



**UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS**

**Personalidad y Dermatología.
Perfil psicológico en Neurodermitis.**

TESIS DOCTORAL

Ramón Martín Brufau

Directores

Fco. Javier Corbalán Berná

Jorge Claudio Ulnik

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico.**

Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

2009.

“Todo lo interesante en la naturaleza ocurre en los límites”

Nicholas Humphrey (Una historia de la Mente – 1998).

Agradecimientos.

Al estar cerca el final de la redacción de este trabajo, hasta ahora el más extenso y profundo de mi vida académica, comienzan a aflorar sentimientos de agradecimiento que me gustaría poder transmitir y reconocer a aquellos que han ayudado a que escribir esta tesis, que con tanto sudor (una referencia a la piel) y esfuerzo he conseguido encumbrar con ayuda directa de muchos y con la presencia y apoyo indirecto de otros.

Podría decir entonces que la envoltura instrumental, pero sobre todo afectiva con la que he contado antes y durante este trabajo me ha permitido continuar con mis funciones de “tesista”; una barrera protectora que en muchas ocasiones me ha permitido encauzar mi pasión y mi curiosidad hasta límites de los que no habría sido capaz solo.

Puesto que el poder contar con otros ha sido tan importante (lo es siempre), es justo que dedique unas palabras a mi tutor y director de tesis Javier Corbalán quien ha conseguido aprovechar de mí lo mejor y acotar lo peor para moldear, a base de paciente escucha y sutiles recomendaciones, mi deseo de obtener de mí mismo lo más parecido posible a un científico comprometido con la ciencia y con su papel en la invención y el descubrimiento, algo que solo un mentor entusiasta y comprometido con el saber como él puede transmitir; a Jorge Ulnik por su inestimable orientación, por su sabiduría, por su pasión y ejemplo en su trabajo y por la curiosidad inagotable que le lleva de un lado a otro del mundo y con el que he tenido la suerte de encontrarme.

Debo expresar mi gratitud a mucha gente pero he de hacerlo obligadamente al equipo humano del servicio de dermatología del hospital Reina Sofía de Murcia, sin los cuales no hubiese sido posible esta investigación y a quienes les debo estar profundamente agradecido, como a las personas que se prestaron a participar como sujetos experimentales en este trabajo. Quiero agradecerle particularmente a Rosa Limiñana sus valiosas sugerencias y estímulo, su afectuosa presencia y su interés genuino en mi trabajo, sin duda alimento de cualquier investigador que guste del trabajo en equipo; a Rosa Patró, mis profesores y compañeros de despacho que tanto me han alentado y apoyado y han visto como iba avanzando; a mis amigos, que me soportan y que me quieren, con quienes cuento para afrontar y disfrutar esta vida y a quienes tanto cariño les tengo.

Y de manera especial gracias a mis hermanos y familia, especialmente a mi padre y a mi madre, que han sabido, de imperceptibles formas, transmitirme el inconmensurable placer de amar y trabajar y una pasión creciente por vivir y a quienes debo, en gran parte, haber sido capaz de llegar hasta aquí y poder seguir desde aquí en adelante por mí mismo.

Prefacio.

Quizá éstas sean las palabras más difíciles de escribir: las que fijan el inicio, las que marcan el antes y el después en la lectura de esta tesis. En definitiva, las que delimitan el exterior del interior de la tesis.

Las tapas, la cobertura de la tesis (su piel), contienen ya el título que ostenta en cierto modo una suerte de introducción (muy breve) y marca serias diferencias en las expectativas del lector (sabe que lo que encontrará en el interior, no será un desplegable con muchos colores, por ejemplo, o no versa sobre Bioquímica, o electromagnetismo, etc...). Así, el exterior revela cosas sobre el interior.

El título, algo que se piensa mucho y muchas veces, quizá porque es algo breve, fácil de cambiar, pero también porque está expuesto, a la vista (y ¿qué hay más expuesto que la envoltura?), se convierte en etiqueta que representa el trabajo que uno ha realizado, puede ser carta de presentación que ya conforma una imagen sobre el que lo escribe. Y ya sabemos por los estudios en psicología social, que para formarse una opinión sobre algo bastan unos pocos segundos.

Además de la portada, los primeros vistazos al libro van conformando una idea sobre la información interna. El grosor, el color, el peso, ¡el Tacto!, son elementos que pueden dar muchas pistas sobre el contenido al lector perspicaz. Por lo tanto, lo externo estaría relacionado con lo interno.

La dermatología intenta dar cuenta del comportamiento de la piel lo externamente observable (como la conducta). La psicología trata de dar cuenta del comportamiento humano, lo externamente observable (como la piel). Ambas disciplinas han desarrollado herramientas para comprender a partir de la observación externa, el funcionamiento completo de su objeto de estudio. Curiosamente, piel y cerebro provienen de una misma capa embrionaria, el ectodermo. Nuestro cerebro y nuestra piel en un momento estuvieron juntas de forma indivisible.

Quizá por esto, del mismo modo que la piel esta sujeta a influencias internas (funcionamiento de órganos internos, tejidos, etc.) la conducta está sujeta a estados internos del individuo (emociones, pensamientos, etc.), en definitiva, variables internas como la personalidad.

Como en esta tesis, lo externo podría ser así una manifestación de lo interno; ambas, Personalidad y Dermatología, podrían estar ligadas de la misma manera.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DE LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE PSICOSOMÁTICA.....	3
2. LA PIEL.	7
2.1. ¿CUAL ES LA VERDADERA FUNCIÓN DE LA PIEL?	8
2.2. UNA VISIÓN EVOLUTIVA DE LA PIEL. UNA MIRADA AL PASADO.	9
3. CLASIFICACIÓN DE LAS PSICODERMATOSIS.....	13
3.1. PSICODERMATOSIS.....	13
3.1.1. NEURODERMITIS.....	16
3.1.1.1. <i>Definición.</i>	16
3.1.1.2. <i>Patogenia.</i>	16
3.1.1.3. <i>Manifestaciones clínicas</i>	17
3.1.1.4. <i>Diagnóstico.</i>	20
3.1.1.5. <i>Psicopatología asociada</i>	20
3.1.1.6. <i>Tratamiento.</i>	22
3.1.2. PSORIASIS.....	25
3.1.2.1. <i>Definición.</i>	25
3.1.2.2. <i>Prevalencia.</i>	25
3.1.2.3. <i>Patogenia.</i>	25
3.1.2.4. <i>Manifestaciones clínicas</i>	26
3.1.2.5. <i>Asociaciones.</i>	27
3.1.2.6. <i>Tratamiento.</i>	28
4. EL PICOR.....	29
4.1. DEFINICIÓN DE PICOR.....	29
4.2. PREVALENCIA E IMPORTANCIA CLÍNICA DEL PICOR.....	31
4.3. CALIDAD DE VIDA.	31
4.4. VÍAS NEUROLÓGICAS DEL PICOR.....	32
4.4.1. <i>Diferencias entre dolor y picor.</i>	32
4.5. COMPONENTES-IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL PICOR.....	33
4.5.1. FACTORES CONDUCTUALES.	34
4.5.2. FACTORES EMOCIONALES.....	37
4.5.3. FACTORES COGNITIVOS.	41
4.6. PERSONALIDAD Y PRURITO.....	44
4.7. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.....	46
5. LA CONDUCTA DE RASCADO.	49
5.1. PSICOPATOLOGÍA Y RASCADO.....	53

5.1.1.	<i>El papel mediador de la Disociación.</i>	53
5.1.2.	<i>Disociación y conductancia de la piel.</i>	55
5.1.3.	<i>Estrés post-traumático y síntomas médicos inexplicables.</i>	58
5.2.	VÍAS NERVIOSAS DEL DOLOR-PICOR (RASCADO).	59
5.2.1.	<i>Vías del dolor- vías del picor.</i>	59
6.	SÍNTOMAS MÉDICOS INEXPLICABLES: UNA OPORTUNIDAD PSICOSOMÁTICA.	63
6.1.	LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LOS SÍNTOMAS MÉDICOS INEXPLICABLES: GASTO SANITARIO.	63
6.2.	TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN. UBICACIÓN EN EL DSM-IV Y SU VALIDACIÓN.	67
6.3.	RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS AFECTIVOS Y TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.	76
6.4.	SÍNTOMAS MÉDICOS INEXPLICABLES.	83
6.5.	MODELOS SOBRE SÍNTOMAS MÉDICOS INEXPLICADOS (MUS).	84
6.6.	APÉNDICE. SOBRE: “SI NO ES FÍSICO ES PSICOLÓGICO. O SI ES FÍSICO NO ES PSICOLÓGICO”	91
7.	SOMATIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA.	95
7.1.	INTRODUCCIÓN.	97
7.2.	PREVALENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN A ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.	102
7.3.	EVENTOS ESTRESANTES EN DERMATOLOGÍA.	103
7.4.	COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.	105
7.5.	CALIDAD DE VIDA.	107
7.1.	PERSONALIDAD/VULNERABILIDAD.	109
8.	ALEXITIMIA Y PIEL	111
8.1.	CONCEPTO E IMPLICACIONES PSICOSOMÁTICAS.	113
8.2.	ALEXITIMIA Y TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN.	115
8.3.	ALEXITIMIA EN DERMATOLOGÍA.	121
8.4.	DIMENSIONES DE PERSONALIDAD RELACIONADAS CON LA ALEXITIMIA.	123
8.5.	CREATIVIDAD Y ALEXITIMIA.	127
8.1.	<i>Medidas de flexibilidad emocional y cognitiva.</i>	127
9.	LA PSICOFISIOLOGÍA DE LA PIEL Y LA PERSONALIDAD.	133
9.1.	EL ESTRÉS AFECTA A LA PIEL Y ALTERA SUS FUNCIONES DE BARRERA.	133
10.	LA PERSONALIDAD.	141
10.1.	TEORÍA EVOLUTIVA DE MILLON.	141
10.1.1.	<i>Una definición de Personalidad.</i>	143

10.1.2.	<i>Ejes en el DSM. Una visión más global de la persona.</i>	144
10.1.3.	<i>La Personalidad como “sistema inmunitario psicológico”.</i>	146
10.1.4.	<i>Evolución humana: La personalidad como modo de adaptación al medio.</i>	148
10.2.	TEORÍA EVOLUCIONISTA: CAMBIO DE UN MODELO BIOSOCIAL A LA TEORÍA EVOLUCIONISTA.	150
10.2.1.	<i>El Modelo biosocial original.</i>	150
10.2.2.	<i>Modelo Evolucionista de Millon.</i>	151
10.3.	ADAPTACIÓN Y PERSONALIDAD.	152
10.4.	POLARIDADES.	153
10.5.	CONTINUO PERSONALIDAD NORMAL Y PATOLÓGICA. LA SEVERIDAD INDUCE UN PATRÓN ESTABLECIDO.	155
11.	RESUMEN Y ANTECEDENTES DE LA HIPÓTESIS.	157
12.	HIPÓTESIS	163
13.	MATERIAL Y MÉTODO	167
13.1.	PARTICIPANTES.	167
13.2.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA.	168
13.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	168
13.4.	PROCEDIMIENTO.	169
13.5.	MEDIDAS.	171
13.6.	RESUMEN DE VARIABLES.	178
13.7.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	180
14.	RESULTADOS	181
14.1.	DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS.	182
14.2.	DIFERENCIAS DEBIDAS AL SEXO.	189
14.3.	MUESTRA DERMATOLÓGICA VS. MUESTRA NORMAL.	190
14.4.	DIFERENCIAS DE MEDIAS ENTRE LOS GRUPOS DERMATOLÓGICOS.	193
14.4.1.	<i>Estilos/Metas Motivacionales.</i>	194
14.4.2.	<i>Estilos/Modos Cognitivos.</i>	196
14.4.3.	<i>Estilos/Estrategias Interpersonales.</i>	198
14.5.	ÍNDICE DE AJUSTE PSICOLÓGICO (IAJ).	200
14.5.1.	<i>Índice de Ajuste de las diferentes enfermedades dermatológicas.</i>	201
14.5.2.	<i>Eventos estresantes.</i>	202
14.6.	ANÁLISIS DE VARIABLES SOMÁTICAS E ÍNDICE DE AJUSTE.	205
14.6.1.	<i>Número de visitas al médico y estilos de personalidad.</i>	206
14.7.	CORRELACIÓN DEL ÍNDICE SOMÁTICO Y LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS.	207

14.7.1. Estilos Motivacionales.....	207
14.7.2. Estilos Cognitivos.....	208
14.7.3. Estilos Interpersonales.....	209
14.7.4. Matriz de correlaciones del paciente con elevado índice somático.....	210
14.8. RELACIONES ENTRE PICOR, RASCADO Y PERSONALIDAD.....	211
14.9. ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE VARIABLES DE PERSONALIDAD SOBRE EL GRADO DE CURACIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	212
15. DISCUSIÓN.....	215
15.1. SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LA MUESTRA.....	216
15.2. ÍNDICE DE AJUSTE PSICOLÓGICO Y ADAPTACIÓN EN ND.....	236
15.3. EVENTOS ESTRESANTES Y VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA EN ND.....	238
15.4. HOMEOSTASIS Y CAPACIDAD DE SIMBOLIZACIÓN EN ND.....	242
15.5. RELACIONES ENTRE SÍNTOMAS, PERSONALIDAD Y VISITAS AL MÉDICO.....	247
15.6. PICOR, RASCADO Y PERSONALIDAD.....	248
15. LA CONDUCTA DE RASCADO EN PACIENTES DE LICHEN SIMPLEX CHRONICUS (O NEURODERMITIS).....	250
16. CONCLUSIONES.....	257
17. PROPUESTAS DE FUTURO Y LIMITACIONES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	262
LIMITACIONES DEL ESTUDIO EN CUANTO A SU METODOLOGÍA:.....	262
PROPUESTAS DE FUTURO.....	263
APLICACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS.....	270
18. CONSIDERACIONES FINALES.....	273
19. BIBLIOGRAFÍA.....	275
20. ANEXOS.....	297
ANEXO 1. TABLAS DE FRECUENCIA DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS.....	298
ANEXO 2. DIFERENCIAS ENTRE LA MUESTRA DERMATOLÓGICA Y LA MUESTRA NORMAL.....	301
ANEXO 3. DIFERENCIAS DE MEDIAS ENTRE LA POBLACIÓN NORMAL Y LSC (O ND).....	302
ANEXO 4. ANOVA ESTILOS DE PERSONALIDAD Y NÚMERO DE VISITAS AL MÉDICO.....	303
ANEXO 5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE ESTADO DE EVOLUCIÓN.....	304
ANEXO 6. RELACIÓN ENTRE PICOR, RASCADO Y ESTILOS DE PERSONALIDAD.....	305
ANEXO 7. CUESTIONARIO TELEFÓNICO.....	309
ANEXO 8. CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO.....	310

1. Introducción.

Sabemos que un trastorno de conducta está delimitado por un exceso o defecto de variables de frecuencia, intensidad y duración y que, en cierto modo, “lo normal” ha sido menos estudiado en psicología hasta el momento; quizá porque no requería modificación. Por esta o por otras razones, lo normal, lo cotidiano, lo habitual pasa más desapercibido.

Dicho lo anterior, permítasenos reflexionar sobre esto: ¿Quién no se ha rascado alguna vez?

No es raro observar a los chimpancés de los Zoos llevando a cabo esta conducta. O a alguien que se encuentra en una situación tensa y comienza a tocarse los brazos, la cara, y acaba rascándose. O al pensador, que ante un esfuerzo mental se rasca la cabeza como si frotase la lámpara del genio para forzar la idea a emerger.

Pero, ¿Por qué nos rascamos? ¿Se lo habían planteado ustedes alguna vez?

Igual que hay conductas, como no poder tocar los pomos de las puertas o jugar con las rayas del suelo para no pisarlas en los niños y luego en los adultos con rasgos obsesivos, hay otros comportamientos que aislados llaman poco la atención y se consideran popular y cotidianamente como manías: este tiene la manía de no pasar debajo de una escalera, este otro tiene la manía de revisar muchas veces si ha cerrado bien la puerta del coche, este tiene tal o cual conducta que resulta llamativa. Pues bien, el rascado, como una conducta humana más, impone hacerse ciertas preguntas sobre su naturaleza, su origen: ¿Qué genera la conducta de rascado? (Sí el picor, podría ser, pero, ¿Qué genera el picor?) ¿Qué efectos produce en nosotros los humanos? ¿Tiene alguna función específica para nuestra especie? ¿Puede estar desequilibrada la conducta de rascado? ¿Qué características tienen las personas que se rascan mucho/poco? ¿Existe un perfil de personalidad que se rasque excesivamente?

En los seres humanos, y más en concreto en pacientes dermatológicos, se ha descrito una enfermedad denominada Neurodermitis o Liquen simple crónico, que consiste, en resumidas cuentas, en que los pacientes se rascan en exceso y de una forma incontrolable sin una causa biológica aparente causando gran sufrimiento y lesiones de la piel donde antes no había rastro de ninguna alteración.

Este trabajo trata de reflexionar sobre el papel del rascado y de la relación entre piel-personalidad, y, más ampliamente, de explorar algunas cuestiones sobre variables psicologías distintivas de las personas que sufren una enfermedad, y en concreto sobre las relaciones entre la psicología y en el complejo picor-rascado, si es que las hubiese, ya que hoy en día, y después de casi 100 años de investigación sobre la sensación de picor, todavía no hay una terapia generalmente aceptada para tratarla y sí muchos misterios (Ralf Paus, 2006).

1.1. Breve revisión histórica de la evolución del concepto de Psicósomática.

A grandes rasgos, en la antigüedad las enfermedades se explicaban por un espíritu maligno y se resolvían con un exorcismo. El ejercicio de la medicina se llevaba a cabo a través de la magia, la religión y el uso de hierbas. Esto fue así hasta la llegada del Renacimiento y el desarrollo del Método científico.

Al principio del siglo XVII, Descartes anunciaba la importancia de la glándula pineal como nexo entre el cuerpo y el alma. En esta época histórica se dio un descenso del interés en el estudio del psiquismo. El estudio del espíritu quedaba en manos de los filósofos y el del alma en la de los teólogos.

En el siglo XVIII, Samuel Taylor Coleridge, poeta inglés (1796), usa el término psicósomático para expresar la unidad del cuerpo y el espíritu.

En el siglo XIX, se negó el concepto de unidad psicósomática. Pero Heinroth, psiquiatra austriaco (1818), introduce el concepto de lo psicósomático y lo somatopsíquico.

A principios del siglo XX, hay pioneros que desarrollan el campo de lo psicósomático como Freud, Alexander, Groddeck, Pavlov, Selye, Reich, Spitz, etc.

En la segunda mitad del siglo XX, se observa un incremento de las revistas científicas dedicadas a esta materia, con numerosas investigaciones interdisciplinares y la psicósomática experimenta un notable desarrollo. Finalmente, se desarrolla la psicología de la salud.

Y a finales del siglo XX se desarrolla la Neurociencia Cognitiva-Afectiva y la Psico-Neuro-Inmuno-Endocrinología dentro del modelo bio-psico-social que trata de entender las relaciones entre diferentes sistemas para explicar el desarrollo de enfermedades.

Los autores que se han citado anteriormente tienen importancia en el desarrollo incipiente de la Psicopatología aportando cada uno una pieza del puzzle psicopatológico. En concreto:

- Alexander: introduce la concepción según la cual ciertas enfermedades podrían ser el resultado de una fragilidad orgánica añadida a una circunstancia que altera el funcionamiento psíquico.
- Groddeck: interpreta el síntoma físico como un deseo reprimido.
- Pavlov: introducción del concepto de condicionamiento y de neurosis experimental, es decir, de cómo un evento (EI) puede asociarse con otro evento (EN) y generar cambios fisiológicos en ausencia del evento que lo desencadenó (EC).
- Selye: introdujo el concepto de estrés y describió el Síndrome General de Adaptación.
- Reich: subraya el rol de un déficit de actividad sexual en la aparición de los síntomas físicos.
- Spitz: Resalta la relación materna en la aparición de una patología psicopatológica.

La forma en que cada ser humano contempla, y se explica, el mundo tiene importantes repercusiones en su vida física. Desde los ancestros que quisieron explicarlo todo mediante poderes psicológicos (el rayo, el fuego, el viento tenían propiedades humanas y para hacer las paces con ellos se utilizaban las mismas estrategias que para con los hombres, ofrendas, regalos, sacrificios), hasta los grandes avances de la ciencia basada en la naturaleza ha pasado mucho tiempo, pero quizá durante todo este periodo histórico no se haya hecho más que retrasar las influencias de la psicología en la aparición de las enfermedades físicas (Franz Alexander, 1962). Como uno experimenta la vida, cómo responde a los eventos cotidianos y eventualmente reacciona de forma desadaptada, tiene importantes consecuencias para la homeostasis general del cuerpo y puede agravar los desajustes físicos hasta que una enfermedad física eclosiona.

Por ejemplo, en la relación entre el efecto que puede tener el estrés sobre el sistema inmune mediante numerosas respuestas intermedias, desde la capacidad de hacer frente a la situación desde un punto de vista psicológico, hasta las propias respuestas endocrinas. Cada

una de estas respuestas, o mejor dicho, cada una de estas dimensiones que “responden” a la estimulación externa, supone un pequeño contexto entre otros contextos. Es decir, cuando afirmamos que alguien soporta mal la presión, o que le salen llagas en la boca con los “nervios”, o que ante una situación inesperada y amenazante se le “hace un nudo en el estómago”, estamos siendo testigos de una reacción holística, de todo el individuo de varios sistemas de respuesta que actúan simultáneamente. El sistema nervioso, el sistema inmunitario, el sistema endocrino, y todas las vertientes y subdivisiones que puedan hacerse en cada uno de estos sistemas responden como un todo.

Pero, ¿Cómo se traducen, o influyen unos sistemas a otros?

El modo de reaccionar de unos individuos (en el sentido del conjunto de respuestas al medio que un individuo desarrolla para hacerle frente, adaptarse y sobrevivir; una vez más, todo el conjunto de respuestas al medio) ante un evento estresante con un aumento de la tasa cardiaca, o la elevación o descenso de la conductancia de la piel, también se puede considerar como una serie de respuestas que deben ser coherentes con un estilo de personalidad (una forma general de reaccionar ante la vida, como se apuntaba al principio de este apartado). La evidencia científica de esta interacción entre sistemas es abundante y numerosos autores subrayan la necesidad de tener en cuenta las relaciones entre las diferentes especialidades implicadas en el trastorno psicósomático (Camelo-Roa, 2005; Francisco Tausk, 2008; Janic K. Kiecolt-Glaser, 2002; Kiecolt-Glaser, 1992; MA Aller, 1996; Solomon, 2001).

Interesa, no obstante, repasar la literatura que interrelaciona los diferentes elementos que serán útiles para sostener la propuesta de un modelo explicativo lo más completo posible entre la personalidad y la piel, en concreto en Neurodermitis (como objetivo que es de este proyecto).

En trabajos de 1950 y principios de 1960, se encontró cómo ratones expuestos a estés fueron más susceptibles a contraer la infección por el virus del Herpes Simple o la retención de autoinjertos. Vessey y Solomon demostraron experimentalmente en 1960 que un antígeno respondía a la reducción de un anticuerpo como resultado de tensión en roedores (Solomon,

2001). En humanos se demostró como las experiencias de los primeros años de vida podrían afectar a la respuesta mediada por anticuerpos en la edad adulta. Solomon y Fessel (Solomon, 2001) estudiaron esto en pacientes con esquizofrenia y niveles anormales de inmunoglobulinas y anticuerpos reacción-cerebro en estos pacientes, abriendo una línea de investigación que relaciona la salud mental con la inmunología.

