cómo hay que tratar a estas personas? Se realiza un análisis de las características del paciente, de las del profesional médico y del contexto. Después se comentan casos con el fin de identificar donde está el problema y cómo manejarlo.

## 4. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE PSICOSOCIAL EN EL PACIENTE DERMATOLÓGICO

M. García-Bustinduy

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. Canarias. España.

**Introducción:** Las enfermedades cutáneas, sobre todo aquellas que afectan áreas visibles del individuo suponen una alteración importante en la vida del paciente. Como dermatólogos, evidentemente nuestro objetivo es tratar la patología y, si es posible conseguir su curación o involución completa. Lo cierto es que las dermatosis y dermatitis crónicas tienen tendencia a la recidiva y su control completo no siempre es posible. Estos hechos provocan unas alteraciones psicosociales que es necesario considerar y abordar para evitar un círculo vicioso que acaba reduciendo la adherencia del enfermo a los tratamientos, aumentando su ansiedad y, empeorando la propia enfermedad. Para algunos facultativos, detectar mediante la entrevista clínica las alteraciones psicosociales, puede ser sencillo.

Para otros, bien por menor capacidad de comunicación o falta de tiempo resulta difícil. El empleo de cuestionarios puede resultar una herramienta útil en la exploración de la esfera emocional, adaptativa del paciente. Las alteraciones pueden abordarse y con ello mejorar su calidad de vida.

**Material y métodos:** Revisaremos los cuestionarios más utilizados en consulta de dermatología, en ensayos clínicos entendiéndolos que evalúan, como aplicarlos, como puntuarlos y la manera de devolver al paciente la información y, de ser preciso, indicar una remisión al profesional especializado en la alteración que se presente, de ser ello necesario. Nos centraremos en calidad de vida en diferentes patologías, ansiedad, depresión, autoestima, Alexitimia y estrategias de afrontamiento. Revisaremos cuestionarios traducidos y validados en español que nos puedan ayudar a un mejor abordaje de nuestros pacientes.

## 5. MANEJO DE LOS PSICOFÁRMACOS EN LAS PATOLOGÍAS PSICODERMATOLÓGICAS

J. Escalas Taberner

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

# Reunión del Grupo Español de Investigación en Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Zaragoza, jueves 2 de junio de 2016

## 1. ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

R.M. Díaz Díaz, P. Maldonado Cid y M. Utrera Busquets

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

**Introducción:** La alopecia frontal fibrosante es una entidad que fundamentalmente afecta a mujeres postmenopáusicas, de curso progresivo, que afecta la imagen corporal de las pacientes.

**Objetivos:** Revisión bibliográfica sobre la psicopatología presentada por estas pacientes

**Material y métodos:** Revisión bibliográfica relacionada con el objetivo del presente trabajo.

**Resultados:** Los datos encontrados son escasos.

**Conclusiones:** No existen datos bibliográficos en la literatura sobre el sufrimiento psicológico en pacientes con alopecia frontal fibrosante. Por esta razón merecería la pena intentar un protocolo para su diagnóstico.

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

S.E. Marrón Moya<sup>a,q</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,q</sup>, A. Miranda Siveló<sup>c</sup>, M.J. Tribó Boixaro<sup>d</sup>, M. García-Bustinduy<sup>e</sup>, D. Pérez Tausiá<sup>f</sup>, T. Gracia Cazaña<sup>g</sup>, R. Martín Brufau<sup>h</sup>, C. Rodríguez Cerdeira<sup>i</sup>, E. Serra Baldrich<sup>j</sup>, S. Ros Abarca<sup>j</sup>, C. Brufau Redondo<sup>k</sup>, M.C. Martínez González<sup>l</sup>, R.M. Díaz Díaz<sup>m</sup>, R. de Lucas Laguna<sup>n</sup>, A. Guerra Tapia<sup>o</sup>, E. González Guerra<sup>p</sup> y E. Roe Crespo<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>c</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo. Palencia. España. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España. <sup>e</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España. <sup>f</sup>Unidad de Salud Mental Sector Alcañiz. Alcañiz. España. <sup>g</sup>Servicio de Dermatología Hospital de Barbastro. Barbastro. Huesca. España. <sup>h</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Murcia. España. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. CHUVI. Vigo. Pontevedra. España. <sup>j</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España. <sup>k</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Reina Sofía. Murcia. España. <sup>l</sup>Centro Dermatológico MC Martínez. Oviedo. Asturias. España. <sup>m</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España. <sup>n</sup>Servicio de Dermatología. Hospital La Paz. Madrid. España. <sup>o</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. <sup>p</sup>Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. España. <sup>q</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España.

