

Desarrollos Psicodermatológicos en niños y adolescentes

Lic Leandro Bevacqua

Integrante del Comité Psique de AAIBA. Especialización en clínica psicoanalítica con niños y adolescentes. Docente e Investigador de la cátedra Diagnóstico y Tratamiento de Adultos y Gerontes en la Universidad del Salvador. Psicólogo de planta del Instituto en Salud Mental Frenopático

INTRODUCCION

Puede concebirse a la piel como el órgano responsable de mediatizar en intercambio directo entre el cuerpo y el ambiente. Debido a las características embriológicas que posee en común con el sistema nervioso central incluso es posible observar ciertos elementos compartidos con el mismo como son: neuromoduladores, péptidos y sistemas bioquímicos de información.

Convirtiendo de este modo a la piel en uno de los órganos que reacciona con mayor nivel de intensidad frente a distintos tipos de emociones, por ejemplo ruborizando las mejillas ante sentimientos de vergüenza o palideciendo ante situaciones amenazantes. Como consecuencia, la piel también puede considerarse un canal de comunicación involuntario frente al medio social. Dado dicho nivel de exposición es que con frecuencia sus alteraciones suelen generar prejuicios sociales vinculados a la posibilidad de contagio e incluso ser percibidas como elementos negativos de la apariencia frente a los demás. Ante ello las dermatopatías se convierten en verdaderos estigmas para quienes las padecen, especialmente dentro de la población infantojuvenil la cual se encuentra en un proceso de constitución psíquica y desarrollo de su personalidad.

PSICODERMATOLOGÍA

La psicodermatología es la disciplina centrada en el estudio de los aspectos psicopatológicos en pacientes con dermatopatías. Centrándose en dos grandes grupos de pacientes: el primero de ellos formado por aquellos que presentan problemas cutáneos de carácter secundario a patologías psiquiátricas (1) y el segundo establecido por aquellos pacientes que presentan problemas psicopatológicos vinculados a patologías cutáneas (2). (Ulnik J, 2011)

1. El primer grupo se encuentra conformado especialmente por aquellos pacientes que presentan lesiones autoproducidas conocidas como dermatitis artefactas o pantimomias, dicha conducta es negada de un modo conciente por parte de los mismos y se encuentra

asociada a las características de su psicopatología. Estos pacientes suelen buscar de este modo que alguien sea capaz de darle un sentido a aquello que ellos mismos no pueden expresar verbalmente pero si de un modo sintomático. Dentro de este primer grupo también se encuentran aquellos pacientes que ingresan en círculos viciosos de rascado y prurito que se vuelven incontrolables de forma conciente, generándose especialmente ante situaciones de carácter estresante como suele observarse en las excoriaciones neuróticas. Y por último se encuentran los pacientes que presentan patologías psiquiátricas severas, donde las lesiones nuevamente se encuentran autogeneradas pero esta vez ligadas a ideaciones de carácter delirante o alucinatorio. (Ulnik J,2011)

2. En el segundo grupo el abordaje predominante es de carácter médico, dado que las alteraciones psicopatológicas en este caso se encuentran vinculadas de modo secundario a patologías cutáneas. Sin embargo el abordaje psicodermatológico se vuelve relevante dada la relación encontrada entre los estados emocionales del paciente y el desencadenamiento, evolución y respuesta al tratamiento dermatológico de las distintas patologías.

DERMATOPATIAS DE CARÁCTER FRECUENTE DENTRO DE LA POBLACION INFANTOJUVENIL

Acorde al abordaje caracterizado por el segundo grupo detallado anteriormente es posible encontrar con mayor frecuencia dentro de la población infantojuvenil las siguientes dermatopatías:

1. **Dermatitis Atópica**, se presenta por lo general durante los primeros años de vida caracterizándose por: inflamación en la piel y lesiones, en ocasiones de carácter crónico, con prurito y escozor intenso acompañado de excoriación en la piel. El prurito es uno de sus síntomas fundamentales apareciendo ante algunas lesiones y generando una sensación de picor que tiende a desarrollar un círculo vicioso de rascado con la consecuente reaparición del prurito.

El desencadenamiento de prurito se ha observado vinculado a la aparición de situaciones de estrés vivenciadas por los pacientes. Dicho proceso se debe a la liberación de mediadores de inflamación que se producen durante estos episodios lo que conlleva como consecuencia un aumento en los niveles de histamina, una disminución en el umbral de picor, vasodilatación, sudor y por último alteraciones de carácter inmunológico. (Bernardo S.A. y Garcia-Vega E.,2002)

Debido a su comienzo temprano suelen generarse alteraciones en el desarrollo del vínculo materno filial, caracterizado en estos casos por conductas de rechazo o sobreprotección con escasa recepción emocional por parte de los padres hacia sus hijos. Siendo por ello que es posible observar en los pacientes infantiles el desarrollo de cierta irritabilidad generalizada, llanto persistente, alteraciones de sueño e incluso episodios de ansiedad.

