

## FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

### Suicidio y dermatología

**Resumen.**—La psicodermatología se ocupa del estudio de los pacientes que consultan al dermatólogo y cuyo proceso cutáneo tiene asociado un componente psicológico o psiquiátrico. Aunque las tasas de suicidio son bajas en dermatología en relación a otras especialidades médicas (osteoarticular, neurología, oncología), las ideas suicidas pueden estar presentes en algunos procesos, que constituyen así grupos de riesgo que el dermatólogo debe conocer. La detección precoz de síntomas depresivos e ideas suicidas es importante en: a) trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones cutáneas (dolor facial atípico, glosodinia y otros equivalentes depresivos con clínica dermatológica); b) acné, psoriasis y dermatitis atópica graves; c) cualquier enfermedad dermatológica crónica, invalidante, altamente inestética o que limite la calidad de vida del paciente; d) pacientes en edad de riesgo epidemiológico suicida (adolescentes y geriátricos), y e) cáncer cutáneo. Entre las medidas terapéuticas recomendadas se encuentran: actuación del psiquiatra de enlace; uso de antidepresivos del tipo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y psicoterapia de apoyo básica que puede llevar a cabo en algunos casos el propio dermatólogo.

**Palabras clave:** Suicidio. Psicodermatología. Depresión. Cronicidad. Calidad de vida.

MARÍA JOSÉ GARCÍA HERNÁNDEZ\*  
SERGIO RUIZ DOBLADO\*\*

\* Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

\*\* Unidad de Psiquiatría de Interconsulta-Enlace. Hospital de Osuna. Sevilla.

Correspondencia:

MARÍA JOSÉ GARCÍA HERNÁNDEZ. Departamento de Dermatología. Policlínico. Hospital Universitario Virgen Macarena. Avda. Dr. Fedriani, s/n. 41009 Sevilla.

Aceptado el 7 de junio de 1999.

### INTRODUCCIÓN

Dentro de las parcelas específicas del conocimiento dermatológico ocupa un lugar relevante en nuestros días la denominada psicodermatología o dermatopsiquiatría. La psicodermatología se ocupa del estudio del 30-40% de pacientes que consultan al dermatólogo y cuyos procesos cutáneos tienen asociado un componente psicológico o psiquiátrico (1-3). Engloba a las enfermedades dermatológicas primarias con trastornos psiquiátricos asociados (psoriasis, acné, alopecia areata, urticaria, dermatitis atópica, prurito, etc.), enfermedades psiquiátricas primarias con alteraciones cutáneas (delirio de parasitación, tricotilomanía, dermatitis artefacta o facticia, excoriaciones neuróticas, etc.), enfermedades con manifestaciones psiquiátricas y dermatológicas (porfirias, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Lyme), efectos dermatológicos indeseables de los psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos, litio, etc.) y efectos indeseables psiquiátricos de los fármacos usados en

dermatología (corticoides, isotretinoína, etc.) (4). Las bases de la psicodermatología se sitúan en (5):

- Interacciones entre el SNC, sistema nervioso autónomo-vegetativo y sistema inmune (bases etiopatogénicas y fisiopatológicas).
- Papel de la piel en la relación social y ambiental (bases sociales).
- Afectación de la piel por las enfermedades psiquiátricas primarias y del funcionamiento psicológico por las enfermedades dermatológicas primarias (bases clínicas y evolutivas).
- Papel de la psicoterapia y los psicofármacos en el tratamiento de la patología dermatológica (bases terapéuticas).

Al igual que en el resto de especialidades médicas, el ejercicio de la dermatología exige un mínimo de comprensión de las relaciones (6), implícito en toda actividad médica y necesario para el manejo global de los pacientes. La relación médico-paciente se encuentra

en nuestros días infravalorada por el uso hipertrófico de procedimientos técnicos y por la socialización experimentada por la medicina en la segunda mitad del siglo XX. La investigación psicósomática en dermatología es un modo de aproximación entre la salud y la enfermedad cutánea que intenta relacionar la evolución de las alteraciones de la piel con acontecimientos vitales, factores de estrés, características de la personalidad y entorno social del individuo (8). En un reciente estudio de Humphreys y cols. (7) se señala que los dermatólogos perciben la relación existente entre dermatología y psiquiatría y necesitan ayuda para el manejo de los aspectos psicológicos y psiquiátricos de algunos de sus pacientes.