**Introducción:** A la vista de los estudios previos parecía interesante evaluar el TDC en pacientes con acné, durante el periodo de inicio del mismo cambiaron los criterios con el DSM-5, por lo que tuvimos que incluir un 5º criterio que recogía las conductas manipulativas-compulsivas, de forma que hacemos screening con criterios DSM-IV y DSM-5. **Material y métodos:** En el estudio se han utilizado en Body Dysmorphic Questionnaire de Philips adaptado a criterios DSM-IV al que le hemos añadido un nuevo criterio para adaptarlo a los criterios del DSM-5 (En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos o actos repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto) y La escala revisada de gravedad de LEEDS para estandarizar la severidad del acné.

**Resultados:** Se presentan resultados de los primeros 174 pacientes incluidos en el estudio, siendo el 60,3% mujeres, la edad media de 19,4 años, con una evolución media de las lesiones de 4,2 años, con un 82,3% de las lesiones en áreas visibles. El 66,1% de los pacientes referían una preocupación importante y de estos el 87,8% lo relacionaban con el acné. El 47,1% referían haber sufrido una preocupación importante por su proceso. El 33,3% referían una interferencia importante del proceso en su vida social. El 20,7% referían interferencia con los estudios o su trabajo. El 28,7% referían haber expresado conductas de evitación en actividades de la vida diaria. El 22,4% dedicaban más de una hora al día a pensar en su acné. El 11,5% de los pacientes resultaron positivos en el screening para TDC y todos ellos cumplían criterios de DSM-IV y DSM-5.

**Comentarios:** Los datos obtenidos son similares a otros estudios publicados en otros entornos, siendo un porcentaje importante lo cual refuerza nuestra idea de que es preciso evaluar los posibles casos de TDC en pacientes con acné.

### 3. ONICOFAGIA, ASPECTOS DERMOPSIKOLÓGICOS

A. Guerra Tapia<sup>a</sup> y E. González Guerra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de octubre. Madrid. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. HCU San Carlos. Madrid. España.

**Introducción:** La onicofagia o hábito de morderse las uñas es algo más que un acto inestético. Junto a las repercusiones físicas (alteración morfológica de las uñas - estrías, surcos, fragilidad, tamaño reducido-, infecciones bacterianas y fúngicas y otras, deformidad de los dientes y de la arcada témporo-mandibular) existen trastornos psicológicos. Una de las principales alteraciones psicológicas que acompañan a la onicofagia es la que se produce sobre la imagen corporal y la autoestima.

**Discusión:** El DSM-V incluye este trastorno en las dermatosis por movimientos compulsivos o tics. Existe una forma inconsciente o automática y otra consciente. En la primera Los pacientes presentan pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes

que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, reconociendo que son productos de su mente, y que causan ansiedad o malestar significativos. En la forma consciente el individuo se ve obligado a realizar comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente, para prevenir o reducir el malestar. La evolución es crónica, iniciándose en la infancia en la mayoría de los casos. El tratamiento consiste en terapia conductual basada en la recompensa y en la aversión. Su parentesco con las compulsiones avala en algunos casos el tratamiento con N-acetil cisteína oral. **Conclusiones:** La onicofagia es un problema de salud cutánea y mental en la que el dermatólogo juega un papel fundamental tratando los efectos cutáneos y aconsejando sobre la terapia psicológica adecuada.

### 4. IMPACTO PSICOSOCIAL DEL ECCEMA ATÓPICO DEL ADULTO

J. Cebrián Rodríguez<sup>a,e</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,d</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>c,d</sup> y A. Eito Mateo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Asociación Dermaheroes. <sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>c</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>d</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España. <sup>e</sup>Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

**Introducción:** El eccema atópico tiene un importante impacto en la calidad de vida del paciente con eccema atópico, especialmente en su esfera social y emocional, haciendo evidente la necesidad de un nuevo modelo de intervención o la necesidad de una intervención complementaria que supla las carencias de las actuales intervenciones clínicas y que hemos podido conocer a través de los resultados de este estudio.

**Material y métodos:** Se ha utilizado la metodología cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a catorce participantes adultos ( $\geq 18$  años) de ambos sexos con eccema atópico en el Hospital de Alcañiz. El método de análisis y tratamiento de datos utilizado es el *Framework Method*. Se ha procedido a la transcripción de las entrevistas, codificación y posterior análisis para la presentación de los resultados de este estudio.

