

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v67i1.8552>

Vitílago y su expresión en la mente; un enfoque humanista

Vitiligo and its expression in the mind; a humanistic approach.

Abraham Benjamín Alfaro-Sánchez,¹ Marielva Castro-González²

Resumen

El vitílago es la enfermedad despigmentante más común, afecta entre el 0.1 y el 2% de la población mundial. La piel que recubre nuestro cuerpo representa el medio de contacto con el exterior, este órgano da un reflejo del estado de ánimo y de problemas emocionales; las enfermedades que lo afectan repercuten en el desarrollo psicosocial del individuo. El objetivo de este trabajo fue revisar la relación bidireccional que existe entre el vitílago y la mente, así como describir las afecciones psiquiátricas con las que se asocia. En dermatosis como el vitílago se producen alteraciones estéticas que llevan a los pacientes a mayor riesgo de depresión, ansiedad, alteraciones dismórficas corporales, sentimientos de estigmatización, entre otros. Eventos estresantes, como la muerte de familiares, problemas de trabajo o socioeconómicos se han descrito como desencadenantes de esta enfermedad. El estrés incrementa las concentraciones de catecolaminas, neuropéptidos y el cortisol, que se han mostrado aumentados en pacientes con vitílago, lo que sugiere alguna relación causal. Los pacientes con esta dermatosis tienen deterioro en la calidad de vida que se ha comparado con el de pacientes con psoriasis o dermatitis atópica. Los trastornos de la sexualidad, disfunción sexual y problemas para establecer relaciones sociales con individuos del sexo opuesto representan parte importante de la problemática en estos pacientes. Además, con mayor frecuencia tienen algunos otros trastornos psiquiátricos, entre los que destacan depresión y los relacionados con ansiedad. El abordaje multidisciplinario por dermatología, psicología y psiquiatría podría mejorar el curso de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Vitílago; depresión; ansiedad; autoinmunidad.

Abstract

Vitiligo is considered the most common depigmenting disease, affecting between 0.1 and 2% of the world population. The skin that covers our body represents the source contact with the outside, this organ gives a reflection of the state of mind and emotional problems; the diseases that affect it have repercussions on the psychosocial development of the individual. The objective of this work was to review the bidirectional relationship that exists between vitiligo and the mind, as well as to describe the psychiatric diseases with which it is associated. In dermatoses such as vitiligo, aesthetic alterations occur, leading patients to an increased risk of depression, anxiety, body dysmorphic alterations, feelings of stigmatization, among others. Stressful events such as the death of family members, work or socioeconomic problems have been described as triggers for this disease. Stress increases the levels of catecholamines, neuropeptides and cortisol, which have been shown to be increased in patients with vitiligo, suggesting some causal relationship. Patients with this dermatosis have impaired quality of life that has been compared to that seen in patients with psoriasis or atopic dermatitis. Sexuality disorders, sexual dysfunction and problems establishing social relationships with individuals of the opposite sex represent an important part of the problems in these patients. In addition, they more frequently present some other psychiatric disorders, among which depression and anxiety-related disorders stand out. The multidisciplinary approach by dermatology, psychology and psychiatry could improve the course of this disease.

KEYWORDS: Vitiligo; Depression; Anxiety; Autoimmunity.

¹ Jefe del Servicio de Dermatología.

² Médico residente de Dermatología. Clínica Hospital A Constitución ISSSTE, Monterrey, Nuevo León, México.

Recibido: noviembre 2022

Aceptado: diciembre 2022

Correspondencia

Marielva Castro González
marielva94@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Alfaro-Sánchez AB, Castro-González M. Vitiligo y su expresión en la mente; un enfoque humanista. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (1): 58-69.

ANTECEDENTES

El vitíligo es una enfermedad despigmentante de la piel, que se caracteriza por máculas acrómicas, generalmente asintomáticas, en las zonas de piel afectada debidas a la pérdida selectiva de melanocitos.^{1,2,3} Es la enfermedad despigmentante más común, afecta del 0.1 al 2% de la población mundial, sin diferencia entre sexo, etnia o regiones geográficas.³

Se trata de una enfermedad multifactorial, en cuya patogenia intervienen factores genéticos y ambientales; resulta relevante la relación que existe con autoinmunidad por medio de la destrucción de melanocitos por células TCD8, así como la intervención de estrés oxidativo en las células.^{3,4}

La piel que recubre el cuerpo representa nuestra barrera y medio de contacto con el mundo exterior, funciona como receptor y emisor, lo cual convierte a este órgano en un reflejo del estado de ánimo y problemas emocionales; las enfermedades que lo afecten repercuten en el desarrollo psicosocial del individuo.^{1,5}

Más allá de su expresión clínica, el vitíligo se ha asociado ampliamente con comorbilidad psicológica, ya que conlleva estigmatización social, así como disminución en la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad.⁶

El objetivo de este trabajo es revisar la relación bidireccional que existe entre el vitíligo y la mente, así como las comorbilidades psiquiátricas que esta enfermedad conlleva.