2. **Psoriasis**, se caracteriza por una excesiva proliferación de la epidermis. Es posible precisar en la misma una significativa correlación entre los niveles de estrés del paciente con el desencadenamiento y evolución de sus síntomas (Valverde, J y col, 2005). Contribuyendo a ello los aspectos característicos de su sintomatología, ya que suele manifestarse en áreas de gran visibilidad externa y no posee garantías de poder alcanzar una curación clínica definitiva.

Este tipo de dermatopatía suele encontrarse asociada con el desarrollo de trastornos psicopatológicos vinculados a: una concepción negativa de si mismo y la propia imagen, pensamientos depresivos, conductas de autoagresión y alteraciones en el desarrollo de habilidades psicosociales especialmente cuando dicha patología es de inicio temprano.

3. **Acne Vulgar**, concebido como un desorden de la unidad pilosebacea cuyo desencadenamiento y evolución se encuentra asociado a múltiples factores, siendo entre los mas destacados: la hiperqueratosis por retención e hiperproliferación de las células del conducto folicular, el aumento de la producción sebácea, la colonización y proliferación de *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) y la respuesta inflamatoria inmune.(SAD, 2005)

Es una de las dermatopatías más frecuentes entre los 12 a 25 años (afectando al 80-85 % de las personas) presentándose generalmente en áreas de gran visibilidad como son el rostro y torso superior, siendo por ello una fuente de estrés recurrente para la población adolescente.

Es posible determinar la correlación existente entre los niveles de estrés y el empeoramiento de sus síntomas, debido a la acción de los receptores para neuropéptidos presentes en las glándulas sebáceas que se encuentran vinculados a vías equivalentes al eje hipotálamo hipofisiario suprarrenal (Calzada G, 2009). Por lo tanto frente a situaciones de estrés es el hipotálamo aquel que reacciona segregando la hormona liberadora de corticotrofina, la cual es biológicamente activa para las células sebáceas, lo que genera un aumento en la síntesis de lípido sebáceo promoviendo de este modo la

generación del acné. Produciendo de esta forma en los pacientes adolescentes, dado el alto nivel de exposición que presentan sus síntomas, un efecto cíclico entre el agravamiento del acné y el aumento de sus niveles de estrés debido al efecto negativo que posee en relación a la concepción de la imagen corporal que se encuentran construyendo.

ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS EN PACIENTES INFANTOJUVENILES

Dadas las características mencionadas por las dermatopatías antes mencionadas es posible observar que aquellos efectos generados en el desarrollo de aspectos psicopatológicos en este tipo de pacientes son similares, como son: una percepción negativa sobre si mismos; baja autoestima; sentimientos de vergüenza sobre la imagen que construyen de su cuerpo; dificultades en el desarrollo de habilidades sociales; la generación de pensamientos depresivos; sentimientos de ansiedad acompañados por irritabilidad; e incluso en ocasiones ciertos trastornos dimórficos, caracterizados por una percepción exagerada de su padecimiento cutáneo, presentándose especialmente dentro de la población adolescente acompañado de conductas autoagresivas.

Debido al carácter prolongado de este tipo de patologías el vínculo entre el paciente y el medico cobra un vital interés, dada la influencia que posee en relación a la adquisición de una adecuada adherencia al tratamiento. Ante ello es necesario establecer una clara distinción en el abordaje de dicho vínculo frente a los pacientes infantiles y los pacientes adolescentes.

Todo padecimiento, especialmente cuando recae en un infante, genera cambios dentro del entramado familiar y los modos de vinculación entre todos sus integrantes tanto hacia dentro como hacia fuera de la misma. En los pacientes infantiles, hasta los 9 y 10 años, la familia posee un papel privilegiado en la evaluación y aplicación del tratamiento. Son ellos quienes podrán informar con mayor precisión las características de los síntomas, el efecto que los mismos poseen sobre el infante y su calidad de vida e incluso serán los responsables directos de la aplicación de su tratamiento.

Frente a esto se vuelve necesario tomar al niño y a su familia como una sola unidad de tratamiento. Conociendo cual es la percepción que poseen sus padres con respecto a su patología y su tratamiento, cuales son las conductas de control que se aplican sobre el paciente en función de sus actividades y adherencia la tratamiento como también cual es el grado de aceptación y aplicación de este último por parte de su familia.

Para estos fines se vuelve relevante la posibilidad de un abordaje interdisciplinario que facilite el tratamiento con la familia, contribuyendo con el desarrollo subjetivo del infante dado el alto grado de comorbilidad que pueden presentar estos pacientes frente a alteraciones de carácter psicopatológico y favoreciendo la adherencia al tratamiento médico.

