



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XII Reunión Nacional del Grupo Español de Investigación en Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) Valladolid, 24 y 25 de febrero de 2017

24 de febrero de 2017

Sesión 1

1. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA VS PACIENTES CON PSORIASIS: IMPACTO PSICOLÓGICO. ESTUDIO PILOTO

E. Margarit^{a,b}, A. López^a, E. Vilarrasa^a, L. Puig^a y A. Font^b

^aServicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^bFacultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Bellaterra. Barcelona. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa se ha definido como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante con una alta afectación en la calidad de vida. Por otra parte, la psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, que también se ha asociado a una disminución significativa de la calidad de vida.

Objetivo. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto psicológico que la psoriasis o la hidradenitis supurativa producen a los pacientes, con el fin de comparar ambas patologías.

Método. El diseño del estudio es transversal retrospectivo comparativo entre dos grupos. La calidad de vida, estrés, ansiedad y depresión, y la gravedad de la propia enfermedad fueron medidas mediante cuestionarios y evaluaciones dermatológicas para una muestra total de 50 sujetos, 25 sujetos diagnosticados con psoriasis y 25 sujetos diagnosticados de hidradenitis supurativa.

Resultados. El grupo de sujetos diagnosticados con hidradenitis presentaron puntuaciones superiores en el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI), en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), en la Escala de Percepción del Estrés (PSS) y en el número y puntuación de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) que el grupo de sujetos diagnosticados con psoriasis. **Conclusiones.** Es necesario seguir investigando medidas de evaluación e intervención para ambas patologías con el fin de reducir el impacto psicológico que presentan.

2. DELIRIO DE INFESTACIÓN: NUESTRA EXPERIENCIA

C. Rodríguez Cerdeira^a y R. Arenas^b

^aHospital do Meixoeiro y Universidad de Vigo. Vigo. España.

^bHospital General Dr. Manuel Gea González. México.

3. SÍNDROME DE ESCROTO ROJO

E. González-Guerra^a, A. González-Guerra^b y A. Guerra Tapia^c

^aHospital Clínico San Carlos. ^bEmergencias Sanitarias SUMMA112.

^cHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción. El síndrome del escroto rojo es un trastorno de etiología desconocida, localizado en la cara anterior del escroto consistente en eritema con mayor o menor proporción de telangiectasias, con importantes síntomas de escozor, quemazón o disestesia.

Caso clínico. Se trata de un varón de 63 años de edad, que desde hace 3 meses padece escozor en la zona genital. Se inició en las ingles, atribuyéndolo al sudor de la época veraniega, pero las molestias se extendieron al escroto, intensificándose. Tenía temor de que fuese algo maligno. Ha sido tratado con numerosos medicamentos tópicos (glucocorticoides, antifúngicos, antibióticos) y orales (glucocorticoides, antibióticos, diacepam) sin mejoría e incluso con empeoramiento. Le han realizado cultivo de lesiones inguinales, siendo negativo para hongos y mostrando escasas colonias de *Escherichia coli* y de *Estafilococo aureus*. Refiere que las molestias le impiden usar determinadas ropas y le dificultan para caminar o sentarse. También que la sintomatología se acentúa por las noches y le dificulta el sueño. En la exploración se aprecia en la cara anterior de escroto intenso eritema. En el examen con dermatoscopio se observan telangiectasias. Con el diagnóstico de síndrome del escroto rojo se retira la medicación previa y se recomiendan medidas higiénicas (jabones suaves, ropa de algodón, vaselina). Se añade bromacepam hasta una dosis total de 4,5 mg, con lo que el paciente mejora.

Discusión y conclusiones. El síndrome del escroto rojo es un proceso psiquiátrico con manifestaciones cutáneas localizadas. Los corticoides tópicos son un factor agravante del proceso, pero no la

causa, ya que el paciente comienza a utilizar los corticoides porque tiene síntomas previos de escozor y otras alteraciones subjetivas. A menudo se esconde un cuadro depresivo tras los síntomas. Entre los tratamientos propuestos están la doxiciclina, amitriptilina y pregabalina. Nuestro paciente, una vez comprendida la naturaleza del problema, respondió satisfactoriamente con tranquilizantes.

Sesión e-Póster 1

1. DISMORFOFOBIA Y FOBIA SOCIAL

Á. Ruiz^{a,b}, A. Ibáñez^{a,b}, M. Lamarre^{a,b}, R. Rivero^{a,b}, L. Tomás Aragonés^b, T. Gracia Cazaña^{b,c} y S.E. Marrón^{b,d}

^aUnidad Docente de Medicina de Familia. Alcañiz. Teruel. ^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^cHospital de Barbastro. Huesca. ^dHospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Caso clínico. Paciente de 23 años de edad con historia de acné y tratamientos previos con isotretinoíno oral. El paciente acude a consulta para ser tratado con isotretinoíno oral. Entre sus antecedentes personales destacan: abuso de alcohol, tóxicos y psicofármacos. Está socialmente aislado. Entre sus antecedentes familiares destacan: una hermana que se autolesiona y está en tratamiento psiquiátrico, se educó en un ambiente con escasa expresión emocional y por parte de los padres existe una negación a admitir que su hijo tiene un problema.

Exploración. En la visita presentaba lesiones en cara y tronco apenas imperceptibles, durante la entrevista se manifestaba nervioso, sin contacto visual y con aspecto frágil. Refería una historia de trastornos de angustia con anticipación negativa, con frecuentes ataques de pánico y conducta obsesiva. Sufrió rituales y conductas repetitivas (examinarse, retocarse, esconder, disimular el “defecto”) que le ocupaban un espacio de tiempo muy importante en su vida, con una baja autoestima. Se le realizó una batería psicológica consistente en: Fear of Negative Evaluatios Scale (FNE); Social interaction Anxiety Scale (SIAS); Penn State Worry Questionnaire (PSWQ); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Resultado. El paciente presentaba un trastorno dismórfico corporal (300.7) DSM-IV-TR), Fobia social y ansiedad generalizada con un malestar psicológico significativo.

Tratamiento. Los objetivos terapéuticos fueron la reducción gradual de rituales, la facilitación de la expresión emocional, incrementar su autoestima, trabajar su fobia social y evitar el uso de psicofármacos.

Resultados. El paciente fue inconstante en su cumplimiento, tras varias visitas cambió de trabajo y mejoraron sus relaciones interpersonales y su aceptación de sí mismo.

Comentarios. A este tipo de pacientes es importante evitar decir “no te veo los granos” e intentar que el paciente se acepte con sus imperfecciones, sabiendo que es un tipo de paciente complejo para cuyo manejo se precisará la colaboración de un profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra).