DATOS HISTÓRICOS

Esta afección recibió múltiples nombres en la antigüedad: Shwetakushta, en el libro indio sagrado Atharva Veda (1400 aC), suitra en Manusmriti (200 aC), Bohak y baras (árabe).⁷

En 1833, Bielt definió esta enfermedad como una entidad individualizada, ya que el término vitíligo lo usó primeramente Celso (53 aC-7 dC), quien dentro de este término agrupó a otras afecciones, como lepra y psoriasis.⁸⁻¹¹

En el libro clásico de Thomas Bateman (1817) titulado "Vitiligo; Moluscum pendulum",¹² señala que la palabra vitíligo proviene de becerro vituli, por la semejanza que se observa entre los becerros manchados y esta enfermedad.¹³ Por otro lado, Leider y Rosemblum¹⁴ hablan de que "vitíligo" proviene de la palabra *vitium* (manchar) y la adición de la letra "L" a la palabra es inexplicable.¹⁵

El vitíligo fue frecuentemente confundido con la lepra, aun Hipócrates (460-355 aC) no diferenció estos dos padecimientos e incluía al liquen, la lepra y el vitíligo en la misma categoría, confusiones que perpetúan hasta la actualidad en quienes no conocen la enfermedad y llevan a quienes la padecen a sufrir estigmatización social. Esta confusión se hizo perpetua cuando la Biblia fue traducida al griego por orden de Ptolomy II (250 aC).⁷⁻¹⁰

En cuanto a referencias bíblicas, en el Antiguo Testamento podemos encontrar en los capítulos 13 y 14 del libro de Levítico la mención de padecimientos con manchas blancas. Estos padecimientos se clasificaron en cinco categorías: manchas blancas *per se*, manchas blancas con crecimiento de pelo blanco, manchas blancas asociadas con hinchazón, manchas blancas con escama y manchas blancas con atrofia. Es probable que al menos en las dos primeras afecciones se haga referencia al vitíligo, lo relevante es que en la Biblia se les llama "impuras" a estas afecciones y se integran dentro del espectro de la lepra, lo que nos habla que desde la antigüedad existía este estigma.

Existe también una cita relacionada en el libro 2º de Reyes 5:27 en la cual no sólo hace mención del padecimiento de manchas blancas, sino que sugiere la relación de factores hereditarios predisponentes de este padecimiento, en donde dice literalmente: “Por tanto, la lepra de Naamán se te pegará a ti y tu descendencia para siempre, y salió de delante de él leproso, blanco como la nieve”.¹⁶

La confusión del vitíligo con la lepra en el Antiguo Testamento formó un estigma social a las personas con manchas blancas. Un estado similar se observó en el oriente, en el libro secreto del budismo *Vinaya Pitak* (500 aC) en donde se menciona: “hombres y mujeres que sufrían de parches blancos en la piel no fueron considerados elegidos para ordenamiento”.

En cuanto al México antiguo, tal vez algunos de los “leprosos” que, según Frazer, 1935, eran ofrecidos al “Dios del maíz blanco” por los habitantes de antaño de este país con el objetivo de asegurar una buena cosecha, realmente padecían vitíligo u otras enfermedades. Ya que, según sus creencias, las pequeñas manchas blancas en la piel representaban granos de maíz.¹⁷

EXPLICACIONES PSICODINÁMICAS

Al hacer referencia de la palabra *psicosomático* hablamos de aquel trastorno psicológico que se origina en la psiquis y posteriormente hace manifestación en el cuerpo de la persona, provocando alguna repercusión en el individuo; al respecto cabe mencionar que un trastorno psicosomático puede manifestarse al alterar la evolución de determinada enfermedad, interfiriendo en su tratamiento o, bien, agravando sus síntomas.^{18,19}

Desde la antigüedad, las teorías psicosomáticas han intentado explicar la génesis y mantenimiento de distintas enfermedades; sin embargo, los descubrimientos científicos de la patogénesis de las enfermedades han alejado al médico

del conocimiento de estas teorías. En contraste con la psicosomática antigua que se simplificaba en la relación “psíquica” y “somática”, la psicosomática moderna conjunta un modelo bio-psico-social, que intenta hacer conexiones entre estos ámbitos dando así explicaciones lógicas de las enfermedades. Este modelo bio-psico-social habla de la intervención de distintos factores como: apego materno, genética, eventos traumáticos, soporte social positivo o negativo, estrés, dermatosis y su fenotipo, entre otros. La bibliografía también hace referencia de la interacción de factores psicológicos, neurológicos e inmunológicos implicados en la patogénesis de distintas dermatosis, entre ellas el vitíligo.^{20,21} Cabe destacar que existe una relación estrecha de origen entre los melanocitos y las células del sistema nervioso, ya que se sabe que ambas derivan embriológicamente de células de la cresta neural del ectodermo, esta relación explicaría que en manchas de vitíligo las fibras nerviosas muestren cambios distróficos, además de las conexiones que se han encontrado entre fibras nerviosas terminales y melanocitos.^{22,23,24}

De manera general, se ha estipulado en otras enfermedades, como la tricotilomanía o la dermatitis atópica, que la “enfermedad” pudiese manifestarse como respuesta a una pérdida o separación en la infancia, relacionarse con alteraciones familiares en la infancia, como madres hipercríticas o padres pasivos o sin carácter o, bien, con alteración profunda de conflictos sexuales, en donde se ve al sexo como sucio o repugnante. Así también, se piensa que la manifestación somática del vitíligo pudiera originarse en una serie de sentimientos o conflictos reprimidos por la persona, que se expresan por medio del soma.²⁵ Estas teorías se han aplicado al intentar explicar la relación que existe entre cuerpo y mente en otras enfermedades de carácter dermatológico, en donde también se ha demostrado la intervención de autoinmunidad; hacen falta más estudios para demostrar si alguno

de estos conflictos podría estar relacionado con la aparición del vitíligo.

