



Modelos de atención multidisciplinarios y holísticos para pacientes con enfermedad dermatológica y comorbilidad psicosocial

► Las enfermedades cutáneas abarcan un espectro que va desde aquellas donde el componente fisiopatológico de fondo es inflamatorio inmunomediado a aquellas de carácter psicosomático. En época reciente se ha destacado el papel de la carga de enfermedad en el curso de la vida de los pacientes con patología cutánea, lo que implica la demanda incremental de atención desde la óptica interdisciplinaria, reto que se ha ido explorando en el caso del enlace entre las especialidades relacionadas con la salud mental y la dermatología clínica.

Patel y Jafferany (2020) intentan, mediante una revisión sistemática, evaluar distintas estrategias de aproximación en el abordaje de distintas enfermedades dermatológicas desde el punto de vista del enlace en psiquiatría.

De 869 publicaciones seleccionadas inicialmente, con la metodología PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) el análisis se redujo a 23, considerando que las publicaciones debían brindar detalle de intervenciones estructuradas metodológicamente en entornos complejos por la psicopatología o que involucre una carga psicosocial. Se excluyeron reportes de caso.

20 de los estudios incluidos (87%) reportaron beneficios en general y/o mejoraron los resultados en el paciente como resultado del abordaje multidisciplinario. Sin embargo, en el 65% de los casos se reconoció la necesidad de disponer de estos servicios de rutina y el 57% de los casos demandaban que se incrementara la implementación en el entorno académico o el entrenamiento médico.

Dentro de las condiciones psicodermatológicas abordadas, el delirio por parasitosis fue la más frecuente, presentándose además a una mediana de edad menor que el resto de los pacientes incluidos en el análisis. Es de llamar la atención que los grupos etarios fueron muy variables, desde los 8 a los 91 años y predominio femenino (64.3%). La fuente única o más frecuente de referencia fue dermatología (81% de los estudios analizados).

En temas de costos, en dos de los estudios incorporados (Seale et al., 2018; Silvan et al., 2001), los gastos de cuidado de la salud se redujeron al minimizar las múltiples visitas al especialista, procedimientos y estudios adicionales de laboratorio; en contraste, dos distintos estudios (Shenoi y cols., 2013; Orion y cols., 2012) concluyeron que las clínicas de atención combinada

no serían tan rentables económicamente como los de servicios dermatológicos convencionales.

Cabe destacar que las características, condiciones y métodos de tratamiento de cada paciente son mencionadas en un cuadro detallado dentro del texto. Aunque el objeto de esta revisión no es detallar cada una de las ellas, es relevante que las causas más frecuentes de consulta son las enfermedades inflamatorias inmunomediadas de la piel como psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata, dermatosis como el acné, dermatitis seborreica y urticaria aguda y crónica. En cuanto a los trastornos psicocutáneos se veía con más frecuencia el síndrome de Ekbom (delirio de parasitosis), tricotilomanía y prurito idiopático. Con frecuencia, las estrategias de tratamiento médico para las enfermedades inmunomediadas y dermatosis oscilaban entre el manejo con medicamentos psicofarmacológicos (antidepresivos con mayor frecuencia) y la psicoterapia, terapia cognitivo conductual, técnicas de relajación y consejería, para aquellos casos de enfermedad psicocutánea, combinaciones de antidepresivos y antipsicóticos junto a las estrategias no farmacológicas antes mencionadas eran los recursos más empleados.

Los autores encontraron distintos modelos de abordaje estructural en los servicios de salud mental, los cuales analizaron de la siguiente manera:

- *Psicólogo únicamente*: beneficios significativos en facilitar una alianza entre dermatología y los servicios de salud mental para cubrir los potenciales problemas psicosociales.
- *Dermatólogo y psiquiatra simultáneamente*: ejemplos como el modelo de “consulta triangular genuina”, que incluye conversación libre, sin tiempos estrictos de intervención por especialidad. Al involucrarse un especialista en dermatología, reduce la estigmatización sobre el especialista en salud mental, mientras que los dermatólogos obtenían mayor conocimiento del componente psicosocial del paciente.
- *Dermatólogo y psicólogo simultáneamente*: aquí el modelo de “construcción de puentes” se utiliza para romper con creencias arraigadas profundamente en la psique del paciente. Estos “puentes” crean una atmósfera neutral donde fluye la comunicación abierta.
- *Psiquiatra*: la única intervención del especialista en psiquiatría permitía obtener una comprensión más profunda y holística de los síntomas cutáneos. Para esta intervención particular se considera relevante que el dermatólogo que refiere y el psiquiatra tratante tengan una conversación pre y posevaluación, esta acción permitía a ambos tratantes decidir cuáles pacientes ameritan un abordaje psiquiátrico de forma prioritaria a la atención dermatológica.

Desafortunadamente, aunque en la mayoría de los estudios se menciona el uso del abordaje multidisciplinario, los modelos de trabajo y estructuras escasamente detallados en la bibliografía analizada, siendo un dato relevante la participación en los equipos multidisciplinarios de personal de enfermería especializada en dermatología, además de psicología.

