ISSN - 0188 - 4883

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE

Información Clínica

Volumen 12 Número 12 Diciembre del 2001

Actualización en torno a los trastornos de los ganglios basales

Los trastornos degenerativos de los ganglios basales generalmente se clasifican como trastornos del movimiento relacionados con diversas manifestaciones cognoscitivas y psiquiátricas. También han recibido el nombre de "síndrome de triada", por estar caracterizados por: disquinesia, demencia y depresión.

A continuación se hará una revisión de las principales características de los trastornos de los ganglios basales:

La enfermedad de Wilson

Es un trastorno hereditario de transmisión autosómica recesiva. Presenta una prevalencia de 1 por 50 000 a 1 por 100 000. Se debe a una alteración del metabolismo del cobre, con reducción de su excreción biliar, y con concentraciones bajas de ceruloplasmina y cobre.

La acumulación de cobre en el cerebro y en el hígado puede ocasionar cirrosis y otras manifestaciones, como temblor, lentitud generalizada de los movimientos, disfagia, sialorrea, rigidez, disartria, disfagia y anillo de Kayser-Fleischer.

Las principales manifestaciones psiquiátricas son los estados confusionales, el deterioro cognoscitivo, la demencia, el retraso mental, la ansiedad, la depresión, la labilidad emocional, la manía, los problemas de conducta, la personalidad antisocial y la criminalidad, el abuso de alcohol y los trastornos psicóticos.

La enfermedad de Parkinson

Se inicia entre los 40 y los 70 años, presentándose en 1% de la población mayor de 65 años. Se caracteriza por la pérdida de células pigmentadas de la sustancia negra. Sus principales manifestaciones son: rostro inexpresivo, lentitud y falta de los movimientos voluntarios, temblor en "reposo", postura inclinada, inestabilidad axil, rigidez y marcha festinante. Se presenta demencia en 10 o 15% de esa población, incrementándose hasta 65% en las personas mayores de 80 años; depresión en 25 o 30% de la población, y en algunos casos, psicosis por el uso crónico de levodopa o bromocriptina.

Corea de Huntington

Se caracteriza por la triada: herencia dominante, coreoatetosis y demencia. Ocurre entre 4 y 5 personas por millón y se presenta al principio de la cuarta o la quinta década de la vida.

Se ha encontrado que se relaciona con el brazo corto del cromosoma 4.

Sus principales manifestaciones psiquiátricas son: trastorno afectivo, irritabilidad o explosividad, trastorno antisocial de la personalidad, apatía, trastorno obsesivo-compulsivo y cambios en la personalidad.

Parálisis supranuclear progresiva

Se debe a una herencia autosómica dominante y se presenta principalmente en la sexta década de la vida. Se dificulta el equilibrio, produce caídas repentinas, trastornos visuales y oculares, habla arrastrada, disfagia, rigidez gradual, extensión del cuello y fascies inexpresiva por gesticulaciones tónicas.

Contenido

Actualización en torno a los trastornos de los ganglios basales 67

La clínica de adolescentes 68

Aspectos neuropsiquátricos de la enfermedad de Huntington y otros trastornos de ganglios basales 69

La bulimia nervosa 70

La utilización de tratamientos en los pacientes con trastornos de la personalidad 71

La psicodermatología: de la emoción a la lesión 71

Es la causa más común del síndrome parkinsónico atípico con demencia, y recibe el nombre de "demencia subcortical". Se caracterizan por la disminución del proceso de información y ejecución, por depresión y cambios en la personalidad. Es poco frecuente que se desarrolle TOC y síntomas psicóticos.

Neuroacantosis

Se presenta durante la adolescencia o al principio de la edad adulta con movimientos involuntarios generalizados (corea + dstonía + tics), así como deterioro mental, disminución de los reflejos tendinosos, atrofia y gliosis del núcleo caudado y del putamen.

Se caracteriza por acantosis, que es un aspecto rasgado o espinoso de los eritrocitos.

