

2. ANÁLISIS TEMÁTICO DE LAS INVESTIGACIONES Y ARTÍCULOS

Se realizó un análisis temático de la información obtenida a partir de la muestra real de las investigaciones y artículos revisados. Los datos se agruparon en torno a las variables que se consideró tienen mayor relevancia o influencia en el planteamiento de un tratamiento combinado médico y psicológico en la dermatitis atópica, los que avalarían y justificarían este tipo de procedimiento sobre el dermatológico estándar, en la mejoría a largo plazo de esta enfermedad.

Los datos se clasificaron en las siguientes categorías:

- Objetivos de la investigaciones y artículos
- Tipo de investigación
- Orientación de las investigaciones y artículos
- Resultados y/o conclusiones de las investigaciones y artículos

- Características de la dermatitis atópica
- Prevalencia e incidencia de la dermatitis atópica
- Etiología de la dermatitis atópica
- Co-morbilidad de la dermatitis atópica
- Factores que gatillan, exacerbán, agravan o mantienen la dermatitis atópica
- Impacto de la dermatitis atópica en la calidad de vida del paciente y/o su familia

- Actitud del paciente frente a la enfermedad y tratamiento de la dermatitis atópica
- Relación médico-paciente
- Adhesión al tratamiento
- Tipos de manejo terapéutico de la dermatitis atópica
- Tratamiento combinado médico y psicológico

- Capacitación para el paciente, los padres, el médico o el psicólogo en el manejo de la dermatitis atópica

Se analizó cada una de las investigaciones y artículos construyendo las categorías que a continuación se presentan. En cada uno de ellos la numeración corresponde a la utilizada en la tabla de investigaciones y artículos. Cuando la investigación no toca uno de los tópicos, queda consignado del siguiente modo (-).

OBJETIVOS DE LAS INVESTIGACIONES O ARTÍCULOS

- [1] Ofrecer una descripción sistemática de las variables relevantes en relación al estrés y problemas psicológicos en la psoriasis y DA¹, y describir las posibilidades y limitaciones de la terapia conductual en pacientes con enfermedades crónicas a la piel, tomando en cuenta el costo de las consecuencias psicosociales en la psoriasis y la DA, y la influencia del estrés en el curso de la dermatitis.
- [2] Comparar en pacientes con DA la efectividad entre un programa de educación dermatológica (DE), uno de tratamiento cognitivo conductual (BT) que incluye relajación, autocontrol del rascado y manejo del estrés, uno de tratamiento combinado dermatológico-conductual (DEBT), y entrenamiento autogénico (AT), como terapias de relajación con tratamiento médico estándar (SMC).
- [3] Determinar si la psicoterapia de *insigh* podría proporcionar a largo plazo una mejoría cutánea y psiquiátrica.
- [4] Discutir el trabajo de numerosos autores relacionados con la DA.
- [5] Analizar los efectos de distintas técnicas de relajación en el tratamiento de la DA.
- [6] Examinar la relación entre los estresores negativos de la vida cotidiana, la percepción del apoyo social por parte de la familia y los pares, y los estilos de enfrentamiento de la sintomatología de la DA.
- [7] Analizar el impacto de evaluaciones psicológicas y/o psiquiátricas en pacientes con enfermedades dermatológicas crónicas o intratables.

¹ DA: Dermatitis atópica, nomenclatura que se utilizará en todo el análisis temático de las investigaciones y artículos.

- [8] Entregar al dermatólogo o médico tratante una mirada general sobre los factores psicológicos en las alteraciones cutáneas en niños
- [9] Desarrollar, implementar y evaluar un programa psicoeducacional para el manejo del estrés, como un tratamiento complementario al tratamiento dermatológico para la DA.
- [10] Mostrar la relación entre disfunciones socioemocionales y la evolución de los cuadros de dermatitis. Mostrar algunos conceptos teóricos de los vínculos tempranos, consideraciones desde el enfoque general de sistema, y el modelo biopsicosocial.
- [11] Examinar la efectividad de un tratamiento combinado dermatológico y terapia conductual en pacientes con DA y PV.
- [12] Analizar la relación entre psicología y enfermedades cutáneas. Revisar críticamente literatura reciente del campo de la psicodermatología.
- [13] Revisar si ciertas características maternas son relevantes en la relación madre-hijo. Se analizarán factores tales como depresión y desesperanza en las madres, y percepción de ellas de actitudes regresivas y comportamiento emocional en los niños asociadas con la DA.
- [14] Se refiere al manejo pediátrico de la DA en niños, a la importancia del diagnóstico y manejo de factores que influyen en la exacerbación de la enfermedad, así como al manejo de la calidad de vida de la familia de los pacientes.
- [15] Describir en detalle los objetivos, estructura y contenido del programa de educación para padres de niños con DA, *"The Berlin model"* y contribuir al manejo integral de los niños con DA, orientándose hacia la familia. Su objetivo es mejorar las habilidades propias de los padres relacionadas al manejo de la enfermedad de sus hijos y así impactar en forma positiva tanto en el curso de la enfermedad, como en la calidad de vida de la familia.

- [16] Describir brevemente las posibles vías psicobiológicas que pueden estar involucradas en el desarrollo y la exacerbación de la DA. Se desarrolla un modelo psicoimmunoendocrino para la DA.
- [17] Examinar la literatura relacionada con el rol del estrés psicológico en la exacerbación de la psoriasis, urticaria, dermatitis eczematosa, herpes viral infeccioso y otras enfermedades a la piel. Analizar los potenciales mecanismos de enfermedades a la piel inducidas por el estrés e investigar informes de casos y estudios de intervenciones psicoterapéuticas que fueron de utilidad en el tratamiento de las enfermedades de la piel.
- [18] Realizar una descripción y caracterización de las enfermedades psicodermatológicas.
- [19] Investigar la conexión entre el estrés psicosocial y parámetros inmunológicos en pacientes con AE.
- [20] Generar hipótesis referidas a la relación existente entre una gama de factores psicosociales y la adhesión al tratamiento recomendado en la DA.
- [21] Revisar los artículos disponibles sobre la relación entre los eventos estresantes de vida y la aparición, recurrencia o exacerbación de enfermedades a la piel. Se delimitará la investigación sólo a aquellos que examinaban los eventos estresantes de la vida como factor de riesgo.
- [22] Mostrar el funcionamiento de un Programa de Enfoque Combinado (médico y modificación de conducta) en el tratamiento de pacientes con DA.
- [23] Describir los aspectos históricos, epidemiológicos y etiopatogénicos de la enfermedad. Esta última incluye factores genéticos, extrínsecos e intrínsecos.
- [24] Describir la DA. Se enumeran algunos factores desencadenantes de las crisis, incluido el estrés emocional, se revisan las medidas generales, uso

de corticoides, nuevos medicamentos tópicos y orales, otras alternativas y terapia psicológica.

- [25] Incrementar la conciencia de los efectos psicosociales del acné, la dermatitis atópica y la psoriasis. Los artículos utilizados fueron para analizar el manejo apropiado de las enfermedades a la piel y cómo estas afectan la vida de los pacientes.
- [26] Evaluar la eficiencia del EMDR en los desórdenes dermatológicos primarios donde el estrés psicológico juega un rol importante en la patogénesis de la enfermedad y en situaciones clínicas donde el síntoma dermatológico es la característica de una enfermedad psiquiátrica relacionada con el estrés
- [27] Evaluar la efectividad de un programa multimodal de capacitación para pacientes dirigido a niños y adolescentes con DA cuyo componente principal es un entrenamiento en el manejo del estrés con orientación cognitiva conductual, comparándolo con un programa de capacitación orientado al conocimientos sin manejo del estrés. Las variables a comparar son: los efectos a corto y largo plazo en el estado de la piel, la presencia de la enfermedad y el manejo del estrés, de los pacientes
- [28] Investigar si los factores psicológicos se correlacionan con factores somáticos, a fin de estimar la posible necesidad de tratamiento psicológico para estos pacientes.
- [29] Comparar la percepción de lo médicos y pacientes acerca del impacto y tratamiento de la DA en la calidad de vida.
- [30] Determinar los efectos de un programa de entrenamiento estructurado para padres en el manejo de niños con DA.
- [31] Demostrar que el tratamiento con factor de transferencia (extracto linfocítico que aumenta la actividad inmunológica contra un antígeno

determinado) y el psicológico en la DA moderada o severa, mejora la evolución clínica e inmunológica.

[32] Revisar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos y psicológicos en algunas de las condiciones dermatológicas más comunes y discutir ciertas pautas para el manejo psicosocial y psiquiátrico de estos pacientes.

[33] Presentar una visión general sobre algunos trabajos en los últimos años que investigan las posibles interacciones entre el estrés psicológico y reacciones clínicas de la DA a nivel celular estudiadas en personas.

[34] Comparar síntomas psicológicos y calidad de vida relacionados, con la enfermedad en pacientes dermatológicos y de control sano.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

[1] Estudio descriptivo de las variables relevantes en relación al estrés y problemas psicológicos en la DA y la psoriasis y en las posibilidades y limitaciones de la terapia conductual.

[2] Investigación de prueba controlada al azar.

[3] Investigación experimental en la que se aplicó a cuatro pacientes que no habían respondido a un tratamiento dermatológico convencional, la psicoterapia de insight.

[4] Revisión bibliográfica de investigaciones.

[5] Investigación con grupo de experimentación y de control. Se les aplicó una serie de tests, evaluándose los resultados al final de la investigación a los 15 y 30 días.

- [6] Investigación con grupo de muestra, análisis descriptivo dirigido a examinar las características de la muestra a través de las variables: estresores negativos de la vida cotidiana, la percepción del apoyo social por parte de la familia y los pares, y los estilos de enfrentamiento de la sintomatología de la DA. Estos se compararon con datos normados y se utilizó un análisis jerárquico regresivo múltiple para examinar relaciones hipotéticas directas y moderadas entre el predictor y las variables criterio.
- [7] Investigación descriptiva longitudinal de cohorte, en que el instrumento de medición fue una entrevista diagnóstica con el fin de identificar cualquier conexión temporal entre un evento adverso de la vida y la primera aparición del trastorno de la piel. Se trabajó con una muestra, los pacientes fueron reclutados durante 3 años y se les hizo un seguimiento de hasta 5 años.
- [8] Revisión bibliográfica de estudios.
- [9] Investigación experimental de diseño longitudinal con grupo de control y tratamiento. Con seguimiento y evaluación posterior.
- [10] Artículo que da cuenta de una investigación descriptiva correlacional en torno a las relaciones entre disfunciones socio emocionales y evolución de la DA.
- [11] Investigación descriptiva con muestra sin grupo de control. Se hizo diagnóstico clínico y se aplicaron diferentes técnicas. Luego se evaluaron con distintos tests.
- [12] Estudio bibliográfico que revisa literatura del campo de la psicodermatología.
- [13] Investigación descriptiva con grupo experimental y grupo de control, aplicación de cuestionario estándar.
- [14] Estudio descriptivo del manejo de la DA en niños.

- [15] Estudio descriptivo del programa para padres *"The Berlin model"*.
- [16] Revisión bibliográfica sobre aspectos psicobiológicos de la enfermedad.
- [17] Revisión bibliográfica de investigaciones.
- [18] Estudio descriptivo de los desórdenes psicodermatológicos.
- [19] Investigación experimental estandarizada de estrés. Se tomaron muestras de sangre y saliva durante el experimento, y se les aplicó el SCORAD y un test de estrés social (TSST). Se midió además de otros parámetros, el factor neurotrópico derivado del cerebro (BDNF) y el factor de crecimiento del nervio (NGF) para determinar la influencia del estrés en estos parámetros.
- [20] Análisis de cuestionarios anónimos con ítems psicosociales, de adhesión, características demográficas y actitud ante uso de esteroides.
- [21] Revisión bibliográfica de artículos disponibles sobre la relación entre los eventos estresantes de la vida y la aparición, recurrencia o exacerbación de enfermedades a la piel. Se delimitó sólo a aquellos que examinaban los eventos estresantes de la vida como factor de riesgo.
- [22] Estudio descriptivo del enfoque combinado para la modificación de patrones de comportamiento del rascado.
- [23] Investigación descriptiva de los aspectos históricos, epidemiológicos y etiopatogénicos de la DA.
- [24] Estudio descriptivo de la DA y sus tratamientos.
- [25] Revisión bibliográfica de revistas en Medline, entre 1966-2000.

- [26] Investigación experimental con aplicación de EMDR, utiliza muestra sin grupo de control.
- [27] Investigación experimental de diseño longitudinal con grupo control con seguimiento y evaluación al finalizar la intervención y después de seis meses.
- [28] Estudio descriptivo de selección cruzada, con muestra y grupo de control. Se hizo evaluación dermatológica, psicológica y análisis de varianzas.
- [29] Investigación descriptiva con una muestra compuesta por médicos y pacientes. Se les entregó un cuestionario con relación a los efectos en la calidad de vida y la eficacia de los tratamientos, para evaluar demografía, tratamiento actual, efectos adversos, severidad de la enfermedad, frecuencia de los brotes, satisfacción de los pacientes, educación, calidad de vida relacionada a ciertos temas y costos del tratamiento actual.
- [30] Investigación experimental con grupo de intervención y control. Se aplicó cuestionario y sesiones de dos horas en temas nutricionales, pediátricos, psicológicos.
- [31] Investigación experimental longitudinal prospectiva, comparativa y abierta con grupo control.
- [32] Estudio descriptivo de los desordenes psiquiátricos y psicológicos en los trastornos dermatológicos y pautas para el manejo de estos.
- [33] Investigación bibliográfica. Intenta dar una visión general sobre diferentes trabajos actuales de los últimos años, que investigan las posibles interacciones entre el estrés psicológico y reacciones clínicas de la DA a nivel celular estudiadas en personas.

[34] Investigación experimental con grupo experimental y de control, se les aplicó tres tests, el *Beck's Depresión Inventory*, *The Brief Symptom inventory* y la *Dermatology Life Quality Index*.

ORIENTACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES Y ARTÍCULOS

CATEGORIAS	PORCENTAJE BASE: 34
-Pacientes en general	8,8%
-Niños y adolescentes	26,5%
-Adultos	8,8%
-Familia-paciente	17,6%
-Madre	5,9%
Respuestas múltiples	

RESULTADOS Y/O CONCLUSIONES DE LAS INVESTIGACIONES Y ARTÍCULOS

- [1] Aún cuando no hay estudios específicos sobre estrategias de terapias conductuales en el mejoramiento de la psoriasis y la DA, gran parte de los tratamientos contienen consideraciones generales sobre el estrés y su relación con enfermedades crónicas. La mayor limitación en el tratamiento a pacientes con psoriasis y DA, es reconocer que el estrés es sólo uno de los factores que influyen en el curso crónico de la enfermedad. Otro problema es que el grado de la enfermedad influenciada por los distintos tipos de estrés puede variar fuertemente entre los pacientes. Estas consideraciones son fundamentales al diseñar los objetivos de un tratamiento. Es importante tener claro que el mejoramiento de la psoriasis o la DA, no se puede lograr sustituyendo el tratamiento dermatológico por el psicológico, pero el último puede constituir un tratamiento complementario.
- [2] Los resultados de esta investigación corroboraron informes preliminares que indican la utilidad de las intervenciones psicológicas conjuntamente con las dermatológicas en el tratamiento de la DA. Una evaluación al año del inicio de la intervención mostraba que los tratamientos psicológicos AT, BT y DEBT llevan a una mejoría significativa a largo plazo en la condición de la piel en comparación a DE o a SMC, acompañada por una reducción significativa de los esteroides tópicos utilizados. Aún cuando éste estudio es la primera investigación controlado para establecer el efecto del entrenamiento de relajación en la DA, sería posible establecer mas claramente las ventajas del programa DEBT si se hubiese asignado más tiempo para cada uno de los componentes del tratamiento.
- [3] Los pacientes que poseen una adecuada percepción de la realidad y conjuntamente la capacidad para desarrollar una relación terapéutica con el médico tratante, además de curiosidad y apertura acerca de su enfermedad y sus causas pueden beneficiarse de la psicoterapia de insight. Estos enfermos podrían tener una mejoría cutánea a largo plazo, mayor

capacidad de adaptación y bienestar psicológico. Se entrega un punteo de estrategias posibles para la relación médico-psiquiatra, que permitiría lograr un exitoso tratamiento interdisciplinario.

- [4] Los resultados de las terapias conductuales en pacientes adultos sustentan la efectividad de este enfoque. Este tipo de tratamiento apunta a reducir la picazón y el rascado pareciendo aumentar las posibilidades de curación. Es necesario realizar estudios de replica con pacientes niños y adolescentes.
- [5] La combinación de dos técnicas de relajación del estrés, CMB, demuestra ser un efectivo tratamiento para DA, ya que reduce significativamente los síntomas del eczema, los niveles globales de estrés, la ansiedad y las molestias diarias. Es especialmente efectiva porque el estrés afecta al eczema. Se destaca la importancia de los tratamientos de relajación al tratar el estrés y ansiedad.
- [6] Se concluyó la existencia de una posible disposición causada por los síntomas de la DA hacia una irritabilidad general y consecuentemente la predisposición al estrés y a ciertos patrones de enfrentamiento.
- [7] La intervención psicológica y psiquiátrica debiera incluirse en la evaluación de la enfermedad dermatológica. Su incorporación mejora el cuidado del paciente y disminuye los costos del tratamiento. Se constato que la dermatitis atópica, el prurigo y la psoriasis, tienden a responder favorablemente al tratamiento psicológico. Luego de la intervención psicológica la mejoría en los pacientes con respuesta favorable fue mas rápida y se mantuvo por mayor tiempo. Este resultado tremendamente alentador y llamó la atención al escepticismo de los dermatólogos.
- [8] El mayor acceso de los dermatólogos a información acerca de los factores psicológicos que intervienen en los trastornos de la piel en niños, facilitaría la comunicación tanto con la familia como con el psicólogo en el caso de un tratamiento interdisciplinario.