**Resultados:** A los pacientes se les ha preguntado sobre sus relaciones sociales, sobre su tratamiento, rechazo social, cómo afecta a su economía y trabajo, cómo afrontan las situaciones de crisis, sobre cómo se sienten, sobre qué precauciones y limitaciones les supone la enfermedad, entre otras temas. Además, el paciente adulto permanece en cierto modo invisible frente a la mayor visibilidad que el eccema atópico tiene en el niño; es decir, no hay la suficiente conciencia de que el eccema atópico sea algo de personas adultas o mayores, tanto por la falta de documentación relacionada con ello como por las respuestas de los pacientes que nos lo han hecho saber en su malestar y nos lo han corroborado y es por estas dos razones que hemos dedicado este estudio a este colectivo de pacientes adultos.

**Comentarios:** Parece claro que la visión del paciente adulto con eccema atópico nos debe hacer cambiar algo en nuestra visión y abordaje del manejo de estos pacientes en orden a mejorar su calidad de vida y la calidad de los cuidados que prestamos.

### 5. PSICOTERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA: EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA

E. Margarit de Miguel<sup>a</sup>, E. Vilarrasa Rull<sup>a</sup>, A. Font Guiteras<sup>b</sup> y L. Puig Sanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España. <sup>b</sup>Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

**Introducción:** Se precisan investigaciones para examinar la eficacia de las intervenciones psicológicas para personas con hidradenitis supurativa.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es demostrar la eficacia de una psicoterapia grupal para la mejora de la calidad de vida de pacientes con hidradenitis supurativa en tratamiento médico-quirúrgico versus un grupo control (espera) con atención estándar en tratamiento solo médico-quirúrgico.

**Material y métodos:** El diseño del estudio es experimental aleatorizado con grupo control. La calidad de vida, la sintomatología: prurito, olor y dolor, el distress y la propia enfermedad serán medidas antes y después de la intervención mediante cuestionarios y evaluaciones dermatológicas para una muestra de 120 sujetos. Resultados: Se espera que el grupo intervención presente en el seguimiento una puntuación en la Evaluación Visual Analógica (EVA) para prurito, dolor y olor menor de 4, una disminución superior a 4 puntos en el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI) y una puntuación inferior a 7 en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. El grupo intervención presentará puntuaciones inferiores que el grupo control para la calidad de vida, sintomatología y distress.

**Comentarios:** Es el primer estudio dentro del ámbito de la psicodermatología para pacientes con hidradenitis supurativa.

## 6. CALIDAD DE VIDA EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

S.E. Marrón Moya<sup>a,b,f</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,f</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>c</sup>, R.M. Díaz Díaz<sup>d</sup>, C. Pelufo Enguix<sup>c</sup>, A. Miranda Sivelo<sup>e</sup>, S. Boira Sarto<sup>g</sup>, S. Lamas Díaz<sup>h</sup>, A. Juan Sahuquillo<sup>c</sup>, T. Gracia Cazaña<sup>i</sup>, E. González Guerra<sup>j</sup>, A. Guerra Tapia<sup>k</sup>, E. Samaniego González<sup>l</sup>, E. Serra Baldrich<sup>m</sup>, S. Ros Abarca<sup>m</sup>, M. García-Bustinduy<sup>n</sup>, C. Rodríguez Cerdeira<sup>o</sup>, M.B. Madrid Álvarez<sup>p</sup>, E. Margarit de Miguel<sup>m</sup> y E. Vilarrasa Rull<sup>m</sup>

<sup>a</sup>Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España. <sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Manises. Valencia. España. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España. <sup>e</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo. Palencia. España. <sup>f</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España. <sup>g</sup>Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. <sup>h</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Bioestadística. Universidad San Jorge. Zaragoza. España. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Barbastro. Barbastro. Huesca. España. <sup>j</sup>Servicio de Dermatología. HCU San Carlos. Madrid. España. <sup>k</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. <sup>l</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de León. León. España. <sup>m</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España. <sup>n</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España. <sup>o</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (CHUVI). Vigo. Pontevedra. España. <sup>p</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias Dr. Negrín. Gran Canaria. España.

**Introducción:** El objetivo principal del estudio es el desarrollo y validación de un instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes con hidradenitis supurativa.

