

# Actualización en psicodermatología

Tomás Serón D.<sup>(1)</sup>, Perla Calderón H.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>(2)</sup>Departamento de Dermatología, HCUCH.

**SUMMARY** *Psychodermatology is an area of dermatology dedicated to the connection between this medical discipline and psychiatry. Its importance is based in that emotional factors can exacerbate skin diseases and psychiatric disorders may manifest as skin lesions. This relationship can be described as an intricate network involving psychological, social, neuroendocrine, immune and skin factors, as reflected in the complexity of the management of these patients. Is important to increase research and interest in this important issue, as an integrative and multidisciplinary approach allows for interventions in the vicious circle between psychiatric dysfunction and skin symptoms, improving significantly the quality of life of patients.*

**Fecha recepción: agosto 2015 | Fecha aceptación: noviembre 2015**

## INTRODUCCIÓN

La Psicodermatología corresponde a un área de la Dermatología que aborda los enlaces entre ésta y la Psiquiatría. En términos simples, podríamos decir que se encarga de las patologías cutáneas resultantes de la interacción mente-piel<sup>(1)</sup>. La importancia de esta subespecialidad radica en que los trastornos psiquiátricos se encuentran presentes en una importante fracción de los pacientes a la hora de la consulta dermatológica, complicando su patología a la piel. Sin embargo, muchas veces estos elementos no son reconocidos ni manejados, ya sea por desconocimiento, o bien, por una contratransferencia negativa (emociones egodistónicas en el terapeuta secundario a sentimientos de frustración, rabia o angustia frente a pacientes complejos). Estos pacientes pueden representar un verdadero desafío para los médicos. Con frecuencia puede generarse una relación médico-paciente

deficiente tal que las partes pueden sentir intensa frustración, debido a la escasa comprensión entre ambos.

Un estudio realizado en Chile por miembros de nuestro Servicio de Dermatología a un grupo de dermatólogos nacionales, demostró que el 75% de estos clínicos reconoce la patología psicodermatológica como un fenómeno frecuente en la práctica habitual, mientras que el 24% considera que es una situación rara. La mayor parte se enfrenta de manera neutral (43%) o confortable (31%) frente a estos pacientes; sin embargo, una importante proporción de clínicos se encuentra incómodo o muy incómodo en este contexto (14% y 2%, respectivamente). Por otro lado, la mayoría indica algún antipsicótico raramente (56%) o nunca (30%). La limitación de este estudio fue la baja tasa de respuesta del instrumento utilizado, que fue de 44% (102/232)<sup>(2)</sup>. Series extranjeras que han analizado

el nivel de conocimiento sobre los cuadros psicodermatológicos por parte de los dermatólogos, muestran que sólo el 18% de éstos manifestó tener un manejo claro de estos trastornos; sin embargo, el 42% de los especialistas manifestó sentirse cómodos a la hora de enfrentarse a estos pacientes y llevar a cabo el manejo clínico. Los diagnósticos psicofisiológicos más frecuentes reportados en esta encuesta son el acné, la dermatitis atópica y la psoriasis, mientras que los delirios de parasitosis, la excoriación neurótica y la tricotilomanía fueron las condiciones más derivadas a los servicios de psiquiatría<sup>(3)</sup>.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura, con el objetivo de sintetizar la evidencia existente respecto de la Psicodermatología y sus implicancias clínicas. De este modo, se busca describir el vínculo entre salud mental y dermatología, además de abordar los aspectos más relevantes para la práctica médica, no sólo orientado para especialistas dermatólogos y psiquiatras, sino que también para orientar a médicos generales en su quehacer habitual.