AUTOPERCEPCIÓN EN PACIENTES CON VITÍLIGO

En este punto vale la pena hacer referencia a la psicología del desarrollo, esta postula que una fase muy temprana en el desarrollo de un individuo es importante para el desarrollo de la identidad de una persona, con lo cual observamos que la edad de aparición de determinada enfermedad es determinante en el grado de afección psicológica que esta enfermedad tendrá sobre el paciente. Las enfermedades visibles en la piel que se presentan de manera temprana en la vida de un ser humano, antes de la formación de la identidad, integran el “defecto” o enfermedad en su imagen corporal, siendo raro que estas patologías resulten en problemas psicosociales; algunos ejemplos serían un paciente con manchas de vino de oporto o bien con nevos congénitos. Por otro lado, las lesiones que aparecen de manera tardía, como cicatrices en un paciente con acné o manchas acrómicas en un paciente con vitíligo, pueden llevar a alteraciones de la imagen corporal que son difíciles de abordar e incluso pueden asociarse con tendencias suicidas.^{21,26,27,28}

Dermatosis como el vitíligo, acné o psoriasis producen alteraciones estéticas en quienes las padecen, llevando a los pacientes a un aumento en el riesgo de depresión, ansiedad, alteraciones dismórficas corporales, sentimientos de estigmatización o ideación de autolesión.²⁹

El órgano cutáneo es un órgano visible tanto para los pacientes como para las personas que les rodean. Una piel “bella” y “sana” es esencial para el bienestar físico y mental, así como para la confianza de una persona. Se ha estimado que aproximadamente un tercio de los pacientes con alteraciones cutáneas tienen también alguna

comorbilidad psicológica. Este órgano ejerce influencias en la comunicación, formación del autoestima y autopercepción, así como en la sexualidad de un individuo, funciones que de manera bidireccional son afectadas por emociones y factores psicológicos o sociales.^{29,30}

La afección psicológica tiende a ser mayor cuando las lesiones del vitíligo se localizan sobre áreas visibles como la cara. Es frecuente que los pacientes refieran sentimientos de vergüenza o preocupación por su enfermedad, y adquieran costumbres de vestimenta que tiendan a cubrir la piel que padece esta dermatosis o, bien, que usen grandes cantidades de maquillaje para intentar cubrir las lesiones.^{31,32} En un estudio en donde se le preguntó a pacientes con vitíligo qué sentían cuando veían sus lesiones o qué pensaban de ellas, se encontró que el sentimiento más frecuente fue miedo (71%) de que las lesiones se esparcieran, seguido de vergüenza, inseguridad y tristeza (57, 55 y 55%, respectivamente); otros sentimientos reportados fueron inhibición, disgusto, impaciencia, irritabilidad, infelicidad, imagen negativa ante otras personas, enojo y falta de confianza. Cabe destacar que ningún paciente refirió tener sentimientos positivos acerca de sus lesiones.^{33,34}

El psicólogo humanista Abraham Maslow habla de que nuestras acciones como seres humanos tienen motivaciones con el objetivo de cubrir ciertas necesidades, para explicarlo, agrupa estas necesidades en una pirámide: necesidades de autorrealización, necesidades de estima o reconocimiento, necesidades sociales, necesidades de seguridad y necesidades básicas o fisiológicas, de las cuales es bien sabido que padecer una enfermedad visible de la piel puede afectar las necesidades de estima o reconocimiento, las necesidades sociales como revisaremos en este trabajo, y las necesidades de seguridad, ya que en ellas se integra la seguridad física que habla de la salud.³⁵

ESTRÉS COMO FACTOR DESENCADENANTE

El vitíligo se caracteriza por tener un curso impredecible, con periodos de mejoría y repigmentación, así como recaídas.³⁶ El estrés juega un papel importante en la aparición o agravamiento de distintas enfermedades, entre ellas el vitíligo, especialmente al hablar de un evento estresante antes del inicio de la enfermedad.³⁷

El papel del estrés en un individuo genéticamente predispuesto a padecer vitíligo es aún mayor cuando nos centramos en el inicio de la enfermedad durante la vida adulta, aunque esto no es absoluto, ya que también se ha observado este fenómeno en población pediátrica.^{38,39} Eventos estresantes como la muerte de un familiar, problemas de trabajo o socioeconómicos se han descrito como precedentes de esta enfermedad. El estrés incrementa las concentraciones de catecolaminas, neuropéptidos y el cortisol, los cuales se han mostrado aumentados en pacientes con vitíligo, lo que sugiere así alguna relación causal.⁴⁰⁻⁴⁴

En un estudio se aplicó una escala de estrés percibido a pacientes con vitíligo y sin vitíligo, en el cual se encontró que el estrés percibido era significativamente mayor en el grupo de pacientes con vitíligo, además, se encontraron signos sugerentes de enfermedad metabólica relacionada como circunstancias precursoras de la aparición de vitíligo; sin embargo, no se encontró relación entre el estrés percibido y la extensión o gravedad de la enfermedad.⁴⁰

Durante la pandemia por COVID-19 se observó cómo el estrés tanto psicológico como oxidativo inducido por el virus podía actuar como desencadenante de esta enfermedad despigmentante en pacientes susceptibles.⁴⁵

ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

La palabra *estigma* se define como una marca identificable que puede desprestigiar, avergonzar o alejar a una persona de lo que dictan las reglas sociales. La estigmatización puede desencadenar problemas en un individuo, como la pérdida de confianza, que causen un efecto perjudicial en el paciente. Esto se vuelve relevante en quienes padecen afecciones dermatológicas, ya que la piel es un órgano visible capaz de transmitir información acerca de la salud de una persona.⁴⁶

El vitíligo destaca entre las enfermedades que llegan a causar estigmatización social importante, con repercusiones en la vida de los pacientes.^{46,47} Es importante destacar que las lesiones en zonas visibles son las que se han encontrado con mayor grado de estigmatización percibida por los pacientes.⁴⁸

En un estudio que se llevó a cabo en pacientes británicas de ascendencia sudasiática se encontró que las pacientes se sentían visiblemente diferentes y todas habían experimentado estigmatización social en algún momento de la vida. La evitación y el esconderse eran prácticas comunes entre los participantes, y las experiencias de estigmatización estaban percibidas como asociadas con el valor cultural que se ha otorgado a la apariencia física y al estado social.⁴⁹