Mientras que el estudio de las enfermedades psiquiátricas primarias con manifestaciones dermatológicas (dermatitis artefacta, tricotilomanía, excoriaciones neuróticas, etc.) se ha desarrollado ampliamente desde hace varias décadas, la profundización en el estudio de la comorbilidad psiquiátrica existente en las enfermedades dermatológicas primarias no se produce hasta más recientemente. Así aparecen en la última década trabajos relacionados con la ansiedad, depresión, fobia social, etc., existente en los enfermos dermatológicos (8-10). Dentro de esta parcela son relativamente escasos los estudios relacionados con ideación suicida, conducta suicida y suicidio consumado en pacientes dermatológicos. Es éste el objeto de la presente revisión.

### CONDUCTA SUICIDA Y ENFERMEDADES MÉDICAS

Uno de los grupos de riesgo tradicionalmente considerado dentro de la conducta suicida es el de los enfermos somáticos crónicos. En estos casos la enfermedad médica actúa en la mayoría de las ocasiones como desencadenante de una patología psiquiátrica (habitualmente depresión mayor), y es esta comorbilidad psiquiátrica la que se encuentra en la base de la ideación suicida. Se ha señalado que en una amplia mayoría de suicidios con enfermedad física (hasta un 70%) puede ser valorado un trastorno psiquiátrico secundario comórbido (11, 12). En los estudios epidemiológicos realizados, las enfermedades osteoarticulares, las neurológicas y el cáncer ocupan los primeros lugares en conductas suicidas, lo que ha sido atribuido a la cronicidad y limitación de la calidad de vida provocada por las mismas. Este grupo de patologías aportan un riesgo de conducta suicida varias veces superior al de la población general. En los enfermos neoplásicos el riesgo suicida puede ser hasta 20 veces superior al de la población (11). SIDA, enfermedades respiratorias, cardiológicas y gastrointestinales forman el siguiente grupo de riesgo, a distancia de las patologías anteriormente citadas. Finalmente, en el grupo

de bajo riesgo se situarían las enfermedades dermatológicas.

Las enfermedades somáticas pueden contribuir al riesgo suicida a través de diferentes mecanismos físicos y psicológicos (13-15), como son: a) la precipitación de una depresión mayor (16); b) el desencadenamiento de un estado confusional orgánico (delirium), y c) la aparición de conductas impulsivas secundarias a enfermedades neurológicas, alcoholismo o tóxicos (17). En el caso de la dermatología, la precipitación de una depresión mayor es el mecanismo casi exclusivo al ser infrecuentes los estados confusionales orgánicos secundarios a enfermedades dermatológicas (patologías con afectación sistémica grave como conectivopatías, síndrome de Stevens-Johnson, etc.) y la impulsividad secundaria a enfermedad dermatológica (salvo que coexisten también manifestaciones neurológicas como en algunas conectivopatías).

### CONDUCTA SUICIDA Y DERMATOLOGÍA

Aunque el número de pacientes dermatológicos con ideación suicida parece ser relativamente pequeño, no debe olvidarse que las ideas suicidas están presentes en algunos pacientes dermatológicos específicos, que configuran de este modo un grupo de riesgo. El suicidio supone también una de las causas más frecuentes de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE) en los países occidentales, lo que no puede perderse de vista.

Dentro de los trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones dermatológicas se han descrito conductas suicidas en el delirio de parasitación (18), dermatitis artefacta (19, 20), dismorfofobia (21) y dolor facial atípico como equivalente depresivo (21). Aunque el suicidio no es frecuente en la dermatitis facticia o artefacta, debe tenerse siempre presente que estos pacientes suelen presentar una elevada prevalencia de trastornos de personalidad, que cursan con inestabilidad afectiva, bajo control de los impulsos, intolerancia a las frustraciones, etc., lo que les convierte en grupo de riesgo para presentar conductas suicidas. No obstante, en una revisión sobre más de 40 pacientes con este diagnóstico se comunicó sólo un caso de suicidio consumado (19). Se han comunicado también otros casos aislados (20, 22, 23), alguno de ellos en relación con la confrontación directa. En cuanto al delirio de parasitación, también se ha comunicado en la literatura algún caso aislado de suicidio consumado (18). La dismorfofobia fue uno de los diagnósticos más frecuentes en una muestra de 16 pacientes dermatológicos que cometieron suicidio, al igual que el dolor facial atípico como equivalente depresivo (21). El dolor facial atípico y la glosodinia forman parte del grupo de síntomas somáticos que sue-