Otros muchos trabajos relacionan la inmunología y los diferentes sistemas con reacciones psicológicas (Camelo-Roa, 2005; Francisco Tausk, 2008; Janic K. Kiecolt-Glaser, 2002; Kiecolt-Glaser, 1992; L Lorente, 1996; MA Aller, 1996; Nakano, 2004; Solomon, 2001). Sin embargo, de cara a establecer antecedentes relevantes para el tema que aquí se trata, y por motivos de concreción, es necesario mencionar ciertos artículos que merece la pena resaltar sobre los demás, por su nexo entre el estrés y su implicación a la función de barrera de la piel. Esto tiene interés, tanto por el rol de los mecanismos que traducen lo psicológico a lo orgánico, como también, por formar un eslabón parte del modelo explicativo sugerido.

Sirva entonces este apartado y lo dicho hasta aquí como reflejo de la complejidad a la que nos enfrentamos y como eslabón más en la tarea de dilucidar y conocer las relaciones entre las variables físicas y las psicológicas. En este caso nos centraremos en las relaciones que puedan existir entre variables psicológicas y dermatológicas.

2. La Piel.

Numerosos estudios abordan recientemente la compleja relación entre los procesos psíquicos y la bio-química cutánea como mecanismo adaptativo: ¿Cómo unos pueden modificar la fisiología de la otra? ¿Qué factores producen un agravamiento de las lesiones cutáneas? ¿Qué tratamientos son más efectivos y cuáles son los mecanismos que subyacen a éstos? ¿Se puede hablar de una piel como un segundo sistema nervioso capaz de producir neurotransmisores de forma autónoma, en respuesta a eventos externos? ¿Es capaz la piel de procesar información? ¿Qué relación hay entre el sistema inmune y las lesiones cutáneas? Estas interesantes preguntas van siendo contestadas a través de datos experimentales que los diversos autores han ido recabando en los últimos años.

2.1. ¿Cual es la verdadera función de la piel?

Desde la salida de los primeros animales terrestres del medio acuático, la piel ha sido una importante baza evolutiva para proteger al organismo de las agresiones propias del medio externo. Así, púas, pelo, escamas duras en los reptiles, plumas, etc... han debido ser desarrolladas para garantizar la supervivencia. Todas estas estrategias evolutivas son funciones de la piel.

La piel, en este paso evolutivo, no solo permite la defensa, movilidad o mantenimiento de la temperatura interna, sino que además, sirve como barrera para evitar perder exceso de líquido, por lo que se convierte en una barrera para garantizar el equilibrio interno del organismo. Curiosamente, existe un alto porcentaje de agua interno, con una proporción de sales parecido al agua marina, en todos los seres vivos terrestres. Hay autores que recuerdan que, en su emigración hacia la tierra, los organismos se llevaron parte del mar consigo. De ahí la necesidad de mantener la homeostasis y la concentración; la piel es clave para mantener esta función.

La capacidad de vuelo en las aves se produce gracias a una mezcla de aerodinámica, peso, estructura ósea y además, de forma notablemente importante, de la formación que les permite resistir el aire de forma que esta resistencia sea la que les eleve y puedan volar: las plumas, una formación cutánea, como el pelo en los mamíferos. Es decir, el movimiento está favorecido por la piel en las aves. Es importante por lo tanto dedicar atención y cuidados a tan rico avance evolutivo, lo que se observa en la preparación y limpieza de los plumajes en las aves para mantener su piel en buen estado, ya que esta les puede salvar si tienen que huir de algún depredador, o en el cortejo, o para mantener su equilibrio homeostático. La piel cumple así funciones diversas entre las que pueden destacarse: inmunológicas, endocrinas, metabólicas, psico-sociales, neuro-psico-inmunológicas y en definitiva, cualquiera, dependiendo del campo de interés (Chuong, et al., 2002).

Pero, ¿cual es la verdadera función de la piel?

2.2. Una visión evolutiva de la piel. Una mirada al pasado.

¿Cuál es la verdadera función de la piel? Como una serie de autores responden, esta pregunta está mal planteada. Ya que no hay una única función de la piel. Hay muchas y variadas funciones que se interrelacionan y complementan (Chuong, et al., 2002). Y que hacen de la piel un órgano excepcional.

Desde una aproximación biológica, podemos preguntarnos desde cuándo empezó a existir la piel. Las primeras formas de vida comenzaron como células aisladas o grupos de células y la piel todavía no existía. Hace 500 o 600 millones de años, los primeros organismos multicelulares empezaron a conformar las diferentes especies. El desarrollo de los primeros organismos dotados de una proto-piel fueron parecidos a medusas y ciertos tipos de plantas. Esta capa se organizaba en una estructura cilíndrica de dos partes, una el ectodermo (epidermis) y el endodermo (la gastrodermis). El ectodermo puede ser considerado la primera forma de piel o “tegumento”, con un significado más amplio que “piel”.

La función más básica de esta primera capa fue servir de límite entre el organismo y el ambiente y supone una barrera mecánica y química que protege al organismo de las agresiones externas y permite una homeostasis interna.

La segunda función es la sensorial. Los organismos que eran capaces de recoger información del entorno podían responder a él y por tanto adaptarse mejor. Aunque el resto de órganos de los sentidos se desarrollasen inmediatamente después en la escala evolutiva, aún hoy, los reflejos nerviosos de retirada (por proximidad a un foco de calor excesivo u otro tipo de estímulos dolorosos) siguen teniendo una importante función adaptativa.

Más tarde llegó la función de comunicación con otros organismos. El uso de la superficie de este tegumento como medio de atraer a individuos de la misma especie con fines reproductores, o espantar a los depredadores o atraer a las presas, se puede ver todavía

en la fauna marina y terrestre. Así que otra de las funciones de la piel es la de comunicación. En el ser humano, las reacciones de sonrojo, de palidez, de enrojecimiento por ira, etc... proveen de información relacional e informan de un estado interno mediante señales externas. Estas señales de información se canalizan a través de la piel.

En los invertebrados, el tegumento y sus apéndices tuvieron también funciones de locomoción; los tentáculos de los pulpos, o las membranas de las medusas que le permiten el movimiento, por ejemplo.

Otra importante función es la de defensa (no ser comido), como en los artrópodos y sus duros caparazones y la de ataque (espinas, garras).

Incluso la respiración está permitida en algunos animales por los pliegues e invaginaciones del tegumento precursor de la piel, como las branquias en los peces.

Ya en los vertebrados, el tegumento facilitó las escamas en los peces y también una pigmentación particular que permitió además la comunicación. En los anfibios, la piel permite pasar del agua a tierra. Asimismo, a través de sus glándulas, la piel se especializa, dotándose de glándulas venenosas, que producen colorido, o incluso permiten llevar a la camada.

La aparición de los reptiles supone la conquista de la tierra y la formación de las barreras de la piel que previene de la pérdida de agua, y se desarrollaron las escamas típicas de los reptiles. Estas escamas pueden ser cortas y planas o alargadas y puntiagudas destinadas a la defensa. El tegumento propio de los reptiles ha evolucionado para facilitar arrastrarse o para volar (como los dinosaurios voladores).

En los mamíferos y pájaros, animales de sangre caliente, la piel permite regular la temperatura. La necesidad de retener el calor lleva a la formación de apéndices cutáneos como el pelo y las plumas, que atrapan las moléculas de aire caliente que produce el cuerpo. La cantidad de vello en el cuerpo en los mamíferos, como los elefantes africanos o los

mamuts, o las ballenas que volvieron al medio acuático, está en función de sus necesidades ambientales gracias a la plasticidad cutánea y finalmente a los mecanismos de selección natural. También las glándulas sudoríparas ejercen un importante papel en la regulación térmica y asimismo son debidas a evoluciones-especializaciones de la piel. En lo que nos define como mamíferos se encuentra el tener el cuerpo recubierto de pelo y dar de mamar a las crías. Ambas formaciones, pelo y glándulas mamarias, son también apéndices de la piel.

Como se puede comprobar en esta revisión, la piel de los seres humanos ha sufrido una evolución determinada por las condiciones ambientales en las que vivían los animales a partir de los que evolucionamos. La propia pigmentación de las diferentes razas humanas es fruto de los condicionantes medioambientales, más oscura en zonas muy soleadas y más clara en zonas menos soleadas en las que se da la necesidad de atrapar la mayor cantidad de sol posible para la síntesis de la vitamina D. Sin embargo, en la evolución es también la ropa la que regula la temperatura y sirve para la comunicación interpersonal: atuendos, trajes de fiesta de colores llamativos. Se han traspasado ciertas funciones de la piel a la sofisticada vestimenta del ser humano a lo largo de su historia, complejizando enormemente la función de la piel como órgano, no solo de protección, sino de imagen social, edad y hasta clase social, cuya función empieza a afectar ya a la identidad psicológica.

Otra importante función es el papel protector que cumple la piel como barrera entre el exterior y el interior del cuerpo. En este sentido, puede ser interesante examinar la estructura de la piel en el ser humano, partiendo de la premisa que cada una de las células que componen la piel cumple, a su vez, una función para el mantenimiento de la homeostasis de este órgano y, por su localización especial, de la homeostasis de todo el cuerpo. La piel no sólo está bañada por el funcionamiento interno y todas sus modificaciones hormonales, endocrinas, etc. (como el resto de órganos del cuerpo), sino que también ha de encajar la influencia de factores agresores externos. Estas dos exigencias le hacen una interfaz biológica que actúa de escudo contra agentes infecciosos como virus, bacterias, efectos de los rayos solares, pérdida de líquidos, etc.

Estas sofisticadas formas de interacción entre la piel y el medio sugieren una importante coordinación con el resto de órganos internos del cuerpo, sobre todo con el cerebro, para que regule su relevante actividad en relación a las percepciones y reacciones vitales-adaptativas. Por ejemplo, si el cerebro recibe información de la piel de que la temperatura está disminuyendo, buscará en su memoria algún refugio, o rescatará la receta para hacer fuego y ejecutará una complicada serie de órdenes para poder calentarse. Al ser un órgano tan extenso, tanto en superficie como en funciones, es de suponer que debe tener una relación privilegiada con el gestor central de la conducta.

¿Puede pensar la piel? La piel y el tubo neural son derivaciones de la misma capa embrionaria, el ectodermo, que conformará la piel y el sistema nervioso periférico. Una muestra de esta relación es el alto número de síndromes neuro-cutáneos. Ya que tanto la epidermis como el resto de la piel están ricamente inervados de nervios motores y sensitivos, receptores generales y especializados para varios tipos de sensaciones e incluso que el sistema inmunológico cutáneo tiene numerosas innervaciones neurales, se podría comparar este sistema de caminos neuronales a través de la piel con la parte física de una máquina de Turing y reflexionar sobre si la piel puede o no pensar: tener memoria, procesar información, etc... Este no es el motivo del presente trabajo de investigación, pero abre enormes interrogantes que justifican el interés por las relaciones entre este órgano y la conducta.

Lo que queda patente al hilo de todo ello es que la piel podría llegar a enfermar por influencia de múltiples alteraciones psicológicas. Algo a lo que los un número no despreciable de dermatólogos han sido sensibles y les ha llevado a escribir varios manuales acerca de las influencias psicológicas sobre la piel (Grimalt & Cotterill, 2002; W Harth, 2008). No faltan en los tratados de dermatología referidos a aspectos como el picor, capítulos consagrados al aspecto psicológico de las afecciones cutáneas (Yosipovitch, 2004). A estas enfermedades dermatológicas con influencia psíquica se les ha dado el nombre de psicodermatosis.

3. Clasificación de las psicodermatosis.

3.1. Psicodermatosis

La conexión entre la piel y la mente se conoce desde antiguo. De hecho, el primer caso documentado de enfermedad psicocutánea se remonta al año 1700 AC, cuando el médico del príncipe de Persia especulaba que la causa del psoriasis de su paciente era la ansiedad del joven por suceder a su padre en el trono (M. Silvan, 2003). Sin embargo, no es hasta finales del siglo XIX cuando Brocq y Jacket, en 1891, acuñan el término Neurodermitis, sugiriendo la hipótesis de una relación patogénica de la piel con el sistema nervioso autónomo, dado que el prurito precipita la aparición de las lesiones (O. Braun-Falco, 1991). Tuvieron que pasar 62 años hasta la publicación del trabajo de Wittkower y Rusell en 1953, “Factores emocionales en las enfermedades de la piel”. Desde entonces los médicos y concretamente los dermatólogos, han ido adquiriendo progresivamente conciencia del impacto que tiene el estado emocional del individuo sobre las enfermedades de la piel y cómo la piel puede reflejar la situación psicológica de la persona; no en vano son los dos órganos del cuerpo que derivan del ectodermo. Este origen embrionario común posiblemente condiciona múltiples formas de enfermar conjuntamente, que clasificamos en tres grandes apartados (Tabla 4.1.).

En el primer grupo se incluyen las enfermedades psíquicas que se manifiestan con síntomas cutáneos. Muchos de ellos no presentan lesiones en la piel, salvo las provocadas por sus propias manipulaciones. Según la propia dermatología, la causa de sus síntomas no está en la piel sino en su mente. Constituyen el 1% de los pacientes que acuden a un servicio de dermatología (M. Armijo, 1998). Estos pacientes no son dermatológicos, sino psíquicos y estarían mejor tratados por el psicólogo o el psiquiatra. Sin embargo ellos creen que es su piel la que está enferma, por eso acuden al dermatólogo, quien tiene que derivar o instaurar el tratamiento psiquiátrico. El manejo de estas enfermedades debería ser interdisciplinario, pero los pacientes no aceptan ser transferidos al especialista “psi” y no deben ser derivados, al

menos en la primera entrevista, ya que sintiéndose enfermos de la piel no acudirían a él y quedarían sin ayuda (F. Grimalt, 1998).

El segundo grupo lo constituyen las enfermedades de la piel asociadas o agravadas por factores emocionales o estrés. Entre ellas está el prurito psicógeno o prurito “sine materia”, donde el picor aparece sin ninguna lesión cutánea acompañante, ni otras posibles causas que lo justifiquen. En este grupo están también incluidas una serie de enfermedades con lesiones cutáneas que aparecen desencadenadas por factores psíquicos, aunque estos no son la única causa que puede provocarlas. Algunas de ellas tienen algún condicionamiento genético que actuaría como factor predisponente. Muchos de estos pacientes pueden beneficiarse del tratamiento psicológico, que ayudará a la mejoría de la enfermedad cutánea y mejorará considerablemente la calidad de vida del paciente (Shenefelt, 2008).

El tercer grupo de enfermedades psicocutáneas son dermatosis que se originan en la piel y su tratamiento es plenamente dermatológico, pero tienen una importante repercusión psíquica, debido a su carácter visible o pruriginoso. El aspecto exterior de la persona tiene una gran influencia en su desarrollo y relación social, es la imagen que el individuo ofrece a los demás intentando causar la mejor impresión posible, e influirá en el comportamiento de las personas hacia él y de él hacia los demás. Cualquier diferencia de textura o coloración de la piel, sobre todo de la cara, puede alterar considerablemente la propia imagen y el modo de acercarse a los demás. Asimismo, la presencia de lesiones en las manos o en los pies dificulta en muchas ocasiones realizar tareas normales de la vida diaria, con la consiguiente pérdida de calidad de vida. Lo mismo sucede con el picor. Cuando es intenso y prolongado altera la vida normal no solo del paciente, sino también de las personas de su entorno, sobre todo cuando impide el descanso nocturno, especialmente en los niños. En general pueden observarse respuestas psíquicas diversas ante el sufrimiento y frustración que producen las lesiones cutáneas (M. Gupta, 2008; Hong, Koo, & Koo, 2008).

Tabla 4.1. Clasificación de las enfermedades psicocutáneas (M. Armijo, 1998)

I. S. Psiquiátricos con expresión dermatológica: PSICODERMATOSIS.

A. Lesiones cutáneas *autoinflingidas*:

1. Dermatitis artefacta (patomimia).
2. Delirios y alucinaciones cutáneo-mucosas.
 - Delirios de parasitosis.
 - Síndrome dismórfico corporal.
3. Hábitos *obsesivo-compulsivos*:
 - Excoriaciones neuróticas. Acné excoriado.
 - Manías: tricotilomanía, Onicotilomanía, Onicofagia, - Queilomanía.
 - **Neurodermitis.**

B. *Obsesiones*: Hipocondriasis cutáneo-mucosas y fobias.

C. *Trastornos sensitivos cutáneos*: glosodinia, vulvodinia, escrotodinia.

II. Enf. cutáneas asociadas o agravadas por factores emocionales o estrés:

- 1- Prurito psicógeno: generalizado, anal, genital.
- 2- Urticaria y dermatografismo.
- 3- Alteraciones del crecimiento y color del pelo.
- 4- Desórdenes psicógenos de las glándulas sudoríparas: hiper, bromhidrosis.
- 5- Dermatitis inflamatorias: D. Atópica, D. seborreica, psoriasis, liquen plano, rosácea, herpes simple.

III. Dermatitis con repercusión psíquica por su carácter visible o pruriginoso.

- 1-D. Inestéticas: angiomas, vitiligo, psoriasis, acné, nevus, ictiosis, etc.
- 2-D. Pruriginosas: atopía, Duhring, etc.

3.1.1. Neurodermitis.

3.1.1.1. Definición.

La Neurodermitis localizada o liquen simple crónico es una enfermedad crónica, muy pruriginosa, que aparece en una zona circunscrita de la piel, con engrosamiento de la misma y que se mantiene por el rascado.



Fig. 1. Placa de Neurodermitis en cara posterior de cuello, en una mujer joven, de borde inferior bien delimitado, color rosado y superficie engrosada, con los pliegues normales de la piel muy marcados, que dibujan pequeñas zonas romboidales. En la zona superior se observa descamación blanquecina, sobre todo en las áreas cubiertas por el pelo.

3.1.1.2. Patogenia.

La Neurodermitis circunscrita o liquen simple crónico constituye un patrón reactivo de la piel en respuesta al rascado energético y repetido de un área localizada de la piel (Wade, Finan 1990). Constituye el ejemplo genuino de la situación en la que un hábito ocasiona un problema dermatológico (Chuh 2006). Puede aparecer sobre piel previamente sana, en la que el primer síntoma es el picor localizado en una zona concreta del cuerpo, o bien como

evolución de una dermatosis pruriginosa (Grimalt, 2002; Gunasti, 2006); pero en ambos casos está producida por el rascado excesivo en personas sometidas a alguna tensión emocional. El resultado de esta actividad es la liquenificación o engrosamiento cutáneo. Para Grimalt, en estos casos, el rascado sería un intento de disminuir determinados sentimientos inaceptables, como actividad derivada por parte del paciente (Grimalt, 2002). En este sentido, puede que el rascado se deba a un refuerzo negativo por el cual la conducta de rascado escapa de la sensación aversiva de picor, generando así, por principios del condicionamiento operante, el refuerzo de la conducta y la perpetuación del hábito de rascado.

Algunos factores, como tensión emocional, nerviosismo, ansiedad, depresión y disfunción sexual, se cree que pueden tener algún papel patogénico en esta enfermedad (Mercan, 2008).

La liquenificación puede ocurrir también en otras dermatosis pruriginosas, como la dermatitis atópica, que se caracteriza por lesiones de eccema en múltiples localizaciones simétricas de la piel, que cursan de forma crónica con intenso prurito, por lo que, como consecuencia del rascado, con frecuencia las lesiones tienen cierto grado de liquenificación y por tanto tienen cierta analogía morfológica con la Neurodermitis; lo que ha dado lugar que el término Neurodermitis se utilice también por algunos dermatólogos como sinónimo de dermatitis atópica, que es otra entidad clínica diferente (Braun-Falcó, 1991). En este caso, la palabra Neurodermitis va seguida de los adjetivos generalizada o diseminada y no corresponde a la Neurodermitis genuina, que sería la localizada. El presente trabajo se refiere únicamente a la Neurodermitis circunscrita o localizada, también llamada liquen simple crónico, a la que en adelante denominaremos solamente Neurodermitis.

3.1.1.3. Manifestaciones clínicas

La Neurodermitis es un cuadro frecuente en todo el mundo, que se presenta después de la pubertad, con ligera preferencia en mujeres (Koca, 2006, Braun-Falcó, 1991), en forma de una placa bien delimitada, de varios centímetros de tamaño y forma redondeada, ovalada o cuadrangular, en la que la piel aparece “liquenificada”, es decir: engrosada, seca, con

exageración de los pequeños pliegues normales de la superficie cutánea, que al entrecruzarse delimitan pequeñas áreas romboidales o lineales, formando un dibujo que algunos encuentran parecido a la corteza de un árbol (Grimalt, 2002). Por fuera de la placa pueden aparecer pequeñas lesiones satélites, como zonas sobreelevadas redondeadas, de 1 mm de diámetro aproximadamente. La placa puede estar ligeramente enrojecida o algo pigmentada, de color moreno, o ser del color de la piel normal (Annesi, 2006; Gunasti, 2006).



Fig. 2. Placa de Neurodermitis en la cara lateral izquierda del cuello de una mujer zurda de mediana edad, con bordes poco definidos. El engrosamiento de la piel y la exageración de los pliegues en este caso, delimitan zonas romboidales en unas zonas y lineales, paralelas a las arrugas, en otras.

Las placas de Neurodermitis suelen ser únicas y están situadas en una zona fácilmente alcanzable con la mano dominante. Las localizaciones más típicas son la nuca, laterales de cuello, conducto auditivo externo, antebrazos, piernas y tobillos. También es frecuente en genitales: escroto y vulva, pero puede aparecer en cualquier localización de la superficie cutánea.

El síntoma por excelencia es el picor. Está presente desde el principio y condiciona la aparición de la lesión cutánea, pero persiste indefinidamente de forma continua, o bien en

forma de accesos intensos de corta duración que se repiten muy a menudo, lo que obliga a su vez a rascarse, estableciéndose así un círculo vicioso que perpetúa la lesión (Koca, 2006). La secuencia sería: picor, rascado y liquenificación o engrosamiento cutáneo, que a su vez provoca más picor. Con frecuencia el prurito se desencadena en situaciones de tensión emocional o nerviosismo, y los pacientes suelen reconocer que el rascado les produce un placer especial, hasta un momento en que, debido a la intensidad del rascado, aparece dolor y el paciente deja de rascarse. Entonces hay un período refractario al picor (Grimalt, 2002).



Fig. 3. Placa circunscrita en una rodilla, de centro muy engrosado, con aumento de los pliegues que en este caso son paralelos porque siguen la dirección de los pliegues normales que permiten el movimiento de la rodilla. La zona central está cubierta de escamas finas, blanquecinas, con erosiones provocadas por el rascado, con enrojecimiento y pigmentación periférica.

3.1.1.4. Diagnóstico.

El diagnóstico de Neurodermitis es sencillo para un dermatólogo con experiencia, ya que sus manifestaciones clínicas son características y en la mayoría de los casos permiten hacer un diagnóstico “de visu”, es decir, teniendo en cuenta únicamente los datos que proporcionan el interrogatorio y la exploración clínica del paciente. En algunas ocasiones puede ser difícil de diferenciar de otras lesiones cutáneas; en estos casos es necesario efectuar una biopsia cutánea para apoyar el diagnóstico con los datos que proporciona el estudio microscópico de un fragmento de la piel afectada.

3.1.1.5. Psicopatología asociada.

La Neurodermitis se incluyó inicialmente en la primera descripción de las 7 enfermedades psicósomáticas básicas y es esperable encontrar problemas psicológicos en los pacientes que la padecen (Mercan, 2008). De hecho, diversos autores han demostrado mayor incidencia de psicopatología variada en pacientes con Neurodermitis, como depresión (Medanski, 1981; Kounk, 2007), ansiedad, tensión emocional, nerviosismo (Mercan 2008) e insomnio (Koca, 2006).