Los pacientes con vitíligo pueden referir sentirse observados o juzgados, están expuestos a recibir comentarios groseros por su apariencia o a sufrir discriminación laboral. Recibir preguntas relacionadas con su aspecto físico es también frecuente y la mayoría de los pacientes habrá evitado alguna situación de exposición, como nadar, cambiarse en un vestidor, estrechar manos o algún deporte.^{33,50,51,52}

En un estudio llevado a cabo en pacientes con esta enfermedad, más de la mitad de los pacientes refirió haber sufrido recientemente algún incidente en el cual por su padecimiento se les había hecho sentir mal.⁵³

Una causa frecuente de estigmatización social es la ignorancia sobre la enfermedad misma, ya que muchas personas desconocen que el vitíligo se trata de un padecimiento de naturaleza autoinmunitaria y no contagiosa; en este concepto se ha confundido en zonas endémicas con enfermedades infecciosas como la lepra y el mal del pinto. Se han mostrado diferencias significativas sobre el conocimiento de la enfermedad según el grado de estudios de la población o, bien, según si se tiene algún familiar o conocido con esta dermatosis.^{54,55}

En 2019 se aplicó un cuestionario sobre el conocimiento de la enfermedad a 300 individuos de la población general en Etiopía, en donde se encontró que, aunque la mayoría de los encuestados referían que simpatizarían con un paciente con vitíligo (79%), la gran mayoría refirió que no se casarían con un paciente con esta enfermedad (93%), no comerían comida preparada por un paciente (61%), no compartirían comida con ellos (60%), o no saludarían de mano a un paciente (57%).⁵² Estos resultados son alarmantes e insisten en la importancia de la educación a la población, ya que gran parte de los problemas psicosociales que enfrentan quienes padecen esta enfermedad son originados por la sociedad misma, y no por el paciente.

CALIDAD DE VIDA

Es bien sabido que los pacientes con vitíligo experimentan un deterioro en su calidad de vida. El efecto en la calidad de vida en pacientes con distintas dermatosis puede evaluarse con el DLQI

(*Dermatology Life Quality Index*), un cuestionario que consta de 10 preguntas. El resultado de DLQI en pacientes con vitíligo se ha comparado con el de pacientes con psoriasis o dermatitis atópica. Éste tiene relación con la superficie corporal afectada, se ha observado que los pacientes con más del 25% de superficie afectada tienen mayores dificultades para realizar actividades de la vida diaria y con ello repercusiones en su calidad de vida.^{33,56}

La edad de inicio del vitíligo es otro factor determinante cuando hablamos de calidad de vida, ya que el inicio durante la adolescencia o durante la infancia puede tener un efecto prolongado en el autoestima de los individuos, así como en su calidad de vida.^{57,58}

Respecto a la localización de las lesiones y la calidad de vida, la bibliografía es controvertida. Algunos estudios indican que el vitíligo que afecta las manos y la cara tiende a ser más desfigurante y a causar mayor repercusión en la calidad de vida; además, entre las zonas de piel no expuesta la afección en los genitales se asocia con miedo, por la idea errónea de vincular esta dermatosis con otras enfermedades, como las de transmisión sexual o cáncer.⁵⁹

Los pacientes con fototipos cutáneos altos tienden a ser los más afectados por esta enfermedad. En regiones en donde la población con vitíligo tiene piel más oscura, tiende a observarse menor calidad de vida, con puntajes más altos de DLQI al compararse con población caucásica.^{33,60,61} Se hipotetiza al respecto que esto estuviese relacionado con el mayor contraste que ocurre de una mancha acrómica en la piel oscura, y este mecanismo forma parte del pilar del tratamiento en pacientes con vitíligo, la fotoprotección que, además de proteger la piel acrómica del daño inducido por la radiación, previene la exacerbación de tal contraste.

SEXUALIDAD

La prevalencia de disfunción sexual en pacientes con vitíligo es del 11.5 al 62.5%; ésta se ha demostrado en pacientes de ambos sexos. Una baja autoestima en estos pacientes se asocia con mayores “dificultades sexuales”.^{56,62-65}

En ellos también pueden sobrevenir problemas relacionales con el sexo opuesto. Se estima que hasta una cuarta parte de los pacientes con vitíligo culpan a su enfermedad de haber intervenido en sus relaciones sexuales, interfiriendo con el número, frecuencia o actos sexuales como tal. Otra parte simplemente responsabiliza a su enfermedad de haber limitado la sociabilización con el sexo opuesto, relacionándolo con sentimientos de vergüenza; el inicio de una relación es la parte que representa mayor dificultad en los pacientes.^{33,62,63,66}

El área corporal afectada parece ser relevante en estos pacientes, ya que cuando la dermatosis afecta más del 25% de la superficie corporal, es generalizada o existe daño del área genital, hay mayor riesgo de afección en la vida sexual del paciente. Se hipotetiza que, al ser la región genital un área del cuerpo “cargada emocionalmente”, en ocasiones es esta área la que se expresa afectada al “cargar” un conflicto emocional interno y que, al aceptar y comprender este conflicto, el paciente tiende a la mejoría y repigmentación.^{56,62,67}

En un estudio realizado en Turquía en el que se compararon 50 pacientes con vitíligo, 50 pacientes con urticaria y 50 controles, las mujeres mostraron tener mayor afección en su vida sexual, manifestándose como disminución en la excitación sexual, lubricación vaginal, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción por el orgasmo, mientras que en hombres la única diferencia significativa respecto a los controles fue menor satisfacción sexual obtenida por el orgasmo.⁶⁴