Calcificación ganglionar basal o enfermedad de Fahr

Se debe a la calcificación de los vasos sanguíneos de los ganglios basales y del cerebelo, con concentraciones séricas de calcio y fósforo normales.

Hay una herencia autosómica recesiva en esta enfermedad, que se presenta al principio de la adolescencia y al principio de la edad adulta. Se caracteriza por coreoatetosis, temblor, ataxia, demencia y rigidez.

Corea de Syndenham

Se presenta en los niños de 5 a 15 años que padecen de fiebre reumática ocasionada por una infección faríngea por estreptococos beta del grupo A.

Se caracteriza por poliartritis migratoria de las grandes articulaciones, carditis, nódulos subcutáneos y eritema marginado.

Parkinson posencefalítico

En la Primera Guerra Mundial se reportaron algunos casos ocasionados por una infección viral localizada en el mesencéfalo, en el subtálamo y en el hipotálamo. El paciente presenta conducta sociopática, tics, espasmos, crisis oculógiras, hiperfagia y movimientos, posturas y marcha extrañas, así como psicosis, TOC, depresión, hipomanía, alteraciones del sueño y rasgos antisociales. No se han reportado casos desde 1930.

Enfermedad de Hallervorden-Spatz

Se caracteriza por la generación pigmentaria del globo pálido, la sustancia negra y el núcleo rojo. Tiene una herencia autosómica recesiva.

Se presenta al final de la infancia y al principio de la adolescencia.

Se caracteriza por espasticidad, hiperreflexia, signo de Babinsky, rigidez, distonía, coreoatetosis y deterioro cognoscitivo.

(Mayra Martínez M.)

Bibliografía

ROSENBLATT A, LEORI I: Neuropsychiatry of Huntington's disease and other basal ganglia disorders. *Psychosomatics*, 41:24-30, 2000.
RAYMOND A: *Principios de Neurología,* Sexta Edición, México, 1999

La clínica de adolescentes

La clínica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría forma parte del nuevo sistema de los servicios clínicos que busca mejorar el trabajo asistencial, académico y de investigación en poblaciones específicas.

El modelo de atención empleado en la clínica de adolescentes busca ofrecer un programa de atención de alto nivel, que genere, al mismo tiempo, nuevos conocimientos por medio de investigaciones originales y mantenga una sólida formación académica en los alumnos del curso de la subespecialización y en los residentes del curso de psiquiatría.

Durante los últimos 3 años ha utilizado un sistema semiestructurado de evaluación diagnóstica que ha permitido conocer el conjunto de las patologías que presentan los adolescentes que atendemos. Ahora sabemos que esta población está compuesta de jóvenes –hombres y mujeres- de entre 13 y 18 años, con un promedio de edad de 14.5 años, y de escolaridad de 8 años. Llama la atención el conjunto de espectros diagnósticos que se atiende aquí. Las enfermedades depresivas, incluyendo el trastorno depresivo mayor (TDM), la distimia y los trastornos adaptativos con síntomas depresivos corresponden al 33% de los diagnósticos. Las enfermedades externalizadas, que incluyen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno disocial y el trastorno desafiante oposicionista se encontraron también en 33% de la población, y los padecimientos ansiosos en 25% de los adolescentes; el resto correspondió a otros padecimientos. Debe señalarse que los padecimientos comórbidos son más la regla que la excepción, ya que el promedio diagnosticado en nuestra población es de 2.5 con rangos de 1 a 5.

Las características diagnósticas de este conjunto de pacientes ha llevado a delimitar las prioridades de atención e investigación, por lo que se desarrollaron tres líneas fundamentales: la clinimétrica, la de los trastornos depresivos y la de los trastornos conductuales.