len aparecer con relativa frecuencia en la depresión mayor, sobre todo en pacientes de edad geriátrica. Esta forma clínica de depresión cursa con un bajo nivel de tristeza y sintomatología psíquica y con un predominio de síntomas físicos, por lo que ha sido denominada equivalente depresivo, depresión enmascarada o *depressio sine depressio*. Dado el riesgo suicida existente, desde el punto de vista epidemiológico, en la depresión en edad geriátrica, el grupo de pacientes con dolor facial atípico y glosodinia en estas edades debería ser objeto de un mayor cuidado psiquiátrico.

Pasando al grupo de enfermedades dermatológicas primarias con síntomas psiquiátricos asociados, se han descrito ideación y conductas suicidas en casos de acné (21, 23-25), psoriasis (25-28), urticaria (25), enfermedad de Darier (29), dermatitis atópica (25) y trastornos dermatológicos de curso crónico, limitantes, altamente inestéticos o invalidantes, así como en aquellos que afectan a zonas fundamentales para el mantenimiento de la autoimagen corporal como la cara (23). En la serie de Cotterill y cols. (23) se describieron sólo 13 pacientes dermatológicos con suicidio consumado en la región de Leeds (Reino Unido) durante un seguimiento longitudinal de 20 años, lo que da idea de la baja prevalencia de conducta suicida en los pacientes con enfermedades dermatológicas primarias. Este mismo autor comunica en una serie posterior (21) que los diagnósticos más frecuentes en los suicidas fueron dismorfofobia y acné.

Sin embargo, y en una línea opuesta a lo reseñado hasta el momento, si nos ocupamos de ideas suicidas en lugar de conductas suicidas o suicidios consumados, la prevalencia en pacientes dermatológicos se incrementa sustancialmente, alcanzando valores dobles a los del resto de pacientes médicos generales. La ideación suicida en una extensa muestra de pacientes con acné, alopecia areata, dermatitis atópica y psoriasis (n=480) estudiada por un clásico de la psicodermatología como Gupta (25) utilizando instrumentos estandarizados de evaluación fue del 5,6% en el acné, del 0% en la alopecia areata, del 2,5% en la dermatitis atópica y del 7,2% en la psoriasis. El intervalo obtenido en acné y psoriasis (5,6-7,2%) supone el doble del hallado en otros estudios realizados en pacientes médicos generales (2,4-3,3%). Los pensamientos suicidas y los deseos de muerte fueron especialmente frecuentes e intensos en las formas graves y crónicas de psoriasis. Sobre este último punto algunos autores han señalado que un tratamiento dermatológico precoz y enérgico puede disminuir las tasas de conductas suicidas en estos enfermos (por ejemplo, el uso precoz de isotretinoíno para prevenir el suicidio asociado a las formas graves de acné) (21), aunque no debe olvidarse que algunos fármacos de uso frecuente en dermatología han sido relacionados también con depresiones farmacoinducidas y pueden de este modo dar origen a ideas o conductas suicidas. El principio

activo dermatológico también puede, finalmente, ser utilizado como vehículo del intento suicida, lo que se ha comunicado también para el isotretinoíno en ingesta medicamentosa voluntaria (24). Es posible que los casos de enfermedad dermatológica primaria asociada a conducta suicida cursen, en su mayoría, con síntomas depresivos moderados o graves, probablemente secundarios a la gravedad, cronicidad, limitaciones o secuelas de la patología dermatológica en cuestión.

### DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ. MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Dadas las bajas tasas de conducta suicida en los pacientes dermatológicos, las medidas de *screening* no pueden dirigirse a la totalidad de los pacientes, lo que no resultaría rentable, sino que deberían focalizarse en la exploración del riesgo suicida en grupos específicos de pacientes. Estos grupos de alto riesgo se presentan en la [tabla I](#).