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS

Los pacientes con vitíligo cursan con afección extensa en el ámbito psicosocial, en donde pueden observarse desde sentimientos de estigmatización o dificultades en las relaciones sociales, como se mencionó anteriormente, hasta abuso de sustancias, trastorno depresivo o incluso suicidio.⁶⁸ **Cuadro 1**

Depresión y suicidio

Los pacientes con vitíligo tienden a padecer trastornos depresivos en mayor porcentaje en comparación con la población general.⁶⁹ En un metanálisis realizado en 2017 se encontró una prevalencia de trastorno depresivo del 29% en pacientes con vitíligo y del 56% de síntomas depresivos. El riesgo de padecer depresión en pacientes con vitíligo es 4.96 veces mayor en comparación con controles sanos y la prevalencia de depresión en pacientes mujeres o asiáticos con vitíligo es mayor que en pacientes caucásicos u hombres.⁷⁰ La depresión y especialmente sus formas severas se han observado en mayor proporción en pacientes jóvenes, solteros, con menor grado de educación, corta evolución de la enfermedad y uso de fototerapia.⁷¹ La estrecha asociación descrita entre vitíligo y depresión se ha descrito también con la complicación más grave de la depresión: el suicidio y riesgo de suicidio. La bibliografía reporta una prevalencia de intento de suicidio en pacientes con vitíligo

Cuadro 1. Comorbilidades psicosociales en pacientes con vitíligo

Trastornos depresivos	Enojo
Trastornos relacionados con ansiedad	Dificultades en relaciones sociales
Estigmatización social	Abuso de alcohol
Trastorno somatomorfo	Trastornos cognitivos
Disfunción sexual	Suicidio
Trastornos del sueño	Alexitimia

del 2 al 3.3%, y hasta un 10% de los pacientes con ideación suicida.^{72,73,74}

Ansiedad

La prevalencia de ansiedad en pacientes con vitiligo se ha estimado alrededor de un 35%; ésta es mayor en comparación con controles y más frecuente en pacientes del sexo femenino.^{75,76,77} En niños se ha observado asociación con la gravedad de la depresión.⁷⁸

Alteraciones del sueño

Se han descrito alteraciones del sueño de manera frecuente en pacientes con vitiligo; en este apartado destaca el insomnio con prevalencia de hasta casi el 50%. La aparición, gravedad o recurrencia de lesiones de vitiligo se han relacionado como la razón del insomnio en un 71% de quienes lo padecen.⁷⁹

CONCLUSIONES

La relación que existe entre la piel y la mente es estrecha, el bienestar físico y emocional pueden verse afectados de manera bidireccional, por lo que es indispensable que el dermatólogo conozca las principales afecciones relacionadas con el vitiligo e identifique cuando los pacientes necesitan apoyo emocional. El inicio temprano de terapia farmacológica o terapia psicodinámica y el abordaje humanista por parte de dermatología, psicología y psiquiatría en los casos necesarios podría mejorar drásticamente el curso de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con vitiligo, por lo que se insiste en la necesidad del manejo multidisciplinario por parte del médico dermatólogo y el psicoterapeuta.

REFERENCIAS

1. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A Review. *Dermatology* 2020; 236 (6): 571-592. doi:10.1159/000506103.

2. Frisoli ML, Essien K, Harris JE. Vitiligo: Mechanisms of pathogenesis and treatment. *Annu Rev Immunol* 2020; 38: 621-648. doi:10.1146/annurev-immunol-100919-023531.
3. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A focus on pathogenesis and its therapeutic implications. *J Dermatol* 2021; 48 (3): 252-270. doi:10.1111/1346-8138.15743.
4. Wang Y, Li S, Li C. Perspectives of new advances in the pathogenesis of vitiligo: From oxidative stress to autoimmunity. *Med Sci Monit* 2019; 25: 1017-1023. doi:10.12659/MSM.914898.
5. Rumbo-Prieto JM, Castellano-Rioja E. Dermatología psicósomática, la relación mente y piel. *Enferm Dermatol* 2017; 11 (31): 7-10.
6. Bú EAD, Alexandre M, Scardua A, Araújo C. Vitiligo as a psychosocial disease: apprehensions of patients imprinted by the white. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2017; 22 (65): 481-492. doi:10.1590/1807-57622016.0925.
7. Koranne RV, Sachdeva KG. Vitiligo. *Int J Dermatol* 1988; 27 (10): 676-681. doi:10.1111/j.1365-4362.1988.tb01260.x.
8. Campos FJ, Ibarra G. Vitiligo en madre e hijo. *Dermatología Rev Mex* 1972; 16: 22-23.
9. Degos R. *Dermatologie*. Medicales Flammarion París, 1953: 95-99.
10. Nair BK. Vitiligo—a retrospect. *Int J Dermatol* 1978; 17 (9): 755-757. doi:10.1111/ijd.1978.17.9.755.
11. Lee S. Vitiligo auf einem historischen Porträt [Vitiligo in a historic portrait]. *Hautarzt* 1982; 33 (6): 335-336.
12. Bateman T. *Vitiligo; Molluscum pendulum*. Fritz-Dieter Sohn - MedicusBooks. Deutschland, 1817.
13. Sutton RL. On definition of vitiligo. *Arch Dermatol* 1965; 91: 288-291.
14. Leider M, Rosenblum M. *A dictionary of Dermatological Words, Terms and Phrases*. New York: McGraw-Hill, 1968.
15. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, et al. *Dermatología en Medicina General*. 3ª ed. México: Editorial Panamericana, 1988: 947-960.
16. La Santa Biblia. *Antigua Versión de Casiodoro de Reyna* 1569. Thomas Nelson Publishers New York. 1960.
17. Morales LM. Vitiligo, estudio psicosexual comparativo de 30 pacientes. Tesis de postgrado en Dermatología. Centro Dermatológico Pascua México 1980.
18. Lemos Hoyos M, Restrepo Ochoa DA, Richard Londoño C. Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico [Internet]*. 2008; 4 (10): 137-147. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670009>.
19. Vargas Araya P. Las enfermedades psicósomáticas y el malestar emocional de los (as)estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales [Internet]* 2013; XIV (28): 5-24. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66629446001>.

