



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DERMATOLOGÍA PRÁCTICA

Detección precoz de la enfermedad psicoemocional en dermatología



J. García-Campayo^a, M.C. Pérez-Yus^{b,*}, M. García-Bustinduy^c y E. Daudén^d

^a Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Universidad de Zaragoza, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España

^b Unidad de Investigación de Atención Primaria, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

^d Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

Recibido el 29 de junio de 2015; aceptado el 26 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 2 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Dermatología;
Trastorno mental;
Evaluación;
Prevención;
Psiquiatría;
Psicodermatología

KEYWORDS

Dermatology;
Mental disorders;
Assessment;
Prevention;
Psychiatry;
Psychodermatology

Resumen Muchas enfermedades dermatológicas van asociadas a trastornos psiquiátricos. No es fácil la distinción entre la normalidad y el trastorno psiquiátrico cuando la intensidad de los síntomas psicológicos es leve, como suele ocurrir en dermatología. Por eso revisamos el concepto de trastorno psiquiátrico. Por otra parte, son necesarios instrumentos para detectar una enfermedad psicológica de forma precoz, cuando los síntomas son todavía menores. Para ello se han desarrollado cuestionarios breves, sencillos, autoadministrados por el propio paciente, que ayudan a dermatólogos y demás profesionales sanitarios a sospechar con alto grado de certeza la existencia de una enfermedad psiquiátrica. Nos centraremos en los cuestionarios más utilizados que detectan las 2 enfermedades psiquiátricas más frecuentes: ansiedad y depresión. Por último, describiremos las circunstancias en las que es recomendable derivar a un paciente dermatológico al psiquiatra para que sea este quien le siga de forma reglada.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Early Detection of Emotional and Behavioral Disorders in Dermatology

Abstract Many skin diseases are associated with mental disorders. When the psychological symptoms are mild, as is often the case in dermatology, it can be difficult to distinguish between normality and the manifestations of a mental disorder. To facilitate the distinction we review the concept of mental disorder in the present article. It is also important to have instruments that can facilitate early detection of psychological disease, i.e. when the symptoms are still mild. Short, simple, self-administered questionnaires have been developed to help dermatologists and other health professionals identify the presence of a mental disorder with a high degree of certainty. In this article, we focus on the questionnaires most often used to detect the 2 most

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcperezy@gmail.com (M.C. Pérez-Yus).

common mental disorders: anxiety and depression. Finally, we describe the circumstances in which it is advisable to refer a dermatological patient to a psychiatrist, who can diagnose and treat the mental disorder in accordance with standard protocols.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su edición más actual (DSM-V)¹, define trastorno mental como aparece descrito en la [tabla 1](#). Según la *Organización Mundial de la Salud en 2020 una de cada 4 personas padecerá un trastorno mental en algún momento de sus vidas. En la actualidad, cerca de 450 millones de personas padecen un trastorno de este tipo, situando a los trastornos mentales como una de las principales causas de enfermedad y discapacidad a nivel mundial*². En el caso de la consulta de dermatología estas cifras son incluso peores. Según un estudio de Gupta et al.³ los pacientes externos o ambulantes dermatológicos tienen un 20% más de alteraciones psíquicas que la población general, y los pacientes dermatológicos ingresados tienen entre un 20% y un 30% más que el resto de los pacientes ingresados.

La enfermedad psiquiátrica más frecuente que se ve en una consulta de dermatología es la depresión⁴. Las encuestas indican que se puede presentar una depresión significativa hasta en el 30% de los pacientes, y las ideaciones suicidas pueden estar presentes hasta en un 10% de los pacientes ambulatorios con psoriasis⁵. Entre un 10-15% de los pacientes pueden presentar una neurosis obsesiva

compulsiva, y más de un 10% presentará un trastorno dismórfico corporal⁶.

Los *test psicológicos* o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Las respuestas individuales a la prueba pueden ser valoradas en comparación estadística o cualitativa con las de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, lo que da lugar a una determinada clasificación del sujeto. La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante la prueba represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas, donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar.