Los pacientes con Neurodermitis tienen un alto grado de síntomas psicopatológicos asociados, respecto al grupo control, según demuestran Kounk y colaboradores (Numan Kounk, 2007), evaluados mediante el Symptom, Check List SCL-90. Según estos autores, las subescalas que medían somatización, obsesivo-compulsivo, psicoticismo, odio y hostilidad y ansiedad fóbica, fueron significativamente mayores en las Neurodermitis que en el grupo control. La escala de experiencias disociativas DES demostró que un 13% tenía disociación frente a una prevalencia del 2-6% descrito en la población normal (Numan Konuk, 2007). Esto plantea el interrogante de si los fenómenos de disociación son responsables en parte de la sensación de picor.

Los pacientes con dermatosis crónicas tienen disfunciones sexuales significativamente más frecuentes que la población con piel sana (Mercan, 2008). Varios autores demuestran que los pacientes con Neurodermitis tienen más disfunciones sexuales que los controles sanos (Bhatia, 1996; Mercan, 2008), e incluso más que los que presentan otras dermatosis crónicas como psoriasis, según estudios muy recientes (Mercan, 2008). Laihinen da una interpretación psicodinámica según la cual el rascado podría ser una sustitución del placer sexual en pacientes que no tienen contactos sexuales debido a su dermatosis (Laihinen, 1991).

Algunos autores han detectado alteraciones del sueño provocadas por los episodios de rascado nocturno debido al picor, lo que disminuye la calidad de vida (Koca, 2006).



Fig. 4. Neurodermitis en tercio inferior de pierna, de un varón de 70 años, con engrosamiento de la piel que da lugar a una placa central sobreelevada y descamación y enrojecimiento periférico.

Grimalt (2002) aconseja practicar un interrogatorio psicológico sistematizado a los pacientes con Neurodermitis para detectar la psicopatología acompañante. El tratamiento de dicha alteración contribuirá a la curación de la enfermedad cutánea y mejorará la calidad de vida de los pacientes.

3.1.1.6. Tratamiento.

3.1.1.6.1. Tratamiento Médico de las Neurodermitis.

El tratamiento médico consiste en la aplicación tópica de medicamentos que disminuyen el excesivo grosor de la epidermis como los corticoides de potencia media o alta, combinados a largo plazo con inhibidores de la calcineurina (Goldstein AT), que pueden ocluirse con apósitos autoadhesivos adecuados, con el fin de favorecer la penetración del principio activo en la piel y evitar que el paciente se siga rascando. También es necesario aliviar el prurito con la administración de antihistamínicos por vía oral y con antipruriginosos de aplicación tópica, que ayuden al paciente a evitar el rascado, sustituyéndolo por la aplicación de sustancias refrescantes como mentol y alcanfor, combinadas con otras que tienen un ligero efecto anestésico y que pueden aplicarse repetidamente sin la aparición de efectos secundarios. Los ansiolíticos pueden ser de mucha utilidad, sobre todo en los casos con ansiedad asociada.

Es imposible curar la enfermedad si el paciente se sigue rascando; por eso es importante dedicar el tiempo necesario para informar al paciente de la naturaleza de su enfermedad y de la necesidad de que deje de rascarse (Grimalt & Cotterill, 2002).

3.1.1.6.2. Tratamiento Psicológico de las Neurodermitis.

El tratamiento psicológico que se ha efectuado para las Neurodermitis ha sido, según se recoge en la literatura, la intervención mediante la técnica de la inversión del hábito (Azrin & Nunn, 1973; Azrin & Peterson, 1988; Dobes 1997; Michael S. Rosenbaum 1981) y otras

intervenciones basadas en las técnicas de modificación de conducta (Michael S. Rosenbaum, 1981).

También en niños se han usado técnicas empleando a los padres como co-terapeutas en algunas ocasiones para tratar el exceso de rascado en su hija (K. Eillen Allen, 1966). En otro caso, una paciente que había tenido problemas dermatológicos relacionados con el picor-rascado desde los 5 años (tenía 22 cuando fue atendida), fue tratada con técnicas aversivas mediante shock eléctrico cuando se rascaba. Una técnica complementaria fue el entrenamiento de relajación cuando tuviese urgencia de rascarse. Mediante estas técnicas se disminuyó completamente la conducta de rascado patológico en un periodo de seguimiento de 6 meses (Richard G. Ratliff, 1968). En opinión de estos autores, el entrenamiento en relajación sirvió para mejorar la eficacia de respuestas incompatibles con el rascado. Es interesante hacer notar que los autores reflexionan en la discusión de este caso sobre los beneficios que pudo haber tenido el entrenamiento en relajación por sus efectos en conjunción con los eventos en la vida de la paciente, que “pudieron tener un efecto significativo en su mejoría”. Es decir, disminuyeron el nivel de tensión emocional de esta chica. Después del tratamiento, la paciente experimentó importantes cambios en su vida debidos a dejar de rascarse, al hecho de poder dormir durante toda la noche y de poder aliviar el nivel de tensión emocional a la que, según ella misma, estaba sometida antes de terminar sus estudios y poder ponerse a trabajar. Pareciera entonces que algo que mantuvo los beneficios del tratamiento fue la disminución de la tensión emocional de la paciente.

En otro caso del que se informa en el mismo trabajo, se instruyó a una persona con 15 años de evolución de rascado crónico para que solicitase refuerzo social a sus amigos cuando no se rascaba, cuando disminuía el rascado de un gráfico que se instruyó a la paciente a confeccionar cada día. Al principio se entrenó a esta paciente a que al sentir la necesidad de rascarse, se golpease la zona que le picaba en lugar de rascarse y esta conducta de rascado se redujo totalmente. La paciente disminuyó su conducta en 26 días, manteniéndose los dos días siguientes sin rascarse. Sin embargo, como suele ser habitual, después de esos dos días se reinstauró el hábito a una frecuencia de 30 veces por día. Esta frecuencia empezó a disminuir 7 días más tarde. De forma muy llamativa, los autores subrayan que durante el periodo de

recurrencia, la madre de la paciente la estaba visitando. Esta recurrencia volvió de nuevo en otra visita de su madre. Las próximas visitas no produjeron este efecto. Durante un seguimiento de 30 meses, se registró una nueva recurrencia de la conducta de rascado coincidiendo con una tragedia familiar. Después de esto la paciente comenzó a llevar a cabo el tratamiento de modificación de conducta por su propia iniciativa durante la situación

Otro caso reporta el uso de principios de condicionamiento para reducir y eliminar la conducta de rascado que se presentaba durante el día y la noche en una paciente, usando comportamientos incompatibles con el rascado y el uso de auto refuerzos. En 18 días se eliminó por completo el rascado. Lo interesante de este caso es que fue la propia paciente la que concibió todo el proceso, mientras atendía a unos cursos sobre modificación de conducta de las que era una acérrima defensora y en los que tenía mucha fe. En cuanto al seguimiento, a los 6 meses no tuvo ninguna recaída. A los 12 tuvo una infección al bañarse en aguas sucias y cuando la infección remitió se produjo un estallido de la conducta de rascado que terminó cuando su novio le prometió un anillo de compromiso (de nuevo un refuerzo social) si dejaba de rascarse. A los 18 meses informó de que el picor y el rascado habían vuelto una vez más pero consiguió controlarlo a través de la aplicación de principios de contingencia estresante (David L. Watson 1972).

Parece relevante señalar aquí la importancia de las emociones negativas, o, dicho en los términos que han utilizado algunos de los autores revisados para este apartado, el nivel de tensión emocional, en el desarrollo y recurrencia del problema de rascado. Las posibles diferencias individuales a la hora de responder al tratamiento se revisarán a la hora de estudiar la personalidad y su relación con la actividad cutánea en respuesta a emociones negativas. En resumen, estas facetas de intervención pueden ser útiles como alternativa o complemento al tratamiento farmacológico (R. G. Fried & Hussain, 2008).

En síntesis, sin tratamiento adecuado, la Neurodermitis suele ser de larga evolución, puede atenuarse espontáneamente e incluso curarse definitivamente con tratamiento adecuado pero es frecuente que las lesiones se intensifiquen o vuelvan a aparecer en épocas de la vida particularmente estresantes, lo cual puede continuar durante años.

3.1.2. Psoriasis.

3.1.2.1. Definición.

El psoriasis o la psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, de etiología desconocida y curso crónico, con gran variabilidad clínica y evolutiva, que se caracteriza por la erupción bilateral y simétrica de placas rojas cubiertas de escamas, bien delimitadas, que son la base del diagnóstico (Grimalt & Cotterill, 2002).

Fue descrita en el año 400 AC por Hipócrates, quien la llamó “Psora” o “lepra”, ya que entonces no se distinguían ambas enfermedades.

3.1.2.2. Prevalencia.

La prevalencia es elevada: entre el 2 y el 5% de la población, según los distintos países y puede iniciarse a cualquier edad. En el 30-50% de los casos hay antecedentes familiares de psoriasis y se han identificado 16 loci potencialmente responsables de la aparición de psoriasis, el más claramente asociado a psoriasis es el PSORS 1, localizado en el brazo corto del cromosoma 6 (Lázaro-Ochaita & Martínez, 2008).

La edad de inicio del psoriasis y la presencia de antecedentes familiares identifica 2 grupos de curso y pronóstico diferente: La psoriasis tipo I, que se inicia en la infancia tardía o la pubertad, tiene antecedentes familiares y se asocia con clínica más grave y la psoriasis tipo II, con inicio en la cuarta década, menos intenso y sin tanta predisposición genética.

3.1.2.3. Patogenia.

Actualmente la psoriasis se considera una enfermedad inmunitaria. Los linfocitos T activados actúan regulando un complejo conjunto de reacciones inflamatorias en la piel, que se concretan en dos componentes: por un lado la hiperproliferación de la epidermis, que se

renueva a una velocidad mucho mayor de lo normal, junto a una diferenciación alterada, lo que conduce a la aparición de escamas y por otro lado, la inflamación de la dermis.

Junto a estos dos componentes, hay otros factores ambientales que influyen en el curso de la psoriasis, desencadenando los brotes o agravando su intensidad, aunque también hay brotes esenciales, donde no existe ningún factor desencadenante conocido. Algunas infecciones, como el SIDA, intensifican los brotes y los hacen más resistentes al tratamiento, las infecciones estreptocócicas de vías altas, desencadenan un tipo especial de psoriasis, llamado “en gotas” sobre todo en niños y adolescentes. Algunos medicamentos también son capaces de desencadenar o agravar un brote de psoriasis. Factores hormonales, como el embarazo, el hipotiroidismo, la hipocalcemia. Factores metabólicos, como la diabetes o la obesidad. Factores digestivos: dieta. También el clima, con empeoramiento en invierno y mejoría en verano, especialmente si se toma el sol. Dentro de los elementos que influyen en el desarrollo de la psoriasis, cobra especial importancia en este caso el estrés psíquico, uno de los factores desencadenantes mejor conocidos por los pacientes. Ellos mismos lo identifican sin dificultad como responsable de muchos de sus brotes de psoriasis.

3.1.2.4. Manifestaciones clínicas.

- **PSORIASIS VULGAR** o psoriasis en placas. Se caracteriza por la aparición de placas rojas, ligeramente sobreelevadas, cubiertas de escamas blanco-nacaradas. El tamaño y la morfología de las placas de psoriasis son muy variados. La distribución suele ser simétrica y las localizaciones más típicas son las zonas de piel que recubren superficies óseas, como codos, rodillas, región lumbosacra, cuero cabelludo, palmas y plantas, pero puede haber lesiones de psoriasis en cualquier punto de la superficie cutánea incluyendo las mucosas (labios, genitales) y las uñas. La extensión de las lesiones de psoriasis varía ampliamente de un paciente a otro y, dentro del mismo paciente, de unos brotes a otros, pudiendo darse todos los casos intermedios entre escasas lesiones en codos y/o rodillas, a la afectación de toda la superficie cutánea, en cuyo caso hablamos de ERITRODERMIA PSORIASICA. Cualquier forma de

psoriasis puede acompañarse de picor, aunque este no es un síntoma constante en todos los pacientes ni en todos los brotes.

Además de la forma típica que acabamos de describir, hay otras formas de manifestarse la psoriasis:

- PSORIASIS INVERTIDO, de diagnóstico más difícil, porque cursa con menos descamación y afecta a los pliegues.
- PSORIASIS EN GOTAS. Brote rápido y generalizado con lesiones redondeadas, pequeñas (de 0,5 a 1 cm de diámetro), sobre todo en tronco y raíces de miembros. También en cuero cabelludo y palmas-plantas.
- PSORIASIS PUSTULOSA, con pústulas estériles, como cabezas de alfiler de color blanco, solas o entremezcladas con placas típicas de psoriasis. Puede ser generalizada, muchas veces desencadenada por tratamientos con algunos medicamentos, irritantes locales, infecciones intercurrentes o factores desconocidos. En este caso se acompañan de fiebre, mal estado general y alteraciones analíticas. Se suceden nuevos brotes durante varias semanas que acaban volviendo al psoriasis típico o bien a eritrodermia. Hay formas localizadas de psoriasis pustulosa, sobre todo en palmas y plantas, casi siempre acompañadas de lesiones en las uñas, muy dolorosas e invalidantes.
- PSORIASIS ARTROPÁTICO. Psoriasis de cualquier tipo acompañado de poliartritis deformante seronegativa, que puede adoptar varias formas, la más frecuente es la que afecta a las articulaciones interfalángicas de manos y pies. Puede llegar a ser muy mutilante.

3.1.2.5. Asociaciones.

El psoriasis puede asociarse a otras enfermedades, como la artropatía psoriásica, en el 7 al 10% de los pacientes, la enfermedad inflamatoria intestinal, con colitis ulcerosa y

enfermedad de Crohn, enfermedades vasculares: accidentes cerebrovasculares, infarto agudo de miocardio o tromboembolismo pulmonar e hiperuricemia, debido a la elevada proliferación epidérmica

El curso crónico, con remisiones y exacerbaciones imprevisibles, la mayoría (80%) durante toda la vida. El prurito es variable. Las formas más graves son la eritrodérmica y la pustulosa generalizada y pueden ser incluso mortales, si no se tratan. El psoriasis ungueal y la forma pustulosa localizada son muy rebeldes al tratamiento. Esta última, además puede llegar a ser muy incapacitante.

3.1.2.6. Tratamiento.

Es importante explicar al paciente la naturaleza crónica de su enfermedad para que tenga unas expectativas adaptadas a la realidad: no podemos ofrecer una curación permanente, solo podemos tratar el brote.

Existen múltiples tratamientos, tanto tópicos, en forma de cremas, pomadas, baños, etc., que se utilizan en las formas leves, como sistémicos, ya sea por vía oral o parenteral, para las formas más extensas o incapacitantes. También existen tratamientos físicos, con irradiación con luz ultravioleta. La elección del mismo se ajusta a cada paciente teniendo en cuenta la forma clínica, la extensión y las características de cada paciente y sus circunstancias personales (laborales, socioculturales, psíquicas disponibilidad, etc.).

En muchos casos es necesaria la intervención psicológica, ya que el psoriasis tiene una intensa repercusión en la calidad de vida del paciente, que se ve deteriorada ostensiblemente, además del impacto que tiene el hecho de padecer una enfermedad visible a los ojos de los demás. Todo ello aumenta la vulnerabilidad del individuo y actúa como factor precipitante de la alteración psíquica.

4. El picor.

4.1. Definición de picor.

El picor fue descrito hace 300 años por Samuel Hafenreffer como una sensación desagradable que induce imperiosamente el deseo de rascado (Yosipovitch, Greaves, & Schmelz, 2003), definición que es aceptada todavía en la actualidad (Ikoma, Steinhoff, Ständer, Yosipovitch, & Schmelz, 2006). Se destaca de esta definición que el picor es siempre molesto y nunca placentero (Misery, 2008).

Los estímulos que producen el picor pueden inducir a dos respuestas diferentes (Bickford, 1938): primero, una bien localizada en el sitio del estímulo, que persiste momentáneamente hasta que el estímulo es eliminado y otra, más difusa y menos intensa alrededor de la zona, y que responde con picor intenso a estímulos inespecíficos o de menor intensidad. Esta segunda se denomina también alloknesis.

Se ha propuesto la siguiente clasificación (Twycross, et al., 2003):

1. Picor pruritoceptivo: Derivado de la estimulación de los receptores periféricos del estímulo pruriginoso transmitido por fibras C. Como por ejemplo, la picadura de un insecto.
2. Picor neuropático: debido a una lesión en cualquier localización de la vía del picor aferente. Por ejemplo, picor debido a Esclerosis múltiple, Neuropatía por Herpes-Zoster o tumores cerebrales.
3. Picor neurogénico: el picor de origen en el SN central pero sin evidencia de alteración neurológica.
4. Picor psicógeno: el causado por alteraciones o modulado por factores psicológicos.

4.2. Prevalencia e importancia clínica del Picor.

Aunque pudiese parecer que el picor constituye un síntoma de ocurrencia baja, o como mucho de insuficiente intensidad como para prestarle atención a gran escala, el picor es el síntoma más frecuente en dermatología, junto con las sensaciones de dolor y fatiga (E. W. M. Verhoeven, et al., 2007). Se estima que algo más de la mitad (53,2%) de los pacientes dermatológicos presentan sensación de picor, y un cuarto (25,8%) tienen índices de intensidad de picor severos, siendo en algunas enfermedades cutáneas el síntoma central del cuadro patológico.

En otros estudios se habla de que el picor es, después de la desfiguración, la segunda fuente más importante de sufrimiento para pacientes que lo padecen, y ha sido asociado incluso al riesgo de suicidio (Gilchrest, 1982).

4.3. Calidad de vida.

En general, se ha observado una disminución de la calidad de vida en los pacientes con picor (Engin, Uguz, Yilmaz, Ozdemir, & Mevritoglu, 2008a; O'donnell, Lawlor, Simpson, Morgan, & Greaves, 1997; Panahi, Davoudi, Sadr, Naghizadeh, & Mohammadi-Mofrad, 2008; E. W. M. Verhoeven, et al., 2007).

A continuación, tras examinar las vías neurológicas implicadas en la sensación de picor se hará un repaso más concienzudo a las implicaciones que tiene el picor para aquellos que lo sufren.

4.4. Vías Neurológicas del Picor.

4.4.1. Diferencias entre dolor y picor.

El dolor y el picor han sido contrastados por sus similitudes neurofisiológicas, subjetivas y conductuales; así, el picor está bajo control inhibitorio del dolor (Ikoma, et al., 2006). El picor presenta similitudes y sensaciones subjetivas parecidas al desagrado o al malestar y diferencias conductuales, ya que ante un estímulo doloroso intenso se desencadena el reflejo de retirada; mientras que en el picor se desencadena la respuesta de rascado (Leknes, et al., 2007). Estas conexiones informan de que los mecanismos neuronales subyacentes han sido desarrollados con la función defensiva de eliminar los elementos irritantes y objetos extraños y conservar así la integridad de la piel y sus funciones (Ralf Paus, 2006). Mientras que el reflejo de retirada es una estrategia ineficaz para deshacerse de objetos extraños en la piel, la respuesta de rascado resulta más útil para aquellos agentes que hayan podido pasar la epidermis y hayan invadido la piel. En este sentido, escrutar la piel en busca de elementos intrusivos se hace necesario para localizarlos, por lo tanto, tener un sistema de protección que detecte e informe puede haber sido una ventaja durante el proceso evolutivo.

La existencia de un sistema que responde específicamente a los estímulos pruriginosos hace pues pensar que la sensación de picor y la de dolor pertenecen a diferentes sistemas sensoriales (Andrew & Craig, 2001; M Schmelz, Schmidt, Bickel, Handwerker, & Torebjork, 1997).

Varias teorías explicativas al respecto coexistieron hasta que fueron encontradas las neuronas selectivas del picor en el ser humano, que explicaban efectos de estimulación del picor por histamina (M Schmelz, et al., 1997). Las fibras C aferentes, conductoras de la sensación de picor tanto en sujetos sanos como en enfermos de picor crónico, sugiere la existencia de una vía específica de transmisión del picor (M. Schmelz, et al., 2003). Estas fibras C son insensibles a los estímulos mecánicos, a diferencia de las fibras A, más comunes, que transportan información de estímulos mecánicos, térmicos y sensoriales. Son las fibras

características del transporte de información dolorosa, y no muestran una activación prolongada a la histamina. Las fibras del picor sensibles a la histamina se conocen como prurireceptores y conducen información a baja frecuencia, cubren largas superficies, no responden a estímulos mecánicos y tienen elevados umbrales de estimulación transcutánea. Sin embargo, estas fibras no pueden responder a las sensaciones de picor causadas por otro tipo de estímulos, por ejemplo los mecánicos; por lo tanto debe existir otras vías aferentes que generen picor por vías diferentes a la histamina (Ikoma, Handwerker, Miyachi, & Schmelz, 2005). Por el momento, estas vías se han descubierto en gatos (Andrew & Craig, 2001); neuronas del asta dorsal de la médula espinal que proyecta al tálamo que responden a la histamina, pero especializadas en la recepción de estímulos mecánicos.

4.5. Componentes-implicaciones psicológicas del picor.

Como se ha comentado anteriormente, el picor tiene toda una compleja red de inervaciones que implica varios sistemas (sensoriales y motores, cognitivos y afectivos, fisiológicos, etc.). Esto complica su estudio y se impone un abordaje multidisciplinar a la hora de implementar tratamientos eficaces (Arck & Paus, 2006).

Parte de los estudios psicológicos en los pacientes que sufren de picor ha consistido en examinar la comorbilidad psicopatológica en aquellos pacientes que sufren de prurito crónico; hallándose datos que expresan la relación existente entre las alteraciones emocionales y los síntomas dermatológicos, sobre todo el picor.

En este sentido, varios estudios han encontrado mayor presencia de picor en pacientes psiquiátricos. En particular, encontramos un artículo en el que el 32% de los pacientes de psiquiatría presentaban picor no debido a otros efectos, como el de la medicación que tomaban (Mazeh, et al., 2008) indicando de este modo cómo las alteraciones emocionales pueden cursar con picor y rascado.

De hecho, otros estudios han asociado estrés y picor (Arnetz, Fjellner, Eneroth, & Kallner, 1991; Bernhard, 1995; Stangier & Ehlers, 2000) con un amplio espectro de trastornos psiquiátricos (A Picardi, Abeni, Melchi, Puddu, & Pasquini, 2000; Radmanesh & Shafiei, 2001); mientras que otros han atribuido cierta falta de madurez emocional y una elevada sensibilidad subjetiva al estrés y a la ansiedad (Evers, et al., 2005). Quizá, como proponen algunos autores, esto sea debido a que los pacientes de piel no hayan llegado a establecer un desarrollo psicológico suficiente como para gestionar los eventos vitales estresantes (Krystal, 1974).

En población normal, aquellos sujetos que expresaban más picor (en una escala visual) eran asimismo los que reportaban mayor agitación, ansiedad y dificultad de concentrarse (Goon, Yosipovitch, Chan, & Goh, 2007). También en población normal se encontró que el número de eventos vitales estresantes correlacionaba con los síntomas cutáneos, específicamente el de picor (M. Gupta & A. Gupta, 2004), lo que se ha visto apoyado al comprobar que el picor inducido experimentalmente aumenta tras experimentar estrés mental (Fjellner & Arnetz, 1985).

4.5.1. Factores Conductuales.

La investigación confirma que la sensación subjetiva de picor está fuertemente relacionada con la conducta de rascado (Evers, et al., 2008; Felix & SHUSTER, 1975).