En el área clinimétrica destaca el desarrollo y la validación de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes, y el desarrollo y la validación multicéntrica de la entrevista K-SADS-PL. Además, se validaron las escalas para evaluar la severidad de la depresión (DSRS) y el trastorno por déficit de atención (ADAA y Conners). Tanto en su versión para niños como para adolescentes, contamos con la validación del registro de efectos colaterales (RECA) y se está trabajando en la validación de la escala de Yale Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo, y en la versión espidemiológica de la escala SCARED para los padecimientos ansiosos de la población pediátrica.

En el área de la depresión, hemos concluido tres ensayos farmacológicos: el primero fue un estudio doble ciego placebo desipramina, el segundo un estudio abierto con paroxetina y ciego a pindolol y el tercero un estudio abierto con venlafaxina, este último en adolescentes con la comorbilidad especial de TDM y TDAH.

En el área de los trastornos de conducta, hemos estudiado con detalle las opciones de tratamientos no sólo farmacológicos sino también psicosociales para los jóvenes con TDAH, por lo que desarrollamos un curso de habilidades académicas y promovemos tanto en artículos de difusión interna en el boletín como en revistas nacionales, la opción de tratamientos multimodales para esta enfermedad.

El reto es seguir teniendo la capacidad de responder a la cada vez mayor demanda de servicios, sobre todo si consideramos que cada mes ingresan al menos 30 pacientes nuevos a la clínica, esto representa un reto de organización, planeación y desarrollo de recursos que esperamos poder cumplir manteniendo el equilibrio entre lo asistencial, lo académico y la investigación.

(Francisco de la Peña Olvera, Félix Higuera R.)

Bibliografía

DE LA PEÑA F, ESTRADA A: Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar. *Salud Mental,* 22:9-13, 1999.

DE LA PEÑA F, ULLOA RE: Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes, prevención, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental,* 22:88-92, 1999.

Aspectos neuropsiquátricos de la enfermedad de Huntington y otros trastornos de ganglios basales

■ En general, los trastornos degenerativos de los ganglios basales se han clasificado como trastornos del movimiento con manifestaciones cognoscitivas y psiquiátricas asociadas. El presente artículo revisa las principales complicaciones neuropsiquiátricas que se presentan en la enfermedad de Huntington (EH) y de las opciones terapéuticas recomendadas para este tipo de padecimiento y otros trastornos de los ganglios basales, como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Fahr y la enfermedad de Wilson.

Depresión

La prevalencia de depresión mayor en estos trastornos es alta, y llega a presentarse hasta en 22% de los pacientes con EH. Lo anterior precede por lo regular a síntomas motores, aunque se puede presentar en cualquier estadio de la enfermedad. El índice de suicidio puede llegar a ser entre cuatro y seis veces mayor en relación con la población general. Los hallazgos neuropatológicos en pacientes con EH consisten en una pérdida neuronal temprana en el núcleo caudado medial, la cual se ha llegado a relacionar con la depresión. Por medio de la tomografía por emisión de positrones (PET), se ha demostrado asimismo que existe una reducción del metabolismo de la glucosa en las regiones orbitofrontal y prefrontal inferior. Los antidepresivos tricíclicos no se consideran de primera línea debido a que los pacientes son muy susceptibles a sus efectos adversos; por su parte, los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) son más fáciles de manejar y se toleran mejor. Cuando existen síntomas psicóticos, se debe considerar el uso de antipsicóticos, y en caso de que exista un alto riesgo de suicidio o que el paciente no responda al tratamiento farmacológico, se deberá considerar una terapia electroconvulsiva.

Manía

Existe un pequeño número de pacientes que presentan síntomas de elevación del estado de ánimo, impulsividad, disminución de la necesidad de dormir y grandiosidad. En algunos casos, éstos reúnen los criterios de un trastorno bipolar clásico. La prevalencia de manía o hipomanía se ha reportado entre 4.8 y 10% de los pacientes con EH. Los pacientes con EH y síntomas de manía o hipomanía responden menos al litio y pueden ser más susceptibles a sus efectos tóxicos; en este caso, la carbamacepina y el valproato de magnesio se cuentan entre las opciones de tratamiento.