2. NUEVOS DATOS ACERCA DEL PERFIL PSICODERMATOLÓGICO DE LOS USUARIOS DE GIMNASIOS Y CONSUMIDORES DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES

C. Rodríguez Cerdeira^a y R. Barcala Furelos^b

^aServicio de Dermatología. CHUVI. Hospital do Meixoeiro. EOXI y Universidad de Vigo. ^bGrado de CC de la Educación y el Deporte. Universidad de Vigo. Vigo. España.

Introducción. La adicción a sustancias ilegales supone una fuerte carga para toda la sociedad, puesto que, además de los costes

puramente económicos, el consumo de drogas también ocasiona fuertes costes sociales.

Objetivo. El objetivo general de este estudio es la elaboración de un perfil psicodermatológico en deportistas fisicoculturistas que consumen esteroides anabolizantes androgénicos (EAA) de forma ilegal en la provincia de Pontevedra, pertenecientes a los ayuntamientos del área asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Material y método. Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico. Población de estudio: Pacientes varones que consumen EAA ilegales durante el periodo de recogida de datos (enero 2016 a octubre de 2017). Se han estudiado un total de 75 pacientes varones usuarios de gimnasios pertenecientes al área asistencial del CHUVI.

Objetivos. a) Estudio de la prevalencia de deportistas fisicoculturistas que consumen EAA, usuarios de gimnasios. b) Estudio de la patología psicodermatológica asociada. Los principales efectos adversos a corto plazo por el abuso de EAA en atletas masculinos incluyen, entre otros: un aumento en el deseo sexual, la aparición del acné vulgar, aumento del vello corporal. En cuanto a los trastornos psicológicos y del comportamiento, encontramos un incremento de la agresión, la hostilidad y las alteraciones del humor (por ejemplo, depresión, hipomanía, características psicóticas). Dicha sintomatología es dosis-dependiente.

Conclusiones. Los efectos secundarios a la dependencia y/o abstinencia de los EAA se manifestaron como fuertes trastornos depresivos, con un importante coste social.

3. ANÁLISIS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ALOPECIA AREATA

M. Lamarre^{a,b}, R. Rivero^{a,b}, Á. Ruiz^{a,b}, A. Ibáñez^{a,b}, L. Tomás Aragonés^b, T. Gracia Cazaña^{b,c} y S.E. Marrón^{b,d}

^aUnidad Docente de Medicina de Familia. Alcañiz. Teruel.

^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^cHospital de Barbastro. Huesca. ^dHospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Introducción. Tradicionalmente se relaciona la alopecia areata con ansiedad/depresión de acuerdo con los estudios publicados.

Objetivo. Medir y observar la relación entre alopecia areata y ansiedad y/o depresión.

Material y método. Se estudió un grupo de 36 pacientes consecutivos de primera visita, mayores de 18 años con diagnóstico de alopecia areata. Se reclutaron en un periodo de 6 meses. Se utilizó para su evaluación: la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) para evaluar sintomatología ansiosa y/o depresiva; el inventario de ansiedad rasgo/estado (STAI) y un cuaderno de recogida de datos sociodemográficos y clínicos en el que se recogió entre otros: la edad, sexo, profesión, estado civil y tipo de alopecia.

Resultados. la mayoría fueron mujeres (61,1%), distribuidos en un rango de edad entre 18 y 80 años con una media de 47,25 años, resultando la mayoría de ellos casados (66,6%). En cuanto a ansiedad, no se observaron diferencias significativas por el sexo. Únicamente el 5,6% de los pacientes habían tenido un tratamiento psicológico previo. La mayoría de los pacientes presentaban una preocupación generalizada. Se obtuvieron, medidos con HADS, unos valores del 33,3% para sintomatología ansiosa y unos valores para sintomatología depresiva del 19,8%. Se obtuvieron, medidos con STAI, puntuaciones positivas para ansiedad en el 55,5% de los pacientes, observando un 75% de pacientes con ansiedad estado y un 65% de ellos con ansiedad como rasgo.

Comentario. Dada las importantes comorbilidades psicológicas observadas parece necesaria la evaluación de ellas en el manejo diario de los pacientes con alopecia areata.

Sesión 2

1. HIDRADENITIS SUPURATIVA: LA VISIÓN DEL PACIENTE

L. Tomás Aragones^a, R.M. Díaz Díaz^b, E. Margarit de Miguel^c, J. Cebrián Martínez^d y S.E. Marrón^{a,d}

^aGrupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza (IACS).

^bHospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. ^cHospital Sant Pau. Barcelona. ^dHospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa de (HS) es una enfermedad crónica, debilitante, inflamatoria de la piel, y la mayoría de los pacientes tiene una pobre calidad de vida. La enfermedad es a menudo difícil de tratar y en frecuentes ocasiones se tiene que recurrir a cirugías más o menos radicales; las terapias médicas han tenido eficacia limitada hasta la fecha. La HS es poco reconocida por los profesionales de la salud y el tiempo promedio de diagnóstico puede llegar hasta los siete años.

Objetivos. a) Obtener la perspectiva de los pacientes con respecto a lo que es para ellos vivir con HS. b) Analizar las entrevistas y ver qué dominios de sus vidas se ven afectados.

Método. Se incluyeron en el estudio un total de 12 pacientes con diagnóstico clínico de HS, se realizó proceso de consentimiento informado, se les informó de los objetivos y peculiaridades del estudio y firmaron el documento de consentimiento informado, todo ello previo al inicio de las entrevistas. Un psicólogo y un trabajador social realizan las entrevistas semiestructuradas. Antes de la entrevista, el dermatólogo había registrada la severidad de la HS por medio de la clasificación de Hurley y completó un formulario con las características clínicas de cada paciente, así como sociodemográficas. Cada entrevista semiestructurada duró entre 60-90 minutos. A los pacientes se les pidió comentar sus experiencias relacionadas con su enfermedad cutánea (imagen corporal, olor, dificultades de movilidad, dolor, picazón, relaciones íntimas, dificultades en el trabajo, dificultades en comunicar su condición a los demás, apoyo familiar, entre otras.). Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma manual, con un bajo grado de edición.

Resultados. Las transcripciones de las entrevistas fueron codificadas y analizadas. Un total de 96 códigos fueron identificados y agrupados en 9 categorías. Se identificaron varios temas centrales. La herramienta de software utilizada para llevar a cabo el proceso de codificación fue Atlas.ti, que facilita el análisis de datos cualitativos. Por último, se identificaron 6 áreas principales, que afectan a los pacientes con HS, económica, laboral, personal/íntimo, psico-social, médica y la interacción social.

Conclusiones. Los pacientes con HS a menudo se sienten aislados y estigmatizados, sufren en silencio su enfermedad, que es generalmente invisible para los demás. Parece necesario que los profesionales de la salud presten especial atención a las dificultades de los pacientes para hacer frente a esta enfermedad y proporcionar información sobre recursos disponibles, que les faciliten la vida.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EXCORIACIONES NEURÓTICAS

C. Brufau Redondo, M.A. Ferrándiz Peña y R. Martín Brufau

Hospital Reina Sofía. Murcia. España.