20. Wise TN. Psychosomatics: past, present and future. *Psychother Psychosom* 2014; 83 (2): 65-69. doi:10.1159/000356518.
21. Gieler U, Gieler T, Peters EMJ, Linder D. Skin and Psychosomatics - Psychodermatology today. *J Dtsch Dermatol Ges* 2020; 18 (11): 1280-1298. doi:10.1111/ddg.14328.
22. Al Abadie MS, Gawkrödger DJ. Integrating neuronal involvement into the immune and genetic paradigm of vitiligo. *Clin Exp Dermatol* 2021; 46 (4): 646-650. doi:10.1111/ced.14490.
23. Morohashi M, Hashimoto K, Goodman TF Jr, Newton DE, et al. Ultrastructural studies of vitiligo, Vogt-Koyanagi syndrome, and incontinentia pigmenti achromians. *Arch Dermatol* 1977; 113 (6): 755-766.
24. Al'Abadie MS, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ. Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo. *Br J Dermatol* 1994; 131 (2): 160-165. doi:10.1111/j.1365-2133.1994.tb08486.x.
25. Asz-Sigall D, Palma-Cortés M, Garfias-Alemán P. Tricotilomanía. Una entidad psicodinámica. *Dermatología CMQ* 2010; 8 (2): 117-126.
26. Bell RQ. Developmental Psychology. *Annu Rev Psychol* 1965; 16: 1-38. doi:10.1146/annurev.ps.16.020165.000245.
27. Galliher RV, McLean KC, Syed M. An integrated developmental model for studying identity content in context. *Dev Psychol* 2017; 53 (11): 2011-2022. doi:10.1037/dev0000299.
28. Hill-Beuf A, Porter JD. Children coping with impaired appearance: social and psychologic influences. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6 (4): 294-301. doi:10.1016/0163-8343(84)90024-0.
29. Tomas-Aragones L, Marron SE. Body image and body dysmorphic concerns. *Acta Derm Venereol* 2016; 96 (217): 47-50. doi:10.2340/00015555-2368.
30. Datta P, Panda A, Banerjee M. The pattern of appearance schema in patients with dermatological disorder. *Int J Ind Psychol* 2015; 2 (2): 73-83. doi:10.25215/0202.011.
31. Ongenaes K, Beelaert L, Van Geel N, Naeyaert JM. Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20 (1): 1-8. doi:10.1111/j.1468-3083.2005.01369.x.
32. Tanioka M, Yamamoto Y, Kato M, Miyachi Y. Camouflage for patients with vitiligo vulgaris improved their quality of life. *J Cosmet Dermatol* 2010; 9 (1): 72-75. doi:10.1111/j.1473-2165.2010.00479.x.
33. Cupertino F, Niemeyer-Corbellini JP, Ramos-E-Silva M. Psychosomatic aspects of vitiligo. *Clin Dermatol* 2017; 35 (3): 292-297. doi:10.1016/j.clindermatol.2017.01.001.
34. Nogueira LS, Zancanaro PC, Azambuja RD. Vitiligo and emotions. *An Bras Dermatol* 2009; 84 (1): 41-45. doi:10.1590/s0365-05962009000100006.
35. Castro-Molina FJ. Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. *Cultura de los Cuidados* 2018; 22 (52). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.09>.
36. Seneschal J, Boniface K, D'Arino A, Picardo M. An update on vitiligo pathogenesis. *Pigment Cell Melanoma Res* 2021; 34 (2): 236-243. doi:10.1111/pcmr.12949.
37. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21 (7): 921-928. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.02106.x.
38. Nicolaidou E, Antoniou C, Miniati A, Lagogianni E, et al. Childhood- and later-onset vitiligo have diverse epidemiologic and clinical characteristics. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66 (6): 954-958. doi:10.1016/j.jaad.2011.07.010.
39. Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Correlation of stressful events with onset of vitiligo in children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23 (2): 187-188. doi:10.1111/j.1468-3083.2008.02764.x.
40. Henning SW, Jaishankar D, Barse LW, Dellacecca ER, et al. The relationship between stress and vitiligo: Evaluating perceived stress and electronic medical record data. *PLoS One* 2020; 15 (1): e0227909. doi:10.1371/journal.pone.0227909.
41. Faraj S, Kemp EH, Gawkrödger DJ. Patho-immunological mechanisms of vitiligo: the role of the innate and adaptive immunities and environmental stress factors. *Clin Exp Immunol* 2022; 207 (1): 27-43. doi:10.1093/cei/uxab002.
42. Silverberg JI, Silverberg NB. Vitiligo disease triggers: psychological stressors preceding the onset of disease. *Cutis* 2015; 95 (5): 255-262.
43. Al'Abadie MS, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ. Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo. *Br J Dermatol* 1994; 131 (2): 160-165. doi:10.1111/j.1365-2133.1994.tb08486.x.
44. Kotb El-Sayed MI, Abd El-Ghany AA, Mohamed RR. Neural and endocrinal pathobiochemistry of vitiligo: Comparative Study for a Hypothesized Mechanism. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2018; 9: 197. doi:10.3389/fendo.2018.00197.
45. Rokni GR, Gholami A, Kazeminejad A, Zakariaei Z, et al. The relationship between stress and vitiligo during COVID-19 pandemic. *J Cosmet Dermatol* 2021; 20 (11): 3387-3388. doi:10.1111/jocd.14429.
46. Wu JH, Cohen BA. The stigma of skin disease. *Curr Opin Pediatr* 2019; 31 (4): 509-514. doi:10.1097/MOP.0000000000000792.
47. Manga P, Elbuluk N, Orlow SJ. Recent advances in understanding vitiligo. *F1000 Res* 2016; 5: F1000. doi:10.12688/f1000research.8976.1
48. Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jecht E, Shimshoni R, et al. Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21 (4): 456-461. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.01897.x.
49. Thompson AR, Clarke SA, Newell RJ, Gawkrödger DJ, et al. Vitiligo linked to stigmatization in British South Asian women: a qualitative study of the experiences of living with vitiligo. *Br J Dermatol* 2010; 163 (3): 481-486. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09828.x.
50. Stangier U, Ehlers A, Gieler U. Measuring adjustment to chronic skin disorders: validation of a self-report measure.