### CONCEPTO

La importancia de la relación mente-cuerpo ha estado presente en las culturas orientales desde épocas remotas, donde el ser humano es considerado como un todo integral. La psicodermatología aterriza esta idea de la conexión entre ambos aparatos del ser humano a la patología de la piel. Esta disciplina abarca cuadros muy diversos entre sí, desde aquellos en los cuales el estrés juega un factor agravante, hasta cuadros psicóticos con síntomas dermatológicos. Por tanto, se hace necesario generar un sistema de clasificación para unificar los criterios entre los clínicos y facilitar su comprensión (Tabla 1)<sup>(4)</sup>. Los cuadros clínicos se han dividido internacionalmente en cuatro subcategorías, según la clasificación de Koo y Lee, en trastornos psicofisiológicos, trastornos psiquiátricos primarios, trastornos psiquiátricos secundarios y trastornos

**Tabla 1. Clasificación de los trastornos psicodermatológicos**

<p><b>Trastornos psicofisiológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> <li>• Dermatitis atópica</li> <li>• Acné</li> <li>• Hiperhidrosis</li> <li>• Urticaria</li> <li>• Infección por virus herpes simplex</li> <li>• Dermatitis seborreica</li> <li>• Aftosis</li> <li>• Rosácea</li> <li>• Prurito psicógeno</li> </ul> <p><b>Trastornos psiquiátricos primarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatitis artefacta</li> <li>• Delirios de parasitosis</li> <li>• Tricotilomanía</li> <li>• Estados fóbicos</li> <li>• Dismorfofobia</li> <li>• Trastornos alimentarios</li> <li>• Excoriaciones neuróticas</li> <li>• Prurito psicógeno</li> </ul> <p><b>Trastornos psiquiátricos secundarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alopecia areata</li> <li>• Vitiligo</li> <li>• Psoriasis extensa</li> <li>• Eczema crónico</li> <li>• Síndrome ictiosiforme</li> <li>• Rinofima</li> <li>• Neurofibroma</li> <li>• Albinismo</li> </ul> <p><b>Trastornos sensoriales cutáneos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glosodinia</li> <li>• Vulvodinia</li> </ul>
--

sensoriales cutáneos<sup>(5)</sup>. Se describirán algunas de las patologías más frecuentes y características de cada subtipo de trastorno psicodermatológico, debido a la gran cantidad y diversidad de entidades existentes.

### TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS Y ASOCIACIÓN CON ALGUNAS DERMATOPATÍAS

Estos son trastornos de la piel que parecen sufrir exacerbaciones por el estrés y factores emocionales. Los ejemplos más comunes son la psoriasis y la

hiperhidrosis. Los procesos fisiopatológicos involucrados se relacionan con una desregulación del eje neuro-endocrino-cutáneo en respuesta al estrés psicofisiológico (activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal), aumento de la estimulación adrenérgica y aumento de citoquinas proinflamatorias, generando modificaciones en el sistema inmunológico (cambios en los fenotipos de los linfocitos circulantes)<sup>(6)</sup>. Además, los mediadores del estrés provocarían una alteración en la homeostasis de la barrera epidérmica, precipitando dermatosis inflamatorias<sup>(7)</sup>.

Estas patologías no sólo afectan la dimensión personal del paciente, sino que muchas veces se asocian a alteraciones en las dinámicas sociales y familiares, que conducen a mayor estrés psicológico. Un estudio caso-control multicéntrico que analizó la presencia de disfunción familiar en distintas patologías dermatológicas relevantes (psoriasis, dermatitis atópica o alopecia areata), arrojó que estos tenían tres veces más riesgo de tener disfunción familiar moderada en comparación con los sujetos controles, mientras que el riesgo para tener una disfunción familiar severa fue de 16 veces<sup>(8)</sup>.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta no sólo la piel, sino que tiene repercusiones a nivel sistémico. Produce significativo deterioro de la calidad de vida, asociándose fuertemente a disfunciones emocionales. No sólo presentan con mayor frecuencia patología psiquiátrica, sino que también los estresores psicosociales están estrechamente implicados en la exacerbación de las lesiones psoriáticas. El estudio CALIPSO (Coronary Artery Calcium in Psoriasis) encontró una relación significativa entre los niveles de cortisol salival nocturno con la severidad de la psoriasis según el PASI (Psoriasis Area Severity Index)<sup>(9)</sup>. Se realizó un estudio en el que se implementó un programa de manejo multidisciplinario de 6 semanas, conformado por médico, psicólogo y enfermera, para pacientes con psoriasis (PSMP: Psoriasis