El abordaje multidisciplinario demostró ser muy útil en patología psicocutánea, particularmente en cuadros de delirio de

parasitosis, visto como uno de los más complejos, puesto que la confrontación con el paciente puede tornarle hostil y desconfiado, del médico tratante; el equipo multidisciplinario dispondría de más recursos para comprender las necesidades de este grupo de pacientes.

La revisión sistemática de Patel y Jafferany (2020) sienta como precedente las áreas de oportunidad para el personal clínico del campo de la salud mental que ven casos del campo de la dermatología que, a falta de modelos basados en la evidencia, encaran brechas para mejorar los estándares de cuidado. La intención de organizar mejor las vías de comprensión para los cuidados clínicos en dermatología, buscar un mayor compromiso en los tiempos dedicados a la atención de los pacientes con enfermedades cutáneas y psicodermatológicas, así como la búsqueda de estrategias de expansión en la enseñanza y entrenamiento de especialistas del campo de la salud mental y la dermatología serán cruciales para cerrar estas brechas de conocimiento.

Se reconocen limitaciones en esta revisión sistemática, las más importantes de ellas, el limitado número de muestras en los estudios, el diseño tan variable de los estudios, sin metodologías estandarizadas, que carecen del poder suficiente para homologar los objetivos en este campo de la salud mental y la dermatología.

El potencial de formar profesionales de la salud entrenados en clínicas especializadas con cuidados combinados es una práctica que debería expandirse, sobre todo en hospitales-escuela. El trabajo multidisciplinario garantizaría que los componentes clave de las condiciones de los pacientes sean propiamente evaluadas de forma individualizada.

En medicina es cada vez más relevante el uso de tres herramientas esenciales para un exitoso abordaje de pacientes con patologías complejas: la medicina basada en evidencia, una mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades y la comprensión de las vivencias propias del paciente en su entorno y la forma de experimentar la enfermedad, mejor conocido como enfoque psicossocial.

Si bien, hemos avanzado en el aprendizaje de los mecanismos inmunológicos de enfermedades inflamatorias de la piel y la carga de enfermedad y comorbilidades a las que las vías inflamatorias se asocian, seguimos llegando tarde al diagnóstico y

tratamiento médico. Las enfermedades psicodermatológicas no son la excepción, pues al no comprender por completo los mecanismos de fondo de la neurobiología de las mismas, es más sencillo para el personal no entrenado en salud mental demeritar aquellas condiciones y vivencias del paciente.

Desde la formación de profesionales de la salud en etapas tempranas hasta el posgrado, la sensibilización y derribo de estigmas sobre la salud mental favorecerá el reconocimiento del entorno psicossocial, fomentando un ambiente de confianza en la relación médico-paciente. Esta revisión sistemática respalda que los abordajes en conjunto con el equipo de salud mental podrían favorecer un manejo más exitoso de pacientes con condiciones psicodermatológicas, y a su vez, sensibilizar a los dermatólogos del papel fundamental de la colaboración estrecha con los equipos de especialistas en salud mental. Sin embargo, las limitaciones propias de los servicios de salud en México podrían, ser un reto que lleve a plantear cuál puede ser el mejor acercamiento en la formación de estos equipos, sin sumar a la carga asistencial de la cual ya padecen los profesionales de la salud.

Alberto Chapela Meneses

Bibliografía

- Orion, E., Feldman, B., Ronni, W., & Orit, B. A. (2012). A psychodermatology clinic: the concept, the format, and our observations from Israel. *American Journal of Clinical Dermatology*, 13(2), 97-101. doi: 10.2165/11630950-000000000-00000
- Patel, A., & Jafferany, M. (2020). Multidisciplinary and Holistic Models of Care for Patients With Dermatologic Disease and Psychosocial Comorbidity: A Systematic Review. *JAMA Dermatology*, 156(6), 686-694. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.0394
- Seale, L., Gaulding, J. V., Porto, D., Prabhakar, D., & Kerr, H. (2018). Implementation of a psychodermatology clinic at a major health system in Detroit. *International Journal of Women's Dermatology*, 4(4), 227-229. doi: 10.1016/j.ijwd.2018.05.002
- Shenoi, S. D., Prabhu, S., Nirmal, B., & Petrolwala, S. (2013). Our experience in a psychodermatology liaison clinic at manipal, India. *Indian Journal of Dermatology*, 58(1), 53-55. doi: 10.4103/0019-5154.105310
- Silvan, M. C. (2001). An Integrated Approach to the Treatment of Psychodermatology Patients. *Dermatology and Psychosomatics/Dermatologie und Psychosomatik*, 2(2), 86-92. doi: 10.1159/000049645

Kriadex[®]
clonazepam



ESTÁ ←
DE VUELTA



Tabletas birranuradas

Disponible en caja con 30 y 60 tabletas de 2 mg y caja con frasco con gotero independiente y solución sabor plátano 2.5mg/mL de 10 y 20mL