En estos casos, la detección precoz de síntomas depresivos (tristeza persistente y generalizada, afectación de los rendimientos, presión de habla disminuida, insomnio, anorexia y pérdida de peso, pérdida de energía, astenia, etc.) se convierte en el objetivo diagnóstico fundamental, para dar paso a continuación a la intervención del psiquiatra. Ninguna verbalización de contenido suicida, por leve, banal o finalista que parezca, debe ser objeto de menosprecio, ya que es bien sabido que un elevado porcentaje de los pacientes que cometen suicidio consumado habían contactado en los días previos con algún médico o comunicado directa o indirectamente sus intenciones suicidas. Dada la resistencia de muchos pacientes dermatológicos a acudir a la consulta del psiquiatra, la intervención en psiquiatría de enlace (psiquiatra-consultor, que trabaja en estrecho contacto con el resto de especialistas

**TABLA I: CONDUCTA SUICIDA Y GRUPOS DE RIESGO EN DERMATOLOGÍA**

- 
- Enfermedades psiquiátricas primarias que se presentan con síntomas dermatológicos: dolor facial atípico, glosodinia, dismorfofobia y equivalentes depresivos con clínica dermatológica.
  - Enfermedades dermatológicas con mayor prevalencia de ideas suicidas: acné y psoriasis, especialmente las formas intensas.
  - Cualquier enfermedad dermatológica de larga duración que limite la calidad de vida del paciente de manera importante o que resulte altamente inestética o invalidante.
  - Pacientes pertenecientes a los picos epidemiológicos en edad de riesgo suicida: adolescentes y geriátricos.
  - Cáncer cutáneo.
-

en el hospital general y asesora/supervisa en los casos en los que el paciente presenta resistencias al tratamiento psiquiátrico) puede convertirse en la actuación de elección, siempre que se encuentre disponible en nuestro medio de trabajo.

La utilización de antidepresivos (2, 30-33) por parte del psiquiatra o con la supervisión de éste, preferiblemente del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS (de más fácil manejo clínico, efectos indeseables menos peligrosos y mucho más seguros en sobredosis en caso de que el paciente los utilice como método suicida), resulta una de las medidas terapéuticas de elección en la depresión mayor o en caso de ideación suicida mantenida.

Adicionalmente, el empleo de una psicoterapia de apoyo básica (34), que puede en bastantes casos ser realizada por el propio dermatólogo, resulta también de mucha utilidad: situarse en el lugar del paciente (actitud empática), favorecer la expresión emocional, mantener la esperanza de mejoría clínica con otros tratamientos, alternativas terapéuticas proporcionadas por la investigación en el futuro, potenciar los aportes de cuidados sociales y familiares de los pacientes con dermatopatías crónicas, etc., son todas ellas medidas de tratamiento accesibles al dermatólogo. Un caso de Cotterill (28) citado en Bunker & Bridgett (35) nos sirve para ilustrar, finalmente, la importancia de la psicoterapia de apoyo en los pacientes crónicos: «un hombre de 71 años con psoriasis de larga evolución estuvo acudiendo a un baño especial para tratar la psoriasis 5 días por semana durante un período de 10 años. Su mujer falleció y su psoriasis empeoró. Fue tratado con hidroxurea, que curó su psoriasis, pero 1 año más tarde se suicidó tirándose a la vía del tren. Se evidenció que el contacto diario de este hombre con la cuidadora en el baño para la psoriasis era esencial para él, particularmente después de la muerte de su mujer. Al prescribir hidroxurea la enfermedad fue tratada con éxito, pero no el enfermo».

**Abstract.**—Psychodermatology is about the study of dermatologic patients with a psychological or psychiatric component. Though suicidal rates are low in dermatological patients as compared with those of other medical specialties (for example rheumatic, neurologic and oncologic patients), suicidal thoughts can be present in some diseases and thus they constitute a risk group that dermatologist must take into account. Early diagnosis of depressive symptoms and suicidal thoughts is important in: a) primary psychiatric disorders with dermatologic manifestations (atypical face pain, glosodynia and other depressive equivalents with cutaneous signs); b) severe acne, psoriasis and atopic dermatitis; c) whatever chronic dermatological disease highly inaeesthetic, invalidant

or which limits patient's quality of life; d) patients in an age group with high epidemiological risk of suicide, and, e) skin cancer. Among some recommended therapeutical measures there are: liaison psychiatrist intervention; use of antidepressant drugs (selective serotonin re-uptake inhibitors, SSRIs) and basic support psychotherapy, that in some cases may be directed by the very dermatologist.