Objetivos. Las excoriaciones neuróticas son lesiones cutáneas autoprovocadas que pueden ocasionar un daño tisular severo. Este estudio busca establecer criterios que permitan el diagnóstico de las formas patológicas y no patológicas, evaluar la precisión de las escalas de cribado de skin picking y ver si el trastorno se relaciona con diversas patologías psiquiátricas.

Métodos. Para el diagnóstico, se emplearon los criterios propuestos en este estudio y las escalas de cribado de skin picking (SPS) y de impacto psicosocial de skin picking (SPIS), que, junto con cuestionarios sobre patologías psiquiátricas (ansiedad, depresión, impulsividad y obsesión-compulsión) y contexto situacional de las excoriaciones, fueron administrados a un total de 29 participantes, 12 casos y 17 controles.

Resultados. Se proponen 6 criterios que permiten diferenciar los casos patológicos y no patológicos. Usando como referencia esta lista de criterios, se obtuvo una precisión diagnóstica del 100% para un punto de corte igual a 13 en la escala SPS, para la SPIS fue del 86,6%. Al estudiar la comorbilidad psiquiátrica, se observó que el nivel de ansiedad fue significativamente mayor en el grupo de casos. Mayores puntuaciones en las escalas de SPS y SPIS se relacionaron directamente con mayores niveles de ansiedad, impulsividad y obsesión-compulsión. No se demostró relación entre excoriaciones neuróticas y depresión.

Conclusión. Los criterios diagnósticos propuestos son útiles para saber si un paciente tiene skin picking patológico. En la escala SPS, una puntuación mayor o igual a 13 identifica a los pacientes con excoriaciones neuróticas patológicas. La ansiedad se asocia a excoriaciones neuróticas en nuestro estudio, por tanto, es necesario explorar la posible presencia de ansiedad en los pacientes que presenten excoriaciones neuróticas para ver si requieren tratamiento ansiolítico. Para valorar la posible relación entre las excoriaciones neuróticas, el TOC, los trastornos de control de los impulsos y la depresión, son necesarios estudios con mayor número de participantes.

25 de febrero de 2017

Sesión 3

1. LA PIEL DE LA MUJER Y LA FEMINIDAD EN LAS PELÍCULAS DE ALMODÓVAR

J. Ulnik y A. Mendel

Cátedra de Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.

La piel tiene la función de límite, contención e integración de sensaciones, barrera y representante de la identidad hacia el exterior. En las películas de Almodóvar se aprecia cómo cuando esas funciones fallan, aparecen estados de no-integración, confusión de identidad y género y una extrema vulnerabilidad. Almodóvar trastoca y subvierte en sus películas géneros, nombres e identidades. En ese descentramiento la piel cumple un rol fundamental. Como complemento, se hace presente una mirada persecutoria que va y vuelve en varias de sus películas. Se trata de la misma mirada persecutoria que es una presencia insoslayable en el consultorio dermatológico y en el sufrimiento de nuestros pacientes. En "La piel que habito" el personaje principal es un hombre-mujer-hombre que se siente despedazado por dentro y necesita una segunda piel, por medio de la cual un médico transforma a un hombre en una mujer igual a su esposa muerta. Almodóvar querría crear una piel resistente con la cual curar heridas y crear el cuerpo que cada uno desea. Una segunda piel como la que describe Ester Bick, quien dice que, en su forma más primitiva, las partes de la personalidad se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unirlos, por lo cual resulta necesario asegurar su cohesión mediante el funcionamiento de la piel, que obra como límite. Si esta función falla, ocurren estados de no-integración que aparecen en las películas como partes rotas, vestidos desgarrados y cortados o incompletos. La falta de la función-límite de la piel también se manifiesta como confusiones relativas a la identidad. La com-

preensión de estas funciones psicológicas de la piel y las consecuencias de sus fallas resulta de utilidad para conocer los efectos en la psique de las enfermedades de la piel.

2. AFECTACIÓN PSICOSOCIAL EN LA ROSÁCEA: VALIDACIÓN DEL TEST DE CALIDAD DE VIDA ROSAQOL

C. Vázquez Rodríguez, M. Garcia-Bustínduy y M. Arteaga Henríquez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

Introducción. La rosácea o acné rosáceo es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a nivel cutáneo a los vasos sanguíneos y folículos pilosebáceos, principalmente en la región facial. El deterioro en la calidad de vida de estos enfermos es comparable a los que padecen vitiligo o dermatitis alérgica de contacto profesional, pero menor que el que presentan pacientes con psoriasis o dermatitis atópica. Se ha desarrollado un test específico para su evaluación a partir del Skindex-29 denominado RosaQoL. Nuestro objetivo principal es la traducción y validación de este cuestionario en español.

Material y métodos. Estudio analítico observacional de casos y controles. Se valorará un grupo de 250 pacientes mayores de edad con rosácea (casos) y un grupo control de 250 pacientes mayores de edad. Se incluirán como casos pacientes con rosácea de ambos sexos que admitan, mediante la firma del consentimiento informado, entrar en el estudio. Como controles se elegirán acompañantes o pacientes con patologías que no tengan influencia en la calidad de vida. No se incluirán en ninguno de los grupos pacientes con patología psiquiátrica. Se recogerán las variables epidemiológicas en un cuaderno de recogida de datos elaborado a tal efecto. La traducción del cuestionario se realizará con los métodos de traducción retrotraducción habituales en estos casos. Además se evaluarán otros aspectos tales como la ansiedad, depresión, autoestima, alexitimia y afrontamiento en la muestra. El protocolo ya ha recibido la aprobación del Comité Ético y de Estudios Clínicos del Hospital Universitario de Canarias.

3. LAS DINIAS EN EL CONTEXTO DEL DOLOR CRÓNICO

M. Garcia-Bustínduy, R. Afonso-Carrillo y L. Capote de León

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

Introducción. El grupo de dermatología y psiquiatría es bien conocido por su abordaje holístico de los problemas de los pacientes. Las dinias suponen sensaciones de ardor, quemazón o dolor en diferentes localizaciones de la superficie cutáneo-mucosa. Desde finales de los años noventa han ido apareciendo estudios que trataban de relacionar diferentes alteraciones que acarrearán dolor crónico, en distintas especialidades como reumatología, ginecología, digestivo o urología. Hay publicaciones que relacionan la vulvodinia con la fibromialgia o la cistitis intersticial, por ejemplo. Por ello, decidimos estudiar la posible relación de la fibromialgia con cualquier tipo de dinia, no solo la localizada a nivel genital.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional prospectivo en 30 pacientes consecutivos diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias. Recogimos datos epidemiológicos, hábitos tóxicos, características clínicas de la fibromialgia, antecedentes familiares o personales de enfermedad psiquiátrica, presencia de dinias en cavidad oral, lengua, labios y área genital. Asimismo, investigamos la presencia de otros síndromes de dolor crónico asociados, tales como migraña crónica, alteración de la articulación temporomandibular, síndrome de fatiga crónica, colon irritable y endometriosis. Los pacientes cumplimentaron el test de ansiedad y depresión HADS y el TAS-20 para evaluar alexitimia.