Trastornos psicóticos

Se ha reportado una frecuencia de psicosis de 3 a 12% en pacientes con CH. Los síntomas incluyen paranoia poco estructurada, ideas delirantes y estados psicóticos que semejan varios tipos de esquizofrenia. Existe una hipótesis en cuanto a que el aumento de los niveles de dopamina resultante de la degeneración selectiva de otros neurotransmisores puede desarrollar síntomas psicóticos.

También en la enfermedad de Wilson, el parkinsonismo posencefalítico y la enfermedad de Fahr, se pueden presentar síntomas psicóticos. El uso de neurolépticos en trastornos de los ganglios basales es delicado debido a que puede provocar un aumento en los trastornos del movimiento. Dentro de las opciones terapéuticas se cuentan el haloperidol y el flupazine en dosis bajas, o agentes atípicos como la olanzapina, la quetiapina y la risperidona. Y, en caso de que el paciente sea refractario al tratamiento con antipsicóticos, se puede considerar el TEC.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Se ha reportado en pacientes con EH; el tratamiento deberá ser con ISRS y una terapia cognoscitivo-conductual.

Agresión, irritabilidad y apatía

Los síntomas abarcan de la irritabilidad a la explosividad intermitente en pacientes con EH y enfermedad de Wilson; la agresión es causa común de hospitalización en pacientes con EH. Dentro de las causas se incluyen los cambios en la personalidad, la depresión, la manía y la psicosis. Se debe detectar si existen factores precipitantes para tales síntomas; los estabilizadores del ánimo, los ISRS y los beta-bloqueadores han resultado útiles para controlar estos síntomas. La apatía se ha identificado hasta en 48% de los pacientes con CH; las opciones terapéuticas son los ISRS, las anfetaminas y los agentes dopaminérgicos.

Delirium

Es común en EH y otros trastornos de ganglios basales y en general es multifactorial. Las infecciones respiratorias y urinarias son causas frecuentes de delirium. Se recomienda identificar la causa y corregirla, y prescribir dosis bajas de neurolépticos para el manejo de pacientes en que exista agitación.

Trastornos sexuales

Existe una disminución del deseo sexual y una dificultad para el orgasmo, así como parafilias, principalmente en pacientes con CH. En estos pacientes se han realizado estudios con antipsicóticos y antiadrógenos como medida terapéutica.

(Mayra Martínez M.)

Bibliografía

ROSENBLATT A, LEORI I: Neuropsychiatry of Huntington's disease and other basal ganglia disorders. *Psychosomatics*, 41:24-30, 2000.

La bulimia nervosa

Definición

La bulimia nervosa (BN) es la preocupación intensa por el peso corporal y por la figura. Se manifiesta con episodios regulares de ingestión incontrolable y exagerada de alimento (atracones), alternados con métodos extremos para contrarrestar el temor a los efectos ocasionados por haber ingerido en esceso. La BN puede ser difícil de identificar porque los pacientes guardan celosamente en secreto sus atracones y su conducta purgativa. El peso puede ser normal pero frecuentemente hay una historia de anorexia nervosa o de dieta restrictiva. Algunas personas alternan la anorexia nervosa con la BN.

Su incidencia y su prevalencia

En los estudios de la comunidad, la prevalencia de BN es de entre 0.5% y 1.0%, distribuido equitativamente en las distintas clases sociales. Aproximadamente 90% de las personas diagnosticadas con BN son mujeres. Los porcentajes de BN en los países industrializados aumentaron durante la década que siguió al estudio de 1970, y en las encuestas de la comunidad aparece "un efecto de cohorte" que implica el incremento de la incidencia. La prevalencia de los trastornos de la alimentación, como la BN, es más baja en las poblaciones no industrializadas, y varía de uno a otro grupo étnico El índice de dietas restrictivas es más bajo en las mujeres afro-americanas que en las mujeres caucásicas, pero el índice de recurrencia de los atracones es similar.