**Material y métodos:** Para la realización del proyecto se realizó: a) un análisis de la bibliografía existente indexada en Pubmed.

**Resultados:** Se identificaron 1.278 artículos para análisis y obtención del universo de conocimiento reflejado en la bibliografía. Con este conocimiento recogido se identificaron diferentes esferas de afectación en la calidad de vida de los pacientes: 1 Emociones y autoestima, 2 tabú y estigmatización, 3 Cognición, 4 Precauciones y estilo de vida, 5 Economía y trabajo, 6 Otros, con los que se elaborara el guion para la fase de entrevista a pacientes. Comentarios: del análisis de la bibliografía existente se detecta un importante afectación de la calidad de vida y del impacto psico-social de los pacientes con HS, pero la carencia de un instrumento específico para su evaluación.

## 7. EL PERFECCIONISMO COMO CAUSA DE PATOLOGÍA PSICODERMATOLÓGICA. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

C. Rodríguez Cerdeira

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

**Introducción:** El perfeccionismo es la tendencia a establecer criterios muy elevados y a estar insatisfecho con todo lo que no alcanza esos criterios. Esos elevados criterios, a menudo, no son realistas son causa ansiedad y se convierte en un problema. La comorbilidad del síndrome con otros procesos ansiosos o depresivos, así como con otros rasgos marcados de personalidad o con otros trastornos de la personalidad, es frecuente.

**Objetivos:** Estudio de la patología psicodermatológica que tiene como patología comórbida un trastorno de personalidad perfeccionista o anancástica.

**Material y método:** Revisión bibliográfica extensa y aportación de nuestra propia experiencia.

**Resultados:** En estos pacientes, su sufrimiento tiene como base fundamental la conflictividad, el reto, la frustración, el enfado. Y es bien sabido que estos modelos de dolor generan un elevado nivel de ansiedad y angustia que acaban desgastando y rompiendo el equilibrio estable en el sistema emocional del sujeto. Asimismo nos parece de notable importancia la presencia y relación del perfeccionismo en los trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOC) o los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre otros.

**Discusión:** Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. El abordaje del perfeccionismo o anancasticismo se ha de integrar la psicoeducación, la psicoterapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia. También resulta ser un factor esencial la empatía del médico /psicólogo con el paciente, de cara a la aceptación y al mantenimiento de las indicaciones psicoterapéuticas y farmacológica.

**Conclusiones:** La reconversión de estos pacientes es la una de las metas del tratamiento. Así se reduce/anula de ordinario, el notable sufrimiento personal y las consecuencias personales y sociales del proceso morboso.

## II Reunión Conjunta del Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD) y del Grupo Español de Investigación en Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Zaragoza, 25 y 26 de noviembre de 2016

25 de noviembre de 2016

### TALLER 1: PSICOTERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

E. Margarit de Miguel

*Psicóloga. Hospital de San Pau. Barcelona. España.*

**Presentación:** Lucía Tomás Aragonés. Psicóloga. Investigadora del GAL+PD. Alcañiz.

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades crónicas como la hidradenitis pueden presentar pensamientos, sentimientos y/o conductas poco favorables en relación con su problema de salud y necesitar ayuda.

**Objetivos:** El objetivo del taller es realizar una demostración a los profesionales, del protocolo de una psicoterapia grupal diseñada para la mejora de la calidad de vida de pacientes con hidradenitis supurativa en tratamiento médico-quirúrgico.

**Material y métodos:** El diseño de la psicoterapia será en formato grupal, de 8 a 10 pacientes por grupo y constará de un total de 6 sesiones, con una duración aproximada de 90 minutos por sesión. Las sesiones se realizarán una vez por semana y en ellas se abordarán: las normas del grupo, psicoeducación sobre la enfermedad y tratamientos, aprendizaje de una técnica de relajación, manejo de las emociones y cogniciones, técnica de control del estrés, y fomentar el autoestima y la autoimagen de los pacientes. Durante el taller se presentarán todas las sesiones de la psicoterapia, en formato abreviado, mediante una presentación dinámica con participación activa.

**Resultado y conclusión:** Los profesionales serán dotados de nuevas estrategias y habilidades para el manejo de los pacientes con hidradenitis supurativa.