Resultados. Se recogieron 30 mujeres con una edad media al diagnóstico de 41,27 años. El 60% presentaban fatiga crónica, el 53,3% colon irritable, el 73,3% alteración de la articulación temporomandibular y el 76,7% asociaban síndrome de fatiga crónica. El 33,4% de las pacientes tenían orodinia, el 26,7% molestias en la lengua y el 26,6% en los labios. Un 23,4% de ellas tenían síntomas de vulvodinia. Cuando se analizó la presencia de rasgos de ansiedad o depresión con el HADS, encontramos que un 57% de la muestra puntuaba suficiente para establecer ansiedad y un 30% depresión. Los resultados del TAS-20 mostraron que un 57% de las enfermas presentaban alexitimia. Pudimos, asimismo, establecer una relación positiva ($p = 0,005$) entre ansiedad y alexitimia, lo que podría suponer que una mayor dificultad en estas pacientes para expresar sus sentimientos y una mayor tendencia a la superficialidad en las relaciones interpersonales se asociaría a mayores niveles de ansiedad.

Sesión e-Poster 2

1. CALIDAD DE VIDA Y PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON FOLICULITIS DECALVANTE

C. Pindado Ortega^a, D. Saceda Corralo^a, L. Miguel Gómez^a, A. Pascual Sánchez^b, P. Fernández González^a, D. Buendía Castaño^a y S. Vañó Galván^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción. La pérdida de cabello puede repercutir en el funcionamiento y bienestar emocional de los pacientes con alopecia, reflejándose en un impacto negativo en su calidad de vida. Aunque se ha evaluado el impacto en la calidad de vida de las alopecias cicatriciales primarias hasta la fecha no hay estudios en pacientes con foliculitis decalvante (FD) exclusivamente.

Objetivos. Describir el deterioro de calidad de vida y la percepción subjetiva de enfermedad en pacientes con FD.

Material y método. Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios autoadministrados. Los instrumentos empleados fueron las versiones españolas del Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), Cuestionario de Calidad de Vida SF-12 (SF-12) y Cuestionario de Percepción de Enfermedad Revisado (IPQ-R).

Resultados. Cincuenta y dos pacientes completaron al menos un cuestionario. Los resultados del DLQI demostraron un ligero deterioro de la calidad de vida (total DLQI = 4,48 (rango 0-30)). No hubo diferencias significativas entre el componente físico ($52,14 \pm 8,93$) y mental ($49,25 \pm 9,16$) de calidad de vida medida con el SF-12. Los pacientes percibían la FD como una enfermedad crónica (IPQ-R Duración (crónica/aguda) = $19,68 \pm 9,42$) y creían que podían controlar su enfermedad con tratamiento médico (IPQ-R Control de tratamiento $12,84 \pm 7,09$).

Conclusiones. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los pacientes con FD sufrieron una disminución leve a moderada en su calidad de vida. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los componentes físico y mental de calidad de vida.

2. EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA/SEVERA TRATADOS CON USTEKINUMAB

A. Ibáñez^{a,b}, M. Lamarre^{a,b}, R. Rivero^{a,b}, Á. Ruiz^{a,b}, L. Tomás Aragonés^b, T. Gracia Cazaña^{b,c} y S.E. Marrón^{b,d}

^aUnidad Docente de Medicina de Familia. Alcañiz. Teruel. ^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^cHospital de Barbastro. Huesca. ^dHospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Introducción. La psoriasis es una enfermedad cutánea relacionada tradicionalmente con alteraciones del estado de ánimo y con baja calidad de vida de los pacientes.

Objetivo. Se pretende evaluar el efecto sobre la sintomatología ansiosa y/o depresiva y en la calidad de vida de un grupo de pacientes en placas moderadas-severas tratados con ustekinumab.

Material y método. Se incluyen 6 pacientes con psoriasis en placas moderada-severa tratados con ustekinumab a los que se evaluó con: el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar sintomatología ansiosa y/o depresiva y con el Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el Short Form-36 (SF-36) para evaluar la afectación en su calidad de vida dermatológica y en general respectivamente.

Resultados. La mayoría de los pacientes reclutados eran hombres, casados y trabajadores en activo. Con un rango de edades entre 36 y 74 y edad media de 54,5 años. A las 18 semanas de tratamiento se observó: a) un 66% de remisión total (PASI100) y desaparición del prurito asociado. b) descenso significativo de las puntuaciones medidas con DLQI. c) descenso significativo en las puntuaciones medidas con HADS, sobre todo en la subescala de sintomatología ansiosa y d) mejorías significativas medidas con SF-36 en diferentes áreas (vitalidad y funcionamiento social son en las que mayor mejora se observa).

Conclusiones. 1) Ustekinumab consigue mejorías significativas en la sintomatología ansiosa y/o depresiva, así como en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis en placa moderada-severa. 2) Los pacientes atribuyen al tratamiento las mejoras experimentadas en el impacto psicosocial y en la calidad de vida.

3. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES CON PSORIASIS

S. Ros Abarca^a, A. López Ferrer^a, A. Laiz Alonso^b, E. Vilarrasa Rull^a y L. Puig Sanz^a

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción. El estigma social que representa la psoriasis, las dificultades a las que se ven expuestos nuestros pacientes por la visibilidad de las lesiones conducen al aislamiento, cambios en el estilo de vida y en algunos casos a altos niveles de psicopatología que puede conllevar cuadros clínicos severos que necesitarán de una intervención multidisciplinar. Por otro lado, la relación existente entre el estrés y la exacerbación /mantenimiento de los brotes también hacen necesario una intervención psicológica para reconducir y capacitar al paciente de herramientas que le permita hacer frente emocionalmente a estas dificultades.

Objetivo. Desarrollar un programa de psicoterapia grupal en pacientes con psoriasis que ayude al afrontamiento de la cronicidad del trastorno, inoculación del estrés que puede producir la enfermedad, estrategias cognitivas para afrontar las diferentes situaciones sociales a las que se exponen en su vida diaria, así como un programa psicoeducativo sobre la psoriasis.

Material y método. Estudio prospectivo, aleatorizado, grupo intervención y grupo control. Programa de intervención psicoterapéutica grupal de 8 sesiones, frecuencia semanal, de 60-90 minutos. Evaluación psicométrica inicial, al final de la intervención y a los 3 meses de la misma en el grupo intervención y grupo control. Batería psicométrica Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS), Cuestionario de 90 Síntomas revisado (SCL-90R), Cuestionario de calidad de vida en dermatología Skindex-29, Cuestionario de Estrés Percibido (PSS-14) y Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSI).