Symptom Management Programme) con el objeto de evaluar si este enfoque favorecía la mejoría clínica/psicológica. Los resultados de este estudio muestran que las intervenciones psicológicas sumadas a la terapia médica producen una importante mejora de los parámetros clínicos, medidos según PASI, así como en los trastornos psicoemocionales asociados, como ansiedad y depresión<sup>(10)</sup>, lo cual podría ser un importante elemento terapéutico a considerar. La psoriasis ha sido asociada a mayor frecuencia de trastornos del sueño; sin embargo, se cuestiona si este fenómeno se debe a la depresión secundaria a este diagnóstico, más que a una relación directa. Un estudio aplicó el Insomnia Severity Index (ISI), una encuesta autoadministrada para el *screening* de insomnio, dando cuenta de que los pacientes con psoriasis experimentaron con mayor frecuencia insomnio versus el grupo control, según edad, género e índice de masa corporal. Pero al ajustar según la presencia de depresión (aplicando el Patient Health Questionnaire/PHQ-9), se evidenció que no existía mayor probabilidad de insomnio en el grupo con psoriasis, por lo cual los trastornos del sueño podrían corresponder a manifestaciones del cuadro anímico<sup>(11)</sup>.

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica y recidivante, que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas pruriginosas y eczematosas. Además de los síntomas en la piel, pueden presentar importantes disfunciones del área psicosocial como aislamiento y discriminación, además de trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y excitabilidad emocional<sup>(12)</sup>. El estrés estimula al sistema neuroendocrino, lo que induce un cambio en el fenotipo de los linfocitos, generando una respuesta Th2, liberando neuropéptidos y neurotrofina, induciendo disfunción de la barrera epidérmica y disminuyendo el umbral del prurito, por lo que tiene gran impacto en la evolución de la dermatitis atópica. Esta respuesta Th-2 por sobre Th-1 se asocia a una activación de los queratinocitos, células de Langerhans, células dendríticas, células endoteliales, mas-

tocitos, células B y eosinófilos<sup>(13)</sup>. Se reporta que la ansiedad además de inducir prurito, determina una disminución de la calidad de vida medida por el Dermatology Life Quality Index<sup>(14)</sup>.

La hiperhidrosis es una entidad clínica en la cual hay una producción y excreción desproporcionada de sudor, sobrepasando los requerimientos de la homeostasis cutánea. Se manifiesta principalmente en manos, pies, axilas y cara. En estos pacientes la sudoración excesiva se puede generar como resultado de un estímulo emocional de intensidad variable, conduciendo a un menoscabo psicológico tal que interfiere en su desarrollo social y laboral. Un estudio chileno encontró que la mayor parte de los pacientes tenían una deficiente calidad de vida, lo cual mejora tras el tratamiento quirúrgico con la simpatectomía videotoracoscópica (80% de pacientes presentaron mala calidad de vida preoperatoria, mientras que el 83% mejora su situación con la cirugía, permitiendo reiniciar sus actividades normales)<sup>(15)</sup>.

### **Trastornos psiquiátricos primarios**

Situaciones clínicas en la cual los pacientes con trastornos psiquiátricos se autoinducen signos y síntomas cutáneos, sin existir lesiones primarias de la piel. Se incluyen cuadros como la tricotilomanía, los delirios de parasitosis y la excoriación neurótica.