## Sesión interactiva e-póster 1

### E-P 01. PSICODERMATOLOGÍA EN ARAGÓN, 2016

M. Lamarre<sup>a,c,d</sup>, A. Ibáñez<sup>a,c,d</sup>, M.C. Molina<sup>a,c,d</sup>,  
L. Tomás Aragonés<sup>b,c,d,e</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c,d,e</sup> y A. Sanz Almale<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup>Sector de Salud Alcañiz. Teruel. <sup>b</sup>Hospital de Alcañiz. Teruel. España. <sup>c</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), <sup>d</sup>Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAL+PD), <sup>e</sup>Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

**Introducción:** La Psicodermatología parece ser una herramienta útil integrada en el modelo bio-psico-social u holístico de atención al paciente dermatológico. Los objetivos del programa son: 1) garantizar una asistencia de calidad, 2) optimizar y racionalizar los recursos y 3) mejorar: a) los procesos asistenciales, b) la calidad de vida de los pacientes, c) la continuidad de la asistencia a los pacientes, d) la capacitación de los profesionales mediante la formación continuada, e) la satisfacción de los profesionales y de los pacientes y f) la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro.

**Material y métodos:** Basado en la coordinación, la protocolización, la formación y la utilización de herramientas clínicas.

**Resultados:** El protocolo se inició en 2004 en Calatayud, observándose 1 de cada 3 pacientes con sintomatología ansiosa y/o depresiva. En 2005 se identificaron citas específicas para inicio de terapia psicológica de grupo. En 2006 se completaron los diferentes grupos terapéuticos. En 2007 se constituye la consulta monográfica de PsicoDermatología. En 2008 se identificaron citas en formato individual/citas en formato grupal. En 2009 se inicia el formato grupal en pacientes con psoriasis. En Alcañiz se implantó el proyecto en 2010. En 2001 se implantan las citas individuales-grupales/iniciándose el grupo psico-educativo en pacientes psoriasisicos y en pacientes dermatológicos en general. En 2014 se incluyen al protocolo pacientes con eccema atópico severo y en 2016 se incluyen al protocolo pacientes con hidradenitis supurativa.

**Conclusiones:** 1) Es una iniciativa pionera en Aragón; 2) Exponente de coordinación primaria-especializada; 3) mejora la calidad de la asistencia y la percepción del usuario, 4 Mejora la satisfacción de

los profesionales, 5 Requiere del esfuerzo y la implicación de todos y que cada uno asuma las responsabilidades pactadas, 6 Es central la capacitación previa y la formación continuada.

### E-P 02. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS, FACTORES PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE MODERADA A GRAVE

Á. Ruiz<sup>a,c,d</sup>, E. Cabezas<sup>a,c,d</sup>, G. Matthew<sup>a,c,d</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,c,d,e</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c,d,e</sup> y M. Sarrión Mochales<sup>b,c,d</sup>

<sup>a</sup>Sector de Salud Alcañiz. Teruel. <sup>b</sup>Hospital de Alcañiz. Teruel. España. <sup>c</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), <sup>d</sup>Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAL+PD), <sup>e</sup>Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

### E-P 03. PSICODERMATOLOGÍA Y GÉNERO

A. Ibáñez<sup>a,c,d</sup>, M.M. Houcine<sup>a,c,d</sup>, R. Rivero<sup>a,c,d</sup>,  
L. Tomás Aragonés<sup>b,c,d,e</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c,d,e</sup> y A. Sanz Almale<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup>Sector de Salud Alcañiz. Teruel. <sup>b</sup>Hospital de Alcañiz. Teruel. España. <sup>c</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), <sup>d</sup>Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAL+PD), <sup>e</sup>Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

**Introducción:** La consciencia de la importancia de las diferencias de género se ha convertido en un tema importante en los últimos años. El objetivo de este estudio es examinar esas diferencias de género en el diagnóstico de los trastornos psico-cutáneos.

**Objetivos:** Explorar los datos demográficos asociados a la enfermedad psico-cutánea en Aragón., determinar el papel del género en psicodermatología, descubrir diferencias de género y similitudes también en estos diagnósticos, así como comparar nuestros resultados con otros estudios a nivel mundial.

**Resultados:** Durante un periodo de 6 años observamos un total de 9.623 pacientes, todos ellos de primera visita y de estos 2.466 fueron diagnosticados como trastornos psicocutáneos. Lo cual representa el 25,63%. Los 3 diagnósticos más presentes fueron: dermatitis atópica con el 27%, alopecia areata con el 16% y excoriaciones neuróticas con el 15%. El 30,6% resultaron trastornos psiquiátricos expresados en la piel (trastornos psiquiátricos primarios) y el 69,4 restante trastornos dermatológicos asociados al estrés (psoriasis. Dermatitis atópica, alopecia areata, urticaria crónica, etc.).