Conclusiones. La economía del tiempo empleado por el profesional y el beneficio de una intervención colectiva ha impulsado la necesidad de formar grupos de pacientes afectados por una misma patología para aplicarles este tipo de estrategia terapéutica y valorar

su eficacia en pacientes adultos afectados de psoriasis que están siendo atendidos en nuestro servicio de Dermatología con independencia del tratamiento dermatológico administrado.

4. MANEJO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL PACIENTE DERMATOLÓGICO

R. Rivero^{a,b}, Á. Ruiz^{a,b}, A. Ibáñez^{a,b}, M. Lamarre^{a,b}, L. Tomás Aragonés^b, T. Gracia Cazaña^{b,c} y S.E. Marrón^{b,d}

^aUnidad Docente de Medicina de Familia. Alcañiz. Teruel. ^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). Zaragoza. ^cHospital de Barbastro. Huesca. ^dHospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Objetivo. Evaluar la efectividad en el control de la sintomatología ansiosa y/o depresiva en pacientes con enfermedades cutáneas tratados con fluoxetina.

Material y método. Se utilizó con herramienta de cribado la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). Se conformó un primer grupo de cribado compuesto por 500 pacientes de primera visita, consecutivos a los que se les administró el HADS. Se confirmó sintomatología ansiosa y/o depresiva y quisieron participar en el grupo de tratamiento un total de 144 pacientes, los cuales fueron tratados con 20 mg de fluoxetina al día durante un plazo de 6 meses. Durante el estudio se realizaron 5 visitas: visita 1 basal (día 0), visita 2 (1.º mes), visita 3 (3º mes), visita 4 (4º mes) y visita 5 o de finalización (6º mes). Toda la información fue recogida en un cuaderno de recogida de datos diseñado específicamente para el estudio.

Resultados. En el grupo de tratamiento con fluoxetina se observaron descensos significativos de la sintomatología ansiosa y también depresiva. El descenso fue mucho más rápido en la sintomatología ansiosa, pasando de una media de 12 en la visita basal a una media de 5,9 en el 6º mes.

Conclusiones. a) Se confirman con los resultados obtenidos que fluoxetina es útil en el control de la sintomatología ansiosa y/o depresiva presente en el paciente dermatológico. b) Se observa una reducción más rápida de la sintomatología ansiosa frente a la depresiva a lo largo de los 6 meses de tratamiento.

Sesión 4

1. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DIRIGIDA A PACIENTES CON PSORIASIS: EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA

E. Margarit^a, A. López^a, E. Vilarrasa^a, L. Puig^a y A. Font^b

^aServicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^bFacultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Bellaterra. España.

Introducción. La psoriasis es una enfermedad crónica invalidante que se acompaña de una marcada alteración de la calidad de vida y del estado emocional. Se precisan más investigaciones para examinar la eficacia de las intervenciones psicológicas para personas con psoriasis.

Objetivo. El objetivo de este estudio es demostrar la eficacia de una psicoterapia individual dirigida a pacientes con psoriasis en tratamiento médico versus un grupo control con atención estándar en tratamiento solo médico.

Material y métodos. El diseño del estudio es experimental aleatorizado con grupo control. La calidad de vida, la sintomatología: prurito, dolor y descamación, el distrés y la gravedad de la propia enfermedad serán mediadas 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 Escala Visual Analógica (EVA) para prurito, dolor y descamación inferior a 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 (HADS). El grupo intervención presentará puntuaciones inferiores a las del grupo control para calidad de vida, sintomatología y distrés.

Conclusiones. Este es el primer ensayo clínico dentro del ámbito de la psicodermatología para pacientes con psoriasis en España.

2. DELIRIO DE INFESTACIÓN. UNA PECULIAR MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE EKBOM

E. González-Guerra^a, A. González-Guerra^b y A. Guerra Tapia^c

^aHospital Clínico San Carlos. ^bEmergencias Sanitarias SUMMA112.

^cHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción. El delirio de parasitosis o de infestación según la nueva nomenclatura es aquel en el que el individuo que lo padece cree estar infestado, contra toda evidencia, por algún patógeno, vivo (ácaros, gusanos, bacterias...) o inanimado. A menudo refieren picor, ardor u hormigueo, pudiendo presentar conductas de rascado y autodestrucción, dando lugar a excoriaciones, ulceraciones e infecciones secundarias. Se clasifican en primarios, cuando no pueden ser explicados por ninguna otra causa, o secundarios, cuando existe una causa subyacente. El tratamiento es difícil. Es imprescindible establecer una relación adecuada, así como una correcta elección de terapia psicofarmacológica.

Caso clínico. mujer de 64 años que desde hace 3 meses cree tener piojos. Se ha tratado con multitud de antiparasitarios, y aporta un papel con los restos de los parásitos, imaginarios. Explorada e informada de que no existen los piojos, se niega a creerlo. Se propone estudio anatomopatológico de los restos que aporta, si con eso se convence. Efectivamente se hace el estudio, se le entrega el informe, y la paciente decide creer y no hacer ningún nuevo tratamiento. Mejora a partir de entonces no volviendo a tener síntomas.

Discusión y conclusiones. El delirio de parasitosis o delirio de infestación es una patología psiquiátrica que llega al dermatólogo antes que al psiquiatra. Es fundamental descartar una causa subyacente y practicar un acercamiento al problema que permita introducir el tratamiento farmacológico adecuado en función de las características del mismo. Nuestra paciente, diagnosticada de delirio primario, una vez objetivado el informe anatomopatológico de espécimen que aportaba, respondió satisfactoriamente sin fármacos, lo que no suele ser habitual ya que el delirio es resistente a la argumentación, pero en este caso, hubo buena respuesta a las pruebas objetivas.

3. PSICODERMATOLOGÍA EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL: TRES AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

A. Miranda Sivelo

Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia. España.

Introducción. En este trabajo se describe una experiencia docente/asistencial a partir del desarrollo de una consulta de psicodermatología en el Servicio de Psiquiatría.

Objetivos. Explorar los diagnósticos psicodermatológicos principales desde el punto de vista de la consulta de psiquiatría en un Equipo de Salud Mental.

Material y métodos. Se incluyen pacientes mayores de 18 años que asisten a la consulta de Psiquiatría durante los últimos 3 años con patología psicodermatológica derivados desde el Servicio de Dermatología u otras consultas ambulatorias de psiquiatría.

Resultados. Se exponen los resultados de 55 pacientes (18 pacientes/año), 13 varones y 42 mujeres, con una edad media de 56 años y un rango de edad entre 24-86 años. No se encontraron diferencias significativas entre mujeres y varones con respecto a la edad. Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos psicodermatológicos/trastornos psiquiátricos secundarios (34%) y los trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones dermatológicas (33%). Por diagnósticos individuales la alopecia areata fue el más frecuente. También destacó la combinación de prurito y trastorno por excoriación (8 pacientes).