Sin embargo en el caso de los pacientes adolescentes la situación se modifica, ya que durante este periodo ellos deben lograr constituir su propia identidad a partir de la resignificación de sus experiencias y la aceptación de sus cambios corporales. Esto es realizado mediante la búsqueda constante de distintos modelos identificatorios como también la constitución de grupos de pertenencia por fuera de su ambiente endógeno, conformado originalmente por su familia, con el fin de posibilitar su propio desarrollo subjetivo. Siendo por ello que la concepción que este tipo de paciente construya y posea sobre su propia imagen corporal cobra tal relevancia que puede repercutir de un modo significativo en el desarrollo de su personalidad y organización psíquica. Debido a la necesidad de construir sus propios grupos de pertenencia de carácter exógeno suele observarse en estos casos cierta oposición ante las intrusiones de carácter familiar o institucional, quedando incluido dentro de este ámbito el vínculo con su médico y afectando de un modo negativo su adhesión a este tipo de tratamientos.

Es por ello que en ocasiones se vuelve relevante también frente a estas situaciones la realización de un abordaje de carácter interdisciplinario. Cuyo objetivo será el de constituir lazos vinculares más comprometidos entre médicos y pacientes con el fin de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento centrándose en el desarrollo de una comprensión de la cura como un proceso y no solo como el alcance de resultados inmediatos.

Dicho abordaje se vuelve aun más significativo frente al desarrollo de la constitución psíquica propia de este periodo, especialmente debido a los sentimientos de angustia y frustraciones que se encuentran asociados a la posibilidad de segregación en relación a sus pares. Siendo ante ello necesario evitar que aquellas marcas que llevan en su piel se conviertan en verdaderos estigmas que afecten el desarrollo de sus habilidades sociales.

CONCLUSIONES

A partir de estos desarrollos queda en evidencia la relevancia significativa que cobra el abordaje de carácter interdisciplinario, entre las disciplinas médicas y la psicodermatología, especialmente ante pacientes infantojuveniles. Demostrando no

solo una mayor eficacia en función del alcance de una mejor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, siendo consideradas las características propias de cada grupo etáreo, sino también de cara a la prevención y tratamiento de alteraciones de carácter psicopatológico que afectan el desarrollo y constitución psíquica de este tipo de pacientes. El abordaje de carácter psicoterapéutico logra resultar beneficioso frente a estos casos tanto de forma individual como grupal, cobrando esta última modalidad significativa importancia en función del desarrollo de habilidades sociales debido a la tendencia al aislamiento que suelen presentar. Por último es relevante resaltar el efecto beneficioso que genera dicho abordaje en función de los niveles de estrés que estos pacientes suelen presentar, posibilitando cortar con el círculo vicioso que se encuentra ligado a la concepción negativa que construyen de su imagen corporal a partir de sus síntomas y el consecuente empeoramiento de los mismos posteriormente.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardo S A, Garcia-Vega E, et al.(2002) *Aspectos psicológicos de los enfermos con dermatitis atópica: una revisión*. Clínica y Salud Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 13 (3): 285-306 Madrid
- Boixareu J T (1997).*Conexiones entre psoriasis y psiquiatría: actualización*. Act dermatológica; 11: 765-768 Barcelona
- Dominguez-Soto L, Saúl C A. (2000) *Dermatitis atópica o neurodermatitis diseminada*. PAC MG-1 Dermatología; parte C libro 3: 12-16 Mexico
- Emma Escalante-Jibaja (2007) *Acné y Estrés* Rev Dermatología Peruana Vol. 17. Supl 1 Lima
- Giachetti A, Greco M F, et al (2013). *Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Atopic dermatitis. National Consensus 2013*. Arch. argent. pediatr; 112 (3): 1-21 Buenos Aires
- Gilabert Calzada Y (2009) *Dermatología pediátrica: ¿que hay de nuevo en el acné?*. Rev Pediátrica Atención Primaria v. 11. Supl 17 Madrid
- Muus R (1966) *Teorías de la Adolescencia*, Paidós Buenos Aires
- Patrono R.(2010) *Dermatología y Psicopatología*. Comunicación Personal
- Ruiz C M. (2001) *Prurito*, Guías Clínicas; 1 (31) Buenos Aires
- Sociedad Argentina de Dermatología. (2010), “*Consenso Nacional de Psoriasis, Guía de Tratamiento*”. Recuperado de la Web el 12/4/2017 en : <http://www.sad.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/psoriasis2010.pdf>

Saracena E, Kaminsky A, et al (2005). *Consenso sobre Acne 2005*. Sociedad Argentina de Dermatología; Buenos Aires

Ulnik J, Meilerman D, et al.(2013) *INVESTIGACIONES: Contacto sexual y distancia afectiva en pacientes con psoriasis*. Clin Dermatol; 31(1): 11-7 Argentina

Ulnik Jorge. (2011) *El psicoanálisis y la piel*. Paidós Buenos Aires

Valverde, J. Mestanza, M. Asenjo, C (2005). *Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica*. Folia Dermatol, Vol 16 N° 3 Pág. 119-122. Peru

Vazquez-Lopez F, Rodriguez-Vigil B, Col (2012) *La literatura como recurso didáctico complementario en la enseñanza y aprendizaje de la dermatología*, Rev Educación Medica Vol 15 Num 1 Barcelona