- [9] El programa psicoeducacional de manejo del estrés proporciona un tratamiento corto y eficaz, cuyo resultado es la reducción de los síntomas de la DA (prurito, ansiedad social, niveles de severidad global), proporcionando a los pacientes estrategias de manejo de la enfermedad a largo plazo.
- [10] Este artículo da cuenta de investigaciones que lograban establecer relaciones significativas entre disfunciones socioemocionales y la evolución de los cuadros de dermatitis. Ofrece un esbozo teórico donde intenta integrar conceptos sobre vínculos tempranos, consideraciones desde el enfoque general de sistema y el modelo biopsicosocial. Es necesario que futuras investigaciones establezcan la efectividad de estas medidas.
- [11] En este estudio se pudo constatar la efectividad del uso de un tratamiento combinado, dermatológico y terapia conductual, en el mejoramiento significativo del estado de la piel y de parámetros psicosociales en pacientes con DA y PV. Es importante que el médico tenga una sensibilidad especial en pacientes con DA y psoriasis. El darse cuenta de los temores sociales en la consulta médica, así como motivar a participar en terapias conductuales sería de gran ayuda para ellos. Los efectos a largo plazo deseados recién podrán ser apreciados una vez que los contenidos aprendidos en las terapias sean traspasados al área social del individuo tratado. Es difícil tener claridad sobre la influencia de cada una de las medidas terapéuticas en el éxito del tratamiento combinado, debido a la multiplicidad de los elementos que intervienen. Es necesario que futuros estudios utilicen grupos de control para determinar como actúan los diferentes factores en el tratamiento.
- [12] Se señala la necesidad de que futuras investigaciones aborden los vacíos relacionados a las variables psicosociales y su influencia en las enfermedades de la piel.
- Indagar la efectividad de una orientación psicológica dirigida a reforzar las estrategias del paciente para enfrentar la enfermedad.

- Analizar a través de estudios controlados la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas, examinando variables tales como la longitud del tratamiento, y aplicación en las diferentes etapas de la enfermedad.
- Comparar los patrones de adaptación de pacientes con diferentes tipos de desórdenes cutáneos y grupos de control. por medio de estudios controlados.
- Considerar el desarrollo de instrumentos válidos y eficientes para identificar aquellos pacientes cuyos mecanismos psicológicos pudieran predisponerlos a una susceptibilidad mayor a enfermedades a la piel.
- Desarrollar investigaciones en el área de la psicodermatología en niños y adolescentes.

En la psicología y la dermatología existe un movimiento tiendente a la comprensión holística del individuo, más que mantener una mirada unilateral, ya sea hacia la mente o el cuerpo. Se reconoce la cognición, emoción, motivaciones y conducta como aspectos con un fuerte impacto en las enfermedades cutáneas y probablemente a la inversa. Con lo que se abren nuevas posibilidades con respecto al diagnóstico y tratamiento, así como nuevas iniciativas en el campo de la psicodermatología.

[13] Es necesario el apoyo psicológico a las madres de niños con DA., ellas mismas se describen como más depresivas, desesperanzadas, más ansiosas y sobreprotectoras. Las madres tienden a caracterizarse, en comparación al grupo de control, en sus hijos con menor frecuencia actitudes positivas de su comportamiento emocional, resaltando con mayor frecuencia las actitudes negativas.

[14] El éxito de programas de manejo de la DA depende de varios aspectos. Primero están los dermatológicos, humectación de la piel, prevención de la pérdida de humedad, apaciguamiento de la picazón y disminución de la inflamación. Segundo, identificar y evitar los factores agravantes. Tercero, los aspectos psicológicos como identificar y tratar los factores psicológicos, mejorar la calidad de vida de la familia y del niño con DA, son temas centrales en el éxito de programas de manejo de la DA. Es importante educar a los padres sobre la naturaleza crónica de la enfermedad, opciones

de tratamiento, factores que la agravan y necesidad de buscar ayuda profesional tanto en el área médica como psicológica. Aún cuando el artículo expresa la importancia de recurrir a un psicólogo cuando sea pertinente, el énfasis está puesto en el manejo médico de la enfermedad.

[15] Existe evidencia preliminar que demuestra como la educación para padres constituye una ayuda importante en el tratamiento de la DA infantil y puede ser de ayuda al momento de prevenir y reducir tensión dentro de la familia. El equipo a cargo debe ser multidisciplinario. Los facilitadores deben recibir entrenamiento especial que incluya aspectos didácticos de la dinámica de un grupo de padres. Faltaría por integrar y evaluar, junto con la educación de padres intervenciones educacionales dirigidas directamente a los niños.

[16] El modelo psicoimmunoendocrino propuesto al basarse en evidencia experimental incluye elementos especulativos, pero proporciona un modelo integrado que puede llevar a un nuevo concepto de enfermedad y tratamiento.

[17] El estudio cree evidente el vínculo existente entre el estrés psicológico y la exacerbación de ciertas enfermedades de la piel. Sin embargo ambas, la evidencia clínica y científica, pueden ser complejas de interpretar a la luz de la dificultad para definir y cuantificar el estrés psicológico, así como las preguntas respecto del significado etiológico de los hallazgos neuroinmunológicos de las enfermedades de la piel.

[18] Una vez diagnosticado el trastorno, el manejo de éste requiere de una aproximación dual dirigida hacia los aspectos dermatológicos y psicológicos. La mayoría de los desórdenes psicodermatológicos pueden ser tratados con técnicas que apunten a la disminución de la ansiedad y en casos extremos deben ser tratados con psicotrópicos.

[19] No se llegó a los resultados esperados al compararlos con estudios anteriores. Es decir no se pudo concluir que el estrés provoque el aumento de factores inmunológicos (BDNF y NGF) en pacientes con DA.

[20] El predictor más importante en la adhesión al tratamiento a la piel es la buena relación médico-paciente/madre, seguida por la percepción de ella de la severidad de la enfermedad. La eficacia de la madre en el tratamiento se fortalece por la relación con el médico. Es importante además incluir el desarrollo de habilidades comunicacionales en el currículo de formación médica. Las intervenciones psicosomáticas y conductuales deben ser integradas al programa de tratamiento, reforzando de este modo los efectos de la intervención misma.

[21] La medicina psicosomática pone énfasis en los modelos de causalidad multifactorial, localizándose en procesos dinámicos interrelacionados e influenciados por factores predisponentes y desencadenantes. En este sentido una aproximación biopsicosocial permite determinar la contribución relativa de los factores psicológicos, biológicos y sociales en cada paciente. Debido a que las investigaciones actuales en el tema generalmente carecen de una adecuada metodología, sólo estudios controlados que comparen sujetos afectados por una supuesta condición dermatológica psicosomática con un adecuado grupo de control, pueden generar evidencia confiable sobre la relación entre eventos estresantes y la aparición o exacerbación de la enfermedad. Futuros estudios debieran poner mayor atención a factores de protección y vulnerabilidad de los eventos estresantes, además de analizar otras fuentes de estrés psicológico (crónico y cotidiano), y la valoración del estrés, a pesar ser este último difícil de medir.

[22] El enfoque combinado en el tratamiento de la DA, tratamiento médico y modificación de conducta, puede aportar importantes beneficios en la calidad de vida de la mayoría de los pacientes, incluso en aquellos con una DA severa y crónica.

[23] Las medidas relacionadas a los aspectos psicologicos mencionadas son muy generales. Se plantea sólo lograr una buena relación e interacción medico-paciente, evitar situaciones que provoquen ansiedad, vergüenza, rabia, resentimiento, o fatiga excesiva. En caso que fuera necesario, no explica cual, se recomienda psicoterapia o tratamiento psiquiátrico.

- [24] En el tratamiento sería fundamental reducir y evitar los factores desencadenantes conjuntamente con una educación adecuada sobre la enfermedad. Aún cuando se describe la psicoterapia como un tipo de procedimiento, ésta no se incluye en la conclusión.
- [25] La investigación demostró que la probabilidad de estigmatización social aumenta cuando el trastorno a la piel es notorio. Las enfermedades dermatológicas debieran ser evaluadas a través parámetros físicos, psicológicos y sociales. Conocer la interacción cuerpo-mente puede ayudar al mejoramiento de las condiciones de la piel y en última instancia a la calidad de vida. Los pacientes que sufren depresión o ansiedad relacionada con la enfermedad, pueden mejorar su condición con apoyo psicológico, psicotrópicos, tratamiento dermatológico y eventualmente con uno psiquiátrico. Los médicos que aplican el modelo biopsicosocial en las enfermedades de la piel, lograrán una mejor alianza terapéutica, y sus pacientes experimentaran una mejoría en su calidad de vida.
- [26] Los hallazgos preliminares del estudio sugieren que el EMDR puede ser beneficioso en el tratamiento de un amplio rango de enfermedades dermatológicas, cuyos síntomas se encuentran mediados por el estrés. El EMDR es un procedimiento no invasivo, eficiente en términos de costo y tiempo, y puede ser aprendido por médicos u otros profesionales de la salud familiarizados con la psicoterapia. La respuesta del estrés o del síntoma relacionado con el trauma al EMDR, es generalmente es más rápida comparada con otras terapias tradicionales incluyendo las farmacoterapias. El uso del EMDR para desórdenes dermatológicos amerita ser investigado más, dado que las observaciones iniciales sugieren que este procedimiento puede ser aplicado a un amplio rango de enfermedades dermatológicas.
- [27] El programa de educación multimodal para niños y adolescentes con DA, mejora la calidad de vida a largo plazo. Se logró establecer que este programa incrementa a largo plazo las competencias en el manejo del estrés, así como la percepción de sentirse sano en niños entre 11–16 años. Estos parámetros son esencialmente variables que influyen en la calidad de

vida. Para lograr efectos más profundos y estables en el tiempo se debería integrar en el programa una capacitación para los padres. De esta forma se asegura que niños y adolescentes después de la rehabilitación sean apoyados por su círculo más cercano en la superación de la enfermedad. En estudios futuros se debe medir si también los parámetros médicos evolucionaron favorablemente a largo plazo después de la terapia, e incluir en la investigación los parámetros subjetivos de esta enfermedad ya, que la efectividad de las terapias psicológicas se manifiesta especialmente en dichos parámetros.

[28] La reacción subjetiva al estrés tiene una influencia aparentemente perjudicial sobre el enfrentamiento del HD. Sin embargo el diseño del estudio no muestra si el estrés tiene una influencia objetiva en estos pacientes. Casi la mitad de todos los enfermos con HD atribuyen al estrés el mayor rol en la aparición y curso de su enfermedad. El factor subjetivo del estrés parece tener un efecto negativo adicional sobre el enfrentamiento. En la investigación no queda claro si el estrés es en parte responsable de los cambios en la piel o si es simplemente una consecuencia de la enfermedad. Aunque los factores ambientales con frecuencia juegan un rol esencial en HD, los factores psicológicos en los casos individuales deben ser considerados junto a los genéticos. Dependiendo de cada caso, la terapia puede variar desde una consulta minuciosa hasta psicoterapia a largo plazo. Los factores psicológicos deberían incluirse en el tratamiento de pacientes con HD.

[29] Se confirma que la DA es una enfermedad crónica e intratable, difícil de manejar que impacta significativamente la calidad de vida de niños, especialmente en aquellos con un grado de enfermedad moderada a severa. La percepción de los médicos y pacientes/padres coincide en ciertos aspectos como la preocupación sobre los efectos adversos del tratamiento, pero discrepan significativamente en las áreas claves, particularmente aquellas relacionadas con la eficacia de la prescripción de los medicamentos. La mala calificación del tratamiento médico por parte de los pacientes sugiere que los especialistas podrían estar fallando en la

apreciación total que tiene el impacto de la DA en la calidad de vida de un niño. Los médicos y los pacientes/ padres creen que son necesarias nuevas terapias que sean seguras en el manejo de la enfermedad en niños con DA, particularmente a la luz de la naturaleza crónica y de largo plazo de la dermatitis. Tales terapias resultarían, idealmente, eficaces en el manejo de la enfermedad a largo plazo.

[30] El programa de educación para padres de niños con DA, contribuye al manejo integral orientado a la familia y resulta útil si se suma al tratamiento dermatológico. Hubo una mayor confianza en el tratamiento médico, en las capacidades personales del manejo de la enfermedad y una disminución del sentimiento de no poder ayudar o tensión, y una reducción en la frecuencia de pensamientos asociados a la enfermedad. Además se influenciaron favorablemente ciertos aspectos de la salud relacionados con la calidad de vida y estrategias de enfrentamiento.

[31] Debido a la influencia que el sistema neuroendocrino ejerce sobre las respuestas inmunológicas, se demostró que el tratamiento combinado medico-psicológico (factor de transferencia y terapia psicológica), mejora la evolución clínica e inmunológica de la DA severa y moderada, además de la disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

[32] El enfoque biopsicosocial en la evaluación del paciente ayudará al dermatólogo a delinear las áreas generales de co-morbilidad psiquiátrica y psicológica. Este modelo toma en cuenta los factores psicológicos, sociales y dermatológicos primarios. En la evaluación de la dimensión psicológica y psiquiátrica del trastorno, es importante tomar en cuenta el rol psicosocial del estrés (eventos importantes de vida e impacto sobre la calidad de vida) y la co-morbilidad psiquiátrica. El manejo de la co-morbilidad psicosocial, beneficia a algunos pacientes por medio de intervenciones psicoterapéuticas y agentes psicotrópicos, además de terapias dermatológicas estandarizadas.

[33] Debido a la gran relevancia clínica del estrés psicológico como factor modulador en la generación de la DA, es necesario una futura aclaración y ordenamiento de los mecanismos psicobiológicos en la aparición y mantención de esta enfermedad. Se debe comprobar si está indicado en pacientes con DA el uso conjunto de terapias locales tópicas y psicoterapia. Esta última se entiende como técnicas de relajación, Biofeedback, psicoterapia profunda y capacitación especial sobre la enfermedad. Su uso se traduce en una disminución de los costos del tratamiento y de la picazón, acompañada de una piel menos infectada, lo que finalmente apunta a un mejoramiento de la calidad de vida. Es importante integrar en un modelo de vulnerabilidad del estrés aspectos biológicos, psicosomáticos y somatopsíquicos de las dermatosis crónicas logrando ordenar y descubrir diferentes fundamentos sobre la neuroinmunología.

[34] Los hallazgos de esta investigación destacan la importancia que implica el reconocer problemas psicológicos relacionados con la enfermedad y la comorbilidad psiquiátrica posible en pacientes dermatológicos, especialmente en aquellos con DA y psoriasis. Los resultados generales sugieren que el aumento de la morbilidad psiquiátrica se asocia a la enfermedad en sí misma, sino a su impacto en las actividades de la vida diaria y relaciones sociales. Las evaluaciones realizadas por los dermatólogos sobre la severidad de la psoriasis, DA, eczema y urticaria, sólo parecen proporcionar una indicación indirecta sobre la inhabilidad psicosocial su impacto. Parecieran estar influenciadas primeramente por el deterioro relacionado con la calidad de vida causada por tales condiciones a la piel.

CARACTERÍSTICAS DE LA DERMATITIS ATÓPICA

- [1] La picazón es la característica más frecuente y la que más exaspera a la mayoría de los pacientes con DA. El rascarse daña la piel empeorando la dolencia y pudiendo propagar o extender los procesos inflamatorios. Además está el riesgo real de infección, sobre todo porque los pacientes son proclives a utilizar implementos para rascarse.
- [2] La DA se caracteriza por una severa picazón e inflamación, tiene un curso crónico y recidivante. Se observa un círculo vicioso de picazón y rascado.
- [3] La DA es una enfermedad recalcitrante e inflamatoria.
- [4] Se caracteriza por una terrible picazón causante del rascado y daño que los pacientes se hacen en la piel, aumentando de este modo la cronicidad de la enfermedad.
- [5] —
- [6] —
- [7] —
- [8] —
- [9] Es un desorden crónico y debilitante de la piel.
- [10] —
- [11] Se presenta con picazón lo que lleva a la conducta de rascarse, lo que colabora a la mantención de la enfermedad.
- [12] La piel juega un rol importante en la percepción táctil y responde perceptiblemente al estímulo emocional. En este sentido la DA puede afectar la comunicación táctil, la interacción sexual y las relaciones sociales.
- [13] Esta enfermedad frecuentemente comienza en el primer año de vida.
- [14] La DA es una enfermedad inflamatoria cuya presentación clínica se caracteriza por piel seca y escamosa con prurito intenso e incesante.

- [15] La DA tiene un curso crónico con frecuentes recaídas. Presenta altos niveles de picazón, con el concomitante rascado, manteniendo o exacerbando de esta manera la inflamación de la piel. Este componente conductual adquiere entonces un rol especialmente problemático en la enfermedad.
- [16] La DA es una enfermedad dermatológica crónica, pruritosa e inflamatoria. Se caracteriza por el inicio de esta en la temprana infancia o la niñez. El prurito se considera el evento central en la mantención y exacerbación de la DA, gatillando un círculo vicioso de picazón, rascado y agravamiento de la lesión eczematosa. Existiría un perfil distintivo de personalidad y altos niveles de estrés.
- [17] —
- [18] —
- [19] —
- [20] —
- [21] —
- [22] La DA se caracteriza por el constante daño en las capas superficiales de la piel causada por la conducta rascarse evolucionando el estado de agudo en crónico.
- [23] Es una dermatosis inflamatoria, recidivante y pruriginosa, de curso impredecible. La DA sería un proceso inflamatorio de la piel secundario a la alteración inmune-nervioso-cutáneo.
- [24] La DA es una dermatosis, intensamente pruriginosa, presenta períodos de exacerbación y remisión. Frecuentemente esta asociada a rinitis alérgica o asma en el paciente o su familia. Es más severa mientras más precoz comience; el 60% de los pacientes manifiestan síntomas antes del primer año de vida y el 30% antes de los 5 años.
- [25] La DA es una enfermedad inflamatoria común que causa serios problemas a los pacientes y sus cuidadores. Las sensaciones de la piel están alteradas en los niños, lo que puede causar un problema en el desarrollo emocional

debido a que la piel es crucial en la percepción sensorial y comunicación. Además, el contacto de la piel entre el niño y sus padres contribuye no solo para reconocer su límite corporal, sino también afecta positivamente la actitud de los cuidadores, generando sentimientos de bienestar y autoestima.

[26] —

[27] La DA es una enfermedad crónica, caracterizándose por reacciones infecciosas en la piel y grandes molestias subjetivas por la picazón.