Etiología y factores de riesgo

Las mujeres jóvenes de los países desarrollados que restringen su ingestión de alimentos corren más riesgo de desarrollar BN. Las personas con trastornos de la alimentación tienen un alto índice de obesidad, de trastornos afectivos, de maltrato físico y de abuso sexual, de abuso de sustancias, de falta de autoestima, de perfeccionismo, de conflictos en su dinámica familiar, de alteraciones en la percepción de su figura y de su peso, y menarquia temprana.

Pronóstico

En un estudio de seguimiento a diez años en 50 pacientes bulímicas tratadas con mianserina, se encontró que 52% de ellas se recuperó completamente, y sólo 9% continuó con síntomas de BN. Un estudio longitudinal de 11.5 años en 222 personas tratadas con antidepresivos y psicoterapia intensiva de grupo, encontró que 11% todavía presentaba criterios de la BN, mientras que 70% obtuvo la remisión total o parcial. Otros estudios han encontrado resultados similares. Los buenos pronósticos se han sido asociado con una corta duración de la enfermedad, tener menos edad al presentarse el trastorno, ser de clase social alta, y tener una familia con historia de alcoholismo. Los malos pronósticos se han relacionado con una historia de abuso de sustancias, obesidad premórbida y trastornos de la personalidad.

Metas

Reducir los síntomas de la bulimia nervosa, disminuir los síntomas psiquiátricos generales y mejorar la funcionalidad social y la calidad de vida de la paciente.

En dos revisiones sistemáticas y en un ensayo controlado, longitudinal y randomizado, se encontró que la terapia cognoscitivo conductual es mejor que las demás.

(Alma Lenz-Ramírez)

Bibliografía

HAY JP: Bulimia nervosa. *British Med J*, 323:33-37, 2001.

La utilización de tratamientos en los pacientes con trastornos de la personalidad

El objetivo de este estudio fue el de comparar a los pacientes con trastornos de la personalidad con los pacientes con un trastorno depresivo mayor sin trastorno de la personalidad. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas para determinar el diagnóstico y el tratamiento recibido por 664 pacientes, divididos en cuatro grupos representativos de pacientes con trastornos de la personalidad: esquizotípicos, limítrofes, evitativos y obsesivo-compulsivos, en un grupo comparable de pacientes con trastorno depresivo mayor. Los resultados obtenidos en este estudio muestran que los pacientes con trastornos de la personalidad tenían una historia más extensa de consultas externas, internamientos y tratamientos farmacológicos, que los pacientes con un trastorno depresivo mayor. Comparados con los pacientes con depresión, los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad tuvieron más probabilidades de recibir cualquier tipo de tratamiento psicosocial, excepto en los grupos de autoayuda. Los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad recibieron más terapia individual. Los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad tuvieron más probabilidades de utilizar ansiolíticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo, mientras que los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad tuvieron más probabilidades de recibir un tratamiento antipsicótico. Los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad recibieron más tratamientos, con excepción de los que recibieron terapia familiar o de pareja, que los pacientes deprimidos y los pacientes con otros trastornos de la personalidad. Se concluye que los trastornos de la personalidad están subestimados en el diagnóstico y en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos. Los trastornos de la personalidad limítrofe y esquizotípica se relacionan con un mayor uso de los recursos de salud mental, mientras que para otros trastornos de la personalidad, no estuvo suficientemente bien señalado un plan de tratamiento. Faltan más estudios para poder determinar si los pacientes con trastornos de la personalidad están recibiendo el tratamiento apropiado.

(Felícitas Kuster Wunderlich)

Bibliografía

BENDER D, DOLAN R, SOKOL A, SANISLOW CH, DYCK I: La utilización de tratamiento en pacientes con trastorno de la personalidad. *Amer J Psychiat*, 158(2):295-302, 2001.