Las patologías de la piel que cursan con prurito tienen importantes componentes conductuales. De hecho, algunas patologías como es el caso del Lichen Simplex Chronicus, son frecuentemente problemas derivados del hábito. Se trata de conductas que se cronifican y que perpetúan la lesión donde las lesiones histopatológicas llegan a ser más consecuencia que causa (Robertson, Jordan, & Whitlock, 1975). La importancia del manejo de la conducta de rascado resulta prioritaria para la mejoría de ciertas enfermedades cutáneas, ya que se han encontrado datos que relacionan inversamente el rascado con el estado de la piel en pacientes

de dermatológicos (el picor correlacionaba con estado cutáneo $r= 0.49$, $p\leq 0.001$) (Evers, et al., 2005).

Ante el picor, la respuesta de rascado queda reforzada negativamente por el alivio que supone, y así, por condicionamiento operante, posteriormente aumenta la probabilidad de ocurrencia. Sin embargo, algunos pacientes -es el caso de pacientes de picor crónico (por definición: sobre todo los pacientes de Lichen Simplex Cronicus)- persisten en el rascado hasta producirse lesiones. Esta pérdida de control puede conllevar sentimientos negativos, que pueden quedar asociados al picor y por tanto desencadenar la respuesta de rascado en presencia de eventos emocionales negativos (Ver Hoeven, 2008).

En trastornos relacionados con el picor, la inversión del hábito de Azrin se ha mostrado eficaz para disminuir la conducta de rascado (Azrin & Nunn, 1973; Brooks, Malic, & Judkins, 2008) y para el tratamiento de Lichen Simplex Chronicus en concreto (Richard G. Ratliff, 1968; K. Eillen Allen, 1966; David L. Watson 1972). Sin embargo, en estos casos al parecer, había recaídas frecuentemente antecedidas por eventos estresantes, como hemos comentado en el apartado dedicado a la Neurodermitis.

En este sentido, es interesante señalar que se han encontrado factores emocionales que modulan el incremento de condicionamiento de la conducta de rascado en pacientes de piel como en la dermatitis atópica, que cursa frecuentemente con picor (Jordan & Whitlock, 1974). Lo que apoya una vez más, que las alteraciones psicológicas podrían estar en la base de la conducta de rascado y el picor.

Un estudio muy interesante desde el punto de vista metodológico es el que realizaron Robertson et al. en condiciones de laboratorio, quienes demostraron que los pacientes que sufren de Lichen Simplex Chronicus son más fácilmente condicionables al picor que otros enfermos dermatológicos (psoriasis y dermatitis atópica) (Robertson, et al., 1975). Los autores partían de la hipótesis de que el rascado crónico es una respuesta aprendida, posiblemente desencadenada ante un aumento en la tensión emocional y que variables psicológicas como culpabilidad, ansiedad, hostilidad, etc. la elicitarían, produciendo el

rascado en zonas condicionadas. Estos pacientes puntuarían más alto en medidas de ansiedad y tendrían niveles de psicopatología más elevados que los control. En cuanto a los resultados, se necesitó mayor número de ensayos en la fase de extinción para los pacientes de Lichen Simplex Chronicus. Asimismo, se encontró mayor arousal en zonas liquenificadas en la fase de extinción.

En este estudio se encontraron algunas diferencias de personalidad, pero que no llegaron a predecir un mayor número de ensayos de condicionamiento. Si bien los autores advierten que la escasa muestra (N=11 pacientes; N=6 controles) amenaza la generalización de resultados, los propios autores advierten que su muestra puede estar sesgada ya que los pacientes controles fueron en parte afectados por psoriasis, a quienes conocemos un elevado índice de psicopatología y también índices de rascado elevados.

Paralelamente, otras estrategias conductuales para afrontar el picor han sido relacionadas con mayor intensidad del prurito, mayor rascado y mayores niveles de discapacidad relacionado con la enfermedad, en concreto con la evitación o el escape (D. Fortune, Richards, & Griffiths, 2005; L. Verhoeven, Kraaimaat, Duller, van de Kerkhof, & Evers, 2006). Es de resaltar que estas estrategias de afrontamiento, junto al porcentaje del cuerpo afectado, modulan el tiempo de curación necesario en pacientes que presentan picor debido a lesiones por quemaduras (Stangier, Ehlers, & Gieler, 2004; M. Willebrand, et al., 2004), quienes pueden tener muchos elementos en común con los pacientes de picor crónico (Brooks, et al., 2008).

A diferencia del dolor, aunque muy relacionado con el picor (L. Verhoeven, et al., 2006), este último induce a la acción, (mientras que el dolor induce a la pasividad). Como demuestran los estudios neuropsicológicos, las áreas cerebrales activadas durante el picor son áreas implicadas en el procesamiento emocional (sistema límbico, córtex orbitofrontal, estriado, córtex cingulado anterior, etc...) que pueden estar expresando el conocido deseo de aliviar el picor, posiblemente a través del rascado (Leknes, et al., 2007). Leknes et al. afirman que lesiones en las mismas zonas que se activan durante el picor-rascado pueden verse en patologías con dificultades en controlar los impulsos como en el caso de adicciones, o

trastornos obsesivos-compulsivos (Hatch, Paradis, Friedman, Popkin, & Shalita, 1992). Lo cual puede ser un dato interesante a la hora de explicar por qué las personas que sufren una patología del rascado (como las personas con LSC), se rascan hasta producirse lesiones a sí mismas. Quizá los factores emocionales implicados en el picor sean los más intrigantes y más llamativos de todos: al ver a una persona con un ataque de picor parecería que es una conducta controlada y regida por las emociones pero ¿qué emociones?

4.5.2. Factores emocionales.

Las patologías de piel se han asociado a aspectos emocionales, generalmente estados de ánimo negativos como depresión y ansiedad (da Silva, Müller, & Bonamigo, 2006; Hong, et al., 2008; Morell-Dubois, et al., 2008; A Picardi, et al., 2005; H. Richards & Fortune, 2006). Resulta interesante que estas alteraciones estén presentes frecuentemente en la población dermatológica (A Picardi, et al., 2000) y en concreto, para el síntoma que nos interesa, que tanto los niveles de ansiedad como de depresión correlacionan con la intensidad del picor en pacientes con enfermedades de piel crónicas.

La ansiedad se ha visto relacionada intensamente con los niveles de picor (Evers, et al., 2008). En dermatitis atópica, una enfermedad de la piel que cursa frecuentemente con picor, se encontró correlación entre niveles elevados de ansiedad y un incremento del condicionamiento de la respuesta de rascado (Jordan & Whitlock, 1974).

El picor y la depresión se han asociado frecuentemente entre sí (G. Schneider, et al., 2006). Incluso se ha otorgado a la depresión un status de factor modulador de la sensación de picor apoyándose en datos obtenidos en estudios empíricos realizados en enfermos de piel; ese en este sentido que en algunos estudios se ha asociado el picor a estados de ánimo intensos, en concreto en síntomas depresivos (R. G. Fried, Gupta, & Gupta, 2005; M. Gupta, 1995; M. A. Gupta, 1994). Otro ejemplo es el caso del prurito idiopático, que se ha relacionado con la dificultad de gestionar la ira y la agresión (Conrad, et al., 2008; Lyketsos,

Stratigos, Tawil, Psaras, & Lyketsos, 1985; Sperber, Shaw, & Bruce, 1989). En esta misma línea, se ha relacionado la Alexitimia y la dificultad en comunicar ira en otras patologías dermatológicas (Niemeier V, 1999).

Así, empleando el Staxi (cuestionario de ira rasgo/estado), algunos autores encuentran datos que apoyan estas relaciones en pacientes con urticaria crónica, pero no en pacientes con psoriasis (Conrad, et al., 2008), donde la depresión estaba directamente relacionada con el prurito. Estos autores encuentran que el prurito está en parte explicado por el estado de ánimo negativo, pero un aporte concreto fue que el único predictor significativo de prurito, en pacientes con urticaria crónica idiopática, fue el estado emocional de ira, que explicaba un 19% de varianza de prurito. El picor aquí no fue mejor explicado por la depresión, ni por el estrés emocional, ni por la Alexitimia.

Estos datos que encuentran alteraciones emocionales predictoras del prurito, son congruentes con otros trabajos que también encontraron asociación entre ira y prurito en pacientes dermatológicos (M. A. Gupta, 1994). En estudios anteriores en pacientes con psoriasis, estos mismos autores encontraron que al tratar la depresión, los niveles de picor se redujeron ((M. Gupta, et al., 1988). Sin embargo, estos datos contrastan con que la ira sea mejor predictor que la depresión, a diferencia de los hallazgos de Conrad, ya que ellos encuentran que la depresión es mejor predictor que la ira tanto en urticaria crónica, dermatitis atópica como en psoriasis. Si bien es verdad, que la predicción no fue tan buena en el grupo de urticaria (M. A. Gupta, 1994). Estos datos, salvo el cuestionario de ira estado/rasgo, no midieron las variables de depresión con los mismos instrumentos, por lo tanto pueden darse sesgos derivados de este hecho. Por ahora, lo que parece relevante es encontrar muestras de alteraciones emocionales en pacientes que sufren de picor.

Es interesante contrastar estos resultados con los obtenidos en un estudio que comparaba psoriasis con dermatitis atópica (una enfermedad en que el picor es un síntoma predominante). Se encontró que en los afectados de dermatitis atópica se presentaban niveles elevados de ira, enfado y dificultad de expresar estas emociones comparados con enfermos de psoriasis que tenían niveles de ira menores (Ginsburg, Prystowski, Kornfeld, & Wolland,

1993). Por lo tanto, parece que un predominio de esta emoción pudo estar afectando los resultados de los datos de Conrad. En cualquier caso estaríamos hablando de emociones negativas y de tensión emocional, si se quiere utilizar la misma terminología que usaban los autores que describían los efectos de las emociones sobre la conducta de rascado en Neurodermitis.

Por su parte, otros autores sugieren que el aumento de la tensión y el alivio de la misma mediante el rascado puede enmarcarse dentro de un cuadro de trastorno obsesivo compulsivo, en el que existe una notable dificultad para manejar la agresividad y la ira (Psouni, 2004). Lo que vuelve a relacionar la emoción de la ira con el prurito y el rascado con su alivio. ¿Apoya esto la idea de que se sustituye el objeto de la agresión por uno mismo?

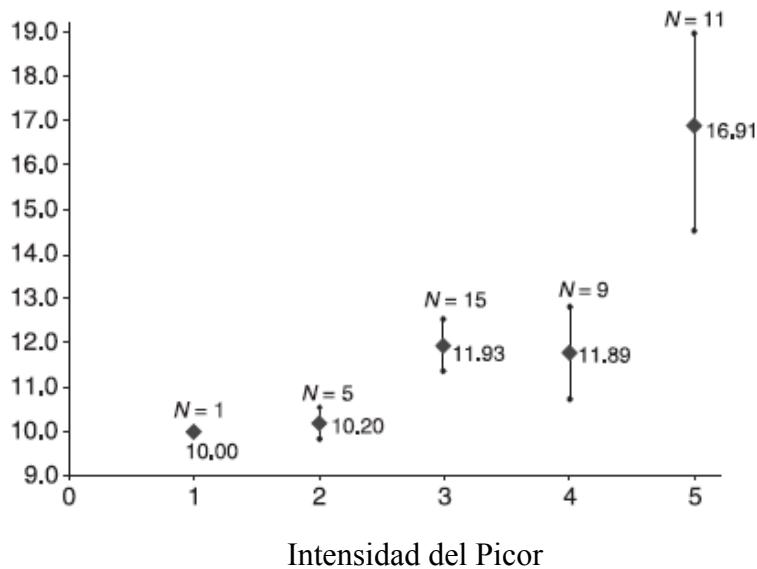


Gráfico 4.1. Relación entre intensidad del estado de ira y el picor. Tomado de Conrad 2006.

Sin embargo, en Psoriasis la depresión fue mejor predictor.

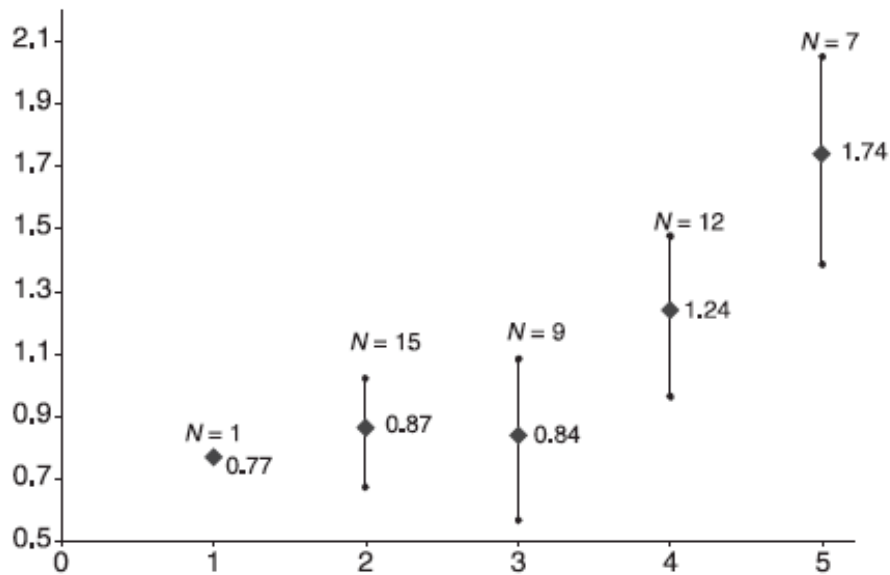


Gráfico 4.2. Relación entre niveles de depresión y de picor. Tomado de Canon 2006.

Conrad et al. atribuyen estas asociaciones a variables de personalidad que se expresan en dificultades estables a la hora de regular las emociones, más que a un estado concreto. En este sentido, hablan de diferencias a la hora de experimentar sensaciones corporales, como en el caso de la Alexitimia, algo en lo que coinciden otros autores (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). En este sentido defienden que el prurito podría ser un correlato somático de la ira, que comparte ciertas características que recuerdan a la urticaria, como el enrojecimiento, un comienzo abrupto, etc.... (Conrad, et al., 2008).

Datos todos estos muy interesantes para la aclaración de los mecanismos por los cuales los eventos estresantes, reacciones cutáneas y variables moduladoras de personalidad puedan explicar aspectos conductuales, emocionales y cognitivos en enfermedades dermatológicas.

4.5.3. Factores Cognitivos.

Dos constructos fundamentales son particularmente relevantes en enfermedades dermatológicas que cursan con picor: 1. Los pensamientos que enfatizan el significado negativo, como desesperanza (Lu, Duller, van der Valk, & Evers, 2003) o preocupación y 2. Los que disminuyen el significado aversivo, como la aceptación (E. W. M. Verhoeven, et al., 2008).

Los pacientes de enfermedades crónicas, debido a la falta de control percibida sobre la enfermedad, pueden desarrollar sistemas de cogniciones que les lleven a sentimientos de desesperanza (E. W. M. Verhoeven, et al., 2008). Algo característico de la desesperanza es enfatizar los aspectos negativos de la enfermedad, que son incontrolables, impredecibles y poco modificables y generalizar esta forma de interpretar la realidad a otros muchos aspectos de la vida (Evers AW, 2001). En lo que atañe a las enfermedades de la piel se han encontrado datos que apoyan que la desesperanza está asociado con niveles elevados de picor en enfermedades de la piel (Evers, et al., 2005).

En concreto, para el caso de neurodermitis, los pacientes suelen reportar que el inicio del picor que les lleva al rascado, suele ocurrir en épocas de estrés y que el picor y el rascado se hicieron más severos cuando las preocupaciones y la ansiedad les resultaron más problemáticas (Lynch, 2004), como en los casos de Neurodermitis que se han comentado.

Así, en la inducción de picor experimentalmente mediante estímulos estrictamente psicológicos (durante una conferencia en la que se hablaba del picor y se midió, mediante cámaras, la conducta de rascado de los asistentes), se halló un aumento de las conductas de rascado en la fase pruritogénica y una disminución en la fase de relajación, hallándose diferencias con la línea base y entre enfermos de piel y sanos (V Niemeier & Gieler, 2000) y sugiriendo que existen mecanismos psicológicos moduladores de la sensación subjetiva de picor.

Las variables cognitivas también se han mostrado como un importante componente de la respuesta de prurito. Así, las variables de afrontamiento modulan el prurito (H. Richards, Fortune, Chong, et al., 2004; M. Willebrand, et al., 2004) así como también el catastrofismo (D. G. Fortune, et al., 2003).

Otra variable cognitiva identificada en los casos de picor es la preocupación, muy relacionada con la desesperanza y el catastrofismo (E. W. M. Verhoeven, et al., 2008). Y se ha comprobado que estas variables cognitivas modulan la respuesta al tratamiento dermatológico (Consoli, et al., 2006).

En el caso de enfermedades de la piel que cursan con picor, del mismo modo que más rascado produce más picor, un aumento de la preocupación y la rumiación incrementa la desesperanza y agrava los problemas de salud, puede que por efecto del mantenimiento de niveles de activación (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006).

En efecto, existe un elevado índice de preocupación en pacientes de piel (D. Fortune, Richards, Griffiths, & Main, 2002) que afectó a la gravedad de las lesiones (D. Fortune, et al., 2003; D. Fortune, Richards, Main, & Griffiths, 2000), incluso después de que las lesiones hubieran desaparecido (D. Fortune, et al., 2004). En otros casos de pacientes con psoriasis, sin embargo, la dirección a la que apuntan los estudios no es concluyente. Aunque, en general, si podemos observar que existe evidencia a favor de que el grado de preocupación empeora las lesiones de piel (por una desregulación del eje Hipotálamo-Hipofisio-Adrenal (BOSCHERT, 2008; H. Richards, Ray, et al., 2005) mientras que, en otras investigaciones, los estados de preocupación no se relacionaron con la gravedad clínica de las lesiones, sí lo hicieron con creencias sobre la enfermedad. Este hallazgo se atribuyó más a factores de evaluación personal que a variables relacionadas con la histopatología y curso de la psoriasis (D. Fortune, et al., 2000) por lo que se vuelve a poner encima de la mesa un estilo cognitivo determinado, no atribuible a las lesiones en sí sino a características psicológicas relativamente independientes de las lesiones físicas.

Otra de las variables cognitivas relacionadas con el picor ha sido el catastrofismo. Se ha relacionado el catastrofismo con el picor, por aumento de la percepción de la sensación de prurito (L. Verhoeven, et al., 2006). En este estudio se encontró una relación directa de magnitud moderada entre el picor y factores cognitivos ($r=0.35$, $p\leq 0.01$), conductuales ($r=0.30$, $p\leq 0.01$) y fisiológicos ($r=0.35$, $p\leq 0.33$). Lo cual resulta especialmente interesante ya que, en opinión de Verhoeven et al., los tres sistemas pueden estar influenciándose unos a otros. Se podría pensar, a partir de estas propuestas, que un abordaje desde el punto de vista de los factores personales (cognitivos, conductuales y emocionales) puede ser un punto de confluencia interesante para el estudio del prurito.

4.6. Personalidad y prurito.

Teniendo en cuenta lo descrito previamente, vemos como la sensación de picor incluye fenómenos multidimensionales en los tres sistemas de respuesta: conductuales, emocionales y cognitivos. Cierta predisposición psicológica podría explicar ciertos aspectos de la sensación del picor, y puesto que la personalidad incluye conceptualmente estos tres sistemas de respuesta, puede ser una herramienta útil para estudiar los factores psicológicos que predisponen al prurito.

En este sentido, y de manera muy interesante para este trabajo, se ha comprobado que rasgos de personalidad con tendencia al estrés se han asociado con el desarrollo del círculo vicioso picor-rascado (Folks & Warnock, 2001). Lo que puede estar indicando un substrato compartido, mostrando cierta vulnerabilidad al estrés, evidenciado por correlacionar con la variable de personalidad, Neuroticismo (L. Verhoeven, et al., 2006). No es sorprendente, por tanto, que los factores psicológicos jueguen un importante rol en la etiología del picor crónico (Yosipovitch & Samuel, 2008). En el estudio de Verhoeven, los tres sistemas de respuesta correlacionaron independientemente con la variable picor, mientras que, en general, los intentos para tratar psicológicamente la sensación de picor se han centrado básicamente en tratar el estado emocional o conductual o cognitivo. Sin embargo, como apunta Yosipovitch en su manual sobre el picor, no solo los estados emocionales sino las dimensiones de personalidad están implicadas en la experiencia de picor (Yosipovitch, 2004). De hecho, encontraron que la latencia para tener otro ataque de picor estaba mejor explicada por variables de personalidad (un 21% de varianza explicada) que por factores emocionales (un 5% de varianza explicada). Paralelamente, en el mismo trabajo, encontraron que en un modelo predictivo sobre el reporte de picor en sujetos normales, del 76% del total de varianza explicada, las variables de personalidad explicaban un 52%, junto con factores emocionales (13%) y variables relativas al hecho de tener una enfermedad de la piel (10% respectivamente) (Yosipovitch, 2004).

Como ya se ha comentado un poco más arriba, parece una tendencia general en los pacientes de piel el presentar incrementos en afecto negativo. Esta tendencia a experimentar emociones negativas se ha relacionado con la personalidad (Gomez, Cooper, & Gomez, 2000; Larsen & Ketelaar, 1989; Ng, 2009; Rafienia, Azadfallah, Fathi-Ashtiani, & Rasoulzadeh-Tabatabaiei, 2008; Rusting & Larsen, 1997) entendiendo que ciertas variables de personalidad son más tendentes a favorecer la experimentación de emociones negativas o emociones positivas (Larsen & Ketelaar, 1989). La tendencia a experimentar emociones negativas está más relacionada con los rasgos de extraversión y sociabilidad, mientras que las emociones negativas surgen o emergen en consonancia con rasgos de personalidad neuróticos como reacción al estrés, preocupación, ansiedad, resentimiento, o victimización (Yelsma, 2007). Al parecer, estas tendencias son independientes (extraversión se relaciona con emociones positivas y neuroticismo con emociones negativas), siguiendo la línea propuesta por Eysenck (Rusting & Larsen, 1997), aunque parece que para las emociones positivas exista cierta influencia de la interacción entre neuroticismo e introversión (Gomez, et al., 2000; Ng, 2009).

En el capítulo de psicofisiología de la piel se encontrarán interesantes aportaciones sobre la relación entre la respuesta de electroconductancia de la piel mediada por factores de personalidad: una mayor intensidad de respuesta al estrés y más prolongada, está relacionada con variables de personalidad como el neuroticismo (emociones negativas).

La variable de personalidad Ansiedad Rasgo ha sido relacionada directamente con un incremento de picor en pacientes dermatológicos de quemaduras que informaban de prurito ocasional. Las personas sumisas (submissive, falta de asertividad) tuvieron más probabilidad de experimentar un prurito persistente, buscar poco apoyo emocional y estar centradas en estrategias de resolución de problemas más instrumentales (M Willebrand, et al., 2004). Otros autores, refiriéndose particularmente al Lichen Simplex Chronicus, como Yosipovitch, afirman que aunque es difícil evaluar el grado en el que los factores psicológicos influyen en esta enfermedad, el estrés puede precipitar o agravar las lesiones, como en otras neurodermatitis; sin embargo, destaca que en su experiencia, el LSC aparece en personas que

han escogido vidas estresantes y muy competitivas, que son introvertidas y no expresan ira ni ansiedad en público (Yosipovitch, 2004).