La dermatitis artefacta (DA) se define como la presencia de lesiones en la piel provocadas por el mismo paciente, quien por lo demás niega haber autoinducido sus lesiones. Este acto busca satisfacer alguna necesidad psicológica que es intensamente disruptiva para su estructura psíquica. Deben ser diferenciados de los simuladores que también niegan la responsabilidad en la producción de sus lesiones; sin embargo, sus motivaciones son fáciles de descubrir, siendo generalmente alguna ganancia financiera o judicial<sup>(16)</sup>. La incidencia general

en pacientes que acuden a consulta dermatológica ha sido reportada en torno al 0,3%<sup>(17)</sup>. Puede aparecer a cualquier edad, pero predomina en adultos jóvenes, siendo mayor su incidencia alrededor de los 20 años de edad, preferentemente en mujeres. Además, es frecuente que el cuadro se inicie tras un período de estrés psicosocial intenso, que generalmente se identifica al construir la historia clínica<sup>(18)</sup>. Las lesiones más frecuentes son las excoriaciones generalmente lineales e infligidas, usando las uñas de las manos, aunque se ha descrito una gran variedad de objetos afilados también utilizados con este fin. También pueden presentar úlceras, ampollas, escaras, costras y paniculitis, lo que muchas veces dificulta su diagnóstico. El tratamiento es complejo e incluye psicoterapia, ejercicios de relajación y farmacoterapia (ansiolíticos, ISRS, neurolépticos)<sup>(5)</sup>.

La tricotilomanía se caracteriza por alopecia en parches debido a una necesidad compulsiva de tirarse del pelo. Habitualmente puede aparecer en cualquier área con vello, pero los lugares más frecuentes son el cuero cabelludo y las cejas, mientras que las pestañas se ven afectadas de manera excepcional. La alopecia se presenta con un patrón de distribución artificial, con formas circulares o lineales, siendo característicos los pelos fracturados de diferentes longitudes. El diagnóstico se realiza a través de la historia y el examen clínico; sin embargo, en muchos casos puede ser difícil diferenciar de otras causas de alopecia. Se reporta que alrededor del 1% de la población adulta general<sup>(19)</sup> y 2%-4,4% de la población ambulatoria psiquiátrica<sup>(20)</sup> cumplen criterios para este cuadro. Se ha explorado el impacto en distintas áreas del funcionamiento psicosocial como el estrés psicológico, calidad de vida y autoestima, relacionándose directamente su deterioro con la intensidad del cuadro clínico<sup>(21)</sup>. El manejo de estos pacientes es complejo y debe involucrar tanto manejo psicoterapéutico conductual como farmacológico (antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la

recaptación de serotonina). Grant *et al.*<sup>(22)</sup> realizó un ensayo clínico doble ciego aleatorizado donde se comparó la administración de N-acetilcisteína en dosis de 1200-2400 mg/día con placebo, observando en el grupo intervenido farmacológicamente mayor eficacia y seguridad que el placebo, produciendo mejores resultados que otras alternativas farmacológicas utilizadas.

El delirio de parasitosis o delirio dermatozoico es un trastorno psiquiátrico caracterizado por la creencia delirante de que se está infestado de organismos vivos (parásitos, bacterias, hongos) así como por elementos inertes (fibras)<sup>(23)</sup>. Este cuadro fue reportado por primera vez por Georges Thibierge en 1894 bajo el nombre de “acarofobia”; sin embargo, quien mejor caracterizó este trastorno fue Karl Axel Ekbom en la década de 1930, del cual se origina el epónimo síndrome de Ekbom. Pueden presentar diversos tipos de lesiones, ya sean excoriaciones, liquenificación, prurigo nodular y ulceraciones, todos autoprovocados como resultado de los esfuerzos del paciente para eliminar los “agentes infestantes”<sup>(24)</sup>. Con frecuencia acuden al médico con trozos de piel, pelusas y otras muestras de “parásitos” para tratar de demostrar la existencia de estos elementos ( “signo caja de cerillos”)<sup>(25)</sup>. Inicialmente el tratamiento farmacológico se basaba en el uso de pimozida; sin embargo, debido a sus efectos extrapiramidales ha sido relegado por otros neurolépticos como amisulprida, olanzapina y risperidona<sup>(26)</sup>.