**Discusión:** Algunos estudios han sugerido que las mujeres relatan más síntomas... ¿podría esto explicar en parte por qué hay más mujeres que hombres en algunos trastornos? Las áreas normalmente visibles de la enfermedad cutánea parecen afectar de manera significativa a las mujeres más que a los hombres, ¿Podría esto explicar algunas de las diferencias encontradas?

**Conclusiones:** Aunque la investigación dirigida a la salud de las mujeres se ha convertido en una prioridad más alta en los últimos años, ha habido poca investigación específica en género en dermatología. Las diferencias dependientes del género en la percepción de la enfermedad dermatológica por parte del paciente están mal descritas. Siendo una posibilidad de futuro las intervenciones específicas de género.

### E-P 04. EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN EL PACIENTE DERMATOLÓGICO CON ALOPECIA AREATA

E. Rodríguez<sup>a,b,d</sup>, N. Arza Candia<sup>a,b,d</sup>, J.R. Cantín<sup>a,b,d</sup>,  
L. Tomás Aragonés<sup>b,c,d,e</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c,d,e</sup>  
y T. Gracia Cazaña<sup>c,d,e,f</sup>

<sup>a</sup>Sector de Salud Alcañiz. Teruel. <sup>b</sup>Hospital de Alcañiz. Teruel. España. <sup>c</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), <sup>d</sup>Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD), <sup>e</sup>Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV); <sup>f</sup>Hospital de Barbastro. Huesca. España.

**Introducción:** La alopecia areata es una de las enfermedades dermatológicas relacionadas con sintomatología ansiosa y/o depresiva. El objetivo de nuestro estudio es la evaluación de la posible relación entre sintomatología ansiosa y/o depresiva y la alopecia areata.

**Material y métodos:** Se realizó la evaluación de una cohorte de 36 pacientes con alopecia areata. Como instrumentos de evaluación se utilizaron: el HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y el STAI (State Trait Anxiety Inventory).

**Resultados:** El 61,1% fueron mujeres, con una media de edad de 47 años, sobre el 6% de la muestra había tomado psicofármacos los 6 meses previos y ninguno había realizado terapia psicológica. El 6,7% de la muestra era caso clínico para depresión y el 33,3% para ansiedad.

**Conclusiones:** La mayor parte de nuestra muestra fueron mujeres y el porcentaje de tratamientos psiquiátrico o psicológico muy escaso. Ambos instrumentos HADS y STAI demostraron ser excelentes herramientas de detección de sintomatología ansiosa y/o depresiva por lo que recomendamos su uso.

## TALLER 2 “MINDFULNESS PARA EL DERMATÓLOGO”

F. Contreras Herrero

Psicólogo. Zaragoza.

**Presentación:** Lucía Tomás Aragonés. Psicóloga. Investigadora del GAI+PD. Alcañiz

**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 prestar 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 cardiaca, 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 mejora tanto de diferentes aspectos psicológicos como el estrés de los profesionales, como de la percepción que los pacientes tienen de éstos.

**Comentarios:** 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.

Sábado 26 de noviembre de 2016

## Simposio 1 Psicodermatología 2016

### 1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

R.M. Díaz Díaz

Dermatóloga. Madrid. España.

La alopecia frontal fibrosante promueve una mala calidad de vida y un impacto psico social negativo muy importante. Se plantea la realización de un proyecto de investigación multicéntrico en el que el objetivo sea evaluar el impacto psico-social asociado a la alopecia frontal fibrosante.

### 2. CALIDAD DE VIDA EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

J. Cebrián Rodríguez

Trabajador Social y Servando E. Marrón. Dermatólogo. Alcañiz. Teruel. España.

En este momento del proyecto está realizada la fase de evaluación del conocimiento a partir de las entrevistas semiestructuradas a pacientes y así mismo la fase de exploración del conocimiento a partir de los profesionales con la finalización del consenso Delphi. A partir de este momento quedamos emplazados para construir los ítems de la escala.

### 3. DELIRIO DE INFESTACIÓN: NUEVAS APORTACIONES

C. Rodríguez Cerdeira

Dermatóloga. Hospital do Meixoeiro y Universidad de Vigo. Vigo. Pontevedra. España.

### 4. SOCIOTIPO EN PSICODERMATOLOGÍA

L. Tomás Aragonés

Psicóloga. Alcañiz. Teruel. España.