[28] —

[29] Se caracteriza por comenzar en el primer año de vida en el 60% de los casos, el otro 30% desarrolla la DA entre los 1-5 años, el 10% restante comienza entre los 6-20 años. Aunque hay una tendencia de mejoramiento espontáneo durante la infancia, las recurrencias más severas se desarrollan ocasionalmente durante la adolescencia.

[30] Es una enfermedad crónica, extremadamente pruriginosa, lo que lleva a un constante rascado agravando la condición de la piel. Este componente conductual de la enfermedad es especialmente problemático.

[31] La DA es una enfermedad crónica, en la que los sistemas inmunológico, endocrino y neurológico, pueden influir en el desarrollo y gravedad de las manifestaciones. Estados de estrés estimulan al sistema nervioso central influyendo en el proceso inflamatorio, produciendo un efecto regulador sobre el sistema inmunológico.

[32] La DA se presenta con dos características: (i) con frecuencia es exacerbada por estrés psicosocial (ii) podría tener una co-morbilidad con síndromes psiquiátricos. Los factores psiquiátricos y psicológicos juegan un rol importante en al menos 30% de los desordenes dermatológicos.

[33] La DA es una enfermedad cutánea, crónica, recidivante e inflamatoria. Se caracteriza por una típica morfología, localización de las lesiones, y por un intenso y tormentoso prurito.

[34] —

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA

[1] —

[2] La DA es una de las enfermedades de la piel más comunes.

[3] —

[4] Es una de las enfermedades a la piel con mayor dispersión.

[5] —

[6] —

[7] —

[8] —

[9] Representa el 20% de los diagnósticos dermatológicos.

[10] —

[11] —

[12] —

[13] —

[14] Estudios anteriores estimaban que la prevalencia de la DA infantil se situaba entre un 1.1% a un 3.1%. Estudio recientes reportan rangos de prevalencia de un 12% a 25%, en países desarrollados. Los datos de este colectivo de estudios avalan la tendencia global del incremento de la DA en la infancia. La incidencia mundial se estima entre un 3% a 5% en niños de 5 años o menos. Cerca de un 49% a un 75% de los niños con DA la desarrollan a los 6 meses de edad, incrementándose esta cifra de un 80% a un 90% a los 5 años.

[15] La DA es una enfermedad extremadamente frecuente en los países occidentales industrializados, con una prevalencia de un 20%. Estudios recientes aportan evidencia sobre el aumento de esta cifra.

[16] La prevalencia es de entre un 5% a un 13% en los niños de países occidentales industrializados y suma más del 20% de las enfermedades dermatológicas, con una incidencia estimada actualmente de un 12%.

[17] —

[18] —

[19] —

[20] La DA es una enfermedad común en todo el mundo, tanto en a la niñez como en la adolescencia. En Japón, la prevalencia de la DA alcanza a más de un 16% en niños entre 6-7 años.

[21] —

[22] —

[23] La incidencia de la DA oscila entre el 3% y 5%, acrecentándose de un 6% a % en estudios realizados en hospitales pediátricos, siendo más común en países altamente industrializados. Es la principal expresión clínica de la atopía cutánea.

[24] La DA es una enfermedad frecuente que ha mostrado un aumento en su prevalencia durante los últimos años.

[25] Afecta entre un 15% a un 20% de niños y constituye aproximadamente el 15% de las enfermedades a la piel.

[26] —

[27] Esta investigación manifiesta que la DA es una de las enfermedades crónicas más común en niños y adolescentes. En la ultima década, estudios europeos indican un aumento en la incidencia de la DA en estos pacientes. La prevalencia en escolares fluctúa entre un 10% y 20%.

[28] —

[29] La DA es una de las enfermedades más comunes a la piel, con un aumento de la prevalencia mayor a un 23%.

[30] La DA es una de las enfermedad crónicas más comunes en los países occidentales industrializados. Presenta una prevalencia mayor a un 20% en la infancia, frecuencia que va en aumento según estudios recientes.

[31] —

[32] —

[33] —

[34] —

ETIOLOGÍA DE LA DERMATITIS ATÓPICA

- [1] Tanto la DA como la psoriasis tienen en su base factores genéticos y ambientales.
- [2] Existiría fuerte evidencia sobre una etiología multifactorial que incluye factores psicológicos, en la DA.
- [3] En la dermatosis habría un componente psicofisiológico.
- [4] —
- [5] —
- [6] Se presentan dos posibles causales de la enfermedad: (i) el no asumir o ignorar la fuente de estrés negativo y/o la sensación psicológica y física de estrés. El primero conduce a la sintomatología de la DA, mientras que el estrés negativo se manifiesta como un síntoma físico (ii) los síntomas de la DA llevan a conductas de enfrentamiento evitativas para afrontar los síntomas en si mismos.
- [7] —
- [8] Habría acuerdo en la existencia de factores psicológicos influyentes en la DA.
- [9] —
- [10] —
- [11] La DA, es entendida como una enfermedad multifactorial en su etiología (genético, psicológico, ambiental). Es la multifactoriedad quien influye en la generación y curso de la misma
- [12] Se han asociado factores psicológicos con la aparición de la DA.
- [13] —
- [14] —
- [15] —
- [16] En las últimas décadas existe acuerdo y cada vez mayor evidencia en el campo de la psicodermatología que reconoce la importancia tanto de los factores genéticos y ambientales, como de los factores psicológicos (perfil

distintivo de personalidad y el estrés psicosocial), e inmunológicos en la patogénesis de la enfermedad.

[17] Numerosos reportes de casos y estudios han sugerido que el estrés psicológico tiene un rol en la aparición de varias enfermedades a la piel.

[18] —

[19] —

[20] —

[21] —

[22] —

[23] En la etiopatogenia se incluyen factores genéticos, extrínsecos e intrínsecos. Este último contiene las alteraciones psicológicas.

[24] Se entiende a la enfermedad como de origen genético.

[25] —

[26] El estrés psicosocial y las emociones negativas son factores determinantes en el amplio espectro de enfermedades dermatológicas.

[27] Para explicar la aparición, mantención y empeoramiento de los síntomas de la DA, en esta investigación se utiliza un modelo multifactorial que reconoce factores genéticos, psicológicos así como las molestias físicas

[28] —

[29] —

[30] —

[31] La DA es una enfermedad de origen multifactorial, incluye factores psicológicos.

[32] —

[33] El estrés psicológico actuaría como factor modulador en la generación de DA.

[34] —

CO-MORBILIDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA

- [1] El impacto de los trastornos cutáneos puede llevar a problemas psicológicos como ansiedad y depresión.
- [2] —
- [3] Angustia, y otras psicopatologías subyacentes (no las explicita).
- [4] —
- [5] —
- [6] —
- [7] Pacientes con dermatosis crónica o intratable sufren de co-morbilidad psicológica/psiquiátrica.
- [8] —
- [9] —
- [10] —
- [11] —
- [12] La morbilidad psicosocial relacionada con la enfermedad a la piel, se refiere a las secuelas emocionales y sociales que deja la enfermedad debido a las marcas visibles para los demás de la misma. Los factores psicológicos son a veces ignorados por los dermatólogos, especialmente si el problema a la piel no es considerado como una amenaza para la vida, más bien se trivializa al no ser vista como impedimento, exacerbándose aun más la intensidad o severidad de los sentimientos asociados con la enfermedad.
- [13] Co-morbilidad en las madres de niños con DA: depresión y ansiedad.
- [14] —
- [15] —
- [16] Los pacientes con DA son descritos generalmente con un perfil psicológico específico, caracterizado por depresión, tensión o ansiedad.
- [17] —
- [18] —
- [19] —
- [20] —

[21] —

[22] —

[23] La DA se asocia a cuadros psiquiátricos menores como depresión, trastornos somatomorfos, crisis de pánico y afecciones psicósomáticas

[24] —

[25] Hay pacientes que sufren de depresión o ansiedad relacionada con el problema a la piel.

[26] —

[27] —

[28] El resultado de test psicológicos muestra que la valoración subjetiva del paciente respecto a una reacción asumida del estrés, debe ser tomado en consideración en el tratamiento de este grupo, considerando especialmente que estos pacientes además presentan valores altos de depresión y reportan mayor número de eventos de vida negativos.

[29] —

[30] —

[31] Ansiedad y depresión moderada o severa.

[32] La co-morbilidad psicológica es generalmente uno de los índices más importantes de la discapacidad general asociada con la condición de la piel. En muchos casos, el impacto de la enfermedad cutánea sobre la calidad de vida es un poderoso predictor de morbilidad psiquiátrica. Pacientes con DA podrían tener una co-morbilidad con síndromes psiquiátricos importantes tales como trastornos depresivos y ansiedad.

[33] —

[34] Tanto pacientes hospitalizados como ambulatorios con enfermedades dermatológicas al compararlos con personas sanas, presentan una alta prevalencia de síntomas psiquiátricos, tales como ansiedad y depresión así como una alta prevalencia de suicidios.

FACTORES QUE GATILLAN, EXACERBAN, AGRAVAN O MANTIENEN LA DERMATITIS ATÓPICA

- [1] La reacción de los pacientes ante la enfermedad juega un rol importante en el mantenimiento y curso de la misma. Se habla de pensamientos, sentimientos y tipos de comportamientos. El estrés es un factor que mantiene y determina el curso de la enfermedad. Puede también determinar la severidad de la dermatosis con diferentes cursos somáticos y comportamientos.
- [2] —
- [3] Los factores psicológicos influyen en el proceso inflamatorio por medio de mecanismos inmunológicos, neuropeptidos vasoactivos y otros mediadores químicos.
- [4] El rol de los factores psicológicos en el desarrollo y curso de la DA incluye el estrés patógeno, causado por el rechazo social que sienten las personas con enfermedades a la piel de aspecto desagradable.
- [5] Especialmente el estrés afecta el eczema.
- [6] Habría una relación significativa de moderada a fuerte entre los estresores negativos y la severidad de los síntomas de la DA.
- [7] Existirían eventos de vida estresantes que influirían en la aparición y desarrollo de la DA. Tal evento puede ser interpretado por la persona como peligroso o amenazante y parecer no tener solución. Esa experiencia puede resultar en angustia o en un conflicto conducente a un cambio mental o físico, o a una combinación de ambos.
- [8] —
- [9] —
- [10] En el inicio o exacerbación de la enfermedad habría una fuerte relación con eventos de la vida fuertemente estresantes. Focalizar la atención de los

padres en los cuidados de la piel, produce una perturbación emocional, el estrés que surge de esta, es un factor de mantención del eczema.

[11] En la DA junto con factores como aero alergenos, hormonas sexuales, intolerancia a alimentos, infecciones, clima, y particularidades inmunológicas, también el estrés emocional puede gatillar la picazón con la concomitante acción de rascarse, colaborando así a la mantención de la enfermedad.

[12] Los factores psicológicos se han asociado con la aparición, mantención y exacerbación de los desordenes cutáneos. El estrés emocional influiría extensamente en el sistema inmune, pudiendo manifestarse a través de enfermedades cutáneas. Investigaciones recientes señalan un vínculo entre la psicoimmunología y la dermatología. El aumento de los niveles de opioides péptidos en el sistema nervioso se puede asociar con el estrés psicológico, quien exagera ciertas enfermedades cutáneas, por ejemplo en la DA.

[13] La existencia de factores psicológicos influyen en la DA.

[14] Habrían factores potenciales que agravan la enfermedad tales como:

- Estresores emocionales: ansiedad, rabia, hostilidad, frustración y vergüenza.
- Estresores psicológicos: una familia poco contenedora y estilos familiares dependientes o inestructurados. Capacidad de responder frente al tratamiento.
- Irritantes: jabón, sustancias químicas.
- Alergenos: polvo en suspensión, polen, comida.
- Agentes infecciosos.

[15] La DA presenta altos niveles de picazón con el concomitante rascado, manteniendo o exacerbando de esta manera la inflamación de la piel. La severidad de los síntomas de los niños con DA están relacionados con el estrés y el medio ambiente familiar.

[16] El prurito es considerado el evento central en la mantención y exacerbación de la DA, gatillando un círculo vicioso de picazón, rascado y agravamiento de la lesión eczematosa. Patrones de respuesta inmunológica anormales juegan un papel central en el inicio y mantención de la enfermedad. Existe en la DA un círculo vicioso entre estrés emocional y la condición de la piel, permitiendo una mantención y cronificación de los síntomas. Habría una relación bidireccional entre ellos. A pesar de que las situaciones estresantes provocan generalmente la exacerbación de la sintomatología, el empeoramiento de la condición de la piel puede también disminuir el umbral al estrés.

[17] El estrés psicológico tiene un rol en la aparición y exacerbación de varias enfermedades a la piel.

[18] —

[19] Gran parte de los dermatólogos admiten que el estrés puede tener una influencia en el progreso de la DA. El estrés psicosocial es especialmente conocido como un factor de influencia negativa.

[20] —

[21] En la DA existiría una relación entre los eventos estresantes de vida y la aparición, exacerbación y recurrencia de la enfermedad.

[22] El constante daño en las capas superficiales de la piel es el único factor significativo que empeora la DA.

[23] —

[24] La DA se asocia a altos niveles de ansiedad, donde el estrés en el 81% de los casos agrava la enfermedad, observándose a menudo en estos pacientes alteración emocional antes de un cuadro agudo.

[25] —

[26] El estrés psicosocial, así como las emociones negativas, son factores determinantes en el desarrollo de la DA.

[27] Factores genéticos, psicológicos (estrés) y físicos participan en la aparición, mantención y empeoramiento de la DA.

[28] En el estudio no queda claro si el estrés es en parte responsable de los cambios en la piel o si es simplemente una consecuencia de la enfermedad. Casi la mitad de todos los pacientes con HD atribuyen al estrés el mayor rol en la aparición y curso de su enfermedad. Las conductas no autónomas, ignorar los sentimientos, las formas inapropiadas de enfrentar emocionalmente conflictos y estar en situaciones donde hay que tomar decisiones, puede tener un efecto perjudicial en el desarrollo de la enfermedad.

[29] —

[30] Hay datos que sugieren que la severidad de los síntomas de niños con DA están relacionados al estrés y medio ambiente familiar. Lo extremadamente pruriginoso de la DA lleva a un constante rascado, agravando la condición de la piel.

[31] En la DA los sistemas inmunológico, endocrino y neurológico pueden influir en el desarrollo y gravedad de las manifestaciones de la enfermedad. Los estados de estrés estimulan al sistema nervioso central, desencadenándose el desarrollo de la enfermedad.

[32] La aparición de la DA esta relacionada en un 70·% con eventos de vida estresante, con frecuencia exacerbadas por estrés psicosocial.

[33] Factores desencadenantes como los alergenios ambientales, infecciones locales o sistémicas e influencias hormonales, son vistos como relevantes. El estrés emocional constituye un importante factor que influye intrínseca y extrínsecamente en la exacerbación de la DA. La Sociedad Dermatológica Alemana para Dermatología Psicosomática 2003, coincide en que la DA se puede desencadenar debido a la influencia de eventos estresantes y problemas psicosociales. Existe cada vez más conocimientos de cómo, especialmente el estrés, repercute en las respuestas inmunológicas del sistema neuroinmunológico en la DA.

[34] —

IMPACTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA

- [1] Las enfermedades crónicas a la piel no sólo involucran inconvenientes, sino además consecuencias para la vida personal, social y el funcionamiento diario.
- [2] —
- [3] Se produce un importante deterioro en la calidad de vida del paciente a causa de la enfermedad.
- [4] —
- [5] —
- [6] —
- [7] —
- [8] —
- [9] —
- [10] La DA inevitablemente agrega dificultades a la paternidad, de manera tal que padres y niños podrían llegar a verse atrapados en relaciones disfuncionales.
- [11] —
- [12] Las enfermedades cutáneas tienen un impacto en la familia ya que ni el paciente ni la familia están preparados para enfrentar los cambios físicos y emocionales que la enfermedad acarrea. Estas alteraciones se refieren a pérdida de la normalidad subjetiva, alteración de la visión de sí mismos como familia, redefinición de roles, pérdida o cambio en planes futuros, y perspectiva de lo que el paciente y su familia deberán sobrellevar.
- [13] Afecta principalmente a la madre y al niño, lo que consecuentemente daña la calidad de vida de la familia.
- [14] La DA afecta profundamente de forma negativa la calidad de vida de los pacientes y sus familias, teniendo un impacto en el bienestar físico, social y psicológico.

- [15] El curso crónico de la enfermedad con frecuentes recaídas impone una carga especial tanto a los niños como a sus padres, impactando negativamente en la calidad de vida de la familia.
- [16] La sintomatología base de la DA, como lo es la tortura de la picazón y el sentimiento de desfiguración de la lesión eczematosa de la piel, impone a los pacientes con DA una carga psicológica que usualmente tiene un enorme impacto en la vida diaria.
- [17] —
- [18] —
- [19] —
- [20] El impacto psicosocial y económico de esta enfermedad es sustancial.
- [21] —
- [22] En la DA especialmente la picazón, produce un deterioro en la calidad de vida.
- [23] —
- [24] —
- [25] Los problemas dermatológicos pueden acarrear efectos psicosociales que afectan seriamente la calidad de vida de los pacientes, así como producir ansiedad, depresión y otros problemas psicológicos que afectan la vida cotidiana. La DA produce muchas alteraciones en la calidad de vida del niño y sus padres, los que generalmente sufren ansiedad y frustración y enojo tanto con su hijo como con el médico. Los pacientes adultos enfrentan además de problemas económicos derivados del costo de los tratamientos y alteraciones en la vida cotidiana, preocupación por su apariencia personal, problemas laborales, falta de habilidades en las relaciones interpersonales, alteraciones en sus relaciones con la sexualidad en el aspecto físico como psicológico, afectando todo esto en forma adversa a la enfermedad.
- [26] —
- [27] Las competencias en el manejo del estrés, así como la percepción de sentirse sano, son esencialmente variables que influyen en la calidad de vida, la cual se ve afectada tanto en los adultos como en niños y adolescentes.
- [28] —

[29] La DA afecta significativamente la calidad de vida de niños, especialmente en aquellos con un grado de enfermedad moderado a severo. El impacto negativo de esta enfermedad se extiende también a la familia del paciente, donde a menudo la severidad de la alteración influye en la vida de los padres en el cuidado de los otros hijos sanos. Una de las preocupaciones de ellos se refiere al impacto de la DA en la calidad de vida. Por lo anterior se cree que el factor relacionado con la calidad de vida es clave al momento de concretar un tipo de tratamiento.