El French Psychodermatology Group propone definir al prurito funcional o psicógeno como “un trastorno donde el prurito está en el centro de la sintomatología, y donde los factores psicológicos desempeñan un papel evidente en el inicio, agravamiento o persistencia”. Este grupo plantea una serie de criterios para su diagnóstico, siendo obligatorio la presencia de prurito localizado o generalizado sin lesión cutánea asociada, prurito crónico (mayor a 6 semanas) y ausencia de causa somática.

Además, deben presentar al menos 3 de 7 criterios menores: relación cronológica con uno o varios eventos que podrían tener repercusiones psicológicas, variaciones en intensidad asociados con el estrés, variaciones nocturnas, predominio durante el reposo, trastorno psicológico asociado, mejora del prurito con antipiscóticos y con psicoterapia. Es fundamental para el manejo de estos pacientes explicar la relación entre sus síntomas y sus conflictos emocionales, a lo que se agrega el uso de cremas hidratantes y antihistamínicos (hidroxizina), además de una adecuada terapia farmacológica con antidepresivos<sup>(27)</sup>.

### **Trastornos psiquiátricos secundarios**

Condiciones psiquiátricas como depresión, trastorno ansioso y fobia social, que se producen como consecuencia de una enfermedad de la piel, generan un gran impacto sobre la calidad de vida.

Los pacientes con alopecia areata presentan con mayor frecuencia depresión, ansiedad, fobia social y trastornos paranoides, respecto de la población general. Un estudio en el cual se administró el cuestionario Minnesota Multiphasic Personality Inventory (uno de los instrumentos más utilizados en psicología para la evaluación de la personalidad) a un total de 146 pacientes (73, con alopecia areata y 73, controles) mostró que los pacientes con alopecia areata tenían mayores puntuaciones para depresión, ansiedad y disfunciones psicológicas comparados con el grupo control, experimentando con mayor frecuencia sentimientos depresivos, histéricos y ansiosos, además de conductas más hipocondríacas<sup>(28)</sup>. Olguín *et al.*<sup>(29)</sup> en un estudio transversal comparativo realizado en México encontraron que el 68% de los pacientes presentaba trastorno depresivo y 78% trastorno de ansiedad, sin variaciones según factores socioeconómicos. Además, identificaron con mayor frecuencia disminución del deseo sexual y del apetito.

El acné vulgaris y los problemas psicosociales están estrechamente relacionados, especialmente en la adolescencia, por lo que puede provocar serios problemas en la percepción de la autoimagen, en el proceso de socialización y en el desarrollo psicosexual. Se ha descrito la importancia de síntomas como depresión y ansiedad en estos pacientes. La frecuencia de depresión en pacientes usuarios de isotretinoína, fármaco utilizado en el acné inflamatorio severo, varía de 1 a 11%<sup>(30)</sup>, por lo que se ha asociado mayor riesgo de depresión y de ideación suicida en pacientes usuarios de este tratamiento. Sin embargo, existe la controversia respecto de si cumple un rol causal en la sintomatología psiquiátrica o si más bien se deba a la severidad de los cuadros que han de requerir dicho fármaco<sup>(31)</sup>. En este contexto, un consenso realizado de manera conjunta por dermatólogos y psiquiatras en Australia, plantea la importancia de llevar a cabo una acabada evaluación clínica previa al inicio de la isotretinoína, con enfoque en la salud mental, además de un control permanente de los síntomas psiquiátricos durante el período de tratamiento<sup>(32)</sup>.

En el vitiligo los síntomas que predominan son la vergüenza, la inseguridad, la tristeza y el disgusto, lo que conduce a una baja autoestima, detrimento laboral y dificultad en establecer relaciones sociales<sup>(33)</sup>. Se ha detectado una prevalencia de disfunción sexual de un 62,5% en mujeres y 11,5% en los hombres en pacientes encuestados telefónicamente<sup>(34)</sup>. Los estudios además demuestran que los pacientes con vitiligo presentan con mayor frecuencia trastornos del sueño durante su infancia y adolescencia, como sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas y enuresis nocturna en comparación con quienes no padecen de esta condición<sup>(35)</sup>.