**Resultados preliminares:** 64,8% mujeres, edad media de la muestra 38 años, Se observa como en las 4 subescalas del cuestionario sociotipo se dan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al menor número de interacciones sociales y al menor tiempo invertido en ellas en las 4 subescalas del cuestionario. Comentarios: En este momento se está realizando el análisis factorial para intentar reducir el número de ítems, medida que facilitará la Pasación del cuestionario.

### 5. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN: RELACIÓN CON EXCORIACIONES Y TRICOTILOMANÍA

M.J. Cardoso Moreno

Psicóloga. Zaragoza. España.

Las funciones ejecutivas comprenden una serie de capacidades que permiten al sujeto la resolución de problemas, ya que abarcan la anticipación y establecimiento de metas, la formación de planes, el inicio de las actividades, la autorregulación de las tareas y la habili-

dad de llevarlas a cabo eficientemente. 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. El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) es el trastorno más frecuentemente diagnosticado durante la infancia. Se estima que su prevalencia a lo largo de la vida se sitúa entre el 5% y el 8% (Dulcan, 1997). El TDA se caracteriza por falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Pero esta visión clínica del trastorno no explica muchas de las alteraciones cognitivas y conductuales que observamos en el curso de este trastorno. A lo largo del tiempo, se han propuesto diversas teorías explicativas sobre el origen de éste. Una de las que más relevancia ha adquirido en los últimos años es la propuesta por Barkley (1990) que centra el origen del trastorno en la incapacidad del niño con TDA para inhibir su conducta. Diversos estudios de neuroimagen realizados en sujetos con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) han mostrado alteraciones cerebrales a nivel estructural, funcional en el córtex frontal inferior y prefrontal dorsolateral. En numerosas ocasiones encontramos que los niños con TDAH tienen dificultad para planificar y secuenciar su comportamiento. Diversos estudios muestran una alta comorbilidad entre Trastorno por Déficit de Atención, excoriaciones, onicofagia y tricotilomanía. Una posible explicación ante este hecho es la categorización del Trastorno por Déficit de Atención como un trastorno del neurodesarrollo donde existe una falta de control de los impulsos.

## Sesión interactiva e-póster 2

### E-P 05. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE DERMATOLÓGICO

C. Díaz<sup>a,c,d</sup>, V. Lahoz<sup>a,c,d</sup>, F. Veira<sup>a,c,d</sup>, R. Chumillas<sup>a,c,d</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,c,d,e</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c,d,e</sup> y T. Gracia Cazaña<sup>c,d,e,f</sup>

<sup>a</sup>Sector de Salud Alcañiz. Teruel. <sup>b</sup>Hospital de Alcañiz. Teruel. España. <sup>c</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), <sup>d</sup>Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD), <sup>e</sup>Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV); <sup>f</sup>Hospital de Barbastro. Huesca. España.

**Introducción:** Tratamos nociones básicas sobre evaluación psicológica así como los diferentes instrumentos para la misma, y el protocolo a seguir en pacientes con psoriasis.

**Metodología:** El objetivo es alcanzar criterios de calidad de evaluación psicológica aplicando un proceso de validación de hipótesis. Los instrumentos utilizados en la evaluación deben contar con garantías, tales como: la fiabilidad (precisión en medir lo que se quiere medir) y validez (grado en que una determinada inferencia a partir de un test es apropiada o significativa). Se realiza un recorrido por los diferentes instrumentos de evaluación útiles en dermatología, atendiendo a sus funciones (detección, diagnóstico, etc.) o a sus tipos (entrevista abierta, técnicas proyectivas, etc.). Se realiza un breve análisis de los aspectos positivos y negativos de los tests de evaluación. Para finalizar con una batería de instrumentos para evaluación psicológica y de calidad de vida en pacientes con psoriasis.

### E-P 06. PERFIL PSICODERMATOLÓGICO DE LOS USUARIOS DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES. COSTE SOCIAL

C. Rodríguez Cerdeira<sup>a</sup>, M. Carnero Gregorio<sup>b</sup> y R. Barcala Furelos<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital do Meixoeiro y Universidad de Vigo. Vigo. Pontevedra. España. <sup>b</sup>Departamento de Bioquímica, Genética e Inmunología. Universidad de Vigo. Vigo. Pontevedra. España. <sup>c</sup>Grado de CC de

la Educación y del Deporte. Universidad de Vigo. Vigo. Pontevedra. España.