En este sentido, ciertos déficits en el procesamiento emocional, a los que hemos aludido anteriormente, podrían conducir a síntomas somáticos, y el prurito podría ser uno de ellos (Taylor, et al., 1997). Así, ciertos estudios han encontrado datos que relacionan personalidad y prurito, demostrando relaciones entre Alexitimia y urticaria crónica (Conrad, et al., 2008) e idiopática (Conrad, et al., 2008; Maniaci, Epifanio, Marino, & Amoroso, 2006; Taylor, et al., 1997). Quizá, dado que algunas variables de personalidad difieren entre diferentes patologías dermatológicas como la urticaria, la psoriasis y la dermatitis atópica (Judith A. Bahmer, 2007), las relaciones entre estas dimensiones puedan explicar diferencias en la forma de enfermar, como por ejemplo que los pacientes con psoriasis presenten menores niveles de estrés subjetivo o de afecto negativo, lo que en su día a día podría explicar porque tanto urticaria crónica como dermatitis atópica presentan peores niveles de calidad de vida. En este mismo estudio, los pacientes con urticaria presentaron más compulsión e impulsividad, lo cual se ha relacionado con variables de personalidad que pueden exacerbar el picor a través del rascado (Bernhard, 1993). Los tres grupos de pacientes mostraron un elevado nivel de evitación, lo cual está en relación con otros estudios que encontraron niveles elevados de evitación del dolor (harm-avoidance) y que han sido citados más arriba. Quizá encontremos datos en consonancia con éstos en nuestra propia muestra de pacientes de piel que cursa con prurito.

En este punto pueden resultar de interés conceptual las aportaciones de otros autores que recuerdan que el prurito es una sensación subjetiva (M. A. Gupta, 1994), producto del SNC (Ralf Paus, 2006) y un fenómeno multicausal (G. Schneider, et al., 2006). Y aquellos que sugieren que no existen formas puras de prurito, ni psicológicas, ni somáticas en exclusiva (R. Fried, 1994). En este sentido, y como se ha sugerido un poco más arriba, la compleja interdeterminación de componentes que engloba la sensación subjetiva del picor hace pensar en elementos psicológicos (cognitivos, emocionales y conductuales), cuya conceptualización como elementos derivados de la personalidad puede resultar un camino fértil y prometedor.

En este sentido, y como subrayan recientes investigaciones, los sujetos con alto neuroticismo, muy relacionado con emociones negativas, pueden mejorar su calidad de vida, centrándose en la mejora de las emociones positivas más que en disminuir sus emociones negativas (Ng, 2009). Tener presente esta información a la hora de diseñar un tratamiento para los pacientes de piel que sufren de prurito parece una estrategia útil y necesaria.

4.7. Conclusiones del capítulo.

Hemos ido comprobando cómo el picor es un síntoma relevante dentro de las enfermedades de la piel y que presenta íntimas relaciones con alteraciones psicológicas (cognitivas, emocionales y conductuales). Es importante determinar cómo se interrelacionan estos elementos en un sistema coherente e integrado que permita su manejo, dada la elevada incidencia y prevalencia del picor y la ausencia de un tratamiento bien establecido, por el momento, que alivie completamente los síntomas. Se ha revisado la propuesta de un modelo bio-psico-social en el que varios elementos, sobre todo los psicológicos juegan un papel fundamental en el desencadenamiento, mantenimiento y exacerbación de los síntomas (E. W. M. Verhoeven, et al., 2008)

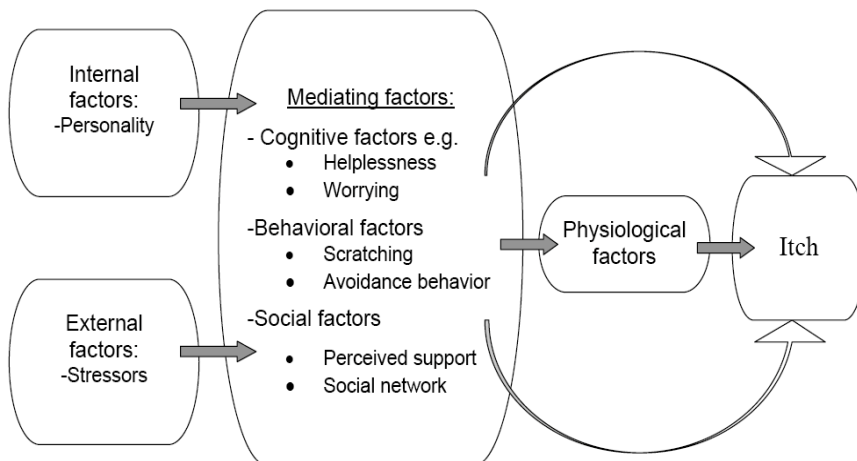


Fig. 4.3. Tomado de Verhoeven, 2008.

En este modelo, los factores internos como la personalidad y los externos como los eventos estresantes, interaccionan a través de una matriz de variables mediadoras que da lugar a la respuesta de picor, y que influye a su vez en la conducta de rascado. Por lo tanto se propone en un nivel complejo con una interesante relación entre los factores psicológicos que pueden influir en la sensación de picor.

Como resaltan algunos autores, la experiencia de prurito es única, con múltiples causas y ninguna terapia es útil para todos los casos (Brooks, et al., 2008). Estos mismos autores proponen derivar a un psicólogo clínico en una segunda fase del tratamiento del picor, para que asesoren sobre estrategias de afrontamiento y puedan detectar disfunciones cognitivas que puedan aumentar el picor. Esta decisión parece adecuada, ya que, como hemos ido desarrollando en este apartado, se está encontrando evidencia de que los factores psicológicos modulan la experiencia de prurito y afectan a la calidad de vida, y al desarrollo de las enfermedades de la piel.

Por lo tanto, se hace recomendable que los tratamientos en salud mental tengan en cuenta los síntomas dermatológicos como el picor y que los dermatólogos pongan más atención a los factores emocionales (Gieler, Niemeier, Brosig, & Kupfer, 2002; Melamed & Yosipovitch, 2004) y deriven a especialistas en salud mental (Ginsburg, Prystowsky, Kornfeld, & Wolland, 1993; G. Schneider, et al., 2006; Woodruff, Higgins, Du Vivier, & Wessely, 1997; Yosipovitch & Samuel, 2008). Esta complementariedad es importante, dada la alta prevalencia del prurito que, sin embargo, según algunos estudios, está siendo infraestimada (A Picardi, et al., 2004).

5. La conducta de rascado.

Para entrar en este aspecto tan curioso del comportamiento humano bien valdría comenzar por una reflexión introductoria, pero no por eso menos rigurosa, sobre el rascado y el acicalamiento y lo que otros autores han escrito sobre él anteriormente. El lector observará que, lejos de ser un tema baladí o carente de significado psicológico, las conductas de acicalamiento y rascado tienen un interesantísimo antecedente en el despiojamiento y la eliminación de parásitos, dos conductas evolutivamente eficaces tanto por su importancia higiénica como social.

Tal es la importancia de la conducta de acicalamiento y rascado en los primates que se ha relacionado con los límites sociales y la creación de vínculos (Dumbar, 1996). Este mismo autor explica cómo la capacidad del habla y la simbolización suponen, para el ser humano, una forma de sustituir el contacto físico por el lenguaje abstracto. Y en esta misma línea, en el trabajo de F. Grimalt y J.A. Cotterill (Grimalt & Cotterill, 2002) se describe la reflexión de Bernhard, quién llama la atención sobre la tendencia humana a rascarse al tratar de pensar:

« “¿Acaso nos pica pensar?”
y cambia el “Pienso luego existo” por,
“Pienso, luego me rasco. Me rasco, luego existo”.»

El hecho de que la conducta de tocado y rascado se considere fundamental para el establecimiento de la jerarquía en grupos de primates (Cardona López, 2003) recuerda la necesidad de atribuir la suficiente importancia al contacto físico y sus consecuencias psicológicas. No es extraño por tanto, que en algunos trabajos de tesis doctorales en biología se incluya el acicalamiento entre los comportamientos afiliativos. Escobar describe el efecto que los comportamientos de acicalamiento, tanto auto como hetero-dirigidos, producen, al reducir la probabilidad de agresión: **por su efecto de disminuir el estrés** (A. M. L. Escobar, 2004). (En las próximas páginas se revisará toda una interesante trayectoria investigadora sobre los cambios estructurales que el estrés genera en la piel y cómo el sistema inmune, neurológico y endocrino se ven afectados; toda una constelación de respuestas que generan la disciplina integradora denominada psico-neuro-inmuno-endocrinología). De esta manera, se está sugiriendo que la conducta de rascado podría estar relacionada con la necesidad de mantener la homeostasis psico-fisiológica.

A continuación se van a revisar algunas investigaciones relacionadas con este tema y que asientan la base sobre la que sedimentarán las siguientes páginas.

Para resaltar la importancia de la piel y su relación con conductas más evolucionadas (como lo es el pensamiento y la capacidad de abstracción), es de destacar que en relación a la estructuración social, los individuos con menos estatus dentro del grupo reciben menos acicalado que los de estatus más alto, que administran menos acicalamiento y reciben más (Cardona López, 2003). Un dato a favor de la importancia que tiene la piel como sistema de refuerzo, y por tanto, relacionado directamente con el comportamiento.

La relación entre el contacto con el propio cuerpo y la cognición, queda más patente aún en un estudio acerca de la conducta de rascado de unos pacientes psiquiátricos. En él, se observó un incremento en el número de conductas autocontroladoras (tocarse, rascarse y

acicalarse) en correlación negativa con una mala regulación cognitiva de las emociones angustiosas (Troisi et. cols., 2000). A menos capacidad reguladora de las emociones más rascado, tocado y/o acicalamiento y viceversa. Pareciera que la piel funciona como un sistema de regulación externo-interno (en contraste con el sistema cognitivo) de las emociones.

Parecería también entonces, que el rascado no se queda solamente en una conducta indeseable y molesta heredada de los animales de los que evolucionamos. Parece que fenómenos conductuales, como hábitos establecidos, relaciones sociales y regulaciones emocionales (y por ende, su relación con los pensamientos, lenguaje, etc....) están implicados en la aparentemente, nimia y anodina conducta de rascado.

En los lectores ya familiarizados con las técnicas de modificación de conducta, habrá surgido la interesante idea de modificar la conducta de rascado; la técnica de inversión del hábito puede ser buena candidata. A este respecto, resulta interesante recordar la reflexiones del Dr. F. Grimalt en su trabajo *Dermatología y Psiquiatría* (Grimalt & Cotterill, 2002) sobre esta complejidad (estructura de la piel, rascado, conducta social, reforzadores, pensamiento, respuesta al estrés, función adaptativa del rascado...) y la dificultad de que una inversión de hábitos pueda aliviar por completo todos los síndromes patológicos relativos al acicalamiento. La técnica de la inversión del hábito ha demostrado ser útil en casos de rascado y se sigue utilizando en nuestros días (Woods, 2002), por lo tanto no debería ser excluida del acervo terapéutico. Al contrario, si interpretamos la conducta como evidencia de un trasfondo psicopatológico, eliminar la conducta puede ser parte de la solución, como propone Grimalt.

En los siguientes apartados hacemos un repaso sobre la psicopatología asociada al rascado para encuadrar de forma más precisa dicha conducta y el contexto en el que sucede de forma patológica.

En el afán por describir más sistemáticamente este aspecto de la conducta humana, se han realizado esfuerzos por ubicar las psico-patologías que pudiesen tener que ver con el

rascado. En este sentido, se ha propuesto la denominación de “conductas repetitivas centradas en el cuerpo” para “todas aquellas conductas repetitivas, dirigidas al cuerpo, antecedidas por una sensación de inquietud y tensión creciente que aumenta si se resiste, acompañada de un bienestar, gratificación o liberación mientras se desarrolla la conducta y seguidas de arrepentimiento, dolor físico o culpa”. En estos casos, la recurrencia produce un notable daño tisular y un comportamiento funcional y social desadaptativo y el trastorno no se explica mejor por la presencia de otro desorden mental, como trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal, delirio parasitario, dermatitis artefacto y no es consecuencia tampoco de una condición médica general (Martinez-Aguayo Juan Carlos, 2003; Teng, Woods, Twohig, & Marcks, 2002).

Podríamos preguntarnos, provisionalmente, si este puede ser el marco en el que se desarrolla la Neurodermitis. En cualquier caso, tendremos tiempo de analizar esta propuesta de clasificación si a lo largo de los capítulos dedicados a la somatización y a la amplificación somato-sensorial de los pacientes que experimentan un incremento de síntomas para los que los médicos no suelen encontrar explicación y que se han denominado síntomas médicos inexplicables. Parece que una atención en el cuerpo podría orientar la conducta hacia percepciones corporales y este hecho aumentaría la probabilidad de que ante un estado de tensión emocional, se produzca al conducta centrada en el cuerpo, como la conducta de rascado (Teng, et al., 2002).

A continuación intentaremos añadir más información a la aportada, con el fin de contextualizar psicológicamente esta conducta.

5.1. Psicopatología y rascado.

5.1.1. El papel mediador de la Disociación.

Como toda conducta humana, el rascado puede situarse en un continuo entre lo patológico y lo normal, entre lo desadaptativo y lo adaptativo. En este sentido, Gupta examinó la relación entre ciertas sensaciones cutáneas inexplicables por el médico y el fenómeno disociativo, encontrando que el 34% de los síntomas cutáneos, sensaciones cutáneas tales como el rascado, el dolor y el entumecimiento, explicaban los síntomas disociativos (medida a través del Dissociative Experiences Scale (DES) (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006).

El mecanismo Psicológico de disociación fue descrito por Pierre Janet como una desintegración del cuerpo y la mente (Nijenhuis, 2004). En el DSM-IV-TR la disociación se encuentra representada en los trastornos disociativos (American Psychiatric Association, 1994) (Amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de identidad disociativo y trastorno de despersonalización) y los trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría y trastorno dismórfico corporal), que representan el componente somático de los trastornos disociativos (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006). Se han estudiado otras situaciones en las que la disociación y la conversión pudiesen jugar un papel importante en el desarrollo de síntomas que no se explican por causas biológicas identificables (que constituyen entre un 25% y un 60% de síntomas investigados en los centros de atención primaria) (Brown, 2004), encontrando una reactividad psicofisiológica alterada en la conductancia de la piel relacionada con la disociación.

La disociación se ha descrito como parte de un mecanismo de defensa adaptativo parecido al tipo de respuesta animal como la paralización o la analgesia, que los animales emiten frente a un peligro de integridad física y que podría resultar en una adaptación a corto plazo para superar la extrema ansiedad (un robo, una violación, un accidente, etc.). Sin embargo, el uso crónico de mecanismos disociativos como manera de afrontar una situación

traumática puede conducir a un fallo en el procesamiento cognitivo y emocional y por lo tanto agravar las reacciones postraumáticas (Michael G Griffin, 1997; Nijenhuis ER, 1998).

El resultado del mecanismo de disociación a corto plazo en los humanos sería la disminución de un input de ansiedad insoportable para el individuo. Gupta y Gupta en 2006, especulan, desde una perspectiva filogenética, sobre cómo el picor podría cumplir una función similar, en donde el rascado y el picor aliviarían de un parásito, infección u otra sustancia dañina al cuerpo e interpretan el picor y la disociación como un signo de que el cuerpo necesita atención (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006) (paradójicamente, la atención a la raíz del evento estresante que impiden los mecanismos de disociación). Para éstos autores, la disociación podría jugar un papel importante en la patogénesis de los síntomas cutáneos que quedan sin explicación.

Haciendo hincapié en este mecanismo y su relación con la piel que han propuesto estos autores, es adecuado tratar aquí la descripción de varios casos muy llamativos de estos fenómenos disociativos en relación a patologías cutáneas. En un caso diagnosticado de dermatitis artefacta (un trastorno cutáneo donde el propio sujeto se produce las lesiones, pero no es capaz de dar información de cómo se han producido), una mujer con trastorno de identidad disociativa, se causaba lesiones cuando adoptaba una de las identidades, permaneciendo oculta para la otra personalidad que consultaba al médico sin recordar que había sido ella la responsable de las lesiones y sin ser capaz de detallar la evolución de las mismas (Mine Ozmen, 2006).

Por lo tanto, y una vez más, los procesos psicológicos, en este caso, disociativos, requieren importante atención, también por parte de los profesionales. Quizá podríamos reformular la pregunta de Bernhard del principio, de “Pienso luego me rasco. Me rasco luego existo” por:

Me pica por no querer/poder pensar. Luego me rasco.

5.1.2. Disociación y conductancia de la piel.

Las medidas psicofisiológicas, como la conductancia de la piel, el ritmo cardíaco y respiratorio, la tensión arterial, etc, son medidas objetivas de que pueden aportar información sobre estados emocionales y cognitivos.

La medida de la actividad eléctrica de la piel se ha usado típicamente para reflejar la actividad del eje simpático, ligado al sistema nervioso autónomo (Peter-Bob, 2007). El eje simpático está muy relacionado con las emociones (H. D. Critchley, 2002; Martínez-Selva, 2008). Puesto que, salvo algunas excepciones, la activación emocional se percibe como inespecífica, es decir, no ligada a ningún patrón emocional (ni positiva ni negativa), el nivel de activación determina la intensidad de la experiencia, mientras que la interpretación cognitiva es la que determina la cualidad de la experiencia. Dicho de otro modo, la intensidad de la experimentación de emociones está directamente relacionada con la activación fisiológica corporal (Martínez-Selva, 2008).

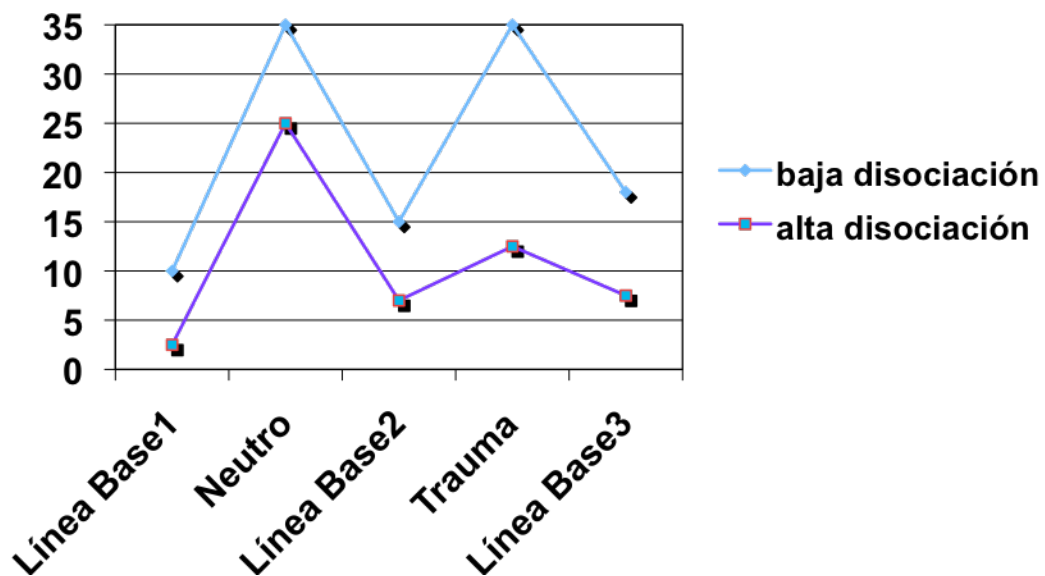
Dicho esto, algunos autores han relacionado la activación simpática, con la disociación (Peter-Bob, 2007), defendiendo que la relación entre la disociación y la actividad límbica (muy ligada a los procesos emocionales) puede medirse mediante la actividad electrotérmica.

En este caso, interesa la respuesta de la piel y la respuesta del Sistema Nervioso a eventos ambientales estresantes que pudieran dar lugar a disociación. Quedando relacionadas la conducta de rascado y la disociación, las diferencias entre aquellos sujetos que respondan de modo diferente ante el estrés podrían explicar ciertos parámetros importantes necesarios para que se desarrolle la conducta de rascado o la patología cutánea en general.

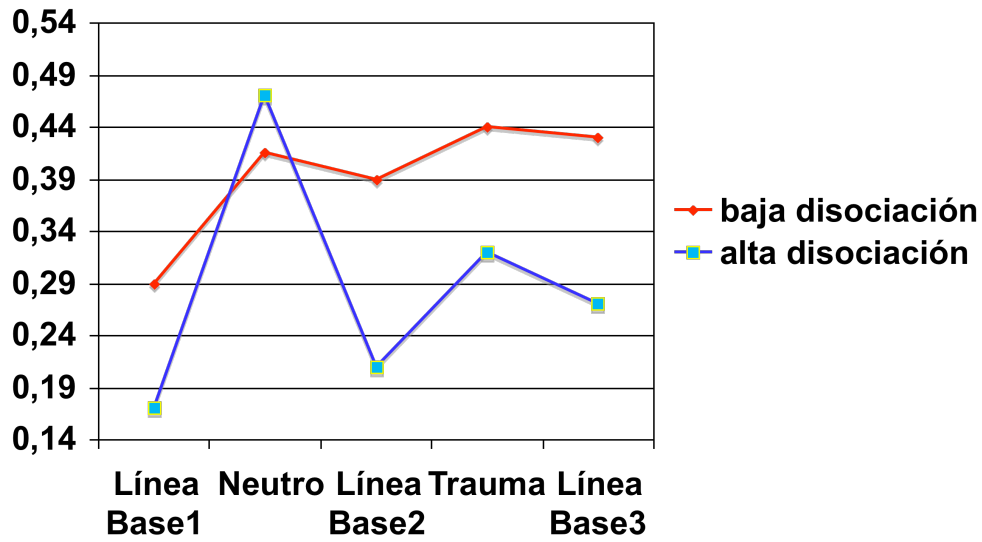
En concreto, se ha estudiado la respuesta a un trauma psicológico y la conductancia de la piel asociada al nivel de disociación de las personas que lo han sufrido, uniendo así la respuesta de la piel y la respuesta de los mecanismos mentales y el impacto emocional.

En el estudio de Griffin, Rescick y Mechanic (Michael G Griffin, 1997) se sometió a víctimas de abusos sexuales a una situación experimental en la que el sujeto pasaba por 5 fases. En la primera permanecía durante unos minutos solo en una habitación, con el fin de establecer la línea base. En la siguiente fase, el sujeto hablaba al experimentador sobre temas neutros. En la fase 3 volvía a quedarse solo con el fin de establecer una segunda línea base. En la fase 4 el experimentador le invitaba a hablar de la violación que había sufrido recientemente y en la fase 5 se tomaba de nuevo una línea base. Durante todas las fases se midieron conductancia de la piel y frecuencia cardiaca. Los gráficos pueden verse en la Figura 1. El número de pacientes no es elevado y se necesitarían más estudios de este tipo para generalizar los resultados. Sin embargo, la dirección a la que apuntan es muy sugerente.

a.



b.



c.