### **Trastornos sensoriales cutáneos**

Corresponden a cuadros raros, en los cuales los pacientes experimentan sensaciones anormales

(escozor, ardor, dolor) en la piel que pueden presentarse sin tener lesiones cutáneas primarias o diagnóstico identificable responsable de esa sensación anormal. Las regiones de la piel que normalmente tienen una mayor densidad de inervación epidérmica tienden a ser más susceptibles a desarrollar alguno de estos cuadros. Pueden afectar a cualquier zona del cuerpo, pero generalmente tienden a presentarse en la cara, el cuero cabelludo y el periné<sup>(36)</sup>. Dentro de este grupo se encuentran la glosodinia y la vulvodinia. Con alta frecuencia presentan trastornos ansiosos o del ánimo asociado a su cuadro somático<sup>(5)</sup>, lo cual es un elemento determinante a considerar a la hora de decidir su manejo.

### **CONCLUSIONES**

La Psicodermatología, entendida como la unión entre salud mental y Dermatología, se plantea como un gran desafío clínico no sólo para los especialistas dermatólogos y psiquiatras, sino que para cualquier médico que deba enfrentarse a estos pacientes de difícil manejo en su práctica habitual. Como se describe en este trabajo, los trastornos psicodermatológicos son una gama muy variada y compleja de enfermedades, por lo que se requiere del fortalecimiento de las habilidades técnico-clínicas y de los conocimientos respecto del tema, especialmente pensando en la multiplicidad de formas de presentación, de elementos etiopatogénicos y de herramientas terapéuticas que están en juego. Por otro lado, no debemos olvidar la importancia de fortalecer las habilidades relacionales en la interacción médico-paciente, lo cual favorecerá significativamente el proceso de atención en salud.

Es importante fomentar además el interés, el conocimiento y la investigación sobre este importante tema, especialmente si consideramos la escasa evidencia existente en nuestro país, ya que el abordaje adecuado permite interferir el círculo vicioso entre

la disfunción psiquiátrica y la sintomatología cutánea. Con esto se apunta principalmente a entender al paciente desde una perspectiva integral, con la finalidad de mejorar su patología y, por ende, calidad de vida.

Finalmente, un enfoque multidisciplinario y colaborativo, puede tener un gran impacto al unificar y potenciar los conocimientos y habilidades en pos de la mejoría clínica del paciente, donde los diversos profesionales de la salud pongan al servicio de estas personas sus recursos terapéuticos.