Escalas de detección precoz de ansiedad y depresión

Desde la consulta de dermatología existen muchas escalas que se pueden utilizar para hacer una primera aproximación al diagnóstico de la enfermedad psicoemocional⁷, y que posteriormente deberán confirmarse mediante una entrevista psiquiátrica estandarizada, como la entrevista neuropsiquiátrica estandarizada⁸.

Algunas de estas escalas son el Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg (*Goldberg Anxiety and Depression Scale*), Cuestionario de depresión de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale*), la Escala de depresión de Montgomery-Asberg (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*), la Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (*Yesavage Short Form Geriatric Depression Scale*), la Escala autoaplicada de depresión de Zung (*Zung Self-Rating Depression Scale*), el Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*), la Escala breve de ansiedad de Tyrer (*Tyrer Brief Scale for Anxiety*), el Cuestionario de detección de ansiedad (*Anxiety Screening Questionnaire*), el Cuestionario de salud del paciente (*Patient Health Questionnaire [PHQ-9]*), el Cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital and Anxiety Depression Scale [HADS]*), y la Escala del trastorno de ansiedad generalizada (*Generalized Anxiety Disorder Assessment [GAD-7]*). De todas ellas, a continuación haremos una breve descripción de las que por su sencillez y validez son más utilizadas en la práctica clínica.

La Escala del trastorno de ansiedad generalizada (tabla 2)

La GAD-7^{9,10}, aunque diseñada inicialmente para la detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada, posteriormente ha demostrado poseer buenas

Tabla 1 Definición de trastorno mental según el DSM-V

Características

- Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica
- Asociado a un malestar (por ejemplo, dolor) o discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir, o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad
- No debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo la muerte de un ser querido)
- ha de ser una manifestación individual a una disfunción comportamental, psicológica o biológica
- No ha de ser comportamiento desviado (por ejemplo político, religioso o sexual) ni conflictos entre el individuo y la sociedad (a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción)

Otras consideraciones

- Ninguna definición específica límites precisos para el concepto de «trastorno mental»
- El concepto de trastorno mental (como muchos otros conceptos en medicina y ciencias) carece de una definición operacional consistente que sirva en todas las situaciones

Tabla 2 Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi cada día
1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta				
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones				
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto				
6. Sentirse fácilmente disgustado o irritable				
7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar				

Las siguientes frases describen problemas que usted puede haber padecido. Recapacite sobre las ocasiones en que los ha sufrido durante las 2 últimas semanas, e indique cuál de las 4 opciones describe mejor la frecuencia con la que se ha enfrentado a esos problemas.

características psicométricas para la detección de otro tipo de trastornos de ansiedad.

La escala consta de 7 ítems. La puntuación final se calcula asignando las puntuaciones de 0, 1, 2 y 3 a las diferentes categorías de respuesta respectivamente, y sumando la puntuación de los 7 ítems. Por tanto, las puntuaciones mínima y máxima posibles son 0 y 21 respectivamente. Como puntos de corte se toman los valores 5 para la ansiedad leve, 10 para la ansiedad moderada y 15 para la ansiedad grave, respectivamente.

Usando una puntuación umbral de 10, el GAD-7 tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad del 82% para el trastorno de ansiedad generalizada. Permite, además, obtener buenos resultados en el cribado de otros 3 trastornos de ansiedad comunes —el trastorno de pánico (sensibilidad 74%, especificidad 81%), el trastorno de ansiedad social

(sensibilidad 72%, especificidad 80%) y el trastorno de estrés postraumático (sensibilidad 66%, especificidad 81%).

Depresión: Patient Health Questionnaire -9 (tabla 3)

El Cuestionario de salud del paciente, o PHQ^{11,12}, es un examen autoadministrado empleado para diagnosticar trastornos mentales. El PHQ-9⁹ es el módulo del PHQ que específicamente evalúa la depresión. La evaluación consiste en 9 ítems que son síntomas típicos de la depresión, y permiten al examinado puntuar entre 0 y 3, dependiendo con cuánta frecuencia han experimentado estos problemas en las últimas 2 semanas. El 0 representa «nunca» y 3 representa «casi todos los días». Para calificar la prueba las