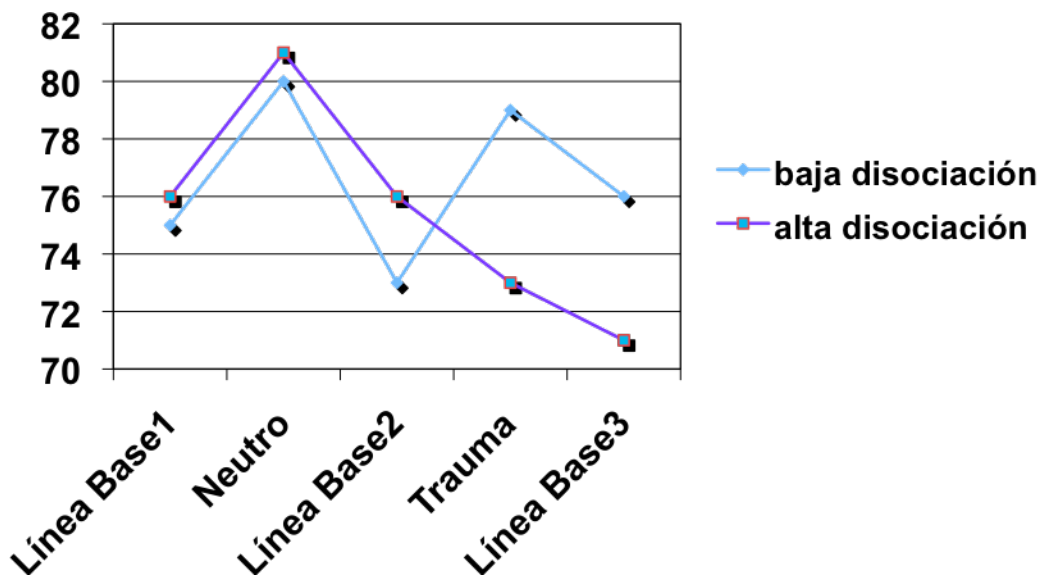


Fig. 5.1. a) Número de conductancia de la piel, b) Amplitud de respuesta de la conductancia de la piel, c) frecuencia cardiaca. Adaptado de Griffin, Resick y Mechanic. (Michael G Griffin, 1997)

Como puede verse, la respuesta autonómica medida a través de la conductancia de la piel disminuyó cuando el sujeto tenía que hacer frente a emociones intensas, relacionadas con la reexperimentación del trauma. Esta respuesta puede estar indicando una disminución de la intensidad de la experiencia vivida y por lo tanto dificultando una reelaboración de estas circunstancias más adaptativa. Por lo que, dicho de soslayo, la disociación durante la exposición terapéutica podría ser un factor a tener en cuenta para explicar la reducción de eficacia en una intervención. Y esto puede darse sin conciencia por parte del paciente ni del terapeuta, ya que puede que los reportes verbales de ansiedad subjetiva no expresen del todo la actividad psicofisiológica (León-Sanabria, 2007), lo que sin duda puede hacer extremadamente compleja su intervención.

5.1.3. Estrés post-traumático y síntomas médicos inexplicables.

Madulika Gupta, hace una interesante descripción de los trastornos de somatización en dermatología y su relación con el trastorno de estrés post-traumático. Este autor ya ha apuntado anteriormente a la implicación del mecanismo de disociación en la generación de alteraciones perceptivas o síntomas inexplicables por el médico, entre ellos el picor o prurito (Madhulika A. Gupta, 2006; A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006). No sería extraño que formase parte de un mecanismo general por el cual algunos pacientes dermatológicos (sin exclusión de otras enfermedades) con cierta tendencia a la inestabilidad emocional (como veremos más adelante), desarrollan síntomas cutáneos y/o se exacerban ante un evento estresante.

Este es el caso de evaluación de pacientes y los síntomas sin explicación médica evaluados antes y después de un desastre; aquellos que eran más susceptibles psicológicamente tuvieron un mayor número de síntomas sin dicha explicación médica. Los autores explican este hecho por efecto de vulnerabilidad a trastornos de estrés post-traumático (Yzermans, et al., 2005). La citada vulnerabilidad también se ha asociado a la dificultad de regular emociones, encontrando mayores experiencias disociativas en pacientes con mayores puntuaciones de Alexitimia (Grabe, Rainermann, Spitzer, Gänssicke, &

Freyberger, 2000; Irwin & Melbin-Helberg, 1997). Las experiencias disociativas, al igual que la Alexitimia, se han relacionado con una activación del Sistema nervioso autónomo influido paralelamente por una mayor activación del hemisferio derecho en momentos de incremento del arousal.

5.2. Vías nerviosas del dolor-picor (rascado).

Como señalan algunos autores, la sensación de picor se genera en partes del SNC, no en la piel. Así, el picor es una sensación creada en el cerebro a partir de un input sensorial, como el resto de sensaciones táctiles, y por este motivo tiene sentido estudiar las vías neurales que sustentan las sensaciones de picor.

Aunque el dolor y el picor cumplan funciones diferentes ambos serían mecanismos adaptativos. El picor podría tener la misión adaptativa de responder a parásitos que hayan invadido la piel, de forma refleja, a través del reflejo de rascado. Mientras el reflejo de retirada ante el dolor evitaría el foco de agresión externa (como por ejemplo: retirar la mano del fuego al sentir dolor); en el caso de un agente agresor interno sería ineficaz. Por ello, tener una piel capaz de inducir el síntoma de picor puede haber resultado una ventaja evolutiva en el pasado (Ralf Paus, 2006).

5.2.1. Vías del dolor- vías del picor.

En la piel hay fibras nerviosas receptoras de las sensaciones de dolor y del picor. Al activarse estas fibras del prurito, se estimulan las neuronas espinales de la lámina 1 en el asta dorsal de la medula espinal y desde ahí se proyecta información hasta el tálamo, pasando por la sustancia gris periaqueductal, donde se modula la interacción del dolor y el picor. Desde el tálamo se ramifica la señal hasta la Insula y el Giro cingulado anterior. Ambas estructuras procesan los aspectos afectivos del picor (en el caso de la Neurodermitis,

el sufrimiento y la necesidad de rascarse). Desde el Tálamo también salen proyecciones hacia la Corteza Parietal, donde residen las representaciones espaciales y temporales y la intensidad del picor, es decir donde se localiza el foco del picor. Desde ahí, se emiten proyecciones hasta la Corteza Motora Primaria y la Corteza Motora Suplementaria, donde se producen y ejecutan los programas motores de la conducta de rascado. La respuesta motora envía proyecciones, pasando por la Corteza Cingulada anterior, a la Corteza Frontal, más en concreto a la Corteza Prefrontal y Orbitofrontal, que se encargan la toma de decisión y los castigos y recompensas implicados en la conducta. Y es ahí donde se produce el rascado compulsivo.

Por lo tanto, como parte de una “conducta” del SNC es interesante estudiarla desde un punto de vista neuro-psicológico. En otras palabras: ¿Qué implicaciones tiene la activación de las vías del picor para la conducta?

Las vías neurales responsables del dolor y del picor parecen estar ligadas, hasta el punto en el que se ha propuesto que utilizan la misma vía nerviosa (Ralf Paus, 2006). Las sensaciones dolorosas y las sensaciones de picor tendrían una relación antagónica: cuando una deja de funcionar se activa la otra. Y la regulación se llevaría a cabo por un proceso de *feedback* negativo de los receptores del dolor, hacía los del picor.

En el reciente artículo de revisión sobre el picor denominado *Frontiers in pruritus research: scratching the brain for more effective itch therapy* y publicado en 2006, se estudian los avances de lo que se conoce en torno a las vías nerviosas del picor-dolor y sus relaciones. El autor Ralf Paus, expone sus conclusiones a la luz de los datos de la moderna investigación con las últimas técnicas de investigación neurológica sobre la activación de las vías nerviosas del dolor y el picor y su interrelación. Así, describe como el dolor y el picor tienen una relación inhibitoria, como puede comprobarse a partir de la experiencia cotidiana, cuando al picar la piel, nos rascamos (es decir, nos producimos una leve estimulación dolorosa). Lo más interesante para nuestro trabajo resulta del hecho de que las neuronas receptoras del dolor manden señales de forma espontánea (aún en ausencia de estímulo doloroso) y que esta actividad suponga una actividad inhibitoria para las neuronas receptoras

del picor. Es decir, en general, si hay dolor no hay picor. Este mecanismo da lugar a tres posibles condiciones:

1. En presencia de un estímulo doloroso, las neuronas del dolor se activan, y esta activación inhibe las neuronas del picor. Como resultado surge la sensación de dolor.
2. En ausencia de un estímulo doloroso, las neuronas del dolor tienen actividad espontánea y envían señales inhibitorias a las neuronas del picor. Como resultado, no hay sensación de dolor ni de picor.
3. En ausencia de estímulo doloroso, pero con una disminución de la actividad de las neuronas del dolor (una de las posibilidades de que esto ocurra es por el mecanismo de disociación planteado anteriormente), se disminuye la inhibición sobre las neuronas del picor y aumenta la actividad de las neuronas del picor. Como resultado no hay sensación de dolor, pero surge la sensación de picor (y presumiblemente, la conducta de rascado).

Así pues, no solo se puede disminuir la ansiedad a través del mecanismo disociativo, además, la conducta de rascado produce una variación del patrón inmunológico (Hironori Matusushima, 2003), con todas las repercusiones para la piel descritas en la literatura científica (Grimalt & Cotterill, 2002; Hironori Matusushima, 2003; V. Niemeier, Kupfer, Al-Abesie, Schill, & Gieler, 1999; Roldan, 2007).

6. Síntomas médicos inexplicables: una oportunidad psicosomática.

6.1. La relación médico-paciente en los síntomas médicos inexplicables: Gasto sanitario.

En las consultas hospitalarias se atiende diariamente a pacientes que con su comportamiento y sus demandas generan emociones difíciles de manejar en los médicos que los tratan. Algunos autores han propuesto que éstos pacientes, muchas veces buscan una forma de expresar sus emociones a través de la queja somática, lo cual descoloca al médico en su rol de terapeuta somático y genera en él una situación de difícil manejo que puede desbordar su capacidad explicativa, de lo que se derivan respuestas de rechazo, incompreensión, incredulidad, etc., que pueden afectar a su labor profesional (Smith, et al., 2005). Esto quizá sea así porque los pacientes con algún trastorno mental acuden más a su

médico de cabecera que a un psicólogo o psiquiatra (Rief, Martin, Klaiberg, & Brahler, 2005).

En efecto, algunos pacientes presentan síntomas somáticos que, para los médicos, son expresión de tensión emocional, son difíciles de tratar en consulta, (lo cual resulta de un peor manejo terapéutico), producen sentimientos de frustración en los profesionales y una mala relación médico-paciente (Wileman, May, & Chew-Graham, 2002). Otro dato interesante es que el grado de reconocimiento, por parte de los especialistas médicos, de un paciente que presente síntomas atribuibles a tensión emocional es muy bajo (Rief, et al., 2005). Esto se estudió recogiendo cuestionarios sobre la atribución de los síntomas por parte del médico y un cuestionario de síntomas estandarizado entregado previamente a los pacientes. El acuerdo entre los datos recogidos por cuestionarios a los pacientes y los que aportaban los médicos obtuvo un índice de acuerdo del 74 %. En cambio, los médicos identificaron correctamente sólo a 25,1% de los pacientes llamados somatizadores, siendo la identificación ligeramente más elevada en los casos en los que los pacientes expresaban distress emocional (33,5% de identificación como somatizadores a los que expresaban distress emocional frente a 21,8% a los somatizadores que no lo expresaban). Por lo que parece que hay una infra-identificación de la tendencia a somatizar.

Otros autores han descrito sistemáticamente cómo aquellos pacientes que reportan síntomas médicos inexplicables consumen más recursos sanitarios, empeoran la relación médico-paciente, presentan índices más bajos de recuperación y peor pronóstico que aquellos que no responden a los criterios de somatización (Peveler, Kilkenny, & Kinmonth, 1997; Wileman, et al., 2002). En este sentido, es interesante encontrar estudios que investigan cómo la relación médico paciente influye en la percepción de los síntomas por parte del médico y también cómo los médicos van cambiando su diagnóstico de síntoma médico explicable a inexplicable a lo largo del tiempo (Nimnuan, Hotopf, & Wessely, 2000).

Al parecer, el diagnóstico del médico, en lo que atañe a los síntomas médicos inexplicables, se ve afectado por la percepción de la relación médico-paciente (Nimnuan, et al., 2000); si la relación médico-paciente se percibe como positiva hay más probabilidad de que el médico interprete los síntomas como consecuencia de una causa identificable y por

tanto explicable médicamente, mientras que, si existe alguna dificultad de manejar a un paciente, esta percepción decanta la balanza hacia la inexplicabilidad del síntoma. Lo que tiene que ver con el dato que aportaban los primeros autores de este apartado, es decir, que los pacientes que presentan estrés emocional y síntomas médicos inexplicables son más difíciles de tratar. Los autores recomiendan que se ayude a los médicos a tratar a este tipo de pacientes, para los cuales parece que no tengan suficientes recursos (Wileman, et al., 2002).

Nimnuan et al. analizaron los factores que favorecerían un diagnóstico de síntoma médico inexplicable en 526 pacientes (Nimnuan, et al., 2000). Estudiaron las características de los pacientes de alguna causa orgánica definidos como poseedores de un síntoma de este tipo. Para ello se basaron en la primera impresión del médico sobre los pacientes como predictora del diagnóstico de síntomas médicos inexplicables. Recogieron información relativa a datos demográficos de los pacientes, discapacidad funcional, morbilidad psiquiátrica y relación médico-paciente que incluía datos sobre cooperación del paciente percibida por el médico, credibilidad de la historia clínica y la calidad de la interacción.

En este estudio se encontró que cuanto mejor era la relación médico-paciente, más probabilidad había de diagnosticar una enfermedad de causa somática para los síntomas y viceversa. El mejor predictor de confundir un síntoma como susceptible de ser explicado somáticamente fue si el médico había valorado positivamente el encuentro con el paciente. Es decir, cuando el médico se sintió satisfecho con la entrevista clínica realizada, la tendencia era a no hacer el diagnóstico de síntoma médico inexplicable. Mientras que una baja satisfacción con la entrevista clínica predijo más errores en la identificación de una enfermedad médica subyacente. Otros índices que aumentaban la probabilidad de un diagnóstico erróneo de síntomas médicos inexplicables fue si el paciente estaba soltero y si tenía algún beneficio por la enfermedad. Hay que tener presente que los pacientes que presentan síntomas que el médico no puede atribuir a ninguna causa orgánica, son más difíciles de tratar y peor entendidos por éste.

Según algunos autores, todo esto lleva a que los médicos se equivocan más por defecto que por exceso en los síntomas médicos inexplicables (infradiagnóstico: 56,3%,

sobrediagnóstico: 16,8%) (Nimnuan, et al., 2000). Al parecer, los médicos se preocupan más por cometer un error de omisión que de comisión. Y los autores concluyen que esto podría ser una explicación de por qué las pruebas son más extensas en los casos de síntomas que no pueden explicar, y por lo tanto encarecen el gasto en estos pacientes. Los diagnósticos suelen ser de síntomas que pueden explicarse médicamente, para después ser cambiados a inexplicables a medida que avanza la enfermedad. El perfil de un paciente que es diagnosticado de síntomas explicables es un paciente con trabajo, que no recibe remedios alternativos y cuya entrevista clínica es valorada como positiva. Por el contrario, aquellos pacientes jóvenes, no casados, con algún beneficio, y cuya entrevista clínica es valorada negativamente por el médico, son más sospechosos de tener algún síntoma médico inexplicable. Estos datos son coherentes con el hecho de que la somatización (la atribución a un síntoma físico) disminuya la identificación de factores emocionales, como depresión y ansiedad subyacentes, que pueden estar jugando un importante rol en la experiencia de enfermedad (y podríamos decir que también en su evolución) (Herrán, Vázquez-Barquero, & Dunn, 1999). El hecho de que un paciente atribuya su malestar a algo físico disminuye la probabilidad de que el médico derive a salud mental. Esto se agrava más aún en los casos en los que el sistema médico apoya esta tendencia, como se ha visto en los estudios comentados aquí anteriormente.

6.2. Trastornos de somatización. Ubicación en el DSM-IV y su validación.

Como hemos visto anteriormente, existe cierto acuerdo en considerar que la influencia emocional en los síntomas somáticos está disminuida o queda fuera del alcance de lo psíquico, tanto a los ojos del paciente como para un modelo basado exclusivamente en lo biológico (aquí no diremos ya médico, puesto que afortunadamente cada vez hay más médicos que sí contemplan influencias emocionales y psicológicas a la hora de explicar sus síntomas). Así, algunos autores denuncian que en las pasadas décadas la expresión somática de alteraciones emocionales ha sido especialmente desatendida (Creed, 2006; J. Escobar, Hoyos-Nervi, & Gara, 2002; J. I. Escobar, Interian, Diaz-Martinez, & Gara, 2006; Kurt Kroenke, Sharpe, & Sykes, 2007; Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke, & Sharpe, 2005). Lo cual, en opinión de estos autores, ha dado lugar a nuevas etiquetas diagnósticas descriptivas y a la generación de categorías diagnósticas que pueden estar socavando lo que en otra época se habría identificado como hipocondría o histeria (J. I. Escobar, et al., 2006). Anteriormente, estos mismos autores argumentaron que los síntomas médicos inexplicables junto con otros trastornos funcionales (fibromialgia, colon irritable, etc.) bien podrían agruparse dentro de los trastornos somatomorfos, ya que cumplen una serie de características comunes: 1. Similar respuesta a tratamiento psicoterapéutico, 2. Falta de pruebas de laboratorio que evidencien la alteración, 3. Falta de explicación fisiopatológica subyacente adecuada, 4. Múltiples síntomas físicos de diferentes órganos sin explicación médica, 5. Comorbilidad psiquiátrica, y 6. Falta de coherencia con la teoría bio-médica (J. Escobar, et al., 2002).

Para solucionar estos problemas se han propuesto diferentes soluciones, la más radical es la de Mayou, quien recomienda suprimir completamente el uso de la categoría de trastornos somatomorfos y utilizar los ejes multiaxiales para dar cuenta de los fenómenos de somatización: el III, para dar cuenta de los síndromes funcionales que puedan presentarse y aumentar el uso de “factores psicológicos afectando a una condición médica” del eje I (Mayou, et al., 2005). Este planteamiento se basa en varios motivos. Entre ellos está el hecho de que una categoría que en un principio sirvió para facilitar la comunicación entre

profesionales y facilitar también la investigación no está resultando una herramienta útil para ello. Otro argumento es que implica una concepción dualista de mente-cuerpo, o que está fuertemente solapado con otras categorías diagnósticas como son los consabidos casos de depresión y ansiedad. Otro argumento importante es que si se identifica una causa médica que pueda explicar el trastorno se debe excluir el diagnóstico de trastorno de somatización. Mayou vuelve a proponer, como otros autores, un continuo sobre el que se posicionarían los diferentes síntomas, siendo el trastorno de somatización el más grave.

En definitiva, diferentes opiniones, que se verán reflejadas en el DSM-V. En cualquier caso, y a la luz de que existen mejorías en los síntomas de los pacientes “somáticos” que siguen tratamientos psicológicos (psicofármacos, o psicoterapia) (K Kroenke, 2003), parece que un buen número de autores están de acuerdo en que se necesita más investigación para comprender mejor las implicaciones psicológicas subyacentes a la expresión somática de síntomas físicos.

Volviendo a la opinión de autores como Escobar (J. Escobar et al., 2002), según el DSM-IV, el diagnóstico de síntoma médico inexplicado, o algún otro trastorno somatomorfo, no siempre requiere que los pacientes cumplan con criterios para otro trastorno mental, algo con lo que los autores no están de acuerdo. Sugieren una serie de condiciones para que el tratamiento psicológico-psiquiátrico pueda ser útil: 1. Que los síntomas sean numerosos y distribuidos en diferentes órganos, 2. Que dichos síntomas coexistan con otros trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad, 3. Que los síntomas estén relacionados con eventos traumáticos, 4. Que los síntomas sean una forma de ganancia secundaria y 5. Que la presentación de los síntomas forme parte de la personalidad del paciente, 6. Que los síntomas sean persistentes y conlleven abuso del servicio de salud y una mala relación médico-paciente (J. Escobar, et al., 2002).

De entre las recomendaciones, la quinta afirmación es especialmente interesante, ya que, curiosamente, hemos encontrado escasos estudios que investiguen la relación entre los síntomas médicos inexplicables y variables de personalidad. Esta afirmación es coherente con la opinión de Escobar et al., quienes hacen notar que el número de investigaciones sobre

trastornos somatomorfos ha decrecido (el artículo fue escrito en 2002), y a pesar de implicar un alto gasto sanitario y de suponer un amplio número de los pacientes vistos en atención primaria, no despiertan el suficiente interés en los investigadores. Esto puede deberse a factores tales como la continua especialización de la medicina, el énfasis en el reduccionismo biológico a la hora de estudiar los síntomas físicos, y la estigmatización de los trastornos mentales (J. Escobar, et al., 2002). Es curioso, respecto a este último aspecto, que según el autor, incluso las compañías farmacéuticas hayan cambiado los nombres de psicofármacos para aplicarlos a dolencias físicas (tal es el caso del Prozac, que se usa en tratamientos para dejar de fumar y en el tratamiento síndromes premenstruales), supuestamente para evitar la estigmatización psiquiátrica.

En definitiva, debería sospecharse de influencia psicológica siempre que haya evidencia de que pueda responder a un trastorno traumático-emocional, ya que no todo lo que no puede explicar la medicina convencional (como la llaman los autores y que, se supone, se refiere a las explicaciones orgánicas), no gana por sí misma la entidad de trastorno psiquiátrico-psicológico. Esta idea se desarrollará en el último apartado de este capítulo.

En este sentido, en 2005 se llevó a cabo un estudio sobre una muestra de 206 pacientes con síntomas sin base orgánica identificada que pretendía evaluar la prevalencia de los trastornos somatomorfos y su relación con los Medical Unexplained Symptoms (MUS) (Smith, et al., 2005). De ese grupo, los investigadores dividieron a los pacientes a su vez en dos: aquellos con algún trastorno somatomorfo y los que no lo presentaban, y los compararon con medidas externas.

Los datos reflejaban que los pacientes que tuvieron un diagnóstico de trastorno de somatización tuvieron mayores niveles de depresión, ansiedad, etc., fueron más disfuncionales y que, a su vez, los pacientes con MUS que no reunieron los criterios para establecer un diagnóstico somatomorfo, tuvieron mayores niveles de depresión y ansiedad que los sujetos normales (Smith, et al., 2005). Apoyándose en estos y otros datos, los autores proponen un continuo de somatización; es decir, un continuo cuyos polos serían el trastorno de somatización, en el lado de los más disfuncionales, y menos quejas somáticas en el lado de

los menos disfuncionales (¿Quizá podríamos decir los más sanos? O deberíamos reservar ese término para los que además estén psicológicamente sanos, no hay que olvidar que aquí lo que se propone es que la somatización es un fenómeno que contribuye a la experiencia de síntomas físicos en respuesta a eventos emocionales vividos negativamente, o mejor dicho a eventos que se viven de forma emocionalmente negativa, pero que en absoluto suponen un descarte exhaustivo de psicopatología, ya que, aquellos que no presentan tendencia a expresar el estrés soportado mediante el cuerpo, pueden manifestarlo a través de otras vías). Esto podría estar vinculado a formas de experimentar los síntomas y vinculado a su vez con estilos más o menos estables de personalidad que podrían estar dirigiendo el proceso atencional como se propondrá y desarrollará más adelante.

De acuerdo con lo dicho hasta aquí, algunos autores han argumentado que el que la categoría diagnóstica en cuestión no resulte útil puede ser debido a que los criterios que deben cumplir los pacientes son demasiado estrictos y esto impida detectar un amplio número de pacientes con MUS y que, además, no reflejan la distribución siguiendo un continuo de los síntomas físicos inexplicables (Creed, 2006; Mayou, et al., 2005; Sharpe, Mayou, & Walker, 2006). Esto es especialmente relevante respecto al trastorno de somatización.

Sin embargo, como apuntan los autores, es un error decir que el DSM no detecta la mayoría de los pacientes con MUS (Smith, et al., 2005), ya que en el estudio de Smith, un 85% de los pacientes con MUS fueron incluidos cuando se emplearon los diagnósticos de trastorno somatomorfo indiferenciado y no especificado lo que es más coherente con los datos de prevalencia que veremos a continuación y que también ha recibido apoyo empírico independiente y en la misma dirección en otros trabajos (Lieb, et al., 2002).