- Psychol Assess 2003; 15 (4): 532-549. doi:10.1037/1040-3590.15.4.532.
51. Krüger C, Schallreuter KU. Stigmatisation, avoidance behaviour and difficulties in coping are common among adult patients with vitiligo. *Acta Derm Venereol* 2015; 95 (5): 553-558. doi:10.2340/00015555-1981.
52. Porter JR, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J. Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15 (2 Pt 1): 220-224. doi:10.1016/s0190-9622(86)70160-6.
53. Kent G, Al'Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35 (6): 895-898. doi:10.1016/s0190-9622(96)90112-7.
54. Dégboé B, Atadokpèdé F, Saka B, Adégbidi H, et al. Vitiligo on black skin: epidemiological and clinical aspects in dermatology, Cotonou (Benin). *Int J Dermatol* 2017; 56 (1): 92-96. doi:10.1111/ijd.13366.
55. Tsadiq AG, Teklemedhin MZ, Mehari Atey T, Gidey MT, et al. Public knowledge and attitudes towards vitiligo: A survey in Mekelle City, Northern Ethiopia. *Dermatol Res Pract* 2020; 2020: 3495165. doi:10.1155/2020/3495165.
56. Silverberg JJ, Silverberg NB. Association between vitiligo extent and distribution and quality-of-life impairment. *JAMA Dermatol* 2013; 149 (2): 159-164. doi:10.1001/jamadermatol.2013.927.
57. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 58. doi:10.1186/1477-7525-1-58.
58. Ingordo V, Cazzaniga S, Gentile C, Iannazzone SS, et al. Dermatology Life Quality Index score in vitiligo patients: a pilot study among young Italian males. *G Ital Dermatol Venereol* 2012; 147 (1): 83-90.
59. Bhandarkar SS, Kundu RV. Quality-of-life issues in vitiligo. *Dermatol Clin* 2012; 30 (2): 255-viii. doi:10.1016/j.det.2011.11.013.
60. Al-Shammari SA, Alotaibi HM, Assiri MA, Altokhais MI, et al. Quality of life in vitiligo patients in central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2021; 42 (6): 682-687. doi:10.15537/smj.2021.42.6.20200833.
61. Linthorst Homan MW, Spuls PI, de Korte J, Bos JD, et al. The burden of vitiligo: patient characteristics associated with quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009; 61 (3): 411-420. doi:10.1016/j.jaad.2009.03.022.
62. Maamri A, Badri T. Sexual disorders in patients with vitiligo. *Tunis Med* 2021; 99 (5): 504-505.
63. Porter JR, Beuf AH, Lerner AB, Nordlund JJ. The effect of vitiligo on sexual relationships. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22 (2 Pt 1): 221-222. doi:10.1016/0190-9622(90)70028-g.
64. Sukan M, Maner F. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. *J Sex Marital Ther* 2007; 33 (1): 55-64. doi:10.1080/00926230600998482.
65. Yucel D, Sener S, Turkmen D, Altunisik N, et al. Evaluation of the Dermatological Life Quality Index, sexual dysfunction and other psychiatric diseases in patients diagnosed with vitiligo with and without genital involvement. *Clin Exp Dermatol* 2021; 46 (4): 669-674. doi:10.1111/ced.14511.
66. Sarhan D, Mohammed GF, Gomaa AH, Eyada MM. Female genital dialogues: Female genital self-image, sexual dysfunction, and quality of life in patients with vitiligo with and without genital affection. *J Sex Marital Ther* 2016; 42 (3): 267-276. doi:10.1080/0092623X.2015.1010678.
67. Kim DY, Lee J, Oh SH, Hann SK, et al. Impact of genital involvement on the sexual lives of vitiligo patients. *J Dermatol* 2013; 40 (12): 1065-1067. doi:10.1111/1346-8138.12276.
68. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Jones H, Bibeau K, et al. Psychosocial effects of vitiligo: A systematic literature review. *Am J Clin Dermatol* 2021; 22 (6): 757-774. doi:10.1007/s40257-021-00631-6.
69. Lai YC, Yew YW, Kennedy C, Schwartz RA. Vitiligo and depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Br J Dermatol* 2017; 177 (3): 708-718. doi:10.1111/bjd.15199.
70. Wang G, Qiu D, Yang H, Liu W. The prevalence and odds of depression in patients with vitiligo: a meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32 (8): 1343-1351. doi:10.1111/jdv.14739.
71. Alharbi MA. Identifying patients at higher risk of depression among patients with vitiligo at outpatient setting. *Mater Sociomed* 2020; 32 (2): 108-111. doi:10.5455/msm.2020.32.108-111.
72. Sharma N, Koranne RV, Singh RK. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *J Dermatol* 2001; 28 (8): 419-423. doi:10.1111/j.1346-8138.2001.tb00003.x.
73. Saleh HM, Abdallah S, Salem M, El RS, et al. Comparative study of psychiatric morbidity and quality of life in psoriasis, vitiligo and alopecia areata. *Egypt Dermatol Online J* 2008; 4.
74. Patel KR, Singam V, Rastogi S, Lee HH, et al. Association of vitiligo with hospitalization for mental health disorders in US adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33 (1): 191-197. doi:10.1111/jdv.15255.
75. Kussainova A, Kassym L, Akhmetova A, Glushkova N, et al. Vitiligo and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2020; 15 (11): e0241445. doi:10.1371/journal.pone.0241445.
76. Hamidizadeh N, Ranjbar S, Ghanizadeh A, Parvizi MM, et al. Evaluating prevalence of depression, anxiety and hopelessness in patients with Vitiligo on an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes* 2020; 18 (1): 20. doi:10.1186/s12955-020-1278-7.
77. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: A cross-sectional controlled study. *Am J Clin Dermatol* 2016; 17 (3): 305-311. doi:10.1007/s40257-016-0172-x.