Tabla 3 Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimada, deprimida o sin esperanza				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormida, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansada o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir falta de amor propio, o que sea un fracaso o que se decepcionará a sí misma o a su familia				
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente podría darse cuenta, o de lo contrario, está tan cansada o inquieta que se mueve mucho más de lo acostumbrado				
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera				
Sumar columnas				
Columnas				
Total				
	Nada en absoluto	Bastante dificultoso	Muy dificultoso	Extremadamente dificultoso

Durante las últimas 2 semanas, ¿con cuánta frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Si usted marcó afirmativo cualquiera de los problemas en este cuestionario hasta aquí, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

respuestas son totalizadas, con un rango entre 0 a 27. El PHQ-9 se usa en consultas no psiquiátricas y puede administrarse en español o en inglés. La clasificación de los sujetos dentro del grupo sin depresión o con posible o probable depresión se realizó a partir de la puntuación total obtenida por cada sujeto en el PHQ. Aquellos sujetos que obtuvieron menos de 8 puntos fueron clasificados como personas que no presentaban depresión, mientras que aquellos que obtuvieron puntuaciones mayores a 8 fueron clasificados dentro del grupo de depresivos.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (tabla 4)

La EADG^{13,14} es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no solo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellas y dimensiona sus respectivas intensidades.

Tabla 4 Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)

Subescala de ansiedad

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
(Si hay 3 o más respuestas positivas, seguir preguntando. Si no, no hay trastorno de ansiedad)
- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, sudores, mareos, diarrea? (síntomas vegetativos)
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?
(Si hay alguna respuesta afirmativas a cualquiera de las anteriores, continuar, si no, no hay trastorno depresivo)
- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas implica trastorno de ansiedad

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas implica trastorno depresivo

La EADG contiene 2 subescalas con 9 preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1-9) y subescala de depresión (preguntas 10-18). Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1-4 y preguntas 10-13 respectivamente) actúan a modo de precondition para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1-4 no se debe contestar el resto de preguntas de la primera subescala, mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10-13 para poder proceder a contestar el resto de preguntas.

La Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (tabla 5)

La HADS^{15,16}, conformada por 14 ítems, permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en consultas no psiquiátricas o en atención primaria. Es la escala más usada en investigación por médicos no psiquiatras. El contenido de la HADS está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y la depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) evita equívocos en el diagnóstico cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad médica.

La HADS está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de 2 subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico, y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de 0 a 7 normal, de 8 a 10 probable ansiedad o depresión, y 11 o más trastorno de ansiedad o depresión (según la subescala que se utilice).

Criterios de derivación desde dermatología

La toma de decisión del dermatólogo para aplicar los cuestionarios de detección precoz de ansiedad o depresión estaría basada en los siguientes puntos:

- Cuando lo recomienden las guías clínicas de ciertas enfermedades dermatológicas que se sabe que producen trastornos psicológicos cuando presentan cierta intensidad (por ejemplo psoriasis de intensidad moderada-grave, glosodinia, acné, etc.).
- Aparición de síntomas psicológicos aislados que pueden hacer sospechar trastorno ansioso o depresivo, como por ejemplo anhedonia (incapacidad para experimentar placer en situaciones que anteriormente agradaban al paciente), insomnio de larga duración, fatiga, disminución del apetito o del peso, llanto frecuente, etc.
- Cambio reciente de carácter o de actividad que haga sospechar al profesional un malestar psicológico.

Los criterios de derivación, tanto desde dermatología como desde otras especialidades médicas a salud mental son similares¹⁷. En general, las enfermedades psiquiátricas

Tabla 5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

- A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca
- A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso
- A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca
- A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:
0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca
- A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:
0. Nunca
1. Solo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo
- A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto
- A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca
- D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada
- D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
0. Igual que siempre
1. Actualmente algo menos
2. Actualmente mucho menos
3. Actualmente, en absoluto
- D.3. Me siento alegre:
3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día
- D.4. Me siento lento/a y torpe:
3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

Tabla 5 (continuación)