Se recomiendan cambios en el DSM-V que sean sensibles y capaces de incluir mayor porcentaje de los pacientes con MUS (Mayou, et al., 2005; Sharpe, et al., 2006; Smith, et al., 2005). Smith et al. hacen una clasificación del posible continuo desde trastorno de somatización hasta la población normal. (Trastorno de somatización, otros trastornos de somatización, -> trastornos de somatización que no cumplen los criterios para trastornos de somatización, -> trastornos de somatización negativo definido por ellos (MUS) y -> la

población normal). Según esta propuesta los MUS serían una versión más moderada del trastorno de somatización.

Establecer un continuo de somatización, como han hecho otros autores más allá de categorizar en dos grupos aquellos que somatizan y aquellos que no, supone un avance teórico que puede cambiar el panorama de la intervención en el ámbito de la salud.

De hecho, hallaron muchos pacientes con MUS que no tuvieron ningún diagnóstico somatomorfo y observaron fluctuaciones en la intensidad y frecuencia de los síntomas. Estos autores obtuvieron datos que apoyaban que lo que mejor caracterizaba a la población de MUS no somatomorfos eran los trastornos de depresión y ansiedad. Incluso se ha publicado trabajos que encontraron una relación lineal entre el número de síntomas somáticos no orgánicos (MUS) y la severidad de depresión y ansiedad.

Lo que denuncian otros autores es que los criterios de somatización son demasiado estrictos como para detectar la somatización debida a experimentar distress (J. Escobar, et al., 2002; Lieb, et al., 2002). Por lo tanto, los MUS podrían ser entendidos de nuevo como un continuo que no alcanza los trastornos somatomorfos, o bien que responde a una entidad de otra clase. Quizá, como dicen estos autores, tenga que ver con trastornos depresivos y ansiosos.

Otros autores, además de encontrar estos datos de asociación depresión-ansiedad con MUS, también encontraron asociación entre el número de síntomas con la variable de personalidad “Evitación del Dolor” de Clonninger (Russo, Katon, Sullivan, Clark, & Buchwald, 1994). Lo cual será discutido en relación a nuestros hallazgos en el apartado de discusión puesto que entra directamente en relación con los resultados que hemos obtenido y que, adelantamos ya, son coherentes con estos hallazgos.

Lo interesante, de nuevo, es comprender globalmente las implicaciones de estos casos y, al mismo tiempo, aislar y analizar las variables que juegan un papel desencadenante, mantenedor (factores de riesgo) y también restaurador (aquellos que hacen de factor

protector) en estos fenómenos. Todo esto con el fin de identificar tempranamente aquellos casos que aumentan el gasto sanitario o empeoran la relación médico paciente, para los que el tratamiento médico no es enteramente eficaz o se resisten a él, y dotar de recursos asistenciales (entrenando al personal ya disponible y ofreciendo evidencias a favor de la inclusión de profesionales capacitados para desarrollar una labor psicoterapéutica) al sistema de salud. Quizá como proponen algunos autores (Mayou, et al., 2005; Sharpe, et al., 2006; Smith, et al., 2005), recategorizar los diagnósticos de los trastornos somatomorfos pueda ayudar a incluir a los pacientes con MUS más grave- moderado – leve, es decir, sea capaz de discriminar mejor entre las diferentes presentaciones del fenómeno de somatización. Ya que, como se ha comentado repetidamente, los síntomas físicos sin explicación médica evidenciable son los trastornos psicológicos más frecuentes en atención primaria (Henningsen, Jakobsen, Schiltenwolf, & Weiss, 2005).

Como afirma Henningsen “Los pacientes que tienden a somatizar presentan un estilo atribucional determinado por la atribución física de sus síntomas y una forma de percibir el significado de su enfermedad particular, que influencia el reconocimiento de su diagnóstico y su conducta de enfermedad, modula sus necesidades percibidas, sus expectativas y el rechazo a aceptar psicoterapia y psicofarmacoterapia” (Henningsen, et al., 2005). Uno podría pensar esto como una tendencia estable a comportarse, o dicho de otro modo, como un rasgo de personalidad y las consecuencias que se derivan de ello. Esta es nuestra propuesta en todo caso.

Otros autores también proponen su propio modelo para solventar la problemática que presenta la clasificación actual de los trastornos somatomorfos: solapamiento entre trastornos, y poco margen para evaluar los del espectro somatomorfo de corta duración o la preocupación y miedo excesivo sin causa orgánica aparente, concretamente en atención primaria (P Fink, Rosendal, & Olesen, 2005).

Estos últimos autores van más lejos al afirman que encontrar una explicación a la hora de identificar una causa orgánica en los síntomas presentados en atención primaria es la excepción. En datos: menos del 10-15 % de los pacientes de atención primaria reciben un

diagnóstico que pueda ser atribuido a una causa orgánica identificable. Vuelven a recordar el continuo sobre el que nos movemos todos a la hora de experimentar sensaciones físicas. Los autores recuerdan el costo económico y el sufrimiento que supone atender a pacientes cuyos síntomas no responden a la intervención médica. Y recuerdan los costes de no identificar y tratar estos casos.

El motivo de que el diagnóstico generalmente sea de índole orgánica, a pesar de la falta de evidencia a favor, se explica, en opinión de los autores, por diversas causas, como son el miedo a estigmatizar al paciente con una etiqueta de trastorno mental, la falta de habilidad para tratar trastornos del comportamiento o trastornos mentales, el miedo de obviar un trastorno orgánico, el pánico a ser demandado por una negligencia y la ausencia de colaboración con profesionales de salud mental, que puedan asesorar al médico en atención primaria, además del escaso tiempo del que disponen para evaluar a los pacientes. Variables que pueden perpetuar la tendencia a establecer un diagnóstico orgánico aún en ausencia de pruebas que lo evidencien (P Fink, et al., 2005).

Como se ha dicho anteriormente, los trastornos de ansiedad y depresión están ligados a los síntomas físicos y los síntomas físicos son la primera causa de acudir a la consulta de atención primaria también para las personas que sufren de ansiedad y depresión (K Kroenke, 2003).

Hay cierto consenso en que se necesita más investigación sobre la forma de expresar el estrés a través de los síntomas somáticos y en ese sentido, se subraya que es importante revisar la categoría de trastornos somatomorfos en el DSM-V para facilitar la investigación (K Kroenke, 2007). Por su parte, Creed subraya la necesidad de remodelar los criterios diagnósticos de los trastornos somatomorfos en el DSM-V (Creed, 2006). Según este autor, los criterios deberían facilitar la investigación y subraya que se necesitan más estudios longitudinales para saber de que forma las causas de los trastornos de somatización influyen en los síntomas que presentan estos pacientes.

En neurología, la tasa de identificación es mayor incluso que en otras especialidades. De los pacientes de un servicio de neurología, el 61% presentaba síntomas médicos inexplicables, de éstos, el 34,9% cumplía los criterios diagnósticos para un trastorno somatomorfo. De éstos últimos, un 60,5% tenía otro trastorno mental (Per Fink, Steen Hansen, & Sondergaard, 2005). Esto puede deberse a que los síntomas médicos inexplicables tienen cierta relación con los trastornos neurológicos, como se evidencia en el requerimiento de que al menos uno de los síntomas para el trastorno somatomorfo sea de orden pseudo-neurológico (Aliño & Miyar, 2002).

Antes de proseguir, me gustaría aclarar que no es objetivo de este trabajo dilucidar el éxito o fracaso de la conceptualización teórica de los trastornos somatomorfos como herramienta o etiqueta diagnóstica; si bien podría argumentarse que, dada la evidencia recogida de los trabajos de diversos autores, la categoría de trastornos somatomorfos podría ser el último baluarte donde un abundante número de pacientes con síntomas somáticos encontrarían respuesta y, ellos y sus síntomas, podrían ser entendidos como reflejos de influencias de alguna alteración psicológica-emocional (algo que tiene utilidad práctica y técnica por sí misma ya que no es lo mismo intervenir entendiendo el problema como exclusivamente orgánico que susceptible de influencia psicológica).

Pero en cualquier caso, los elementos que puedan resultar más útiles para el desarrollo de este trabajo los podremos encontrar en la medida que los esfuerzos diagnósticos de otros autores puedan servir para contextualizar los síntomas médicos (entre ellos el picor) y permitan el soporte conceptual que una clasificación como el DSM pueda ofrecernos para evidenciar que existen síntomas o quejas somáticas que pueden tener como base una alteración mental-emocional (cuyo exponente más destacado son los trastornos somatomorfos).

En este sentido, y huyendo de la controversia sobre la idoneidad de reformular la categoría de trastornos somatomorfos, parece que podemos encontrar datos acerca del fenómeno de la somatización en estudios que han tratado de validar la categoría diagnóstica, y con ello justifican atender a estos trastornos con cuidado sobre un terreno empíricamente

validado. Incluso, se han encontrado datos que implican una influencia diferente entre los trastornos afectivos y los trastornos somatomorfos (Rief, et al., 2005), algo que se ampliará en el siguiente apartado, y que da cuenta de la compleja interacción a la que nos enfrentamos.

Yendo un poco más allá, resulta curioso que hasta hace poco no se hayan hecho mayores esfuerzos por validar una categoría diagnóstica que, avalada por numerosos trabajos, tiene importantes influencias sobre la salud, y en concreto económicamente para el sistema de salud. Una explicación apresurada podría ser que la medicina haya enfocado su atención hacia los factores “más biológicos” de las enfermedades y los psicólogos hayan estado ocupados de cosas “más mentales” (trastornos depresivos, de ansiedad, etc....) incluso con una categoría que justificaría el estudio de los síntomas físicos desde una perspectiva psicológica (como, una vez más, evidencia que queden recogidos en el manual estadístico de los trastornos mentales). ¿Podría ser que quizá todavía, al estilo cartesiano, el cuerpo siga siendo patrimonio de los médicos y la mente de los psicólogos? ¿hay un lugar para una medicina de lo emocional o una psicología de lo físico?

6.3. Relación entre trastornos afectivos y trastorno de somatización.

El que los síntomas médicos inexplicables puedan ser debidos a causas psicológicas parece estar aceptado por una buena parte de los investigadores consagrados a este tema (Brown, 2004; De Gucht & Maes, 2006; Jeffrey L. Jackson, 2009; AM Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijsbers van Wijk, 2003; AMM Kolk, Hanewald, Schagen, & van Wijk, 2002; A. M. Kolk, Schagen, & Hanewald, 2004; K Kroenke, 2003; Roelofs & Spinhoven, 2007). Sin embargo, parece que todavía no hay consenso a la hora de determinar la etiología de estos síntomas físicos sin explicación médica, desde el punto de vista psicológico. En este sentido, parece que podríamos clasificar los trabajos sobre síntomas médicos inexplicables atendiendo a la conceptualización de su etiología psicológica, es decir, basándonos en el criterio de encontrar o no algún trastorno psicológico subyacente.

Hay quienes piensan que los síntomas médicos inexplicables son la expresión de un trastorno afectivo (depresión o ansiedad generalmente) (C. Kooiman, J. Bolk, R. Brand, R. Trijsburg, & H. Rooijmans, 2000; Mayou, et al., 2005). Y otros, que corresponden mejor a un trastorno de somatización (Allen, Escobar, Lehrer, Gara, & Woolfolk, 2002; J. Escobar, et al., 2002; Wileman, et al., 2002). O interpretaciones integradoras, como se verá a lo largo del desarrollo de este capítulo y a las cuales nos sumamos, en las cuales diversas variables y sus niveles de intensidad interaccionan para configurar una determinada forma de responder.

Se han construido modelos que incluyen variables de tipo atencional, emocional, perceptivo y que intentan explicar el proceso por el cual se desarrollan los síntomas. Sin embargo, los datos relativos a la asociación entre los trastornos afectivos y los síntomas somáticos es discutida (Haug, Mykletun, & Dahl, 2004), a pesar de que un buen número de evidencias apoyan la existencia de influencia de las emociones en la experimentación de síntomas físicos (A. Barsky, Orav, & Bates, 2006; Clarke, Piterman, Byrne, & Austin, 2008; Engin, et al., 2008a; Kurt Kroenke, et al., 2007; Madhulika A. Gupta, 2006; Margalit & El-Ad, 2008).

En un estudio metaanalítico, Henningsen et al. estudiaron la relación entre la presencia de síntomas físicos inexplicables y su comorbilidad psiquiátrica (trastornos depresivos o ansiosos) en la literatura. Los autores discuten la posibilidad de conceptualizar estos síntomas y su comorbilidad psiquiátrica como (1) una reacción depresiva o ansiosa en respuesta a un síntoma orgánico crónico, (2) la expresión de estrés en forma de malestar físico y/o psicológico y (3) consecuencia del aumento de la atención sobre el cuerpo en respuesta a trastornos de depresión y ansiedad (Henningsen, Zimmermann, & Sattel, 2003). En el primer caso, los síntomas inexplicables serían mejor clasificados y tratados dentro de la medicina somática. Si la segunda conceptualización resultase cierta, entonces estos pacientes pertenecerían a un límite dudoso entre la medicina somática y la psicológica-psiquiátrica. Y en el tercer caso, habría que tratar el problema psicológico primero subyacente, entendiendo esos síntomas como un trastorno de somatización.

En este estudio se encontró que los síntomas médicos inexplicables estaban frecuentemente asociados a depresión y ansiedad, más que en sujetos sanos y más que en otras enfermedades similares pero cuya causa es conocida. Sin embargo, los síntomas médicos aparecían asociados con depresión y ansiedad solamente en magnitud pequeña-moderada. Los autores concluyen que éstos síntomas no pueden conceptualizarse como la expresión de depresión y ansiedad ni como la amplificación de las sensaciones somáticas debido exclusivamente a estos trastornos.

Pareciera entonces que la asociación débil-moderada de estos síntomas con depresión y ansiedad dejaría la puerta abierta a otro tipo de conceptualización del cuadro. Otros autores han propuesto el trastorno de somatización en este sentido (A. Barsky, Orav, & Bates, 2005).

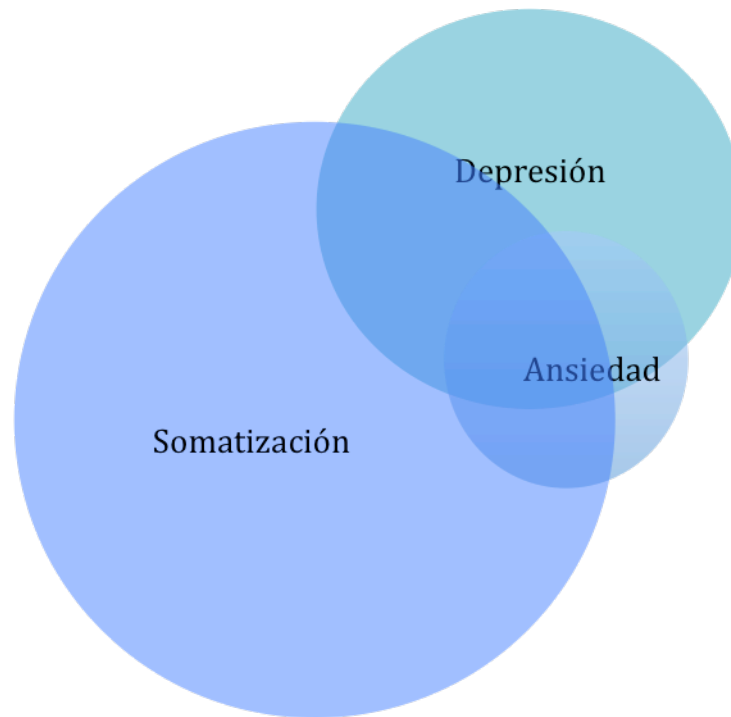


Gráfico 6.1. Distribución de trastornos en atención primaria tomado de Barsky et al. 2005.

En concreto, y como expresa el gráfico adaptado de estos autores, los datos hablan de que un 12,2% de la muestra hospitalaria que ellos estudiaron respondería a un trastorno exclusivo de trastorno de somatización, frente al 3,7% de depresión y el 1,3% de ansiedad. Parece evidente entonces que estamos ante un trastorno frecuente y discapacitante que se expresa mediante el cuerpo.

Clarke et al. Estudiaron a 10.507 pacientes y evaluaron un índice de severidad somática, hipocondría, depresión y ansiedad y prevalencia de somatizadores (obtenido tomando aquellos pacientes que tenían un índice de somatización de severidad media a alta) y un índice de somatización percibida por los médicos de atención primaria (obtenida a través de cuestionarios donde se atribuían las quejas del paciente a causas físicas o somáticas) (Clarke, et al., 2008). Los resultados que obtuvieron fueron de un 18.5% de pacientes somatizadores y un 9.5% casos de depresión y ansiedad. Los autores concluyen que los fenómenos de somatización son comunes en atención primaria y su prevalencia es mayor que la depresión y ansiedad. Lo que concuerda con los resultados de Barsky citados un poco más arriba (A. Barsky, et al., 2005). Una posible explicación de esto puede encontrarse en Clarke

et al., quienes sugieren que las manifestaciones físicas y emocionales pueden ser formas alternativas de expresar estrés. Algunos hallazgos de Clarke apoyan esta afirmación al encontrar que, de los llamados somatizadores, la mayoría estaban sometidos a un fuerte estrés (29,6%), mientras que muy pocos de los llamados no-somatizadores tenían índices de estrés elevados (4,9%)(Clarke, et al., 2008). Es decir, los que más estrés soportaban también presentaban mayor gravedad somática. Otros estudios avalan este hallazgo a la hora de afirmar que tanto depresión, ansiedad como trastorno de somatización, aumentan el número de visitas al médico y que, aunque moderadamente relacionados, son relativamente independientes (Rief, et al., 2005).

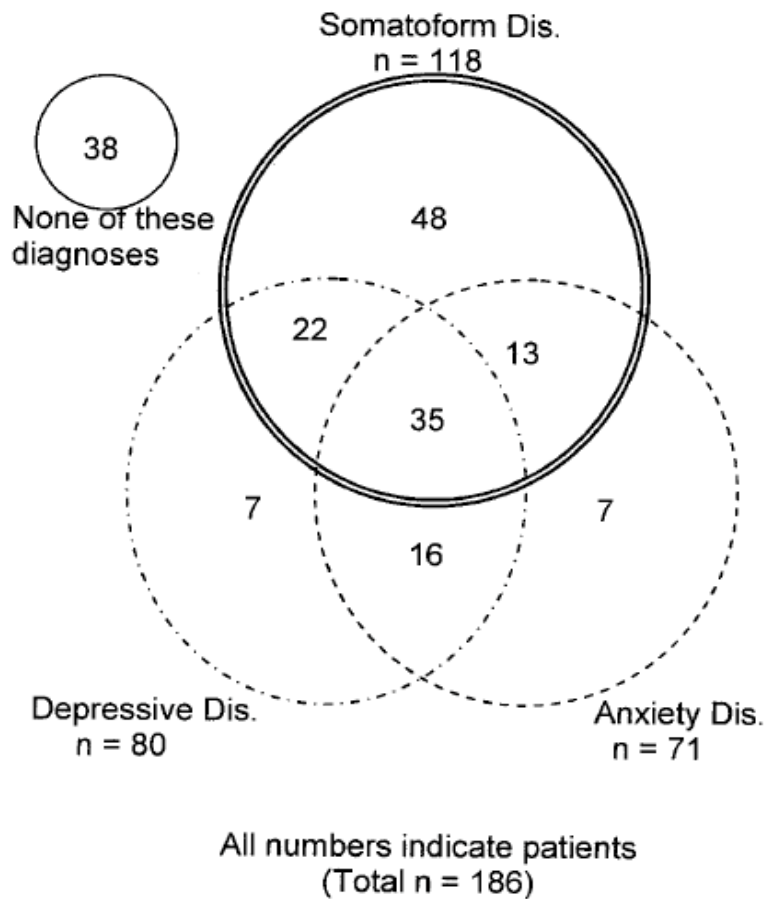


Figura 6.2. Distribución de los trastornos afectivos. Tomado de Henningsen 2005.

Henningsen et al., 2005, también estudiaron el grado de solapamiento entre trastornos somatomorfo, de depresión y de ansiedad. Sus resultados coinciden en mucho con los de Barsky. Además, encontraron relaciones muy esclarecedoras a la hora de comprender por qué

una persona presenta una queja somática y su relación con la atribución. En concreto, querían probar la hipótesis de que la atribución que hacen los pacientes somatizadores es predominantemente somática, en contraposición a los trastornos de ansiedad y depresión, cuya atribución es mixta o psicológica. Obtuvieron evidencia a favor de menor atribución psicológica a los síntomas somáticos en los pacientes somatizadores, que en los grupos de los pacientes somatizadores+trastorno afectivo o trastorno afectivo exclusivamente (Henningsen, et al., 2005), observación que se ha encontrado numerosas ocasiones en las investigaciones revisadas y en los modelos presentados aquí. Las diferencias fueron significativas, como se puede ver en la siguiente tabla.

TABLE 4. Types of Somatization and Perceived Causes in Pure and Comorbid Diagnostic Groups^a

	Somatoform disorders only <i>N</i> = 44 ^b /46 <i>N</i> (% of group)	Somatoform + depressive/ anxiety disorders <i>N</i> = 62 ^b /66 <i>N</i> (% of group)	Depressive/anxiety disorders only <i>N</i> = 29 ^b /30 <i>N</i> (% of group)	
Type of somatization ^b				
Persistent	19 (43.2)	6 (9.7)	0 (0.0)	
Facultative	17 (38.6)	20 (32.3)	2 (6.9)	
Initial	6 (13.6)	25 (40.3)	9 (31.0)	
Psychologization	2 (4.5)	11 (17.7)	18 (62.1)	
Type of causal attribution				
Organic	37 (80.4)	29 (43.9)	3 (10.0)	
Psychosocial	9 (19.6)	37 (56.1)	27 (90.0)	
Ratio of organic vs. psychosocial attribution ^c	4.1	0.78	0.11	<i>p</i> < .0001

^aLower total *N* in all parts compared with Figure 1/Table 3 is a result of exclusion of patients with equivocal causal attribution.
^bLower *N* is a result of additional exclusion of patients with equivocal symptom presentation (see Methods).
^cFisher's exact test *F* = 40.9.

Tabla 6.1. Tomado de Henningsen 2005.

De cara a obtener diferencias y contrastar los sujetos, Henningsen dividió a los pacientes entre trastornos de somatización y trastornos de somatización+trastornos afectivos (ansiedad o depresión) y estudiaron las atribuciones causales en cada grupo (según su tendencia a explicar sus síntomas en función de atribuciones orgánicas o psicológicas). Encontró que los exclusivamente somatizadores atribuían la causa de sus síntomas físicos a variables orgánicas en una alta proporción (80,4% de somatizadores en exclusiva tenían atribuciones orgánicas exclusivamente), mientras que los de atribución psicológica exclusivamente diferían de aquellos ($p < 0.0001$) en la ratio de atribución orgánica vs. psicológica.

Considerando el tipo de síntomas (somáticos o depresivos-ansiosos) y la atribución que se hacía de su explicación, era la atribución lo que mejor predecía el diagnóstico (Henningsen, et al., 2005). Es decir, hay más probabilidad de padecer un trastorno de somatización si la atribución es predominantemente física, y un trastorno de depresión-ansiedad si la atribución es psicológica, con un continuo entre esos dos polos de casos intermedios. Esto explicaría en parte el hecho de que los trastornos de somatización sean reacios a aceptar la influencia psicológica en sus síntomas, como han señalado algunos autores (Kurt Kroenke, et al., 2007).