78. Bilgiç O, Bilgiç A, Akiş HK, Eskioğlu F, et al. Depression, anxiety and health-related quality of life in children and adolescents with vitiligo. *Clin Exp Dermatol* 2011; 36 (4): 360-365. doi:10.1111/j.1365-2230.2010.03965.x.
79. Liu JW, Tan Y, Chen T, Liu W, et al. Location, spreading and oral corticosteroids are associated with insomnia in vitiligo patients: A Case-control study. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2021; 14: 971-980. doi:10.2147/CCID.S322963.

EVALUACIÓN

1. ¿Cuál es la teoría de la psicología que postula que una fase temprana en el desarrollo de un individuo es importante para el desarrollo de la identidad de una persona, por lo cual, lesiones que aparecen de manera tardía, como el vitíligo, pueden llevar a alteraciones de la imagen corporal que son difíciles de abordar?
 - a) psicología de la personalidad
 - b) psicología del desarrollo
 - c) teorías psicodinámicas
 - d) teoría neurocognitiva
2. ¿Qué sentimiento refieren con mayor frecuencia los pacientes con vitíligo respecto a sus lesiones?
 - a) tristeza
 - b) vergüenza
 - c) miedo de que se esparzan sus lesiones
 - d) predominan los sentimientos positivos
3. ¿Cuál de los siguientes cambios se ven desencadenados por el estrés en pacientes con vitíligo?
 - a) aumenta la secreción de serotonina, dopamina y glutamato
 - b) aumentan las concentraciones de catecolaminas, neuropeptidos y el cortisol
 - c) disminuye el riesgo cardiovascular en los pacientes sometidos a estrés de manera constante
 - d) disminuyen las concentraciones de noradrenalina, aminoácidos GABA y dopamina
4. Al hablar de estigmatización social en pacientes con vitíligo ¿cómo podemos definir a la palabra "estigma"?
 - a) rasgo de la personalidad que lleva a la persona a problemáticas sociales, como en sus relaciones familiares o de pareja
 - b) marca identificable que puede desprestigiar, avergonzar o alejar a una persona de lo que dictan las reglas sociales
 - c) marca identificable en el ser humano que tiende a ser congénita y conlleva dificultades para la socialización
 - d) alguna marca o rasgo de la personalidad que le da al individuo una herramienta positiva en la socialización
5. ¿En qué zona del cuerpo la existencia de lesiones de vitíligo se ha asociado con mayor grado de estigmatización percibida por los pacientes?
 - a) en los párpados
 - b) en la zona genital
 - c) en zonas no fotoexpuestas
 - d) en zonas visibles

6. ¿Cuáles de las siguientes son prácticas comunes en pacientes con vitíligo?
 - a) actos no apropiados con el objetivo de “llamar la atención” de quienes le rodean
 - b) los pacientes con vitíligo frecuentan la evitación y esconderse
 - c) nadar y practicar deportes
 - d) exponerse al sol sin usar fotoprotección
7. ¿Cuál de las siguientes es una causa frecuente de estigmatización social?
 - a) ignorancia sobre la enfermedad, muchas personas desconocen que el vitíligo es un padecimiento autoinmunitario y no contagioso
 - b) el estado socioeconómico con el que se ha relacionado esta enfermedad
 - c) el peligro inminente de contagio, ya que es frecuente que las lesiones de vitíligo se sobreinfecten
 - d) las múltiples enfermedades psiquiátricas con las que se ha visto relación, como el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad
8. ¿Con cuál de las siguientes enfermedades dermatológicas se ha confundido el vitíligo a través de la historia?
 - a) tuberculosis cutánea
 - b) lepra
 - c) coccidioidomicosis
 - d) actinomicosis
9. ¿Con cuál de los siguientes factores se ha observado un efecto negativo en la calidad de vida de pacientes con vitíligo?
 - a) estado civil casado
 - b) tener fototipo cutáneo alto
 - c) practicar deportes de alto rendimiento
 - d) tener mayor grado de educación
10. ¿Cuáles de los siguientes trastornos psiquiátricos se encuentran con mayor frecuencia en pacientes con vitíligo?
 - a) esquizofrenia y trastornos delirantes
 - b) trastorno de ansiedad y depresión
 - c) trastornos de la alimentación como anorexia y bulimia
 - d) trastorno bipolar tipos I y II

El Consejo Mexicano de Dermatología, A.C. otorgará dos puntos con validez para la recertificación a quienes envíen correctamente contestadas las evaluaciones que aparecen en cada número de *Dermatología Revista Mexicana*.

El lector deberá enviar todas las evaluaciones de 2023 a la siguiente dirección electrónica: articulos@nietoeditores.com.mx

Fecha límite de recepción de evaluaciones: 15 de enero de 2024