[30] El inicio de la enfermedad en la infancia, el curso crónico y frecuentes recaídas implican una carga para las familias, influyendo en la calidad de vida tanto del niño como de su núcleo más cercano.

[31] —

[32] La DA impacta sobre la calidad de vida, en el aspecto social y económico. A esto se suman los sentimientos de estigmatización que contribuyen al estrés relacionado con la enfermedad y a los bajos rangos de salud mental.

[33] La DA genera efecto en la calidad de vida del paciente.

[34] El deterioro de la calidad de vida en relación a la enfermedad fue el mayor predictor de síntomas psicológicos, luego de haber controlado variables como diagnóstico, edad, género, duración y severidad. En este sentido no es la enfermedad en sí, sino más bien el impacto en las actividades diarias y las relaciones sociales lo que está asociado con el aumento de la morbilidad psiquiátrica.

ACTITUD DEL PACIENTE FRENTE A LA ENFERMEDAD O TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

- [1] El paciente se encuentra desinformado respecto a la naturaleza, síntomas y tratamientos de la DA.
- [2] —
- [3] Los pacientes que probablemente se pueden beneficiar de la psicoterapia de *insight*, son aquellos que poseen una adecuada percepción de la realidad, con la capacidad de desarrollar una relación terapéutica con el médico tratante, además de poseer curiosidad y apertura acerca de su enfermedad y sus causas.
- [4] Las personas con enfermedades a la piel de aspecto desagradable se sienten rechazadas socialmente.
- [5] —
- [6] Hay pacientes que no asumen o ignoran la fuente de estrés negativo y/o la sensación psicológica y física del mismo, lo que conduce a la sintomatología de la DA, mientras que el estrés negativo se manifiesta como un síntoma físico. Además los síntomas de la DA llevan a conductas de enfrentamiento evitativas para afrontar los síntomas en si mismos.
- [7] Las experiencias traumáticas continúan afectando el estado emocional de casi dos tercios del grupo de los pacientes dermatológicos examinados, lo que a su vez juega un papel preponderante en el desorden y su resistencia al tratamiento.
- [8] —
- [9] —
- [10] El trastorno invita a focalizar la atención de los padres en el cuidado de la piel más que en las necesidades emocionales y las propias del desarrollo del niño, lo que se ve propiciado al ser el aspecto físico el foco del tratamiento médico.

- [11] Los pacientes con DA se sienten exigidos de diferentes formas en el manejo de su enfermedad en la vida cotidiana. En esta investigación se observó que los pacientes con DA participaron más en el programa, probablemente debido a la carga que significa la picazón, angustia y ánimo depresivo, lo que aparece como ayuda a la potenciación de las habilidades para el desarrollo de estrategias eficientes en el control del rascado así como de la mejoría de la tendencia a la angustia y ánimo depresivo.
- [12] En algunos pacientes los sentimientos de ser estigmatizados o ser diferente de los otros es una reacción común y puede afectar las relaciones interpersonales y el comportamiento social.
- [13] Las madres de niños con DA se describían así mismas como más depresivas, desesperanzadas, ansiosas y sobreprotectoras frente a la enfermedad de su hijo enfermo.
- [14] Tanto los niños como sus padres se sienten frustrados en relación a la cronicidad y recurrencia de la enfermedad.
- [15] Se observa en los padres una falta de información, exceso de tensión, y los factores cognitivos y emocionales como falta de confianza en el tratamiento o el sentimiento de indefensión. Esto puede llevar a un manejo poco óptimo de la enfermedad.
- [16] Habrían dos maneras en que el paciente enfrenta la DA, una es no asumir o ignorar la fuente negativa y/o sensación psicológica y física del estrés, y dos conductas evitativas para afrontar los síntomas en sí mismos.
- [17] —
- [18] Resistencia a ser referido a profesionales de la salud mental, debido a la estigmatización asociada a los psiquiatras.
- [19] —
- [20] Los pacientes o padres tienen un escaso entendimiento del curso de la enfermedad en el tiempo y ansiedad relacionada con el uso de esteroides tópicos.

[21] —

[22] Rechazo por parte del paciente al uso de esteroides tópicos.

[23] —

[24] —

[25] Generalmente los padres de niños con esta condición están ansiosos, frustrados y enojados tanto con su hijo como con el médico.

[26] —

[27] —

[28] Casi la mitad de todos los pacientes con HD atribuyen al estrés el mayor rol en la aparición y curso de su enfermedad.

[29] Los pacientes o padres expresan preocupación sobre los efectos adversos del tratamiento y la eficacia de la prescripción de los medicamentos. Califican como malo el tratamiento médico y creen que son necesarias nuevas terapias más seguras en el manejo de la enfermedad a largo plazo en niños con DA, particularmente a la luz de la naturaleza crónica de la enfermedad.

[30] Justamente la carencia de información, de confianza en el tratamiento, los sentimientos de indefensión y tensión, pueden llevar a un manejo ineficiente de la enfermedad.

[31] —

[32] Algunas madres de niños con DA presentan depresión y sensación de indefinición. Los pacientes o padres se sienten muy preocupados por el impacto de la enfermedad en la calidad de vida.

[33] —

[34] —

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

[1] —

[2] —

[3] Procurar construir una buena relación médico-paciente.

[4] —

[5] —

[6] —

[7] —

[8] El contar con más información acerca de los aspectos psicológicos de la DA le permite al dermatólogo tener una mejor comunicación y relación con la familia y el paciente.

[9] —

[10] Un aspecto de gran relevancia en las dificultades emocionales asociadas con la DA, es el modo en que el trastorno invita a focalizar la atención de los padres en el cuidado de la piel más que en las necesidades emocionales y propias del desarrollo del niño, aumentando esta manera aún más al ser el aspecto físico el foco del tratamiento médico.

[11] Es importante que el médico tenga una sensibilidad especial con pacientes con DA y psoriasis. El darse cuenta de los temores sociales en la consulta médica, así como motivar a participar en terapias conductuales sería de gran ayuda para estos pacientes.

[12] Los factores psicológicos a veces son ignorados por los dermatólogos, especialmente si el problema a la piel no es considerado como una amenaza para la vida ni impedimento, más bien se trivializa. Esta falta de empatía del dermatólogo, exagera aún más la intensidad o severidad de los sentimientos asociados con la enfermedad.

[13] —

[14] Es importante que los especialistas sean comprensivos con la experiencia de frustración tanto de los niños como de sus padres en relación a la cronicidad y recurrencia de la enfermedad. Deben tomar en cuenta el peso

de los factores psicológicos y el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida en los niños y sus familias, para así adaptar el tratamiento a las necesidades de cada paciente.

[15] —

[16] —

[17] —

[18] Es relevante el apoyo del médico para que el paciente pueda aceptar, si fuera necesario, consultar a un psiquiatra y eventualmente seguir una terapia.

[19] —

[20] Una buena relación médico paciente/madre, es el predictor más importante en la adhesión al tratamiento a la piel, seguida por la percepción de la madre acerca de la severidad de la enfermedad. La eficacia de la madre en el tratamiento se ve fortalecida con esta buena relación.

[21] —

[22] Es posible que el factor determinante más importante en el logro de resultados exitosos, sea la actitud positiva de los terapeutas.

[23] Mantener una relación clara y una buena interacción médico-paciente o padres.

[24] —

[25] Es necesario que el médico dedique más tiempo para empatizar con el paciente y sus padres. Este único hecho puede ayudar en la relación terapéutica. Los médicos que aplican el modelo biopsicosocial en las enfermedades de la piel, lograrán una mejor alianza terapéutica, y sus pacientes experimentarán una mejoría en su calidad de vida.

[26] —

[27] —

[28] —

[29] La mala calificación del tratamiento médico por parte de los pacientes, sugiere que los especialistas podrían estar fallando en la apreciación total del impacto de la DA en la calidad de vida del niño.

[30] —

[31] —

[32] —

[33] —

[34] —

ADHESION AL TRATAMIENTO

[1] Se logra una mejor adhesión al tratamiento cuando el paciente esta bien informado acerca de la naturaleza, síntomas y tratamientos de la DA.

[2] —

[3] —

[4] —

[5] —

[6] —

[7] —

[8] —

[9] —

[10] —

[11] —

[12] —

[13] —

[14] La adhesión al programa es posible en la medida en que se capacite a los padres respecto a la enfermedad. Son ellos los que asumen la responsabilidad del control de la DA.

[15] —

[16] —

[17] —

[18] —

[19] —

[20] El predictor más importante en la adhesión al tratamiento a la piel, es la buena relación médico-paciente o madre seguida por la percepción de la

madre de la severidad de la enfermedad, comprensión del curso de la DA en el tiempo y conocimiento del uso de esteroides.

[21] —

[22] El uso del enfoque combinado produce resultados tan drásticos, que el paciente rápidamente se adhiere a la nueva técnica de auto cuidado de la piel, más que de auto dañarse.

[23] —

[24] —

[25] La aplicación del modelo biopsicosocial en la DA mejora la alianza terapéutica, y por ende la adhesión al tratamiento.

[26] —

[27] —

[28] —

[29] —

[30] —

[31] —

[32] —

[33] —

[34] —

TIPOS DE MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

[1] Se recomienda la utilización de técnicas o intervenciones conductuales en el tratamiento de la DA. Es fundamental dar una buena capacitación al paciente sobre la naturaleza, síntomas y tratamientos de la enfermedad, además de tomar en cuenta los aspectos psicosociales. Todo esto permite una mejor adherencia al tratamiento por parte del paciente.

[2] Programa de tratamiento combinado dermatológico-conductual (DEBT), que incluye estrategias específicas para reducir el comportamiento de rascado.

El tratamiento cognitivo implica relajación, autocontrol del rascado y manejo del estrés.

- [3] Es favorable el uso de la psicoterapia *insight* en pacientes con dermatosis inflamatoria recalcitrante. Se deben seleccionar pacientes que posean una adecuada percepción de la realidad, la capacidad para desarrollar una relación terapéutica con el médico tratante además de poseer curiosidad y apertura acerca de su enfermedad y sus causas. Estos podrían tener una mejoría cutánea a largo plazo, mejor capacidad de adaptación y bienestar psicológico. Conjuntamente con la psicoterapia de *insight* se debe usar un tratamiento dermatológico.
- [4] Uso de terapias conductuales que apunten a la reducción de la picazón y el rascado. No se hace referencia al tratamiento dermatológico.
- [5] El manejo para la DA se propone a través de la combinación de dos técnicas de relajación del estrés: relajación progresiva de la musculatura e imaginería (CMB). Estas han demostrado ser un efectivo tratamiento.
- [6] —
- [7] Una evaluación psiquiátrica y psicológica debe formar parte del proceso terapéutico. La intervención psicológica se llevará a cabo a través de la confección de una historia de vida donde se busca relacionar la posible conexión entre el evento estresante y la aparición del desorden dermatológico. Si se identifica, es analizada en conjunto con el paciente.
- [8] Manejo a través de tratamiento dermatológico y psicológico, no explicita cuales.
- [9] Un programa psicoeducacional para el manejo del estrés, complementario al tratamiento dermatológico para la DA.
- [10] Realizar el manejo de la enfermedad con un equipo dermatológico donde uno de sus miembros ofrezca sesiones a los padres o familias. Esto implica consejería y apoyo a los padres para mejorar el funcionamiento familiar,

considerando las necesidades psicológicas de sus miembros. Se busca además trabajar los aspectos emocionales con los niños. En la psicoterapia de apoyo para adultos, se debiera contemplar el impacto emocional de la DA y los patrones de relaciones disfuncionales que se generan.

[11] En el tratamiento combinado dermatológico y terapia conductual, los pacientes son tratados con técnicas de relajación, un entrenamiento en resolución de problemas y ejercitación de competencias sociales. En caso de pacientes con picazón, se utilizan técnicas de control del rascado y terapia psicológica individual. Especialmente en los casos con DA, fue útil la terapia de control de rascado y la terapia individual. Es importante una mayor sensibilidad por parte del médico a los temores sociales del paciente, así como ser capaz de motivarlo a participar en la terapia conductual. Los efectos a largo plazo deseados recién podrán ser apreciados una vez que los contenidos aprendidos sean traspasados al área social de cada individuo tratado, respetando especialmente las distintas etapas del curso de la enfermedad.

[12] La DA se debe manejar tomando en cuenta diferentes aspectos del paciente y su entorno es decir psiquiátricos, psicológico, psicosocial y psicofisiológico. El tratamiento psicológico incluye desde el uso del psicoanálisis e hipnosis, hasta terapia cognitiva conductual, estrategias de enfrentamiento, factores psicosociales, apoyo y capacitación a la familia y aspectos inmunológicos.

[13] Se plantea la necesidad e importancia de apoyar psicológicamente a la madre del niño con DA.

[14] Además de las medidas generales del cuidado de la piel, hay que evitar los factores agravantes, aliviar la picazón, identificar y tratar los factores psicológicos y mejorar la calidad de vida de la familia y del niño con DA, puntos centrales en el éxito del manejo de la enfermedad. Los padres deben ser capacitados respecto a la enfermedad para que identifiquen y eviten los factores agravantes, e identifiquen y traten los psicológicos,

además de atender los temas relacionados con la calidad de vida. Al elegir el tratamiento, los especialistas deben tomar en cuenta el peso de los factores psicológicos y el impacto de la enfermedad en la calidad de vida que recae tanto en los niños como en sus familias. Se plantea que en los casos necesarios recurrir al psicólogo, pero el énfasis del tratamiento esta en el dermatológico.

[15] Utilizar el programa *"The Berlin model"*, el cual intenta contribuir al manejo integral de los niños con DA, orientándose hacia la familia. Su objetivo es mejorar las habilidades propias de los padres relacionadas al manejo de la enfermedad de sus hijos y así impactar en forma positiva tanto en el curso de la enfermedad, como en la calidad de vida de la familia. Este programa desarrollado por pediatras psicólogos y nutricionistas, alcanza el estándar de programas multidisciplinarios para la educación en salud.

[16] Para el manejo de la DA se propone un modelo psicoimmunoneuroendocrino, basado en las importantes anormalidades presentes tanto en el sistema neuroendocrino como en el inmuno regulatorio. El modelo propuesto explica desde una perspectiva psicobiológico y biopsicológico los efectos de la personalidad en la DA. En este modelo se hipotetiza sobre una estructura distintiva de personalidad basada en una disposición genética o en experiencias individuales de aprendizaje, que se puede asociar con una configuración específica bioquímico en el cerebro. Este supuesto integrado puede llevar a un nuevo concepto de enfermedad y tratamiento.

[17] Se examinaron estudios de casos donde se aplicaron intervenciones psicoterapéuticas que fueron beneficiosas en el tratamiento de la DA.

[18] La mayoría de los desórdenes psicodermatológicos en el área psicológica pueden ser tratados con técnicas que apunten a la disminución de la ansiedad, cursos de manejo del estrés y en casos extremos derivación al psiquiatra, que incluye el uso de psicotrópicos. Además, el manejo de los trastornos psicodermatológicos requiere la evaluación de las

manifestaciones dermatológicas, de los problemas sociales y ocupacionales subyacentes a la enfermedad.

[19] —

[20] Incluir en el programa de tratamiento intervenciones psicosomáticas y conductuales. Además, una buena relación médico-paciente permitirá una mejor adhesión al tratamiento dermatológico.

[21] —

[22] El enfoque combinado consta de una capacitación de la función y uso de esteroides tópicos y emolientes e intervenciones en la modificación de los patrones conductuales de rascado.

[23] En el manejo de la DA se incluye directrices generales. Se describen medidas relacionadas a los aspectos psicológicos, lograr una buena relación e interacción medico-paciente, evitar situaciones que provoquen ansiedad, vergüenza, rabia, resentimiento, o fatiga excesiva. También se mencionan terapias tópicas y sistémicas, así como nuevas terapias médicas. En caso necesario, no explica cuales, se recomienda psicoterapia o tratamiento psiquiátrico.

[24] En el tratamiento es fundamental reducir y evitar los factores desencadenantes, conjuntamente con una educación adecuada sobre la enfermedad. Además, se han desarrollado nuevos tratamientos tópicos eficaces y bastante seguros que han permitido un mejor manejo del trastorno.

[25] Evaluar y tratar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y psiquiátricos de las enfermedades a la piel. La utilización por parte del médico del modelo biopsicosocial en el manejo del trastorno cutáneo., trae beneficios al enfermo.

[26] Para el manejo de la DA se indica el “Movimiento ocular de desensibilización y reprocesamiento” (EDMR), el cual puede ser beneficioso en el tratamiento de un amplio rango de enfermedades dermatológicas, cuyos síntomas se encuentran mediados por el estrés.

- [27] Para el tratamiento de la DA se emplea el Programa multimodal de educación para pacientes dirigido a niños y adolescentes, cuyo componente principal es un entrenamiento en el manejo del estrés con orientación cognitiva conductual. Se debería integrar un programa de capacitación para los padres.
- [28] En el manejo de la dermatosis en las manos (HD), dependiendo de cada caso, la terapia puede variar desde una consulta minuciosa hasta psicoterapia a largo plazo. Además de los factores ambientales y genéticos los factores psicológicos deberían incluirse en el tratamiento de la HD. Especialmente la valoración subjetiva del paciente respecto del estrés debe ser tomado en cuenta. Los pacientes que presentan resultados del *patch test* negativo parecen tener una mayor necesidad de ayuda psicológica.
- [29] Es importante darle valor, al momento de la evaluación de la DA, al impacto de ésta en la calidad de vida del paciente y su familia. Se sugiere buscar terapias dermatológicas más eficaces y seguras. Es importante la evaluación Neuroinmunológica y endocrina debido a la influencia que tiene el estrés sobre estos sistemas.
- [30] Se propone el “Programa de educación para padres en el manejo de niños con DA”, con entrenamiento estructurado desarrollado para ayudarlos en el manejo de la DA de sus hijos. Es un programa interdisciplinario diseñado y realizado por pediatras, psicólogos y nutricionistas, el cual cumple con los estándares para los programas de educación para la salud.
- [31] Procedimiento que incluye un factor de transferencia (extracto linfocítico que aumenta la actividad inmunológica contra un antígeno determinado), y un tratamiento psicológico (terapia grupal o individual).
- [32] Es importante atender los factores psicosociales y psiquiátricos para el tratamiento. La prevención de algunos aspectos secundarios y terciarios de un amplio rango de desordenes dermatológicos es importante en la disminución de la morbilidad general asociada a estas enfermedades. El

enfoque biopsicosocial en la evaluación del paciente ayudará al dermatólogo a delinear las áreas generales de co-morbilidad psiquiátrica y psicológica. Toma en cuenta: factores psicológicos, sociales y dermatológicos. En el manejo de la co-morbilidad psicosocial, algunos pacientes dermatológicos podrán beneficiarse con intervenciones psicoterapéuticas y agentes psicotrópicos, además de terapias dermatológicas estandarizadas para los trastornos de la piel.