## REFERENCIAS

1. Buljan D, Buljan M, Zivković MV, Situm M. Basic aspects of psychodermatology. *Psychiatr Danub* 2008;20:415-8.
2. Muñoz LU, Calderón PH, Castro AL, Zemelman VD. Psychocutaneous disease: knowledge and clinical attitudes of Chilean dermatologists. *Int J Dermatol* 2014;53:e266-7.
3. Jafferany M, Vander Stoep A, Dumitrescu A, Hornung RL. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol* 2010;49:784-9.
4. Leon A, Levin EC, Koo JY. Psychodermatology: an overview. *Semin Cutan Med Surg* 2013;32:64-7.
5. Jafferany M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:203-13.
6. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol* 2011;50:783-92.
7. Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, *et al.* Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol* 2001;137:53-9.
8. Poot F, Antoine E, Gravellier M, Hirtt J, Alfani S, Forchetti G, *et al.* A case-control study on family dysfunction in patients with alopecia areata, psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2011;91:415-21.
9. Brunoni AR, Santos IS, Sabbag C, Lotufo PA, Benseñor IM. Psoriasis severity and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function: results from the CALIPSO study. *Braz J Med Biol Res* 2014;47:1102-6.
10. Fortune DG, Richards HL, Kirby B *et al.* A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002;146:458-65.
11. Shetty BG, West C, Huang KE, Landis E, Dabade T, Browder B *et al.* Sleep disturbances in psoriasis. *Dermatol Online J* 2013;19:1.
12. Arndt J, Smith N, Tausk F. Stress and atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2008;8:312-7.
13. Suárez A, Feramisco J, Koo J, Steinhoff M. Psychoneuroimmunology of Psychological Stress and Atopic Dermatitis: Pathophysiologic and Therapeutic Updates. *Acta Derm Venereol* 2012;92:7-15.
14. Oh SH, Bae BG, Park CO, Noh JY, Park IH, Wu WH *et al.* Association of stress with symptoms of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2010;90:582-8.
15. Zamarín J, Egaña J, Berríos R. Calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis primaria sometidos a simpatectomía videotoracoscópica. *Rev. Chilena de Cirugía* 2011;63:498-503.
16. Rodríguez A, García B. Dermatitis Artefacta: A Review. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:854-66.
17. Kępska A, Majtyka M, Kowman M, Kłoszewska I, Kwiecińska E, Zalewska-Janowska A. Dermatitis artefacta as a symptom of schizophrenia? *Postepy Dermatol Alergol* 2014;31:277-9.
18. Hafeez U, Godyear HM. Self-mutilation, do not overlook the obvious. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:369-70.
19. Duke DC, Bodzin DK, Tavares P, Geffken GR, Storch EA. The phenomenology of hairpulling in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009;23:1118-25.



20. Müller A, Rein K, Kollei I, Jacobi A, Rotter A, Schütz P *et al.* Impulse control disorders in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res* 2011;15:434-8.
21. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P. Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behav Res Ther* 2005;43:869-84.
22. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:756-63.
23. Ladizinski B, Elpern DJ. Dermoscopy in delusions of parasitosis. *Int J Dermatol* 2013;52:838-9.
24. Lee CS. Delusions of parasitosis. *Dermatol Ther* 2008;21:2-7.
25. May WW, Terpenning MS. Delusional parasitosis in geriatric patients. *Psychosomatics* 1991;32:88-94.
26. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol* 2008;33:113-7.
27. Misery L, Alexandre S, Dutray S, Chastaing M, Consoli SG, Audra H *et al.* Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group. *Acta Derm Venereol* 2007;87:341-4.
28. Alfani S, Antinone V, Mozzetta A, Di Pietro C, Mazzanti C, Stella P *et al.* Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Derm Venereol* 2012;92:304-6.
29. Olguín MG, Martín A, Rodríguez M, Peralta ML. Factores psicológicos asociados con la alopecia areata. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:171-7.
30. Borovaya A, Olisova O, Ruzicka T, Sárdy M. Does isotretinoin therapy of acne cure or cause depression? *Int J Dermatol* 2013;52:1040-52.
31. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol* 2011;131:363-70.
32. Rowe C, Spelman L, Oziemski M, Ryan A, Manoharan S, Wilson P *et al.* Isotretinoin and mental health in adolescents: Australian consensus. *Australas J Dermatol* 2014;55:162-7.
33. Nogueira L, Zancanaro P, Azambuja R. Vitiligo e emoções. *An Bras Dermatol* 2009;84:39-43.
34. Sukan M, Maner F. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. *J Sex Marital Ther* 2007;33:55-64.
35. Mouzas O, Angelopoulos N, Papaliagka M, Tsogas P. Increased frequency of self-reported parasomnias in patients suffering from vitiligo. *Eur J Dermatol* 2008;18:165-8.
36. Gupta MA, Gupta AK. Cutaneous sensory disorder. *Semin Cutan Med Surg* 2013;32:110-8.

#### CORRESPONDENCIA

Tomás Serón Díaz  
 Santos Dumont 815, Departamento 1003,  
 Recoleta, Santiago  
 Fono: 9 6496 4278  
 E-mail: tserond@gmail.com