- D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:
3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho
- D.6. Espero las cosas con ilusión:
0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto
- D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

que no son ansiedad ni depresión se recomienda derivarlas a salud mental. Esto incluye desde psicosis como la esquizofrenia o la paranoia (en la que existen alucinaciones y delirios), o enfermedades graves como el trastorno obsesivo (con obsesiones o ideas recurrentes y compulsiones o actos que la persona no puede evitar), trastornos somatomorfos (quejas de síntomas físicos no causados por ninguna enfermedad somática), etc. En el caso de ansiedad y depresión, enfermedades que en la mayor parte de los casos pueden ser tratadas por dermatólogos u otros médicos no psiquiatras, las razones más importantes de derivación son las siguientes:

- Ideación suicida: es una importante complicación en psiquiatría. Si el paciente informa de que además de pensar en la muerte (lo cual es muy frecuente en pacientes psiquiátricos y no implica riesgo suicida) ha pensado en quitarse la vida y en cómo hacerlo, el individuo debe ser derivado a salud mental. Se puede explorar mediante preguntas amplias del tipo: «¿ha pensado alguna vez que no valía la pena continuar, que no valía la pena seguir adelante?». Si el paciente contesta que sí existe riesgo de ideación suicida.
- Trastorno personalidad asociado: los trastornos de la personalidad son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren con la capacidad de la persona para desenvolverse en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros contextos. Incluye rasgos de personalidad hipocondríacos, con pensamientos o conductas extrañas o mágicas, con gran dependencia emocional, etc.
- Trauma: haber experimentado alguna situación psicológica extrema (maltrato físico, violación, situación de guerra u otro tipo de violencia) produce alteraciones psiquiátricas que van a requerir psicoterapias muy específicas.

- Comorbilidad con enfermedades médicas graves: padecer otras enfermedades médicas graves (por ejemplo cáncer, VIH, insuficiencia renal o hepática, etc.) que produzcan un elevado riesgo de malestar psicológico hace que los tratamientos farmacológicos de la ansiedad y la depresión se compliquen, ya que algunos fármacos no podrán ser pautados y, en general, habrá que ser muy cuidadoso con las interacciones y contraindicaciones.
- Petición del paciente: si el paciente pide espontáneamente ser derivado a salud mental es un criterio que debe tenerse en cuenta.
- Decisión del profesional: si el dermatólogo se encuentra inseguro o incómodo por el manejo de los aspectos psicológicos del paciente, o quiere una segunda opinión o una recomendación de salud mental, es suficiente razón para derivarle.
- Trastorno depresivo recurrente: este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado, o grave.
- Síntomas psicóticos asociados: la psicosis es una pérdida del contacto con la realidad. Usualmente incluye: 1) delirios: falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de lo que uno es; y 2) alucinaciones: ver o escuchar cosas que no existen.
- Sospecha de trastorno bipolar: es una afección en la cual una persona tiene períodos de depresión y períodos en los que está extremadamente feliz o malhumorado e irritable. Además de estos altibajos en el estado anímico la persona también tiene cambios extremos en la actividad y los niveles de energía.
- Tratamiento farmacológico no efectivo: cuando el paciente se encuentra en tratamiento farmacológico pero este no es efectivo.

La derivación a salud mental o a cualquier otra especialidad debe hacerse siguiendo las siguientes recomendaciones básicas:

- No abandonar al paciente: no debe sentir que para nosotros es una molestia y que al derivarlo nos desentendemos de él. Será más fácil que acepte la derivación si le informamos de que algunos aspectos específicos de su enfermedad (en este caso los psicológicos) serán mejor tratados por un especialista, pero nosotros seguiremos visitándole de forma periódica para ver la evolución de su enfermedad dermatológica. De hecho, es recomendable fijar ya con él alguna cita posteriormente a la consulta de salud mental.
- No crear expectativas: no comentarle lo que van a hacerle o no, o lo que le van a decir, ni tampoco informarle de posibles resultados (por ejemplo «allí le van a curar esto») porque se condiciona al paciente.