[33] Uso de terapias locales tópicas y psicoterapia, entendida como técnicas de relajación, biofeedback, psicoterapia profunda, como también capacitación especial sobre la enfermedad.

[34] Es importante en el tratamiento, el reconocimiento por parte del dermatólogo de la implicancia de los factores psicológicos y psicosociales relacionados con la enfermedad, así como evaluar la posible co-morbilidad psiquiátrica.

TRATAMIENTO COMBINADO MÉDICO Y PSICOLÓGICO

[1] Terapias conductuales y dermatológicas. Es importante tener claro que el mejoramiento de la psoriasis o la DA, no se puede lograr sustituyendo el tratamiento dermatológico por el psicológico, pero este último puede constituir un tratamiento complementario.

[2] Programa de tratamiento combinado (DEBT) en el tratamiento de la DA, intervenciones psicológicas conjuntamente con tratamiento dermatológico.

[3] Tratamiento interdisciplinario dermatólogo-psiquiatra/psicólogo, donde es fundamental que ambos profesionales se interioricen en la área del otro.

[4] —

[5] —

[6] —

[7] La intervención psicológica y psiquiátrica debe ser incluida en la evaluación dermatológica e incorporada en el tratamiento dermatológico.

[8] En el caso de un tratamiento interdisciplinario, es necesario entregar más conocimientos al médico acerca de los aspectos psicológicos que intervienen en los trastornos cutáneos en el niño. Esto permitirá una mejor comunicación con la familia y a su vez con el psicólogo.

[9] Se desarrolló, implementó y evaluó un programa psicoeducacional para el manejo del estrés, como un tratamiento complementario al manejo dermatológico en la DA.

[10] Es importante trabajar con las dimensiones psicológicas como parte rutinaria del tratamiento, ya que podrían jugar un rol preventivo crucial particularmente cuando los problemas se dan en la infancia. Se incluye además, trabajo de apoyo y capacitación para los padres.

[11] Se constató la efectividad del uso de un tratamiento combinado dermatológico y la terapia conductual en el mejoramiento significativo del estado de la piel y de parámetros psicosociales en pacientes con DA y PV.

[12] —

[13] —

[14] —

[15] Programa de educación para padres de niños con DA "*The Berlin model*". Es un programa multidisciplinario que intenta contribuir al manejo integral del niño con DA, orientando hacia la familia. Incluye el manejo de los aspectos dermatológicos, psicológicos y nutricionales.

[16] —

[17] —

[18] El manejo de los trastornos psicodermatológicos requiere de una aproximación dual dirigida hacia los aspectos dermatológicos y psicológicos.

[19] —

- [20] Las intervenciones psicosomáticas y conductuales deben ser integradas al programa de tratamiento, lo que refuerza los efectos del mismo (no especifica cuales).
- [21] —
- [22] El enfoque combinado para el tratamiento de DA, médico y modificación de conducta, puede aportar importantes beneficios y mejoras en la calidad de vida de la mayoría de los pacientes, incluso aquellos con una DA severa y crónica.
- [23] —
- [24] —
- [25] Los pacientes que sufren de depresión o ansiedad relacionada con el problema a la piel, pueden mejorar su condición con apoyo psicológico, psicotrópicos y tratamiento dermatológico, y en algunos casos con un tratamiento psiquiátrico. Los médicos que aplican el modelo biopsicosocial en las enfermedades de la piel lograrán una mejor alianza terapéutica y sus pacientes experimentará una mejoría en su calidad de vida.
- [26] —
- [27] —
- [28] —
- [29] —
- [30] El programa de educación para padres de niños con DA, como el presentado en este estudio, contribuye al manejo integral orientado a la familia de estos niños. Es muy útil si se suma al tratamiento dermatológico.
- [31] El tratamiento con factor de transferencia y terapia psicológica, mejora la evolución clínica e inmunológica de la DA severa y moderada.
- [32] En el manejo de la co-morbilidad social en algunos pacientes, serán eficaces las intervenciones psicoterapéuticas, agentes psicotrópicos y el manejo dermatológico estándar.
- [33] Es importante comprobar si está indicado en pacientes con DA el uso conjunto de terapias locales tópicas y psicoterapia, entendida como técnicas

de relajación, Biofeedback, psicoterapia profunda y capacitación especial sobre la enfermedad.

[34] —

CAPACITACIÓN PARA EL PACIENTE, LOS PADRES, EL MÉDICO O EL PSICÓLOGO EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

[1] Realizar una buena capacitación para que el paciente esté bien informado acerca de la naturaleza, síntomas y tratamientos de la DA, lográndose de esta forma una mejor adhesión al tratamiento.

[2] —

[3] Es importante la capacitación para el psiquiatra o psicólogo en el área médica de la DA, así como para el médico en la psicológica.

[4] —

[5] —

[6] —

[7] —

[8] Capacitar a los dermatólogos acerca de los factores psicológicos que intervienen en los trastornos de la piel en niños, facilitando la comunicación tanto con la familia como con el psicólogo en el caso de un tratamiento interdisciplinario.

[9] —

[10] Considerando las implicancias emocionales de la DA, es importante ofrecer consejería a los padres o familias en relación al funcionamiento familiar estando plenamente conciente de las necesidades psicológicas de los miembros de la familia.

[11] —

[12] —

[13] —

- [14] Es crucial que a los padres se les capacite sobre la naturaleza crónica y de los factores que agravan la enfermedad, opciones de tratamiento así como la necesidad de buscar ayuda profesional tanto en el área médica como psicológica.
- [15] Para maximizar los resultados positivos a largo plazo del manejo de la DA, es fundamental apoyar a los padres tanto en el enfrentamiento de la condición crónica de la enfermedad de sus hijos, como en el tratamiento sintomático. El equipo debe ser multidisciplinario y los facilitadores deben recibir entrenamiento especial que incluya aspectos didácticos de la dinámica de un grupo de padres.
- [16] —
- [17] —
- [18] —
- [19] —
- [20] Es necesario incluir el desarrollo de habilidades comunicacionales en el currículo de formación médica.
- [21] —
- [22] Como parte del enfoque combinado existe una capacitación donde se expone claramente la función de los emolientes y los esteroides tópicos. Se utiliza material escrito para reafirmar los conocimientos aprendidos y captar de este modo el entusiasmo del paciente por esta técnica.
- [23] —
- [24] —
- [25] Es importante que el médico adquiriera conocimientos en cuanto a la relación mente y cuerpo en la enfermedad.
- [26] —
- [27] Integrar en el programa una capacitación para los padres, logrando así efectos más profundos y estables en el tiempo. De este modo se asegura que los niños y adolescentes después de la rehabilitación sean apoyados por su círculo más cercano en la superación de la enfermedad.
- [28] —

[29] Los médicos y paciente o padres en sus respuestas coincidieron generalmente en la necesidad de más grupos de apoyo para los pacientes y la existencia de información telefónica gratuita

[30] El “Programa de educación para padres en el manejo de niños con DA”, es un programa interdisciplinario desarrollado y llevado a cabo por pediatras, psicólogos y nutricionistas, el cual cumple con los estándares para los programas de educación para la salud.

[31] —

[32] —

[33] Entregar a los pacientes conocimientos en relación a la DA.

[34] —

3. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS INVESTIGACIONES Y ARTÍCULOS

Este análisis representa un esfuerzo de la autora de esta memoria por sintetizar las ideas expresadas en las investigaciones y artículos revisados respecto de diferentes tópicos abordados en dichas investigaciones. Estos tópicos se han organizado en las siguientes categorías de análisis: características de la enfermedad, prevalencia, relación medico-paciente, comorbilidad, tipos de manejo terapéutico de la dermatitis atópica entre otras. La nomenclatura utilizada para denominar cada categoría fue acuñada por la autora de esta memoria. Las cuales se exponen en el capítulo VI, en el punto 2.

Las categorías que se confeccionaron fueron diseñadas bajo el criterio de aquellos tópicos que directa o indirectamente avalaban el uso de un tratamiento combinado médico y psicólogo, entendiendo como combinado a un trabajo interdisciplinario entre ambos profesionales de la salud. A medida que se fué revisando las diferentes investigaciones, en el caso de la dermatitis atópica se observó que en el tratamiento no sólo se incluye al médico y al psicólogo sino, también, dependiendo de las características de cada paciente, a otros profesionales como psiquiatras, nutricionista, pediatras entre otros, es decir, un trabajo multidisciplinario, logrando ser en algunos casos, interdisciplinario.

Antes de iniciar el análisis propiamente tal, es importante destacar que prácticamente todas las investigaciones revisadas referidas a la dermatitis atópica, provienen de bases de datos del área médica. Dentro de la muestra real que se tomó, se incluyeron aquellas investigaciones o artículos que hicieran referencia a variables psicológica, tanto en el desarrollo como en el manejo de la dermatitis atópica.

La mayoría de las investigaciones están dirigidas principalmente a pacientes en términos genéricos sin distinción entre adultos, niños o adolescentes. Sin embargo, una vez revisadas las investigaciones se hace evidente la necesidad

de realizar más estudios en niños y adolescentes y principalmente en relación a las familias, debido al gran deterioro en la calidad de vida que se produce en todos los miembros de la familia y no solamente en el paciente con dermatitis atópica.

La dermatitis atópica es descrita por un 38% de las investigaciones como una enfermedad crónica, recidivante inflamatoria cuya **característica** principal se refiere a un intenso, exasperante y extremo prurito. La importancia de esta característica es que lleva a un círculo vicioso de picazón-rascado-inflamación y cronicidad. La conducta de rascado es uno de los hechos mas problemáticos de la enfermedad. Staughton (2001) [22]² plantea cómo el constante daño a las capas superficiales de la piel, por la conducta del rascado (calcula que entre 500 a 1000 veces al día) es un factor significativo en el empeoramiento de la enfermedad. El enfoque combinado que este autor presenta, está orientado a la modificación de patrones de conducta, específicamente de la conducta de rascado, el que combinado con el uso adecuado de esteroides, produce resultados positivos.

Es importante recalcar cómo el intenso prurito exaspera tanto a pacientes niños como adultos, lo que provoca mucha irritabilidad y estrés. Buske-Kirschbaum, Geiben y Hellhamer (2001) [16] resaltan que la tortura de la picazón y el sentimiento de desfiguración provocado por la conducta de rascado impone en los pacientes una carga psicológica que, en general, tiene un gran impacto en la calidad de vida. En el caso de los niños, se observa un empeoramiento en las relaciones padres e hijos por el constante pedido de los padres a sus hijos que no se rasquen, provocando en los hijos sentimientos de rabia y en algunos casos de rebeldía con el concomitante aumento de la conducta de rascarse.

En la última década se ha observado una tendencia al aumento de la **prevalencia e incidencia** de la dermatitis atópica. Un dato interesante que se observa en el 24% de las investigaciones es que este aumento se presenta en

² []: nomenclatura que se utilizará en todo el análisis y síntesis de los datos obtenidos en las investigación o artículo y corresponde al numero de la publicación de la tabla de investigaciones y artículos en el capítulo VI, numero 1.

países industrializados o desarrollados. Smith (2000) [14], plantea que de un rango de 1,1%-3,1% aumentó a un 12%-25% en la población infantil en países desarrollados, cerca de un 49% a un 75% de los niños desarrollan la enfermedad a los seis meses de edad, incrementándose éste entre un 80% a 90% antes de los 5 años; el porcentaje restante comienza entre los 6 a 20 años.

El hecho de que la edad de inicio sea tan temprana implica un deterioro en el desarrollo emocional del niño. Barankin y DeKoven (2002) [25] plantean que en los niños con dermatitis atópica la lesión cutánea altera las sensaciones de la piel, lo que puede causar problemas en el desarrollo emocional ya que la piel juega un rol fundamental en la percepción táctil y en la comunicación con el entorno (con la madre principalmente). Añade que la piel no sólo le permite al niño reconocer sus límites corporales sino además afecta las actitudes de los cuidadores. Esto se relaciona con lo expuesto por Liberman et al. (1993) (en cap. IV de esta memoria) quienes plantean que en la estructuración del aparato psíquico y en el proceso de representación simbólica existiría una integración cuerpo-mente, donde dicha estructuración se apoya en un apuntalamiento en lo corporal, siendo fundamental la función de *holding* que desarrolla la madre.

Un aspecto de la dermatitis atópica que atraviesa en forma transversal a un 44% de las investigaciones es la referencia que hacen a la **etiología** de la enfermedad. En este sentido habría consenso en reconocer que existe una etiología multifactorial incluyendo factores genéticos, ambientales, psicológicos y psicofisiológicos (sistema neuroendocrino e inmunológico). Los factores psicológicos en general se relacionan con el estrés. Este hecho tiene gran relevancia para el área psicológica ya que prácticamente el total de las investigaciones provienen del área médica, lo que implicaría un reconocimiento de la medicina de la relación mente y cuerpo y, por lo tanto, la necesidad de una mirada holística del paciente con dermatitis atópica.

En este sentido, como lo expresa Czyewwsk y López (1998) [8], el rol de los factores psicológicos en ciertos trastornos cutáneos no está en discusión. Ehler, Gieler y Stangier (1995) [2] indican que existe una fuerte evidencia de la

etiología multifactorial donde se incluyen los factores psicológicos. Expresan que esta evidencia los ha llevado a plantearse la pregunta de si las intervenciones psicológicas son efectivas en el tratamiento de la dermatitis atópica. Aún más, Lange, Zschocke, Langhardt, Amon y Augustine (1999) [11] expresan que el hecho que la etiología de la enfermedad sea multifactorial, permite que conceptos de terapias integrativas puedan ser aplicadas con resultados exitosos en la cura del trastorno.

Aun cuando se reconoce que existe una etiología multifactorial, en la dermatitis atópica, se observó que, además, en el curso de ésta habían **factores que gatillan, exacerbaban, agravan o mantienen la enfermedad**. Smith (2000) [14] expone que entre los factores que exacerbaban o desencadenan la dermatitis atópica tenemos los irritantes, alérgenos, agentes infecciosos, estresores emocionales (ansiedad, rabia, frustración) y estresores psicológicos (familia poco contenedora, estilos familiares dependientes o inestructurados).

En este sentido un factor relevante al que la mayoría de las investigaciones y artículos hacen alusión es el estrés. Howlett (1999) [10] expone que se ha encontrado que en el inicio o exacerbación de la dermatitis atópica habría una fuerte relación con eventos de vida fuertemente estresantes. Kupfer et al. (2001) [19] indican que gran parte de los dermatólogos admiten que el estrés puede tener una influencia en el progreso de la dermatitis atópica, aun cuando hasta el momento habrían muy pocos estudios experimentales que prueben definitivamente la coherencia de esta relación. En esta misma línea, Kimyai-Asadi y Usman (2001) [17] agregan que existiría un evidente vínculo entre estrés psicológico y la exacerbación y aparición de ciertas enfermedades dermatológicas. Sin embargo, tanto la evidencia clínica como la científica pueden ser complejas de interpretar dada la dificultad para definir y cuantificar el estrés psicológico. Aun más, Picardi y Abeni (2001) [21] señalan que aun cuando en relación a la dermatitis atópica, psoriasis y alopecia areata se cuenta con información completa para examinar la asociación entre estrés y exacerbación del trastorno, sería importante desarrollar estudios controlados que comparen sujetos afectados por una supuesta condición dermatológica psicosomática con un adecuado grupo de control con el fin de generar

evidencia confiable sobre la relación entre eventos estresantes y la aparición o exacerbación de la enfermedad. Esto permitiría que existiera mayor credibilidad en esta relación tanto en el paciente como en el médico tratante. Estudios mas recientes como el de Raap, Werfel, Jaeger y Schmid-Ott (2003) [33] señalan que el estrés emocional constituye un importante factor que influye intrínseca y extrínsecamente en la exacerbación de la dermatitis atópica, plantean que incluso en la actualidad la “Sociedad Dermatológica Alemana para Dermatología Psicosomática” coincide en que la dermatitis atópica se puede desencadenar debido a la influencia de eventos estresantes y problemas psicosociales.

Un factor interesante que estos autores exponen, es que no hay duda que los eventos de vida estresantes influyen en la exacerbación y empeoramiento de la dermatitis atópica, sino que además añaden que, la manera en que el sujeto vive el estrés es muy relevante. Este estudio, a si como otros, plantea que habría cada vez mas conocimientos de cómo el estrés repercute en las respuestas inmunológicas del sistema neuroendocrino en la dermatitis atópica y que, justamente, nuevas investigaciones apuntan directamente hacia la relevancia de los mecanismos psiconeuroinmunológicos y endocrinológicos en este trastorno.

Otro aspecto interesante se refiere a los factores que agravan o mantienen la enfermedad. Awad (2002) [24] plantea que en el 81% de los casos el estrés agrava la enfermedad, observándose que en general estos pacientes tienen una alteración emocional antes de un cuadro agudo de dermatitis atópica. Además, Buske-Kirschbaum, Geigen y Hellhammer (2001) [16] destacan que el prurito es el evento central en la mantención y exacerbación de la dermatitis atópica, gatillando un círculo vicioso de picazón, rascado y agravamiento de la lesión eczematosa. Asimismo, Lange, Zschocke, Langhardt, Amon y Augustine (1999) [11] explican que junto con factores como aeroalergenos, hormonas sexuales, intolerancia a alimentos, infecciones, clima, particularidades inmunológicas también el estrés puede gatillar la picazón con la concomitante acción de rascarse, colaborando así a la mantención de la enfermedad.