La psicodermatología: de la emoción a la lesión

La psicodermatología es una disciplina de transición entre ambas especialidades médicas, que se basa en: a) las interacciones entre el SNC, el sistema nervioso vegetativo, y el sistema inmune (bases etiopatogénicas y fisiopatológicas, en relación con la psiconeuroinmunología); b) la afectación de la piel en las enfermedades psiquiátricas primarias, y la afectación del funcionamiento psicológico en algunas dermatosis (bases clínicas); c) el papel de la piel en la expresión de las emociones, en las relaciones sociales y en la interacción con el medio externo (bases psicológicas y socioculturales), y d) el papel de la psicoterapia y de los psicofármacos en las enfermedades dermatológicas (bases terapéuticas).

Por su parte, la psiconeuroinmunología es la ciencia básica que estudia la manera en la que los elevados niveles de ansiedad pueden inhibir la proliferación linfocitaria inducida por los mitógenos en la sangre periférica; bloquear la actividad de las células *natural-killer* o la producción de interferón y de interleucina, condicionando así la evolución de algunas enfermedades dermatológicas. Los tratamientos psicológicos (psicoterapias de diversas orientación que persiguen, en esencia, un mejor enfrentamiento al estrés) y los psicofarmacológicos pueden utilizarse, de esta forma, para potenciar la respuesta inmunológica. El modelo de la psiquiatría de enlace puede servir, desde un ángulo clínico, como método de aproximación al enfermo dermatológico crónico, mejorando su psicopatología, su adaptación a la enfermedad y, en suma, su calidad de vida.

Las dermatosis autoprovocadas, las alucinaciones táctiles, el delirio de parasitación, la tricotilomanía, el trastorno dismórfico corporal y los síntomas dermatológicos en las obsesiones y en las fobias son, básicamente, los trastornos psiquiátricos primarios con clínica dermatológica más representativos. Las dermatosis autoinducidas, conocidas clásicamente en dermatología como patomimias, son un grupo heterogéneo de lesiones dermatológicas polimorfas, de aspecto lineal y variado, localizadas en lugares accesibles y habitualmente en idéntico estadio evolutivo. Suelen corresponder a un trastorno facticio tipo Munchausen, a una simulación pura o a un estadio disociativo histérico. Por su parte, las alucinaciones táctiles sugieren la existencia de una psicosis toxicoinducida (cocaína, anfetaminas, alucinógenos, drogas de diseño), de un estado confusional agudo o de esquizofrenia, aunque también han sido descritas en los carcinomas de pulmón y en el mediastino. El delirio de parasitación, *delusio parasitorum* o síndrome de Eckbom es un trastorno delirante crónico de tipo somático, en el que el paciente tiene la certeza de que es colonizado por parásitos cutáneos que se mueven y que, incluso, cree ver.

La tricotilomanía, una de las clásicas representantes de la psicodermatología, consiste en el arrancamiento autoprovocado del pelo con pérdida perceptible del mismo. En la actualidad, se considera como un trastorno del control de los impulsos y se encuadra en el denominado espectro obsesivo-compulsivo. En el adulto suele requerir de tratamiento psiquiátrico, a diferencia de las formas benignas infantiles, de curso transitorio y habitualmente autolimitadas. El trastorno dismórfico corporal (TDC) dermatológico (rubeosis facial excesiva, cicatrices sobrevaloradas, acné sobrevalorado, mínimos nevus o telangiectasias, exceso de vello facial, etc.) es un diagnóstico cada día más frecuente que deberían sospechar los dermatólogos y los cirujanos plásticos ante las quejas inconsistentes y

repetitivas sobre el aspecto físico. La «adicción a la cirugía» es una complicación del TDC y puede derivar en problemas legales.