Conclusiones. En otros estudios similares al nuestro se constata también como muy frecuente el binomio prurito/ excoriación. Se analizan otras experiencias en nuestro entorno de Unidades de Psicodermatología y se plantea cómo debería ser una Unidad de Psicodermatología ideal. También se reflexiona sobre la situación de las Unidades de Psicodermatología en España y los diferentes tipos de modelo en la práctica.

4. DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA EN LAS REVISTAS DERMATOLÓGICAS DEL 2016

R.M. Díaz Díaz, C. Garrido Gutiérrez, V.M. Leis Dosil, P. Maldonado Cid y T. Sanz Sánchez

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

Presentamos una revisión de los artículos relacionados con algunas patologías que podrían considerarse dentro del espectro de la Dermatología y Psiquiatría publicados durante el año 2016 en revistas de contenido dermatológico. En el primer grupo, psicodermatosis, comentamos algunos de los rasgos psicológicos de los pacientes con las psicodermatosis y ciertas novedades terapéuticas que podríamos utilizar en el tratamiento de los pacientes con glosodinia. Dentro del segundo grupo destacamos la importancia de la entrevista motivacional en Dermatología, la importancia de la detección precoz de la enfermedad psicoemocional y el impacto de la calidad de vida en los pacientes con cáncer cutáneo tras su tratamiento. También comentamos el mismo aspecto en los pacientes con NET/SSJ, epidermólisis ampollosa distrófica, acné, eczema de manos, vitiligo y rosácea. En un tercer apartado incluimos el tema del control de las situaciones de tensión en el equipo de trabajo que, si no se previenen a tiempo, podrían desencadenar una desmotivación del personal sanitario y el desarrollo de un síndrome de burnout.

5. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN LAS RELACIONES SOCIALES: ESTUDIO DEL "SOCIOTIPO DERMATOLÓGICO"

S.E. Marrón^{a,b}, L. Tomás Aragonés^b, J. Navarro López^c, R. del Moral Bergos^c, T. Gracia Cazaña^{b,d} y P. Marijuan Fernández^c

^aHospital Royo Villanova. Zaragoza. ^bGrupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. ^cGrupo de Bioinformación y Biología de Sistemas. IIS Aragón. Zaragoza.

^dHospital de Barbastro. España.

Introducción. Las enfermedades cutáneas pueden ser la causa de una carga psicológica considerable para aquellos que las padecen. En varios estudios se han considerado aspectos tales como: una menor calidad de vida, aumento de la ansiedad, depresión, ideación suicida y otros trastornos psicológicos. En el momento actual no están suficientemente desarrollados los medios adecuados que evalúen las dificultades de interacción social en el paciente dermatológico, asimismo, tampoco lo están las redes sociales y los intercambios conversacionales empobrecidos que afectan el bienestar y la salud mental del individuo. Los vínculos sociales se asocian con mejor cognición. A cualquier edad, las personas con más contactos

y apoyo social se desenvuelven mejor en pruebas para analizar la función ejecutiva y la memoria. Nuestras interacciones sociales afectan nuestro cuerpo y cerebro en su conjunto. Este estudio se basa en el enfoque del nuevo constructo denominado Sociotipo, que se ha enunciado recientemente como una nueva construcción teórica en la forma de un cuestionario; y que examina las estructuras de vinculación social y factores relacionales asociados a afecciones dermatológicas.

Objetivo. El objetivo del estudio fue detectar las posibles dificultades de interacción social en pacientes dermatológicos ambulatorios consecutivos y observar la posible relación entre la disminución de las redes sociales en pacientes con diferentes enfermedades cutáneas.

Método. Nuestro estudio se basa en el análisis del Sociotipo, que se ha propuesto recientemente como un nuevo constructo teórico, materializado en la forma de un cuestionario ad hoc (SOCQ); examina las estructuras de vinculación social y factores relacionales asociados a enfermedades dermatológicas. El estudio piloto objeto del presente se realizó en el Hospital de Alcañiz, con una población de estudio de 159 pacientes que presentaban, entre otros, psoriasis, acné y eczema atópico.

Resultados. Los resultados muestran que en términos estructurales (estimaciones subjetivas relativas a familia, amigos, trabajo y conocidos) y aspectos cuantitativos (contactos sociales, longitud o duración de las conversaciones, momentos de risa) hay importantes diferencias entre los segmentos de la muestra con respecto a la severidad del diagnóstico, patologías dermatológicas y género. Cuando se utiliza en conjunción con otros cuestionarios de salud (UCLA, GHQ-12 y EPQ-R), el Sociotipo demuestra tener un alto nivel de fiabilidad (α -Cronbach = 0,83) y correlación entre resultados.

Conclusiones. El Sociotipo varía en el transcurso de la vida y está influenciado por las diferencias individuales. Tener una afección cutánea crónica y visible a los demás es una dificultad añadida a la hora de interactuar con otras personas. Los dermatólogos deben preguntar a los pacientes en qué manera su enfermedad cutánea interfiere en sus relaciones sociales con el fin de detectar aquellos casos que pueden estar en riesgo de aislamiento social. La soledad representa en un alto porcentaje una señal de riesgo psicológico para la persona.

Reunión Grupo Español de Investigación en dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Madrid, 11 de mayo de 2017

1. ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

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

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). ^bHospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Introducción. Sobre la imagen corporal en los pacientes oncológicos debemos tener en cuenta: a) que no se trata de defectos imaginados o anomalías leves, b) en la mayoría de las ocasiones existe una deformidad objetiva, c) producen al paciente insatisfacción corporal, d) producen deterioro en la percepción de la imagen corporal, y e) vulnerabilidad psicológica. Debemos tener en cuenta además que los pacientes oncológicos se enfrentan a cambios en su

aparición física (cicatrices, amputaciones, deformidades o asimetría). Se producen también cambios estéticos, incapacidad funcional e impacto emocional. La imagen corporal la debemos entender como un constructo multidimensional, siendo como se percibe, imagina, piensa, siente y se comporta el paciente respecto a su propio cuerpo. Incluye además la experiencia subjetiva de actitudes, sentimientos y valoraciones que hacemos, así como el modo de comportamiento derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Debemos tener en cuenta que, entre otras variables, el tipo de cambio físico, la localización, el grado de discapacidad, la reacción del entorno y el apoyo social unido a las características personales del paciente son las variables principales que influyen negativamente en el cambio de la imagen corporal. Por otra parte, existen factores protectores, tales como: los recursos personales (afrentamiento, autoestima o redes sociales), la personalidad (optimismo, apertura y estilo cognitivo), la reacción del entorno más cercano (apoyo de la familia, amigos, aceptación) y el locus de control, interno (culpabilidad) y externo (rabia). Las características personales del paciente deben tenerse también en cuenta (optimismo, autoestima, apoyo social percibido, estilo de afrontamiento, personalidad resistente, edad, sexo, las ideas religiosas, la situación familiar, laboral, social y el estado emocional).