En relación al estrés es interesante lo que advierten Buske-Kirschbaum, Geiben y Hellhammer (2001) [16] respecto a que el estrés psicológico y las condiciones de la piel parecen relacionarse bidireccionalmente. Las situaciones estresantes provocan generalmente la exacerbación de la sintomatología y, sin embargo, el empeoramiento de la condición de la piel puede disminuir el umbral del estrés. Niemeier, Nippsen, Kupfer, Schill, y Gieler (2002) [28] concuerdan que no queda claro si el estrés es en parte responsable de los cambios en la piel o si es simplemente una consecuencia de la enfermedad. Este hecho respaldaría aún más el sentido que tendría el uso de terapias combinadas médico-psicológicas en el tratamiento de la dermatitis atópica, en el sentido de entregar estrategias al paciente para que pueda enfrentar y sobrellevar de mejor manera la enfermedad, sin necesariamente trabajar las causas psicológicas del trastorno.

Un aspecto relevante de la dermatitis atópica se refiere a la **co-morbilidad psiquiátrica/psicológica**. Un 34,4 % de las investigaciones hacen alusión a la co-morbilidad psiquiátrica de la dermatitis atópica. Esta se asocia a cuadros psiquiátricos como ansiedad, depresión moderada y severa, trastornos somatomorfos, crisis de pánico y una alta prevalencia de suicidios. Grupta y Grupta (2003) [32] señalan que al menos en un 30% de los desórdenes dermatológicos, los factores psiquiátricos y psicológicos juegan un rol importante, y en muchos casos, más que la enfermedad en sí, el fuerte impacto de ésta en la calidad de vida es un poderoso predictor de morbilidad psiquiátrica.

En cuanto a la morbilidad psicosocial relacionada a la enfermedad, Papadopoulos, Bor y Legg (1999) [12] señalan que las secuelas emocionales y sociales que deja la dermatitis atópica por lo visibles que son las lesiones ante los demás, produce que los pacientes se sientan estigmatizados y rechazados, lo que en algunas ocasiones afecta la comunicación táctil y la interacción sexual.

Papadopoulos, Bor y Leeg (1999) [12] exponen que la dermatitis atópica suele ser trivializada por el dermatólogo, lo que hace que se exacerbén aun más los

sentimientos negativos asociados a la enfermedad. Grupta y Grupta (2003) [32] señalan cómo la utilización del enfoque biopsicosocial en la evaluación del paciente dermatológico ayudaría al dermatólogo a delinear las áreas generales de co-morbilidad psiquiátrica y psicológica. En este sentido, el tomar en cuenta los aspectos psicológicos y psicosociales tanto en la evaluación como en el tratamiento, permitirá prevenir la co-morbilidad psiquiátrica en estos pacientes.

El hecho de que la dermatitis atópica comience durante el primer año de vida en un 60% y en el 30% entre 1-5 años tiene varias consecuencias. Una se refiere al **impacto de la enfermedad en la calidad de vida** tanto del niño como de su familia. En sí misma, la dermatitis atópica involucra una serie de medidas que alteran el normal desarrollo de la vida cotidiana, tales como higiene personal, uso de jabones especiales, uso de ropa de determinados materiales, alimentación especial, uso de detergentes específicos para el lavado de la ropa, limitación a los niños de participar en actividades deportivas y otras. A esto se suma el tratamiento mismo, uso de emolientes y esteroides tópicos, cuyos costos implican, además, una carga económica para la familia. Todo esto genera muchas alteraciones en la calidad de vida del niño y sus padres.

Barankin y DeKoven (2002) [25] afirman que los padres, debido a la cronicidad de la enfermedad, con frecuentes recaídas y el complicado manejo del trastorno, padecen de ansiedad, frustración y enojo tanto con el niño como con el médico. Esto agrega especiales dificultades a la paternidad, dándose incluso relaciones disfuncionales entre el niño y sus padres. Esta situación inevitablemente produce estrés tanto en el niño como en los padres, contribuyendo al deterioro de la condición de la piel. Paller, McAlister, Doyle y Jackson (2002) [29] añaden que el impacto negativo de la enfermedad produce alteraciones severas en la vida de los padres, lo que influye en desmedro del cuidado de los hijos sanos. Papadopoulos (1999) [12] explica que la familia no está preparada para enfrentar los cambios físicos y emocionales que la enfermedad acarrea, tales como pérdida de la normalidad subjetiva, alteración de la visión de sí mismos como familia, redefinición de roles, cambio de planes futuros y perspectiva de lo que como familia deberán sobrellevar.

Smith (2000) [14] menciona cómo la dermatitis atópica afecta profundamente en forma negativa la calidad de vida de los pacientes y sus familias, teniendo un impacto en el bienestar físico, psicológico y social. Añade que recientemente se ha desarrollado un instrumento dermatológico específico de calidad de vida para evaluar el impacto global de los trastornos cutáneos en la vida de los niños. Con este instrumento se ha demostrado que, en comparación con otras enfermedades cutáneas, la dermatitis atópica tiene un mayor impacto adverso en la calidad de vida de la familia y sus hijos.

En los adultos, el impacto del trastorno en la calidad de vida acarrea, además de problemas económicos derivado de los tratamientos, alteraciones en la vida cotidiana, enfrentando problemas laborales, falta de habilidades en las relaciones interpersonales, alteraciones en la interacción sexual, tanto en el aspecto físico como psicológico.

En la investigación de Paller, McAlister, Doyle y Jackson (2002) [29] queda en evidencia que la preocupación y los tópicos importantes para los médicos y los pacientes divergen principalmente en cuanto a la valoración del impacto de la enfermedad en la calidad de vida. Los padres la consideran como trascendental, calificando como malo el tratamiento médico, lo que podría estar indicando que los médicos estarían fallando en la apreciación total del fuerte impacto de la dermatitis atópica en la calidad de vida de sus pacientes. En este sentido Smith (2000) [14] explica que es importante que el dermatólogo tome en cuenta el peso de los factores psicológicos y el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida en el niño y su familia, para así adaptar el tratamiento a las necesidades de cada paciente.

Tomando en cuenta todos estos puntos, algunas de las investigaciones proponen que el factor relacionado con la calidad de vida es clave al momento de concretar un tipo de tratamiento, así como la necesidad de programas de apoyo psicológico, social e informativo respecto a la enfermedad para los padres y la familia, como también para los niños, adolescentes o adultos que padecen la dermatitis atópica.

Asumiendo que la dermatitis atópica es una enfermedad crónica cuya característica principal es el intenso y exasperante prurito, que afecta principalmente a los niños y que más que la enfermedad en si misma, es el impacto en la calidad de vida, lo que preocupa a los pacientes y a sus familias, cabría preguntarse qué es lo que las investigaciones o artículos proponen al respecto.

Al revisar los **objetivos de las investigaciones o artículos** se puede observar que existen ciertas temáticas que se repiten en casi todas. Lo que las atraviesa en forma transversal es la inquietud de porqué aún cuando existen nuevos tratamientos dermatológicos, y cada vez se conoce más de los mecanismos fisiológico de las enfermedades, hay un gran número de pacientes que no se mejora. Por lo tanto, habría otros factores, como por ejemplo, los psicosociales, que no se estarían tomando en cuenta en el tratamiento. Así, los dermatólogos comenzaron a observar y relacionar que habría una conexión entre ciertos eventos de vida estresantes y la aparición, exacerbación y mantención de la enfermedad.

En un conjunto de las investigaciones, el objetivo fue investigar y analizar la relación o conexión existente entre el estrés y las enfermedades cutáneas; es decir, investigar la relación entre los mecanismos neuroendocrinológicos e inmunológicos y el estrés. Otro grupo de investigaciones orientó sus objetivos a ver cómo los trastornos cutáneos afectaban tanto la calidad de vida del paciente adulto o niño y su familia. Un tercer grupo de investigaciones se abocó a investigar la relación entre la dermatitis atópica y la morbilidad psiquiátrica asociada a este trastorno. Finalmente, el grueso de las investigaciones analiza la efectividad o limitación de diferentes terapias y programas orientados a los aspectos psicológicos y a la mejoría de la enfermedad. Entre ellos están los que se orientan principalmente al manejo del estrés y conducta de rascado, los programas orientados a la familia o padres en el manejo de la enfermedad, los avocados a la entrega de información sobre la enfermedad y los que proponen tratamientos combinados o integrales del área medica y psicológica.

- En relación a los estudios que investigaron los vínculos entre el estrés y los mecanismos fisiológicos de la dermatitis atópica, Beltrán de Paz et al. (2003) [31] plantean que la dermatitis atópica es una enfermedad crónica e inflamatoria de origen multifactorial en la que los sistemas inmunológico, endocrino y neurológico pueden influir en el desarrollo y gravedad de las manifestaciones. En este sentido, el estrés estimula al sistema nervioso central a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que influye en el proceso inflamatorio. Existiría evidencia convincente, explica Koblenzer (1995) [3], que demuestra cómo factores psicológicos influyen en el proceso inflamatorio por medio de mecanismos inmunológicos, neuropeptidos, vasoactivos y otros mediadores químicos. En el estudio de Buske-Kirschbaum, Geiben y Hellhammer (2001) [16] se describen las posibles vías psicobiológicas que pueden estar involucradas en el desarrollo y la exacerbación de la dermatitis atópica. Además desarrollan un modelo psicoimmunoendocrino para este trastorno, el cual plantea que los pacientes con dermatitis atópica se caracterizan por importantes anomalías tanto en el sistema neuroendocrino como en el inmunoregulatorio. Finalmente, Raap, Werfel, Jaeger y Schmid-Ott (2003) [33] manifiestan como cada vez existe mas conocimiento de cómo el estrés repercute en las respuestas inmunológicas del sistema neuroinmunológico en la dermatitis atópica, y señalan como las nuevas investigaciones apuntan hacia la relevancia de los mecanismos psiconeuroinmunológico y endocrinológico.

- Aquellas investigaciones cuyo objetivo fué analizar el impacto en la calidad de vida, tratan de cómo la dermatitis atópica afecta profundamente en forma negativo la calidad de vida de los pacientes y sus familias, teniendo un impacto en el bienestar físico, social, psicológico y económico. (Este aspecto se desarrolló anteriormente en detalle en este análisis).

- Entre los autores que realizaron estudios referidos a la co-morbilidad psiquiátrica que presentan algunos pacientes con dermatitis atópica, Grupta y Grupta (2003) [32] sugieren que el uso del enfoque biopsicosocial en la evaluación del paciente dermatológico ayudará al dermatólogo a delinear las áreas generales de co- morbilidad psiquiátrica, ya que ésta es uno de los

índices más importantes de la discapacidad general asociada con la condición de la piel. Zachariae, Zachariae, Ibsen, Mortensen y Wulf (2004) [34] añaden que los pacientes dermatológicos presentan una alta prevalencia de síntomas psiquiátricos, tales como ansiedad, depresión y suicidio. En ambas investigaciones señalan que no es la enfermedad en sí sino que lo más significativo es el deterioro en la calidad de vida, lo que representa un poderoso predictor de morbilidad psiquiátrica. Se plantea que en el caso de co-morbilidad psiquiátrica es importante la derivación a un psiquiatra. En cuanto al uso de psicotrópicos Koblenzer (1995) [3] advierte que aun cuando los psicotrópicos ayudan al alivio sintomático y en el tratamiento de las psicopatologías presente, el efecto terapéutico rara vez se mantiene una vez discontinuado el tratamiento, por lo cual él recomienda el uso de una terapia de *insight* junto con los psicotrópicos.

- En lo concerniente al **manejo terapéutico de la enfermedad**, los autores de los estudios proponen varias alternativas de tratamiento para los aspectos psicológico de la enfermedad.

Como ya se mencionó, un mismo tratamiento puede intentar abordar diferentes aspectos de la enfermedad en el paciente a la vez, tales como el estrés, la familia, la conducta de rascarse, entre otros. Así en la clasificación que se hace a continuación de las diferentes terapias, en algunos casos estas se repiten.

Los tratamientos que se orientan al manejo del estrés tienen una orientación cognitiva conductual, como lo son las intervenciones psicológicas denominadas:

- *Movimiento ocular de desensibilización y reprocesamiento (EMDR)*, Grupta y Grupta (2002) [26]. Se definen como un procedimiento no invasivo y eficiente en términos de costos y tiempo, que puede ser aprendido por médicos y otros profesionales de la salud familiarizados con la psicoterapia.
- *Programa multimodal de educación para pacientes dirigido a niños y adolescentes*, Hampel et al. (2002) [27]. Se enfoca al logro a largo plazo de mejores competencias en el manejo del estrés, así como en el estado subjetivo

de la salud, logrando mejoras en la calidad de vida de los pacientes y su familia.

- *Programa psicoeducacional para el manejo del estrés*, Habib y Morrissey (1999) [9]. Proporciona un tratamiento corto y eficaz, cuyo resultado es la reducción de los síntomas (prurito, ansiedad social y niveles de severidad global) otorgando a los pacientes estrategias de manejo de la enfermedad a largo plazo.

- *Elaboración de una anamnesis donde se busca con el paciente la conexión entre un evento estresante y la aparición de la dermatitis atópica*, Capoore (1998) [7]. Este tipo de intervención psicológica y psiquiátrica (entrevista diagnóstica) debería ser incluida en la evaluación dermatológica ya que mejora el cuidado de los pacientes y disminuye los costos del tratamiento.

- *Técnicas de relajación, combinación de relajación progresiva de la musculatura e imaginería (CMB)*, Green (1997) [5]. La combinación de ambas técnicas de relajación son un efectivo tratamiento para la dermatitis atópica al disminuir el estrés.

Respecto a la conducta de rascarse Staab et al. (2002) [30] explican qué, la extrema intensidad de la picazón lleva a un constante rascado agravando la condición de la piel, siendo especialmente problemático este componente conductual de la enfermedad. Es por esto que se desarrollaron técnicas, en su mayoría de orientación conductual, que permitieran la modificación de este patrón de comportamiento, entre ellas se indican:

- *Combined approach*, Staughton (2001) [22]. Tratamiento médico y modificación de conducta. Este enfoque puede aportar importantes beneficios y mejoras en la calidad de vida, en la mayoría de los pacientes, incluso aquellos con una dermatitis atópica severa y crónica.

- *Terapias conductuales*, Warschburger y Petermann (1996) [4]. Enfoque efectivo que apunta a reducir el rascado y la picazón con lo que aumentan las posibilidades de curación.

Entre los tratamientos orientados a la familia en general y en especial a los padres, se consideran:

- *Programa de educación para padres en el manejo de niños con dermatitis atópica*, Staab et al. (2002) [30]. Contribuye al manejo integral dirigido a las familias de niños con dermatitis atópica y es beneficioso si se suma al tratamiento dermatológico. Se logra una mayor confianza en las capacidades personales de manejo de la enfermedad, en el tratamiento médico, una disminución de sentimientos de indefensión y tensión, además se influyen favorablemente aspectos de la salud relacionados a la calidad de vida, estrategias de enfrentamiento y reducción de la tensión dentro de la familia.
- *The Berlin model*, Wenninger et. al (2000) [15]. Orientado a mejorar las habilidades propias de los padres relacionadas al manejo de la enfermedad, impactando en forma positiva tanto en el curso de la enfermedad como en la calidad de vida de la familia.
- *Apoyo psicológico a las madres de niños con dermatitis atópica*, Pauli-Pott, Darui y Beckmann (1999) [13].

Un aspecto que plantean muchas de las investigaciones es la falta de conocimiento por parte de los pacientes y los padres respecto a la enfermedad, sus causas, morfología, factores gatillantes y aspectos psicológicos, así como opciones de tratamiento, uso de emolientes y esteroides tópicos y tratamiento sintomático. En este tema Ohya et al. (2001) [20] exponen que desde una perspectiva clínica, el escaso entendimiento del curso de la enfermedad y la ansiedad relacionada con el uso de esteroides tópicos, son factores significativos que pueden llevar al fracaso en el seguimiento del tratamiento. Por esto, se propone, que más allá de la terapia que se elija, es importante que se entregue esta información a través de charlas grupales o del dermatólogo.

Finalmente están los denominados tratamientos combinados, es decir aquellos que incluyen terapias dermatológicas y psicológicas, ya sea multidisciplinarias o interdisciplinarias. Koo y Lebwohl (2001) [18] sugieren que una vez que se ha diagnosticado el trastorno, el manejo de éste requiere de una aproximación dual dirigida hacia los aspectos psicológicos y dermatológicos. Mas aún,

Lange, Zschocke, Langhardt, Amon y Augustine (1999) [11] destacan que la multifactorialidad en la etiología y curso de la dermatitis atópica, permite que conceptos de terapias integrativas puedan ser aplicadas con resultados muy exitosos en la cura de la enfermedad. Además, señalan que las terapias integrativas logran un adecuado manejo de la enfermedad, evitan la iatrogenia y mejoran la sintomatología y de este modo, lo que es más trascendental, se lograría un tratamiento centrado en el paciente y no en la enfermedad. Entre las terapias combinadas se distinguen:

- *Tratamiento con factor de transferencia y terapia psicológica*, Beltrán de Paz et al. (2003) [31]. Debido a la influencia que el sistema neuroendocrino ejerce sobre las respuestas inmunológicas, se demostró que este tratamiento mejora la evolución clínica e inmunológica de la dermatitis atópica severa y moderada, además de disminuir los niveles de ansiedad y depresión.

- *Programa de educación para padres de niños con dermatitis atópica*, Staab (2002) [30]. Este programa contribuye al manejo integral orientado a la familia influenciando favorablemente la calidad de vida y las estrategias de enfrentamiento.

- *Tratamiento interdisciplinario, psicoterapia de insight y dermatológica*, Koblenzer (1995) [3]. Para este tipo de terapia el paciente debe poseer una adecuada percepción de la realidad, capacidad de desarrollar una relación terapéutica, tener curiosidad y apertura acerca de su enfermedad y sus causas, con lo que se puede lograr una mejoría cutánea, mejor capacidad de adaptación y bienestar psicológico a largo plazo. Se pone énfasis en que ambos profesionales, dermatólogo y psicólogo o psiquiatra, estén al tanto del tratamiento del otro.