Algoritmo para el manejo de la ansiedad y la depresión en dermatología

En la Guía de práctica clínica para el abordaje de la comorbilidad en el paciente con psoriasis¹⁸ se propone un algoritmo para el manejo clínico de la ansiedad y la depresión en la consulta de dermatología (fig. 1)¹⁹. Ante la sospecha de ansiedad y/o depresión se propone su exploración mediante

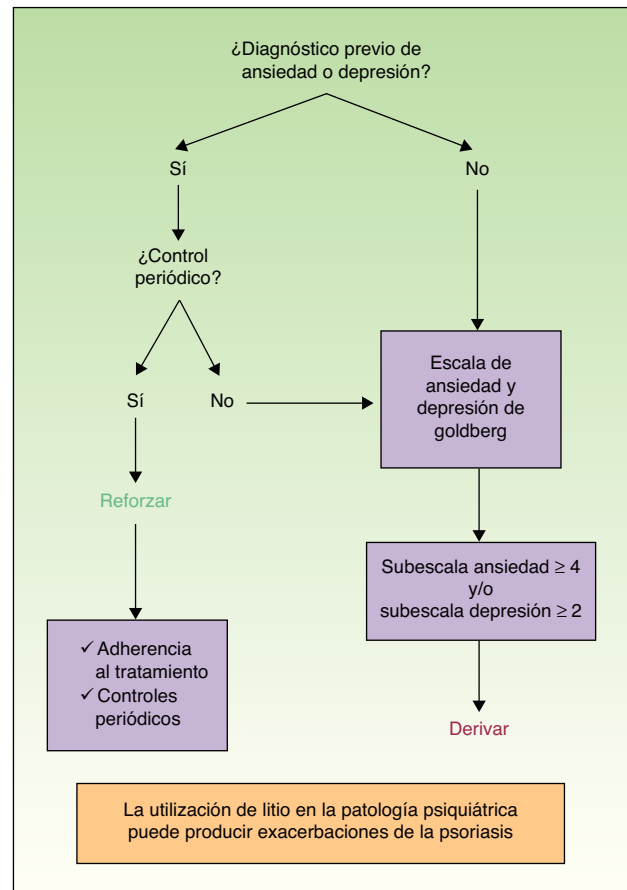


Figura 1 Algoritmo de manejo de la ansiedad y la depresión en dermatología. Tomado de Daudén et al.¹⁹.

la escala previamente citada EADG, por ser una de las escalas más sencillas, breves y de fácil manejo dentro del ámbito de las especialidades médicas no psiquiátricas.

Además, se recomienda la derivación del paciente cuando responde afirmativamente a 4 o más preguntas de la subescala de ansiedad y/o a 2 o más preguntas de la subescala de depresión.

En pacientes con diagnóstico previo de ansiedad y/o depresión que ya están siendo atendidos periódicamente por su médico o especialista, se subraya la importancia de animar al paciente a que siga con el tratamiento prescrito y las revisiones periódicas. En caso de que el paciente no esté siendo seguido periódicamente se aconseja su derivación.

Resumen. Puntos clave

- Los dermatólogos tienen un papel clave en el pronóstico de los pacientes con enfermedad mental a través de su prevención, detección y tratamiento precoz.
- Los test psicológicos no miden personas, sino sus características. Son útiles al transformar a un lenguaje numérico y objetivo manejable diferentes constructos psicológicos abstractos.
- El empleo de escalas de detección precoz de enfermedad mental en dermatología es clave en la prevención y posterior curso de desarrollo de la enfermedad mental.

- Es primordial conocer bajo qué supuestos es preciso derivar al paciente de dermatología a los servicios específicos de salud mental. Para ello existen algoritmos de práctica clínica que nos pueden facilitar esta tarea.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organization. The global burden of disease. Geneva: WHO; 2001.
3. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: Epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4:833-42.
4. Cotterill JA. Skin and the psyche. *Proc R Coll Physicians Edinb*. 1995;25:29-33.
5. Gupta MA, Shork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol*. 1993;33:188-90.
6. Phillips KA, Dufresne JRG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:436-441.
7. Bobes J, García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.ª ed Barcelona: Ars Médica; 2004.
8. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-33.
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092-7.
10. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Out*. 2010;20:8.
11. Spitzer R, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA*. 1999;282:1737-44.
12. Kroenke K, Spitzer R, Williams JB. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
13. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988;297:897-9.
14. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Prim*. 1993;12:345-9.
15. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
16. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety & Depresión Scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiat*. 2003;25:277-83.
17. Vazquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. 2.ª ed Madrid: Aula Médica; 2007.
18. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, et al., Working Group on Comorbidity in Psoriasis. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27:1387-404.
19. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:1-64.