El acné, la psoriasis, la dermatitis atópica, la alopecia areata y la urticaria crónica son las enfermedades dermatológicas que se han descrito con más comorbilidad psiquiátrica. Los diagnósticos más frecuentes recogidos en las series publicadas son el trastorno adaptativo, el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión mayor, la fobia social y la paranoia. El estrés psicosocial también puede actuar como desencadenante de las reagudizaciones en la rosácea, el líquen plano, el eczema dishidrosiforme, el eczema numular y la dermatitis seborreica, además de las dermatosis anteriormente citadas. En la génesis de la patología psiquiátrica de las enfermedades dermatológicas intervienen múltiples factores: la severidad de la dermatosis, la cronicidad, las repercusiones estéticas, los acontecimientos vitales, la autoimagen corporal y el autoconcepto, la ansiedad social, el atractivo interpersonal percibido, etc.

Se desconocen los factores precipitantes de un gran porcentaje de los casos de urticaria crónica, pero la ansiedad y el estrés desempeñan un papel importante. El tratamiento con tricíclicos (amitriptilina, doxepina) produce mejoría. En la dermatitis atópica también se ha descrito una elevada ansiedad-rasgo. Las formas severas de psoriasis presentan, por su parte, una alta prevalencia de depresión mayor, siendo frecuentes, asimismo, los abusos de sustancias y la ideación suicida. El estrés puede actuar como desencadenante en un 40-50% de los brotes, o mantenerlos. El acné compromete la imagen corporal en un periodo vital especialmente significativo (la adolescencia), aunque parece que un tratamiento precoz de las formas severas con isotretinoína podría disminuir significativamente las tasas de ansiedad y depresión asociadas. La alopecia areata presenta con frecuencia psicopatología asociada (60-70% de los casos), por lo que es probable que la comorbilidad psiquiátrica en esta enfermedad se encuentre infradiagnosticada e infratratada.

Se han utilizado diversos tipos de psicoterapia en dermatología. Muchos pacientes con dermatosis crónicas, invalidantes o inestéticas se benefician de un apoyo psicoterapéutico básico que puede llevar a cabo el propio dermatólogo: mantener una actitud empática, favorecer la expresión emocional, mantener la esperanza de mejorar clínicamente con otros tratamientos o por las expectativas en la investigación futura, reforzar las redes de cuidado social y familiar de los pacientes, mantener un vínculo afectivo estable del paciente dermatológico crónico con el personal médico y de enfermería, etc. También se han utilizado técnicas más especializadas con buen resultado: la modificación de la conducta (de la tricotilamanía y del trastorno dismórfico corporal), los grupos de autoayuda (para el acné, la alopecia areata, la psoriasis), las técnicas cognoscitivas y las dinámicas, etc.

En cuanto a los tratamientos psicofarmacológicos, las benzodiacepinas pueden ser útiles en los trastornos adaptativos que acompañan o preceden a las reagudizaciones de algunas dermatosis, y también pueden manejarse fácilmente por el propio dermatólogo. Los antidepresivos tricíclicos están bien documentados en los trastornos dermatológicos, y con ellos se consigue una acción sedativa y antipruriginosa por sus efectos anticolinérgicos, antiH1 y antiH2. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) están menos documentados; sin embargo, son fáciles de manejar por el dermatólogo. Su eficacia ha sido comparada en la tricotilomanía, en el trastorno dismórfico corporal y en la alopecia areata. Los nuevos antipsicóticos (la risperidona, la olanzapina y la quetiapina) son útiles en el delirio de parasitación, aunque debe mantenerse a largo plazo, ya que la norma es que recaigan tras la retirada. Por último, los reguladores del humor presentan con frecuencia efectos indeseables en la piel: erupciones acneiformes, exacerbación de la psoriasis y la alopecia con sales de litio, lesiones maculopapulosas que pueden progresar hasta convertirse en un síndrome de Stevens-Johnson con la carbamacepina; y alopecia con el ácido valproico.

(Alberto de Lachica-Medina)

Bibliografia

GARCIA HMJ, RUIZ DS, CABALLERO AR: La psicodermatología: de la emoción a la lesión. *Anales de Psiquiatría,* 16(9):366-371, 2000.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11. Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2002

	Nacional	*Extranjero**
Instituciones	$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:
Angélica Bustamante, Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués y Elizabeth Cisneros.