- *Programa psicoeducacional para manejo del estrés*, Habib y Morrissey (1999) [9].

- *The Berlin model*, Wenninger et al. (2000) [15]. En el cual el trabajo se desarrolla por un equipo multidisciplinario compuesto por pediatras, psicólogos y nutricionistas.

- *Programa de tratamiento combinado dermatológico-conductual (DEBT)*, Ehler, Gieler y Stangier (1995) [2].

- *Técnicas conductuales en el manejo del estrés y manejo dermatológico*, Jaspers (1994) [1]. Se pueden obtener efectos beneficiosos utilizando técnicas conductuales, se destaca que se utilice como tratamiento complementario al dermatológico y en ningún caso se sustituya por éste último.
- *Tratamiento combinado dermatológico y terapia conductual en pacientes con psoriasis vulgaris y dermatitis atópica*, Lange, Zschocke, Langhardt, Amon y Augustine (1999) [11]. Se pudo constatar la efectividad de este tratamiento en el mejoramiento del estado de la piel y de parámetros psicosociales.
- *Enfoque combinado para el tratamiento de la dermatitis atópica (tratamiento médico y modificación de conducta)*, Staughton (2001) [22]. Orientado a la modificación de conducta de rascado, aporta importantes beneficios y mejoras en la calidad de vida de los pacientes, incluso aquellos con dermatitis atópica severa y crónica.

Un aspecto relevante en relación al manejo terapéutico de la dermatitis atópica es lo concerniente a la **adhesión al tratamiento**, lo cual está intrínsecamente vinculado a la relación que entabla el dermatólogo con el paciente o padres. Ohya et al. (2001) [20] señalan que el predictor más importante en la adhesión al tratamiento de la dermatitis atópica es la **relación médico-paciente**, seguida por la percepción de la severidad de la enfermedad y la comprensión del curso de esta en el tiempo, del uso de los esteroides. Además, la eficacia de la madre en el tratamiento se fortalece por la relación con el médico.

Los autores de las investigaciones que tratan el tema de la relación médico-paciente, señalan que existirían ciertas características de este vínculo importantes de ser valoradas. Lange, Zschocke, Langhardt, Amon y Augustine (1999) [11] sugieren que es relevante que el dermatólogo tenga una sensibilidad especial, en el sentido de darse cuenta de los temores sociales del paciente. Smith (2000) [14] señala que el especialista debe ser comprensivo con las experiencias de frustración tanto de los pacientes adultos como los niños y sus padres, en cuanto a la cronicidad y recurrencia del trastorno. Asimismo, debe proporcionar el tiempo necesario en la consulta para empatizar con el paciente y/o familia en cuanto a la problemática social y psicológica agregada a la enfermedad; este único hecho puede ayudar en la relación

terapéutica y por ende, en la adhesión al tratamiento. En este sentido, es muy importante que el dermatólogo se asesore de los aspectos psicológicos y en la manera más adecuada de enfrentar al paciente dermatológico. Esto hará posible que el paciente se sienta acogido permitiendo que tome conciencia de la relación entre la sintomatología física y los factores psicológicos, abriéndose a la posibilidad de recurrir a un psicólogo o psiquiatra. Barankin y DeKoven (2002) [25] añaden que con la aplicación del modelo biopsicosocial en las enfermedades cutáneas se logra una mejor alianza terapéutica. De hecho, Ohya et al. (2001) [20] plantean que sería necesario incluir el desarrollo de habilidades de comunicación en el currículo de la formación médica. Del mismo modo, los psicólogos y psiquiatras debieran capacitarse en temas médicos relacionados a las enfermedades psicosomáticas.

El que el dermatólogo focalize la atención en el tratamiento físico e ignore las factores psicológicos implica que se deje sin atender las necesidades emocionales del paciente. Esta actitud en el caso de los niños invita a los padres a centrarse en las lesiones dermatológicas, desatendiendo las necesidades emocionales propias de la etapa de desarrollo del niño. En el caso del paciente adulto, el que el dermatólogo descuide las necesidades emocionales exagera aún más los sentimientos negativos asociados a la enfermedad, disminuyendo de esta forma la adhesión al tratamiento. Finalmente, se puede decir que la adhesión al manejo terapéutico pasa, principalmente, por la relación médico-paciente y, en menor medida, por la información con que cuente el paciente de la naturaleza, síntomas y tratamientos de la dermatitis atópica.

La **actitud del paciente o los padres frente a la enfermedad y tratamiento** influirán inevitablemente en la adhesión al tratamiento y, consecuentemente, en la mejoría del paciente. En el caso de los niños con dermatitis atópica, Staab et al. (2002) [30] señalan, respecto a los padres, que la carencia de información, de confianza en el tratamiento, los sentimientos de indefensión y tensión pueden llevar a un manejo ineficiente de la enfermedad. En esta misma línea, Pauli-Pott, Darui y Beckmann (1999) [13] indican cómo las madres de niños con dermatitis atópica se describen a si mismas como más

depresivas, desesperanzadas, ansiosas y sobreprotectoras, influenciando en forma negativa en el curso de la enfermedad. Esta actitud de las madres puede ser un factor que agrave o exacerbe los síntomas de la dermatitis atópica. A esto se suma la falta de comprensión del curso de la enfermedad y/o la carencia o errada información en relación a los efectos de los esteroides tópicos, situación que mantiene a los padres muy ansiosos. Desde un punto de vista psicológico, no cabe duda que los propios prejuicios de los padres sobre la participación de factores psicológicos en el inicio, exacerbación y mantención de la enfermedad de su hijo, son un factor que va a influir en la apertura y adhesión a un tratamiento integrado dermatológico y psicológico. Esta información es muy relevante ya que en el caso de los niños no hay que perder de vista que son los padres los que asumen la responsabilidad del control de la enfermedad y de la adhesión al manejo terapéutico y, por ende, de ellos depende, en gran parte, el éxito del tratamiento.

En general al paciente psicósomático, en este caso con dermatitis atópica, le es difícil reconocer el aspecto psicológico de su enfermedad. En este sentido, como lo expresa McDougall (1991) (en cap. IV de esta memoria), estos pacientes no tienen ninguna conciencia de dolor mental, y suelen negar todo tipo de vínculo potencial entre el sufrimiento físico y el desamparo psicológico. Green (1997) [5], por un lado, señala que el no asumir o ignorar la fuente de estrés negativo y/o la sensación psicológica y física de estrés conduce a la sintomatología de la dermatitis atópica, manifestándose el estrés negativo como un síntoma físico. A su vez, los síntomas de la dermatitis atópica llevan a conductas evitativas para enfrentar los síntomas en sí mismos. En este sentido, Jaspers (1994) [1] expresa que habría pensamientos, sentimientos y tipos de comportamiento que juegan un rol importante en el mantenimiento y curso de la enfermedad, como por ejemplo, la reacción del paciente ante la misma. Por otro lado, Koo y Lebwohl (2001) [18] manifiestan que los pacientes psicodermatológicos a menudo se resisten a ser derivados a profesionales de la salud mental debido a la estigmatización asociada a los psiquiatras, por esto es importante el apoyo del médico para que el paciente pueda aceptar que debe consultar a un psiquiatra o psicólogo y, eventualmente, asistir a terapia psicológica.

Un sentimiento frecuente que se observa en pacientes con dermatitis atópica, especialmente en aquellos en que las lesiones están muy expuestas o son de aspecto desagradable, como lo señala Warschburger y Petermann (1996) [4] es el rechazo social, lo que les causa estrés. Papadopoulos, Bor y Legg (1999) [12] agregan que habría una reacción común entre estos pacientes que se refiere al sentimiento de ser estigmatizados o ser diferentes a los demás, lo que puede afectar las relaciones interpersonales y el comportamiento social. Por esta razón estos autores destacan que los factores sociales, las estrategias de enfrentamiento y de adaptación, resultan relevantes.

La cronicidad y recurrencia de la enfermedad lleva a que tanto pacientes adultos como niños y sus padres, busquen diferentes alternativas de tratamiento para la dermatitis atópica, lo que en muchas ocasiones les produce sentimientos de frustración y enojo por el fracaso de estos. Niemeier, Nippsen, Kupfer, Schill y Gieler (2002) [28] añaden que ciertos pacientes se sienten decepcionados debido a los resultados negativos de los exámenes que les realizan y que no logran clarificar las causas de su enfermedad.

Es necesario destacar que, algunos autores como Picardi y Abeni (2001) [21] advierten que las investigaciones actuales, en el tema relacionado a eventos estresantes y aparición del trastorno, carecen de una adecuada metodología, requiriéndose un mayor trabajo de investigación. Ya sea en forma de estudios prospectivos más confiables o estudios con un buen diseño de control de casos y suficiente poder estadístico que puedan generar evidencia confiable. En la misma línea Raap, Werfel, Jaeger Schmidt-Ott (2003) [33] agregan que debido a la relevancia clínica del estrés psicológico como modulador en la generación de la dermatitis atópica, es necesario futuras aclaraciones y ordenamientos de los mecanismos psicobiológicos en la aparición y mantención de la enfermedad. Asimismo, Papadopoulos, Bor y Leeg (1999) [12] plantean la necesidad de comparar la eficacia entre diferentes intervenciones psicológicas a través de estudios controlados y examinar variables tales como longitud del tratamiento y aplicación en diferentes etapas de la enfermedad. Añaden que es relevante el desarrollo de investigaciones en niños y adolescentes. Aún cuando se hayan constatado los efectos de tratamientos combinados Lange, Zschoke,

Langhardt, Amon y Augustine (1999) [11] sugieren que debido a la multiplicidad de los elementos que intervienen en el éxito del tratamiento combinado, es difícil tener claridad sobre la influencia de cada una de las medidas terapéuticas. Por esto, es necesario que futuros estudios utilicen grupos de control para determinar cómo actúan los diferentes factores en el tratamiento.

Finalmente, a lo largo de este análisis, se puede observar como cada uno de los aspectos de la dermatitis atópica analizados, interactúan dándole peso y justificando la utilidad de las intervenciones integrales médico psicológicas en el tratamiento de la enfermedad. En este tipo de manejo terapéutico se enfatiza que la aproximación biopsicosocial permite determinar la contribución relativa de los factores psicológicos, biológicos y sociales en cada paciente, lo que posibilita adaptar el tratamiento combinado a las necesidades de cada paciente, logrando así, una mejoría integral.

VII. CONCLUSIONES

En estas conclusiones se destacarán algunos tópicos que surgieron del análisis de la información obtenida en las investigaciones y artículos revisados sobre la dermatitis atópica, que a criterio de la autora de esta memoria, podrían ser una contribución desde un enfoque psicológico, al manejo terapéutico en forma interdisciplinaria, en la mejoría de los pacientes con dermatitis atópica.

En relación a los estudios en el tema, existen dos aspectos que son interesantes de resaltar. El primero se relaciona con las fuentes de donde se obtuvieron las investigaciones y artículos. Aún cuando se revisaron bases de datos de publicaciones del ámbito psicológico, y publicaciones del área médica, sólo se encontró información con respecto al tema de investigación, en esta última lo que refleja la escasez de investigaciones desde la psicología en relación a la dermatitis atópica. Es urgente que la psicología tome un papel más activo en las denominadas enfermedades psicosomáticas, ya que como se señaló anteriormente en el análisis, se observa un aumento en la prevalencia e incidencia de la dermatitis atópica en la última década, una falta de eficacia de terapias dermatológicas estándar en la mejoría de un importante número de pacientes, además de la co-morbilidad de trastornos psicológicos asociados a la dermatitis atópica, tales como, ansiedad y depresión entre otras.

El segundo aspecto se refiere a la inquietud de algunos autores de las publicaciones respecto de la carencia de una adecuada metodología en las investigaciones del tema. En este sentido, se requiere de un mayor trabajo de investigación con estudios prospectivos más confiables o estudios con un buen diseño de control de casos y suficiente poder estadístico que puedan generar evidencia confiable. Asimismo, los autores plantean la necesidad de comparar la eficacia entre diferentes intervenciones psicológicas a través de estudios controlados y examinar variables tales como longitud del tratamiento y aplicación en diferentes etapas de la enfermedad. Es importante además que, debido a la multiplicidad de los elementos que intervienen en el éxito del

tratamiento combinado, estudios futuros utilicen grupos de control para determinar cómo actúan los diferentes factores en el tratamiento. Además dado de que las investigaciones en general están orientadas a los pacientes adultos es necesario desarrollar investigaciones en niños y adolescentes.

La dermatitis atópica impacta en todos los ámbitos de la vida de la persona tanto físico, psicológico como social. Aún cuando el grado del impacto del trastorno en la calidad de vida de cada paciente o familia resulta ser subjetivo, en general, los pacientes sienten que el impacto de la dermatitis atópica en la calidad de vida es muy importante, incluso afirman que más que la enfermedad en si misma lo que más les aflige son los efectos negativos que la enfermedad acarrea a sus vidas, transformándose éste tema en una de sus mayores preocupaciones.

En el caso de los niños o adolescentes, esta situación es más compleja, porque la enfermedad afecta a más de una persona, involucrando también a todo el grupo familiar. El peso emocional y económico que implican los largos, costosos, invasivos y, a menudo, no exitosos tratamientos, recaen inevitablemente en la familia. Los padres, además de todos los costos que tienen que afrontar, en algunos casos, no les es fácil aceptar que requieren, como familia o individualmente su hijo, de ayuda en el ámbito psicológico. A esto se suma que aún cuando existe la evidencia del impacto negativo de la dermatitis atópica en la familia y la certeza del rol de la conducta familiar en el curso de la enfermedad, muchas veces es un aspecto que se ignora o no se le da el suficiente peso en el contexto médico.

Es pertinente destacar que las investigaciones revisadas del área médica hacen referencia al impacto negativo de la dermatitis atópica en la relación entre los padres y sus hijos; es decir, ven el deterioro de la relación padre-hijo como una consecuencia del trastorno. Sin embargo, desde una perspectiva psicológica, como se expuso detalladamente en capítulos anteriores de esta memoria, el psicoanálisis plantea que los vínculos tempranos de los padres con el paciente psicósomático se caracterizan por un tipo de vinculación patológica a partir de la cual se va estructurando un tipo de funcionamiento mental que

lleva al niño a somatizar los conflictos intrapsíquicos. En este caso, este tipo de vinculación podría conducir, entre otros factores, al desarrollo de una dermatitis atópica. Por lo anterior, es fundamental que esta visión de las causas de la enfermedad sea abordada rigurosamente por la psicología para así lograr integrar ambas perspectivas; es decir, la enfermedad como fruto de una vinculación patológica, a la vez que la relación patológica como producto de una enfermedad crónica. Asimismo, estos estudios permitirían contar con más información, lo que ayudaría tanto al médico como al paciente a entender la interacción entre ambas perspectivas. Así, el psicólogo podría plantear con mejores argumentos al cuerpo médico lo necesario y beneficioso de la terapia psicológica, no solo para los niños sino también para los padres. No obstante, es necesario tomar en cuenta lo delicado de la situación, y lo fuerte, que sería para los padres de niños o adolescentes con dermatitis atópica, tomar conciencia del rol que ellos mismos juegan en la génesis de la enfermedad.

En el caso del paciente adulto con dermatitis atópica, como lo expresan los autores señalados en el desarrollo de la memoria, éste suele estar convencido de que la causa de su enfermedad es solamente somática, rechazando de plano la posibilidad de que existan factores psicológicos involucrados en su enfermedad. Diversos autores enfatizan que gran parte de los pacientes psicósomáticos no tienen conciencia de dolor mental, y suelen negar todo tipo de relación potencial entre sufrimiento físico y desamparo psicológico. En este sentido, que el paciente con dermatitis atópica acuda en primer lugar al dermatólogo, implica la necesidad de establecer un buen vínculo terapéutico, en el cual el médico dedique tiempo para empatizar con el paciente, y que, junto con darle valor al aspecto físico de la enfermedad, le dé valor a las quejas subjetivas, en especial aquellas relacionadas con el deterioro de su calidad de vida y la frustración que significa la cronicidad y recurrencia de la enfermedad. Asimismo, es de gran relevancia que le muestre de manera empática los aspectos psicológicos que están influyendo en la enfermedad. En este aspecto las investigaciones concluyen que el mayor predictor de la adhesión al tratamiento es el buen vínculo médico-paciente.

En ambos casos, es fundamental el aporte que puede hacer el psicólogo tanto en la intervención directa con el paciente y su familia, como asesorando al dermatólogo en los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad.

En relación a cómo el psicólogo puede intervenir en el tratamiento con el paciente con dermatitis atópica y su familia hay diferentes enfoques. La mayoría de las investigaciones que se refieren o incorporan el tratamiento psicológico al manejo dermatológico de la dermatitis atópica, son principalmente de orientación cognitiva conductual. Sólo una de las investigaciones revisadas propone terapia de insight conjuntamente con el manejo dermatológico. Aún cuando esta memoria plantea un enfoque psicoanalítico en la explicación y tratamiento de la dermatitis atópica, se podría hacer un paralelo entre lo que plantea Kaplan y Sadock (1999) quienes señalan que en la fase aguda de la enfermedad será la atención médica la que tenga protagonismo, pero a medida que ésta va evolucionando a un estado crónico la psicoterapia va adquiriendo un papel primordial. Asimismo, en el caso de la terapia psicológica, se recomienda la terapia conductual en la fase aguda de la enfermedad en que predominan ciertas conductas que son dañinas, como la de rascarse, que como ya se mencionó en el desarrollo de la memoria, es un factor que agrava la enfermedad. Su indicación radica en que esta terapia logra una mejoría a corto plazo de estos patrones conductuales. Una vez que se haya remitido esta conducta, se puede sugerir al paciente una terapia dinámica para tratar los aspectos más profundos que estarían a la base de la generación de la enfermedad.

En cuanto a las terapias dinámicas no hay que perder de vista lo que plantea Koblenzer (1995) que no todos los pacientes pueden o quieren realizar una terapia psicodinámica, especialmente dadas las características del paciente psicósomático. Por todo esto, es recomendable que el psicólogo evalúe con mucha cautela cuál es el tipo de orientación psicológica que se adecua mejor a las características de cada paciente.