*García Hernández M<sup>a</sup>J, Ruiz Doblado S. Suicide and dermatology. Actas Dermosifiliograf 1999;90:411-415.*

**Key words:** Suicide. Psychodermatology. Depression. Chronicity. Quality-of-life.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Koo JYM. Skin disorders. En: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. VI edition. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995;1528-37.
2. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psychotropic drugs in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1986;14:633-45.
3. Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989;155:686-91.
4. Blanch-Andreu J, Cirera-Costa E. Piel y faneras. En: Rojo-Rodés JE, Cirera-Costa E. Interconsulta psiquiátrica. Barcelona: Masson; 1997;385-94.
5. Hausteil UF, Seikowski K. Psychosomatische dermatologie. *Dermatol Monatsschr* 1990;176:725-33.
6. Tribó-Boixareu MJ. ¿Dermato-psiquiatría o psicodermatología? *Dermatol Dermocoscmetica* 1999;2:79-80.
7. Humphreys F, Humphreys MS. Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologist think they see. *Br J Dermatol* 1998;139:679-81.
8. Koo UYM, Shellow WVR, Hallman CP, y cols. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994;33:849-50.
9. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, y cols. Psychiatric aspects of mild to moderate facial acne: some preliminary observations. *Int J Dermatol* 1990;29:719-21.
10. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, y cols. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991;32:245-51.
11. Domenech-Bisen JR. Enfermedad médica y suicidio. En: Ros-Montalbán S. La conducta suicida. Barcelona: ELA; 1997;161-78.
12. Nieto E, Vieta E, Cirera E. Intentos de suicidio en pacientes con enfermedad orgánica. *Med Clí (Barc)* 1992;98:618-21.
13. González-Seijó JC, Ramos-Vicente Y, Carbonell-Masiá A, y cols. Poblaciones específicas de alto riesgo. En: Bobes J, González-Seijó JC, Sáiz-Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997;69-77.
14. Barraclough B, Hughes J. Physical illness and suicide. En: Barraclough B, Hughes J, eds. Suicide: clinical and epidemiological studies. Londres: Croom Helm; 1987.

15. Blumenthal SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med Norteam* 1988;4:999-1026.
16. Stenager EN, Stenager E, Jensen K. Attempted suicide, depression and physical diseases: a 1-year-follow-up study. *Psychother Psychosom* 1994;61:65-73.
17. Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987;17:3-22.
18. Monk BE, Rao YJ. Delusions of parasitosis with fatal outcome. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:341-2.
19. Sneddon J, Sneddon J. What happens to patients with artefacts? *Br J Dermatol* 1994;10:13.
20. Sneddon IB. Simulated disease: problems in diagnosis and management. *J R Coll Physicians Lond* 1983;17:199-205.
21. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997;137:246-50.
22. Fabisch W. Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br J Dermatol* 1980;102:29-34.
23. Cotterill JA. Skin and the psyche. *Proc R Coll Physicians Edinb* 1995;25:29-33.
24. Aubin S, Lorette G, Muller C y cols. Massive isotretinoin intoxication. *Clin Exp Dermatol* 1995;20:348-50.
25. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-50.
26. Gupta MA, Schork NI, Gupta AK, y cols. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993;32:188-90.
27. Sandborn PE, Snadborn CJ, Cimboric P, y cols. Suicide and stress-related dermatoses. *Dis Nerv System* 1972;33:391-4.
28. Cotterill J. Suicide in dermatological patients. *Proceedings of 3rd International Congress on Dermatology and Psychiatry*. Florence, 1991.
29. Denicoff KD, Lehman ZA, Rubinow DR, y cols. Suicidal ideation in Darier's disease. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:196-8.
30. Sheika SH, Wagner RF JR. Fluoxetine treatment of trichotillomania and depression in a prepuberal child. *Cutis* 1993;51:50-2.
31. Yanchick JK, Barton TL, Kelly MW. Efficacy of fluoxetine in trichotillomania. *Ann Pharmacother* 1994;28:1245-6.
32. Gupta MA. Dermatology. En: Stoudemire A, Fogel BS, eds. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Oxford: Oxford University Press; 1993:681-90.
33. Gupta MA, Gupta AK. Fluoxetine is an effective treatment for neurotic excoriations: case-report. *Cutis* 1993;51:386-7.
34. Koblenzer CS. Psychotherapy for intractable inflammatory dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:609-12.
35. Bunker C, Bridgett CK. Depresión y la piel. En: Robertson MM, Katona CLE, eds. *Depresión y enfermedades somáticas*. NY John Wiley & Sons; 1998:233-62.