Comentarios. ¿Qué puede hacer el dermatólogo? puede hacerlo todo, escuchar con empatía, sin interrumpir, facilitando la comunicación con preguntas abiertas. Puede preguntar qué necesita al paciente, teniendo en cuenta que la escucha en sí misma ya es terapéutica. Es importante tener precaución con la ideación suicida, que debe explorarse, con la mayor posibilidad de padecer síntomas depresivos, irritabilidad, trastornos del sueño, alteraciones de la concentración, sentimientos de culpabilidad aderezado todo ello con unas deficientes habilidades de afrontamiento. En estos pacientes pueden ser útiles: 1) los programas psicoeducativos en los que se ofrece información acerca de la enfermedad, el manejo del estrés, estrategias de afrontamiento y autoestima entre otros; y 2) la atención especializada (psicoterapia grupal, psicoterapia individual, psicofármacos), siempre y cuando el paciente esté de acuerdo y no se sienta estigmatizado ni abandonado por el dermatólogo.

2. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA VS PACIENTES CON PSORIASIS: IMPACTO PSICOLÓGICO

E. Margarit^{a,b}, A. López^a, E. Vilarrasa^a, L. Puig^a y A. Font^b

^aServicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^bFacultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Bellaterra. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa (HS) se ha definido como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante con una alta afectación en la calidad de vida. Por otra parte, la psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, que también se ha asociado a una disminución significativa de la calidad de vida.

Objetivo. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto psicológico que la psoriasis o la hidradenitis supurativa producen a los pacientes, con el fin de comparar ambas patologías.

Método. El diseño del estudio es transversal comparativo entre dos grupos. La calidad de vida, estrés, ansiedad y depresión, y la gravedad de la propia enfermedad fueron medidas mediante cuestionarios y evaluaciones dermatológicas para una muestra total de 100 sujetos, 50 sujetos diagnosticados con psoriasis y 50 sujetos diagnosticados de hidradenitis supurativa.

Resultados. El grupo de sujetos diagnosticados con hidradenitis presentaron puntuaciones superiores en el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI), en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), en la Escala de Percepción del Estrés (PSS), y en el número y puntuación de Acontecimientos Vitales Estresantes

(EAVE) que el grupo de sujetos diagnosticados con psoriasis, siendo significativas para calidad de vida y depresión.

Conclusiones. Es necesario seguir investigando medidas de evaluación e intervención para ambas patologías con el fin de reducir el impacto psicológico que presentan.

3. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS, NO FARMACOLÓGICAS PARA EL PRURITO

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

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología (GAI+PD). ^bHospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Introducción. El objetivo de la presentación es presentar una serie de terapias complementarias no farmacológicas de utilidad para el manejo del prurito en el paciente dermatológico.

Material y método. Las técnicas de las que vamos a tratar son: a) técnicas de inversión de hábito, b) técnicas de relajación, c) mindfulness para la reducción del estrés. Las técnicas de inversión de hábito pretenden modificar los comportamientos disfuncionales por acciones neutras; desarrollada por Azrin en 1973, ha demostrado su utilidad para disminuir la frecuencia del rascado en prurito relacionado con dermatosis y potenciar el efecto asociado a tratamientos convencionales con mayor reducción del picor y del rascado. Esta técnica se desarrolla en tres pasos: 1) entrenamiento en hacer consciente al paciente, 2) la práctica de una respuesta incompatible que reemplace el comportamiento disfuncional, en este caso el prurito-rascado y c) aumento de la motivación para controlar el hábito. Las técnicas de relajación se presentan como útiles en el tratamiento de pacientes con picor. Existen dos técnicas de relajación con similar efecto en la reducción del picor: a) relajación muscular progresiva de Jacobson, 1990 y b) Entrenamiento autógeno de Schultz, 1956. Estas técnicas suelen realizarse en una sala tranquila y confortable sentado o tumbado. En el caso de mindfulness el objetivo es centrar la atención en el "aquí y ahora" para conseguir la reducción del estrés.

Comentarios. Sorprende que a pesar de lo sencilla que es la técnica de inversión de hábito sea tan escaso el número de publicaciones en que se integra en un programa de control global del picor. El entrenamiento en la técnica de Jacobson ha demostrado ser útil en reducir la intensidad del picor y la pérdida de sueño en pacientes con eccema atópico en entrenamientos breves de 4 semanas con 2 sesiones semanales. A diferencia de la técnica de Jacobson que utiliza contracciones y relajaciones musculares, la de Schultz utiliza la concentración mental en ciertas percepciones del cuerpo (pesadez y calor). Con las técnicas de mindfulness se pretende focalizar las instrucciones al paciente de forma que se centre en: respiración, sensaciones corporales, sonidos, pensamientos y sentimientos y ha demostrado su utilidad en control del prurito en pacientes con eccema atópico, psoriasis, urticaria, liquen simple crónico o acné.

Conclusiones. La técnica de inversión de hábito es muy efectiva, probablemente debería ser utilizada antes y podría ser considerada como primera línea en la estrategia terapéutica en el control del rascado en comportamientos obsesivos (ej. prurigo nodular). La decisión de utilizar una u otra técnica de relajación dependerá de la capacidad de sugestionabilidad del paciente. Mindfulness ha demostrado utilidad en varias enfermedades cutáneas en el control del prurito.

4. LA UNIDAD DE PSICODERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL

C. Brufau, K. Mikho, R. Martín-Brufau y J. V. Rodado

Hospital Reina Sofía. Murcia. España.

Objetivos. La Psicodermatología es una subespecialidad de la Dermatología que se ocupa de trastornos psiquiátricos que se expresan

en la piel y de enfermedades cutáneas condicionadas por factores psicosociales. El abordaje de los pacientes psicodermatológicos requiere de la colaboración dermatólogo y psiquiatras. Este trabajo pretende estudiar el funcionamiento de la Unidad de Psicodermatología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, mediante análisis de las interconsultas efectuadas desde el servicio de Dermatología al psiquiatra de la unidad.

Método. Se recopilaron las interconsultas solicitadas desde el servicio de dermatología al de psiquiatría registradas en el sistema informático del hospital y se hizo un estudio observacional descriptivo sobre las mismas analizando distintas variables con el programa estadístico SPSS.