### E-P 07. METOTREXATO SUBCUTÁNEO: IMPACTO EN EL PACIENTE CON PSORIASIS DE MODERADA A GRAVE

T.W. Córdova<sup>a,b,c</sup>, I. Salas<sup>a,b,c</sup>, A. González<sup>a,b,c</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b,c,d,e</sup>, S.E. Marrón Moya<sup>b,c,d,e</sup> e I. Varela Martínez<sup>b,c,d</sup>

<sup>a</sup>Sector de Salud Alcañiz. Teruel. <sup>b</sup>Hospital de Alcañiz. Teruel. España. <sup>c</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), <sup>d</sup>Grupo Aragonés de Investigación en Psicodermatología (GAI+PD), <sup>e</sup>Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV); <sup>f</sup>Hospital de Barbastro. Huesca. España.

### E-P 08. ACTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

A. Miranda Sivelo

Psiquiatra. Palencia. España.

**Presentación:** Servando E, Marrón. Dermatólogo. Hospital de Alcañiz El trastorno dismórfico corporal (TDC) fue descrito por primera vez con el nombre de dismorfofobia en 1891 por el psiquiatra italiano Enrico Morselli como un sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que el paciente cree que es evidente para los demás, aunque su aspecto está dentro de los límites de la normalidad. Esta patología recoge la tradición psicopatológica que se remonta al siglo XIX y además se muestra siempre vigente por su impacto en los medios de comunicación debido a su relación con la imagen, la estética y la obsesión por la búsqueda del cuerpo perfecto tan de actualidad en nuestros días. A través de esta ponencia se realiza una revisión de las últimas investigaciones y los aspectos más novedosos en el TDC, repasando los aspectos generales, nosológicos, neurobiológicos y terapéuticos.

## Simposio 2: Ética clínica en Dermatología

### 1. CONCEPTOS BÁSICOS EN ÉTICA

F.J. Martínez Molina

Vocal CEA Alcañiz. Teruel. España.

A lo largo de la ponencia se analizan los conceptos básicos en ética que nos permitirán entender aspectos relacionados con la ética clínica por medio de ejemplos prácticos.

### 2. LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

M.J. Zapater Ponz

Secretario CEA 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 estarán integrados 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 sólo porque alivia el dolor y así se aproxima a ella, sino porque contribuye dándole un sentido que le serena y tranquiliza.

**Comentario:** 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. CASO CLÍNICO: PACIENTE ATÓPICO GRAVE Y PRINCIPIO DE JUSTICIA

S.E. Marrón Moya

*Presidente CEA Alcañiz. Teruel. España.*

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente minero de 69 años de edad con eccema atópico severo desde el año 2000, tra-

tado tradicionalmente con corticoides tópicos y orales (prednisona). Ente sus antecedentes destacan una diabetes no bien controlada, glaucoma, asma. El paciente es mal cumplidor de tratamiento y de visitas, vive solo y no tiene familiares en el pueblo. En abril de 2011 presenta IGA 4 - BSA 20% el paciente selecciona el tratamiento y se aplica corticoides tópicos y prednisona oral que le descompensa la glucemia, se pierde la continuidad asistencial al no acudir a la visita pautada. En abril de 2014 vuelve a aparecer en consulta y otra vez desaparece. En mayo 2016 ingresa en el hospital, así mismo en junio, en julio, en agosto, en septiembre, en octubre. El procedimiento para ingresar es a través de urgencias y una vez ingresado en Medicina Interna el tratamiento es siempre prednisona oral, mejora su eccema en unos días, descompensa tensión y azúcar y se da de alta y así sucesivamente, a nosotros solo nos llaman para interconsulta cada vez que es ingresado en medicina interna. Problema ético identificado: uso abusivo de recursos sanitarios en colisión con el Principio de Justicia. Una vez identificado el problema se plantearon los siguientes cursos intermedios: 1º hacer una reunión multidisciplinar para consensuar la estrategia a seguir (medicina interna, urgencias, dermatología, atención primaria) 2º Intentar no ingresar y hacer tratamiento ambulatorio, 3º pautar tratamientos diferentes a los corticoides orales, 4º Reunión con 2 sobrinos que tenía en otra localidad para que nos ayudasen a reconducir el proceso y 5º hablar con el paciente para instruirle y que entendiera las medidas y tratamientos disponibles para poder consensuar estrategias terapéuticas más sostenibles.