Dado que en general, en las investigaciones que plantean una terapia combinada, no explicitan la forma en que intervienen los diferentes

profesionales del área de la salud, es importante puntualizar que más que un trabajo multidisciplinario éste debería ser interdisciplinario. Es decir, aun cuando los distintos profesionales no sean parte de un equipo, es relevante que exista una comunicación constante entre ellos, donde los objetivos de ambos concuerden en relación al tratamiento, para lo cual, es necesario que cada uno valore el trabajo y aportes del otro profesional, siendo capaces de aceptar las limitaciones de cada una de las áreas, tanto la médica como la psicológica.

Es significativo recalcar el gran aporte que puede hacer la psicología al tratamiento del paciente psicosomático. En este sentido, es importante que el psicólogo logre transmitir la preeminencia que tiene el aspecto psicológico de la enfermedad en el paciente, especialmente en aquellos casos en que el médico sigue siendo escéptico de los beneficios del tratamiento interdisciplinario, donde se incluya al psicólogo. El desarrollo de investigaciones, que validaran estos aportes desde el área psicológica ayudarán a la legitimación de esta perspectiva frente al cuerpo médico. Es de gran relevancia que la psicología, con el mismo peso científico de la medicina, se aboque a la investigación de los aspectos psicológicos involucrados en la dermatitis atópica, en una etapa donde la medicina está progresivamente reconociendo la participación de los aspectos psicológicos tanto en la generación y exacerbación, como en la mantención de los trastornos dermatológicos.

Del resultado y análisis de las investigaciones se desprende que la psicología puede hacer un valioso aporte en tópicos como impacto de la calidad de vida tanto en el paciente adulto como en el niño y su familia, las estrategias que tiene el paciente y su familia para enfrentar la enfermedad, la toma de conciencia por parte del paciente y su familia de los aspectos psicológicos involucrados en la enfermedad, la influencia del estrés como factor gatillante o exacerbante, y la necesidad de tener un acercamiento al paciente con dermatitis atópica desde un enfoque biopsicosocial. Justamente, dadas las características del paciente psicosomático, específicamente el paciente con dermatitis atópica, donde existe una disociación cuerpo-mente, es por lo que estos pacientes necesitan ser tratados desde un enfoque biopsicosocial, integrando un manejo médico y psicológico.

Asimismo es de esperar que a través de los resultados y el análisis de las investigaciones revisadas tanto psicólogos como médicos, se convenzan de que no es posible dar un adecuado tratamiento al paciente psicósomático con dermatitis atópica desde una perspectiva solamente psicológica o solamente médica. Y así se espera que estos resultados ayuden tanto a los psicólogos a los médicos a enfrentar el tratamiento de los trastornos psicósomáticos en general, como dermatológicos, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Debido a la relevancia y necesidad que actualmente tiene la integración de los psicólogos en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos, sería interesante que se incluyera el estudio de éstos como parte de la formación psicológica en los programas de alumnos de pregrado.

Es necesario destacar que a través de esta memoria se cree haber cumplido con el objetivo de sistematizar la información contenida en las investigaciones y artículos revisadas en torno a la dermatitis atópica, con el fin de determinar si sus resultados apuntan a una mejoría más efectiva a largo plazo, a partir de tratamientos integrales médico y psicológico.

Finalmente desde un enfoque psicológico es necesario continuar en esta línea de investigación y, dada la sistematización de la información que se realizó respecto a las enfermedades psicósomáticas, específicamente de la dermatitis atópica, esta memoria podría ser un aporte para futuros estudios.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Adroer, S. (1988). Papel, posibilidades, limitaciones e indicaciones de la terapéutica de orientación dinámica en las alteraciones psicósomáticas. En I. Anguera de Sojo Peyra (comp.), *Medicina Psicósomática*, (pp. 210-215), Doyma S:A (Ed.). Barcelona España.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine Its principles and applications*. Nueva York: W. W. Norton and Company INC.
- Anguera de Sojo, I., Nolla, J. (1988). Psicósomática: orígenes, concepto, marco de referencia, limitaciones y perspectivas. En I. Anguera de Sojo Peyra (comp.), *Medicina Psicósomática*, (pp. 1-5), Doyma S:A (Ed.). Barcelona España.
- Anzieu, D. (1998). Funciones del Yo-Piel. En *El Yo Piel* (pp 107-124) España: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D., Houze, D., Missenard, A., Enriquez, M., Anzieu A., Guillaumin, J., Doron, J., Lecourt, E. y Nathan, T. (1990). *Las envolturas Psíquicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (1984). *Identificación-Glosario de términos psicoanalíticos*. Simposio 1984. Buenos Aires, Argentina.
- Awad, P. (2002). Actualización en dermatitis atópica. *Revista Medica Clínica las Condes*, 3, (13), 113-119.

- Barankin, B. y DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician-Le Médecin de famille canadien*, (48), 712-716.
- Beltrán de Paz, C., Flores, G., Orea, M., Gómez, J., Serrano, E., Sevilla, P., Juárez, Y. y Estrada, S. (2003). Implicancias psicológicas, inmunológicas y endocrinas en la dermatitis atópica. *Revista Alergia México*, 2, (50), 54-59.
- Bleichmar, N. y Leiberman, C. (1999). *El psicoanálisis después de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Brett, G. (1963). *Historia de la Psicología*. Buenos Aires: Paidós.
- Buske-Kirschbaum, A., Geiben, A. y Hellhammer, D. (2001). Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 6-16.
- Capoore, H., (1998). Does psychological intervention help chronic skin condition? *Postgraduate Medical Journal*, 877, (74), 662-664.
- Célérier, M.-C., Oresve, C., Janiaud-Gouitaa F. (2001). *El encuentro con el enfermo*. España: Editores Síntesis S.A.
- CIE-10 (1993). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionaos a la Salud.*, volumen I y 2. Madrid: Meditor
- Condemarín Eva, P. (1997). VIII. Psicósomática Patología Psicósomática. *Revista Terapia Psicológica*, 27, (VI (3)), 95-101.

- Czyzewsk, D. y Lopez, M. (1998). Clinical psychology in the management of pediatric skin disease. *Derematologic Clinics*, 3, (16), 619-629.
- Danovaso, M.C. (1997). Dermatitis atópica. *Pediatría al Día*, 13, (10), 138-140.
- DSM – IV (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona España: Editorial Masson.
- Ehler, A., Stangier, U.y Gieler, U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, (63) 624-635.
- Fava, G.A., Freyberger, H. (1998). *Handbook of Psychosomatic Medicine*. International Universities Press,Inc.
- Fischman, P, Pérez-Cotapo, M. L. (1994). Avances en Psicodermatología. *Revista Chilena de Dermatología*, 3, (10), 169-172.
- Freud, S. (1979). El yo y el ello y otras obras. (1923-1925) En Amorrortus (Eds.) *Obras Completas vol. XIX* (pp. 3-66) Buenos Aires.
- Freud, S. (1981). Estudios sobre la Histeria (Breuer y Freud) (1893-95). En Amorrortus (Eds.) *Obras Completas vol .II.* (pp. 1-43) Buenos Aires:
- Freud, S. (1981). Sobre el Mecanismo Psíquico de Fenómenos Históricos (1893). En Amorrortus (Eds.) *Obras Completas vol.III.* (pp. 25-40) Buenos Aires:
- Freud, S. (1984). Proyecto de Psicología. (1895) En Amorrortus (Eds.) *Obras Completas vol .I.* (pp. 323-337) Buenos Aires:

- Freud, S. (1984). Tratamiento Psíquico. (Tratamiento del Alma 1890) En Amorrortus (Eds.) *Obras Completas vol. I.* (pp. 111-132) Buenos Aires.
- Gupta, M. y Gupta, A. (2002). Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 415-421.
- Gupta, M. y Gupta, A. (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patient with dermatologic disorders. *American Journal Clinical Dermatology*, 4, (12) 833-842.
- Green, D. (1997). The comparative effect of relaxation techniques in the treatment of atopic dermatitis. *Dissertation-Abstracts-Internacional:-Section-B:-The Sciences-and-Engineering*, 12-B, (57) 7726.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1997). Modalidades de las Relaciones Objetales en el Proceso Psicoanalítico. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 1, (14), 9-30.
- Habib, S. y Morrissey, S. (1999). Stress management for atopic dermatitis. *Behaviour-Change*, 14, (16) 226-236.
- Hampel, P., Petermann, F., Stauber, T., Stachow, R., Wilke, K., Scheewe, S. y Rudolph, H. (2002). Kognitive-Behaviorales stressbewältigungstraining in der Patientenschulung von Kinder Jugendlichen mit Atopischer Dermatitis. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, (1), 31-52.
- Haynal, A., Pasini, W. (1980). *Manual de medicina psicosomática*. España: Toray Masson, S.A.

- Hernández, V: (1998). Aportaciones de la psicología dinámica a la psicósomática. En I. Anguera de Sojo Peyra (comp.), *Medicina Psicosomática*, (pp. 6-12), Doyma S:A (Ed.). Barcelona España.
- Honeyman, J. (1997a). *Dermatología Chile*: Tecnoprint Ltda.
- Honeyman, J. (1997b). Dermatitis atópica rol del sistema nervioso *Revista Chilena de Dermatología*, 4, (13), 255-263.
- Honeyman, J. (2000). Dermatología en el siglo XXI. *Revista Chilena de Dermatología*, 1, (16), 7-16.
- Honeyman, J. (2002). Atopia cutanea o dermatitis atopica, *Revista chilena de dermatología*, 18, (1), 6-14.
- Herrera, E. (2000). Identificación Proyectiva. Desarrollo de un Concepto. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 1, (17), 32-41.
- Howlett, S. (1999). Emocional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 140, 381-384.
- Jaspers, J. (1994). Behavioral Therapy in Patients with Chronic Skin Disease. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, (1), 202-209.
- Kaplan, H., Sadock, B., Freedman A. (1982). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona España: Editorial Salvat Editores, S.A.
- Kaplan, H., Sadock, B., Cancro, R. (1989). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona España: Editorial ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

- Kaplan, H., Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la conducta, Psiquiatría clínica*. Madrid España: Editorial medica Panamericana S.A.
- Kimyai-Asadi, A. y Usman, A. (2001). The rol of psychological stress in skin disease. *Journal Cutaneous Medicin Surg.* ,2, (5) 140-145.
- Koblenzer, C. (1995). Psychotherapy for intractable inflammatory dermatoses. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 4, (32), 609-612.
- Koblenzer, C. (1997). Aspectos psicológicos de las enfermedades cutáneas. En T. Fitzpatrick, A. Ellsen, K. Wolff, I. Friedberg, F. Austten, (comp.), *Dermatología en medicina general* (pp 15-28). Madrid España: Medica panamericana.
- Koblenzer, J. (1996). Breve historia de la dermatología psicosomática. En Koo, J.Mcgraw-hill interamericana, (Ed.), *Clínicas dermatológicas* (pp 409-411) México.
- Koo, J. (1996). *Clínicas Dermatológicas Psicodermatología*, Vol.3, México: Editorial McGraw – Hill Interamericana.
- Koo, J. y Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: The mind and skin connection. *American Family Phycsian*, 11, (64), 1873-1878.
- Kupfer, J., Gieler, U., Braun, A., Niemeier, V., Huzler, C. y Renz H. (2001). Stress and atopic eczema. *Interntional Archives of Allergy and Immunology*, 124, 353-355.

- Lange, S., Zschocke, I., Langhardt, S. Amon, U., Augustine, M. (1999). Effekte Kombiniertes Therapeutischer Massnahmen bei Patienten mit Psoriasis und Atopischer Dermatitis. *Hautarzt*, 50, 791-797.
- Leung, D., Rhodes, A., Geha, R., Schneider, L. y Ring, J. (1997). Dermatitis atópica En Fitzpatrick, A. Ellsen, K. Wolff, I. Friedberg, F. Austten, (Comp.), *Dermatología en medicina general* (pp 1614-1636). Madrid España: Medica panamericana.
- Lieberman, D, Grassano de Piccolo, E., Neborack de Dimant, S., Pistiner de Cortiñas, L., Roitman de Woscoboinik, P., (1993). *Del cuerpo al símbolo sobreadaptaciones y enfermedades psicosomáticas*. Santiago Chile: Ananké.
- Luzoro, J. (1999). *Psicología de la Salud*. Chile: Bravo y Allende
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julian Yébenes S.A.
- Mailer, S., Herrera E. (2004, agosto). *Psique y Soma, Mente y Cuerpo. ¿Dos caballos para un jinete? Reflexiones acerca de lo psicosomático*. Ponencia presentada en, V Encuentro Psicoterapéutico del comité de Psicoterapia de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Reñaca, Chile.
- Nader, A. (2002). Escenarios clínicos del cuerpo enfermo. *Revista Terapia Psicológica*, 38, (20 (2)), 199-202.

- Niemeier, V., Nippsen, M., Kupfer, J., Schill, W., y Gieler, U. (2002). Psychological Factors Associated with Hand Dermatoses: which Subgroup Needs Additional Psychological Care? *British Journal of Dermatology*, 146, 1031-1037.
- Otero, J., Rodado (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. *Revista de psicoanálisis*, (16).
- Ohya, Y., Williams, H., Steptoe, A., Saito, H., Likura, Y., Anderson, R. y Akasawa, A. (2001). Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *The Journal of Investigative Dermatology*, 4, (117), 852-857.
- Ovalle, A. (1993). "Cuando el dolor no encuentra salida en las lagrimas, son otros órganos los que lloran" (una revisión de la conexión entre sobreadaptación en el carácter y somatización como lenguaje preverbal). Manuscrito no publicado. ACHPA, Santiago Chile.
- Paller, A., McAlister, R., Doyle, J. y Jackson, A. (2002). Perceptions of Physicians and Pediatric Patient about Atopic Dermatitis, its Impact, and its Treatment. *Clinical Pediatrics*, 323-332.
- Papadopoulos, L., Bor, R. y Legg, C. (1999). Psychological Factors in Cutaneous Disease: an Overview of Research. *Psychology, Health and Medicine*, 2, (4), 107-126.

- Paconesi, E. Y Hautman, G. (1996). Aspectos psicofisiológicos del estrés: Patrón psicobiológico de los aspectos psicosomáticos. En Koo, J. McGraw-hill interamericana, (Ed.), *Clínicas dermatológicas* (pp 415-435) México.
- Panconesi, E. (2000). Psychosomatic dermatology: past and future. *Internacional Journal of Dermatology*, 39, 732-734.
- Pauli-Pott U., Darui A. y Beckmann D. (1999). Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, childrearing attitudes and perceived infants temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, (1), 39-45.
- Perez-Cotapo, M.L., Balcelis, M.E., Larach, J. (1999). Uso de Psicofármacos en el Paciente Dermatológico *Revista Chilena de Dermatología*, 4, (15), 233-237.
- Picardi, A. y Abeni, D. (2001). Stressful Life Events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 3, (70), 118.
- Poblete, P. (1997). Aspectos inmunológicos del Prurito *Revista Chilena de Dermatología*, 4, (13), 273-277.
- Raap, U., Werfel, T., Jaeger, B. y Schmid-Ott, G. (2003). Atopische Dermatitis und Psychischer Stress. *Hautarzt*, 54, 925-929.
- Real Academia Española, (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Madrid España: Espasa Calpe S.A.
- Sánchez, L. (2001). Psicofármacos en Dermatología. *Revista Chilena de Dermatología*, 4, (17), 249-252.

- Sarafino, E. (1994). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions* EEUU: John Willey and Sons, Inc.
- Savin, J., A. Cotterill, J. A., (1992). Psychocutaneous Disorders. En, Rook, Wilkinson, Ebling, (Ed.), *Textbook of Dermatology*, (pp.2479-2496). Oxford-Inglaterra: Blackwell Scientific Publications.
- Silva, S. (1998). Atopia y enfermedades atópicas. *Revista Chilena de Dermatología*, 1, (14) 48-49.
- Smith, S. (2000). Managing pediatric atopic dermatitis. *Clinical Pediatrics*, 1-14.
- Staab, D., Von Rueden U., Kehrt, R., Erhart, M., Wenninger, K., Kamtsiuris, P. y Wahn, U. (2002). Evaluation of Parental Training Program for the Management of Childhood Atopic Dermatitis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 13, 84-90.
- Staughton, R. (2001). The disease and its environment. Psychologic approach to atopic skin disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1, (45), 853-854.
- Stern, R. (1997). Epidemiología de la enfermedad cutánea En T. Fitzpatrick, A. Ellsen, K. Wolff, I. Friedberg, F. Austten, (comp.), *Dermatología en medicina general* (pp 7-14). Madrid España: Medica panamericana.
- Tejedor, C. (1995). *Historia de la Filosofía en su marco cultural*. Madrid: Ediciones SM.

- Tejedor, M.C., Castellón, J.J. (1988). Generalidades terapéuticas en psicósomática: otras técnicas psicológicas. En I. Anguera de Soyo Peyra (comp.), *Medicina Psicosomática*, (pp. 205-209), Doyma S:A (Ed.). Barcelona España.
- Valda, L., Oroz, J. y Castillo, P. (2001). Dermatitis atópica: Etiopatogenia, diagnóstico y manejo terapéutico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 2, (12), 119-128.
- Wayne, M. (1997). The relationship of negative stressors, social support and coping to adolescent atopic dermatitis. *Dissertation-Abstracts-Internacional:-Section-B:-The Sciences-and-Engineering*, 3-b, (58) 1585.
- Warschburger, P. y Petermann, F. (1996). Verhaltensmedizinische Interventionen bei Atopischer Dermatitis: Ein Überblick. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 2, (6) 76-86.
- Wenninger, K., Kehrt, R., Von Rueder, U., Lehmann, C., Binder, C., Wahn, U. y Saab, D. (2000). Structured parent education in the management of childhood atopic dermatitis: The Berlin model. *Patient Education and Counseling*, 40, 253-261.
- Winnicott, D. (1993). El trastorno Psicosomático. En *Exploraciones Psicoanalíticas 1* (pp.130-147). Buenos Aires: Paidós.
- Zachariae, R., Zachariaei, C., Ibsen, H., Mortensen, J. y Wulf, H. (2004). Psychological symptom and Quality of life of dermatology outpatients und hospitalized dermatology patients. *Acta Derm Venereol*, 84, 205-212.