Resultados. Se recuperaron 72 interconsultas de las cuales 77,77% fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 53,40 años. Los diagnósticos dermatológicos y psiquiátricos más frecuentes, en orden descendente, fueron los siguientes: síndrome de la boca urente (18,1%), trastorno de excoriación y psoriasis, desde el punto de vista dermatológico y trastorno adaptativo (depresivo) (36,11%), distimia (11,1%) y trastorno somatomorfo por parte del psiquiatra de la unidad. Dentro de la clasificación psicodermatológica los trastornos psiquiátricos primarios fueron los que más derivan los dermatólogos (33,3%), seguido por los trastornos psicofisiológicos (26,4%), los trastornos sensoriales (20,8%) y los trastornos psiquiátricos secundarios (16,7%). Un 49,3 % de las interconsultas se derivaron tras un periodo de seguimiento de 2 años.

Conclusiones. No existe relación entre las categorías de clasificación psicodermatológica y psiquiátrica; estas clasificaciones son independientes estadísticamente. Hay diferencias en el número de derivaciones entre los dermatólogos del servicio, probablemente ligadas al interés que las psicodermatosis suscitan entre ellos. La asistencia conjunta en el ámbito dermatológico facilita que muchos pacientes que nunca aceptarían la derivación a salud mental puedan acceder a un tratamiento "psi" que es fundamental para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.

5. IMPACTO PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

S. Ros Abarca^a, A. López Ferrer^a, A. Laiz Alonso^b, E. Vilarrasa Rull^a y L. Puig Sanz^a

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Antecedentes. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de etiología multifactorial que afecta aproximadamente al 1,3% de la población en nuestro medio. Aproximadamente el 12-20% de los pacientes con psoriasis desarrollan una artritis psoriásica (AP) a lo largo de la evolución de su enfermedad. El dolor y las limitaciones físicas que experimentan los pacientes con AP pueden generar alteraciones emocionales y en la calidad de vida.

Objetivos. Evaluar la presencia de psicopatología en pacientes con diagnóstico de AP y la afectación en su calidad de vida.

Método. Pacientes con diagnóstico de AP que acudieron a CCEE del Servicio de Dermatología dentro del Programa de atención integral a pacientes con enfermedades dermatorreumatológicas. Se realizó una entrevista semiestructurada según criterios DSM-IVR y los pacientes completaron el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90), Cuestionario de calidad de vida Skindex 29 y la versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Resultados. La muestra está formada por 40 pacientes, las puntuaciones medias en el SCL 90R son superiores a la población normal en todas las subescalas de síntomas psicopatológicos.

Discusión. Los resultados obtenidos en nuestro estudio nos indican altos niveles de psicopatología en los pacientes con AP. Las mayores puntuaciones las encontramos en las escalas de ansiedad y depre-

sión, somatizaciones y sensibilidad interpersonal, fruto, posiblemente, de la visibilidad de las lesiones, dolor y limitaciones por los problemas articulares que afectan en la vida personal, familiar, laboral y social del paciente, con la consecuente disminución de su calidad de vida. La detección precoz de estas comorbilidades psicológicas nos ayuda a una adecuada intervención multidisciplinar de los pacientes, disminuyendo la psicopatología y mejorando el afrontamiento a la enfermedad crónica

6. LOS VIRUS Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. ¿QUÉ HAY DE NUEVO?

C. Rodríguez Cerdeira^a y R. Arenas^b

^a*Servicio de Dermatología. CHUVI, Hospital do Meixoeiro. EOXI. Vigo y Universidad de Vigo. Vigo. España.* ^b*Hospital Manuel Gea González. México.*

Introducción. Estudios recientes apuntan a que determinados agentes infecciosos entre los que se incluyen el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y el citomegalovirus (CMV), podrían participar en el origen de la enfermedad de Alzheimer (EA). Además, está demostrado que el ser mujer es un factor etiológico añadido para desarrollar esta enfermedad. En el caso del VHS-1 este coloniza el sistema nervioso teniendo apetencia por las mujeres.

Material y método. Se recogen los estudios más recientemente publicados en revistas de impacto siguiendo los siguientes criterios de búsqueda: virus, VHS-1, CMV, enfermedad de Alzheimer.

Resultados y discusión. En varios metaanálisis muy representativos se ha encontrado una importante relación entre los niveles de anticuerpos de CMV y el riesgo padecer EA. Ambos son más prevalentes en individuos de bajo nivel económico y educativo. Los factores genéticos como la APOE4 se han relacionado con el riesgo de EA, y los niveles de anticuerpos de CMV se ha demostrado que varían según el genotipo APOE, lo mismo que para el VHS-1. De este último se sabe que una vez que el virus llega al cerebro, el sistema inmunológico no lo detecta. Los investigadores han observado que este fenómeno está relacionado con la proteína que codifica el gen TAP2.

Conclusiones. Nuevas investigaciones son necesarias para trabajar en el campo de la prevención, y ver si es posible prevenir la trans-

misión de célula a célula, tal vez con un anticuerpo que bloquee la mencionada proteína *tau*.

7. LA PARADOJA DE LA VEJEZ FRENTE AL ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO

E. González-Guerra^a, A. Guerra Tapia^b y G Rubio-Valladolid^c

^a*Hospital Clínico San Carlos, Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. UCM.* ^b*Hospital Universitario 12 de Octubre, Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. UCM.* ^c*Hospital Universitario 12 de Octubre. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. UCM. Madrid. España.*

Introducción. El crecimiento demográfico de los mayores de 65 años está siendo progresivo, superior y más rápido que el de otros sectores etarios. La calidad de vida de la persona mayor tiene como elemento básico, con más fuerza que otros estamentos etarios, el grado de salud percibida, esto es, la calidad de vida relacionada con la salud, dada la mayor prevalencia de enfermedades en la senectud. Nos preguntamos cómo es la calidad de vida de la persona mayor por el simple hecho de serlo. O dicho de otro modo: ¿Es infeliz el ser humano por el simple hecho de envejecer?

Material y método. Partiendo de la visión clásica del envejecimiento, estudiamos a través de los distintos trabajos sobre el tema cuál es la calidad de vida del anciano.

Discusión y conclusiones. En el aspecto mental se produce una disminución de la espontaneidad de los procesos intelectuales, una reducción de la memoria inmediata, y una mayor lentitud en la resolución de los problemas. Sin embargo, la personalidad no se altera, y la imaginación y la creatividad se mantienen o aumentan. En el estudio de Mroczek y Kolarz de 1998 los ancianos dicen ser más felices que los jóvenes. Así, el grado de felicidad de la persona mayor hasta los 89 años, alcanza el nivel de "muy feliz" en un 20% de los individuos, se mantiene en un 60% en el de "bastante feliz", y solo un 20% se define como "no demasiado feliz". Por otra parte, hay suficientes trabajos que demuestran que los pacientes con envejecimiento cutáneo muestran mejor calidad de vida que los que tienen dermatosis inflamatorias como la psoriasis. Por lo tanto, la paradoja de la vejez estriba en que el hecho de envejecer no se acompaña indefectiblemente de infelicidad.