En este punto, es interesante recordar que las atribuciones psicológicas o somáticas que se hagan de la enfermedad influyen la percepción de los síntomas. También de los síntomas médicos inexplicables. Y que las conductas de enfermedad están también fundamentadas en las creencias que tratan de explicar los síntomas físicos que se padecen (Rief, Nanke, Emmerich, Bender, & Zech, 2004). Los que creían ser más vulnerables a la enfermedad cumplían con más frecuencia síntomas del trastorno somatomorfo. Incluso cuando se controló la influencia de un trastorno de depresión, ansiedad o somatomorfo, la relación entre creencia de enfermedad sobre las conductas de enfermedad (número de visitas al médico, petición de pruebas médicas, incremento en la percepción de síntomas, etc....) seguía presente.

Estos trabajos, además de aportar información interesante sobre los entresijos psicológicos a la hora de enfermar, y que de alguna manera apuntan a una posible vía de estudio para comprender por qué unas personas enferman de una manera y otros de otra, en función de variables psicológicas (como la atribución que hagan de las causas de sus síntomas que, por la cronicidad deberíamos pensar, ejercen una influencia estable, incluso en el desencadenamiento), nos dan pie a preguntarnos si no existirán variables relativamente estables y que apunten en una misma dirección a la hora de enfermar. Es decir, dicho de manera más acorde con las hipótesis de esta tesis, ¿Hay alguna dimensión de personalidad que se relacione con la enfermedad? Y en nuestro caso, ¿Hay alguna dimensión de personalidad diferencial entre los sujetos no dermatológicos y los dermatológicos? Respecto a esta última cuestión se pueden encontrar recopilados los estudios referentes a síntomas

médicos inexplicables (espectro somatomorfo) en dermatología en el apartado de *síntomas médicos inexplicables en dermatología*.

Volviendo al estudio de Henningsen, resulta apasionante comprobar que los datos apoyan lo que otros autores afirman respecto a que los síntomas físicos representan una forma de expresar el distress a través del cuerpo. De hecho, la calidad de vida está disminuida en los pacientes con atribuciones orgánicas más que psicológicas. Lo cual podría estar hablando de que tener en cuenta explicaciones psicológicas podría actuar como factor protector para la salud (física y psicológica: psico-somática), ya que los pacientes con atribución psicológica habían reducido sus niveles de síntomas depresivos en 6 meses mientras que los otros no lo habían logrado.

En opinión de los autores, esta diferencia en calidad de vida, quizá pueda explicar la comorbilidad de los trastornos somatomorfos con los trastornos de depresión y ansiedad de estos pacientes, y el hecho según el cual se ha confundido la causa por la que estos pacientes se expresan mediante quejas somáticas (Henningsen, et al., 2005). De esta manera, podemos esperar que, en función de las variables personales, como es el tipo de atribución causal que hagan de sus síntomas, los pacientes presenten mayores o menores índices de trastornos de somatización puros. Identificar una causa complementaria en la explicación de los síntomas podría ayudar al paciente a integrarla en su atribución y a la mejora de los síntomas, según los datos del estudio. Para ello, aunque a estas alturas resulte obvio, se necesita trabajar en equipos interdisciplinarios que puedan colaborar conjuntamente en la identificación de diversas causas implicadas en el enfermar.

Weiss et al. (1995) también estudiaron las atribuciones en pacientes con trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfos (Weiss, Raguram, & Channabasavanna, 1995). Y encontraron datos similares a los de Henningsen.

Por tanto, vemos que algunos autores han ido rescatando algunas diferencias individuales a la hora de enfermar y las influencias psicológicas que pueden llevar a unos y a

otros por diferentes caminos; uno de ellos el percibir síntomas físicos y acudir por ello al médico.

De entre estos síntomas, algunos serán una amplificación de un proceso psicológico con base orgánica y otros tendrán base psicológica, sin embargo son susceptibles de desencadenar MUS, algo que evidencia la relación, quizá siguiendo una escala cuantitativa entre lo psicológico y lo somático.

6.4. Síntomas médicos inexplicables.

Van den Berg estudió el aumento de demanda médica por síntomas: dolencias o sensaciones corporales, en esta ocasión catástrofes naturales, encontrando que los afectados muchas veces atribuyen a los efectos relacionados con el accidente o la catástrofe la causa de sus dolencias, sin embargo, la exploración médica no siempre lograba diagnosticar estas quejas somáticas (van den Berg, Grievink, Yzermans, & Lebret, 2005). Las experiencias a las que estamos expuestos nos afectan más de lo que podemos aceptar a veces; este reconocimiento está mediado por factores de atribución, de atención, o, en conjunto, factores que marcan diferencias individuales a la hora de comportarnos y procesar la información (Henningesen, et al., 2005; AM Kolk, et al., 2003).

En la población general también se detectan estos fenómenos de manera frecuente. Los síntomas físicos son la causa por la cual los pacientes visitan más al médico, y de entre éstos síntomas un tercio queda sin explicación médica (Jeffrey L. Jackson, 2009). Más en concreto, la prevalencia de estos síntomas médicos inexplicables (MUS) varía según los estudios y los métodos de evaluación (AMM Kolk, et al., 2002). Algunos autores hablan de hasta un 25-50% de prevalencia de síntomas que no tienen explicación orgánica de todos los síntomas atendidos en el sistema de salud, *al igual que pasa con los síntomas de base orgánica identificada*, ya que algunos se resuelven espontáneamente (Verhaak, Meijer, Visser, & Wolters, 2006).

El concepto de síntomas médicos inexplicables pueden ser entendidos de tres maneras según Deary (Deary, 2007): (1) Como síntomas subjetivos sin base biológica conocida, (2) haciendo referencia a los trastornos somatomorfos o (3) englobando los síndromes funcionales (como fibromialgia o colon irritable).

6.5. Modelos sobre Síntomas Médicos Inexplicados (MUS).

Podemos pensar que los síntomas médicos inexplicables, que “trae consigo” un paciente que consulta, presentan cierta heterogeneidad (C. Kooiman, et al., 2000), o bien que son los observadores los que plantean de diferente manera el problema de dar nombre a una entidad clínica (los síntomas médicos inexplicables) que, por definición, es subjetiva y difícilmente comprensible desde un abordaje puramente objetivador.

Para hacer frente a esta situación, algunos autores (entre ellos los creadores del DSM), han desarrollado el concepto de *trastorno de somatización*. Lipowski definió en 1988 el concepto. Según este autor, la somatización es la tendencia a (1) Experimentar y comunicar estrés somático en respuesta a estrés psicológico y buscar atención médica. Añadiendo además que es un fenómeno difícil de prevenir y manejar (Lipowski, 1988). Más recientemente, Clarke ha enmarcado la somatización como un fenómeno que engloba tres elementos: (1) Se presentan síntomas médicos inexplicables en un contexto de estrés, (2) se atribuyen esos síntomas a una enfermedad médica y (3) se busca ayuda médica para esos síntomas (Clarke, 2008).

Por lo explícito de la definición de Clarke en relación a los síntomas médicos inexplicados, parece forzado pensar que los síntomas médicos inexplicables estarían en el núcleo del trastorno de somatización. Las reflexiones sobre la repercusión para los sistemas de salud son inmediatos. Una enfermedad psicógena, como apuntalan los conceptos de estrés y atribución que es derivada a servicios que, a su vez, tratan de buscar causas somáticas sin éxito, está destinada a repetir pruebas, consultas, etc., hasta que se hayan agotado las

posibilidades que aportan los protocolos, las técnicas de evaluación y en definitiva el modelo epistemológico bajo el que se realiza esta práctica. Y no es fácil; son problemas complejos que en muchos casos, tras una exploración psiquiátrica de los estos síntomas, tampoco encuentran una explicación adecuada (Kroenke & Swindle, 2000). Al parecer, hay datos que apoyan esta idea de que estaríamos ante un trastorno complejo en el que el psiquismo y el cuerpo interactúan (podríamos decir que a veces por separado).

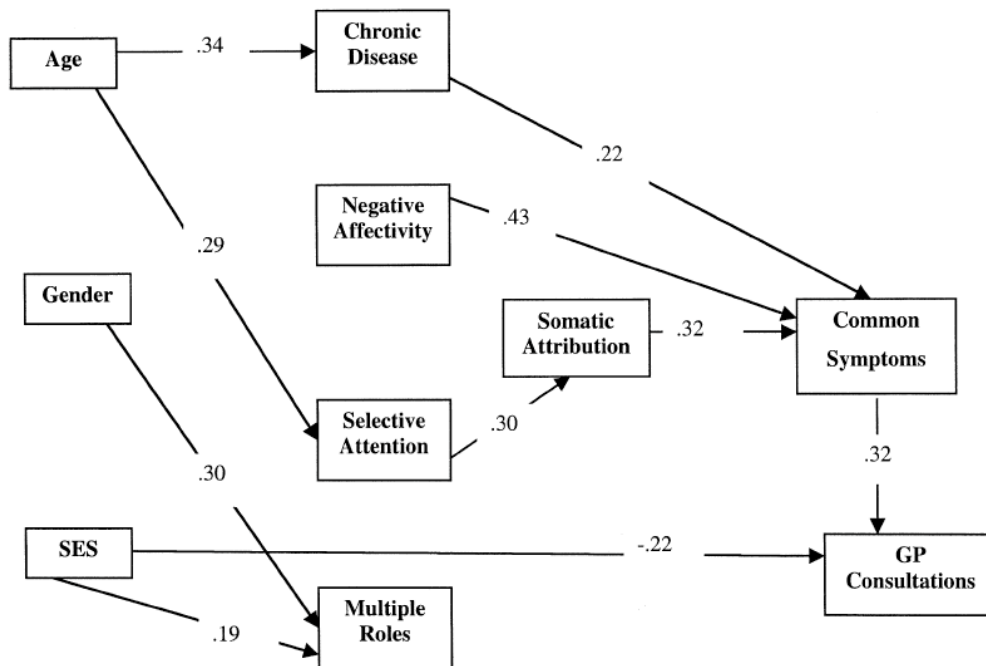
Quizá llegados a este punto sea pertinente recordar algunos datos epidemiológicos recogidos en trabajos que estudian este tema. En general, en atención primaria, se han encontrado porcentajes elevados de síntomas que carecen de adecuada explicación física (Kirkwood et al., 1982), entre el 25-60% (Peveler, et al., 1997). Otros autores afirman que este tipo de síntomas constituyen el mayor número de casos en atención primaria (Henningsen, et al., 2003). Esto implica una gran cantidad de pacientes que llenan las consultas de los sistemas de salud y que consumen una importante cantidad de recursos asistenciales. En este sentido, algunos autores (A. Barsky, et al., 2005, 2006) han hablado de sumas muy elevadas de gastos hospitalarios en pacientes que responden al diagnóstico del espectro somatomorfo.

Para el desarrollo de este apartado se va a tomar como base, sobre la que se insertarán el resto de reflexiones y estudios de interés relacionados, los trabajos de un autor de los Países Bajos, que ha estudiado los síntomas médicos inexplicables desde un punto de vista psicológico que resulta especialmente interesante, por cuanto integra aspectos relacionados con el aumento del número de síntomas físicos.

En 2002, AMM. Kolk et al. publicaron un artículo en el *Journal of Psychosomatic Research* titulado “Predicción de síntomas médicos inexplicables y utilización de servicios sanitarios. Un enfoque de percepción de síntomas” (Kolk, et al., 2002). De este trabajo se pueden sacar varios puntos interesantes para el presente proyecto de tesis. En primer lugar, ofrece una revisión de los métodos para detectar síntomas físicos (lo cual contribuye a las aportaciones que seguimos para elaborar nuestra medición de los síntomas físicos, cuyos resultados se exponen en la segunda parte de este trabajo).

En segundo lugar, analiza la influencia de variables socio-demográficas que pueden contribuir a la percepción de MUS. En tercer lugar, analiza las variables que se incluyen en su modelo explicativo fundamentado empíricamente y que dará lugar a su siguiente trabajo (Kolk, 2003), y que en cierto modo se corresponden con los datos que hemos incluido en la investigación: a saber, datos sociodemográficos, enfermedades crónicas, número de visitas al médico, etc. También es interesante por la relación que hace del afecto negativo y los estudios que se han hecho sobre síntomas físicos y que podría explicar de alguna manera la asociación entre los trastornos de ansiedad y depresión y el trastorno somatomorfo, que podría explicarse a su vez por un aumento de las sensaciones físicas por estados de ánimo negativos. Más cerca de nuestro interés está la relación que se ha encontrado en dermatología con los síntomas médicos inexplicables (alteraciones de sensaciones cutáneas) que será contemplada en otro apartado.

Mientras tanto podemos analizar los resultados a los que llegó en el artículo del 2002.



1. Path-analytic model with self-reported, common physical symptoms including significant standardized coefficients of direct effect.

Figura 6.3. Modelo de desarrollo de MUS.

Las correlaciones entre las diferentes variables se puede comprobar en el gráfico anterior. Como se puede observar, las variables demográficas están relacionadas con variables psicológicas implicadas en el procesamiento de las percepciones físicas. Como puede verse, el papel que juega la atención y el afecto negativo es central en su modelo.

En el 2003, Kolk et al. estudiaron algunos procesos psicológicos que aumentaban la existencia de síntomas somáticos, al observar que no había una correspondencia simple entre los cambios fisiológicos y la percepción de los síntomas (AM Kolk, et al., 2003). Los cambios en el cuerpo son normales, sin embargo, solo una pequeña proporción llaman nuestra atención lo suficiente como para ser percibidos, dado el límite de capacidad atencional. Estos autores concluyen que la percepción de alteraciones físicas de magnitud moderada o ambiguas depende de la atención que les prestemos. Este es el trampolín conceptual que justifica el explorar las diferencias individuales a la hora de percibir esos síntomas. El esquema simplificado de su modelo puede verse en la siguiente figura, tomada directamente de su trabajo.

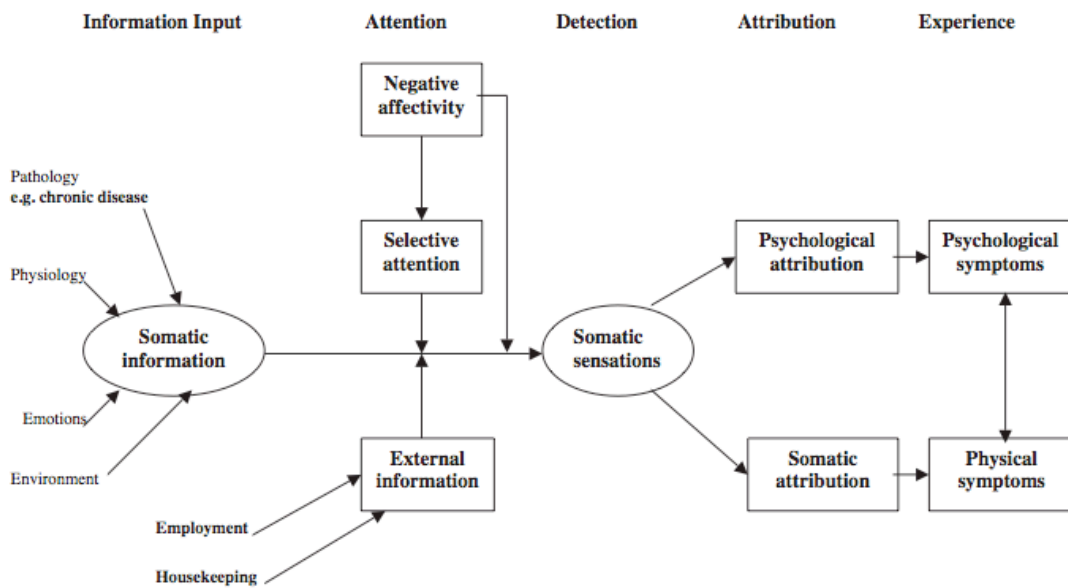


Figura 6.4 . Modelo de desarrollo de MUS. Tomado directamente de Kolk et al. 2003.

En su modelo se destaca el afecto negativo que identifica con la variable de personalidad neuroticismo. El fenómeno de la atención selectiva también influye en la

percepción de síntomas; en un principio si esta atención selectiva se centra en el cuerpo. Dicha atención selectiva, según los autores, es activa (aquí asoma una interesante relación con las diferencias individuales a la hora de padecer síntomas somáticos).

Quizá fuese conveniente pararse un momento a considerar el neuroticismo como el resultado de la atención selectiva centrada en las emociones negativas y estado de ánimo bajo. Es decir, puede que tanto los síntomas físicos como el neuroticismo sean dos caras del mismo proceso: la atención selectiva. Una apetecible paralelismo que está implícito en la variable de personalidad neuroticismo *per se*. En este sentido, no es raro que haya autores que hayan criticado esta variable para explicar su relación con enfermedades o la tendencia a enfermar, argumentando que de hecho la variable neuroticismo incluiría la atención a los síntomas físicos (Ormel, Rosmalen, & Farmer, 2004). En este sentido, es interesante conceptualizar el neuroticismo en relación a la percepción de síntomas tal como lo hacen Costa y McCrae cuando dicen que la percepción de síntomas puede estar basada en el estilo perceptivo de expresar las sensaciones fisiológicas (Costa & McCrae, 1987), es decir, la percepción de síntomas estaría asentada en las diferencias individuales a la hora de seleccionar la información. Otros datos apoyan esto, al menos parcialmente, en cuanto que se ha encontrado evidencia que sustentan que la asociación entre el afecto negativo y los síntomas físicos está mediada por la tendencia a utilizar la atención selectiva y que el afecto negativo modula la influencia del neuroticismo sobre los síntomas físicos (Watson & Pennebaker, 1989; Williams & Wiebe, 2000). Este extracto resultará muy útil e interesante cuando sirva para contextualizar los hallazgos encontrados en una parte de estudio empírico realizada como parte de este trabajo de tesis doctoral, donde se investiga la relación entre ciertas dimensiones de personalidad y el número de quejas somáticas y el número de visitas al médico.

Cerrando nuestro paréntesis y siguiendo con el trabajo de Kolk, o mejor dicho, retrocediendo un poco en el proceso de formación de síntomas, estos autores proponen varias fuentes de cambios corporales: los fisiológicos, los emocionales, los debidos al contexto, y los propios de la condición de enfermos (que, en opinión del que escribe, podrían ser una integración de las tres anteriores, pero con suficiente peso en sí misma como para ser tenida

en cuenta individualmente). Yendo un poco más allá, los cambios emocionales y los fisiológicos, incluso los debidos al contexto, pueden estar mediados por factores personales como decíamos anteriormente; varios artículos de investigación que se han citado o se citarán en relación a la psicofisiología (en el apartado de psicofisiología de la piel) y otros estudios que analizan variables de personalidad que pueden favorecer ciertos tipos de contexto, así lo apuntan (Friedman, 2008). Pero por más que quedásemos de acuerdo en el peso relativo que pueden tener los factores de personalidad, no es menos cierto que los autores exponen esos cuatro tipos de *variables de entrada*.

En la fase de *detección* existiría competición entre estímulos externos e internos y, fruto de estos procesos, se desarrolla la percepción somática. Este proceso de competición atencional es muy rico para la clínica. Y quizá bien podrá ayudarnos a entender también algunos de los datos que hemos obtenido en esta investigación. Por clarificar un poco más el proceso: la atención centrada en los síntomas somáticos entra en competición con los datos provenientes del exterior, que actuarían como distractores. Cuanto más atención prestemos a eventos diferentes al cuerpo, menos síntomas somáticos se perciben. Quizá este mecanismo atencional pueda también estar relacionado con la atención centrada en uno mismo de los estados ansiosos-depresivos tan relacionados en la literatura con el agravamiento de los síntomas físicos inexplicables. La relación hipotetizada podría ser como sigue: a medida que la atención está centrada en el contexto, en el trabajo, en los demás, en hobbies, etc.... dada la limitación de la capacidad atencional, menos atención reciben los síntomas físicos (que por otro lado, todos podemos sentir en un momento dado (AM Kolk, et al., 2003), aunque no les prestemos la atención necesaria para que cobren relevancia.

Y finalmente, el que la percepción somática sea interpretada como física o psicológica depende de la atribución que hagamos de esas sensaciones. Esta atribución está guiada por esquemas, estructuras cognitivas y basadas en experiencias anteriores. Cae por su propio peso la importancia que pueden tener las diferencias individuales y del estudio de la personalidad en el estudio de estos fenómenos, que curiosamente no ha sido relevante a la hora de investigarlos salvo quizá en el caso del neuroticismo. En este mismo artículo de Kolk y otros

más recientes (incluso en artículos de revisión (V. Deary, Chalder, & Sharpe, 2007) no se le da el peso que merece a estas variables personales.

Los autores afirman expresamente que no pretenden adoptar una postura cartesiana, en donde el distress se reparta entre mente-cuerpo dicotómicamente, sino que los síntomas pueden ser interpretados de forma simultánea en ambas categorías. En efecto, las atribuciones alternativas (¿podríamos decir las personas cognitivamente más flexibles?) serían propias de la gente más sana, mientras que una atribución preferente sistemáticamente por una u otra podría encontrarse en la población clínica. Y los autores ponen como ejemplo la somatización (AM Kolk, et al., 2003).

Los autores utilizaron un listado de síntomas (fatiga, dolor de cabeza, etc....) medidos a través de una escala Likert de 5 puntos (desde nunca a muy a menudo). En esta investigación se ha utilizado este mismo método con resultados que se exponen en la parte empírica. Estos autores además midieron estado de humor positivo y negativo durante el día. También midieron las enfermedades crónicas, cosa que también se ha llevado a cabo en esta investigación. Y midieron la información externa diaria con un cuestionario que desarrollaron ellos mismos y otras variables. En definitiva, evaluaron empíricamente el modelo que proponían.

En otros estudios se analizan distintos métodos para evaluar el número y tipo de síntomas somáticos. Encontrándose que los cuestionarios, las entrevistas médicas y los hechos a través de los historiales médicos arrojan datos diferentes (los dos primeros sobre-estimándolos y el último infravalorándolos) (K Kroenke, 2001) y según el género, la edad y el estatus socio-económico.

Diferencias individuales y el diagnóstico de síntoma médico inexplicable.

Los pacientes pueden reportar inconsistencias entre la percepción de síntomas y el estado de activación psico-fisiológico lo que en opinión de algunos autores se debe a alteración de las sensaciones físicas mediante alteraciones psicológicas, predominantemente

expectativas y atención a las sensaciones somáticas que conducen alteraciones en los procesos perceptivos del cuerpo (Hoehn-Saric, 1998).

Las diferencias de personalidad a la hora de enfermar, o de somatizar son complejas (Friedman, 1990, 2008) y dependen de múltiples variables tales como el género, la edad, la existencia de una enfermedad crónica, el trabajo, el nivel de formación, pero también variables de personalidad (que no han sido tenidas en cuenta suficientemente en el estudio de estos fenómenos).

6.6. Apéndice. Sobre: “Si no es físico es psicológico. O si es físico no es psicológico”.

En el primer apartado de este bloque se ha dibujado una situación en la que el peso de lo psicológico está infravalorado o por lo menos no tenido en cuenta lo suficientemente. Que factores físicos y psicológicos se entrecruzan y dan lugar a un sistema complejo de percepción de síntomas y de conductas relacionadas con la salud que involucran al profesional de la medicina, que debe decidir si se trata de predominio de influencia orgánica o psíquica, y entonces derivar a los especialistas que corresponda, ya que de no hacerlo estaría aumentando la probabilidad de que el paciente volviese a consultar de nuevo, lo que a la larga aumentaría el gasto sanitario y perjudicaría la relación personal sanitario-paciente.

Pero, ¿podemos decir entonces que si no hay una causa física debemos aumentar la probabilidad de encontrar un trastorno afectivo o un estado psicológico alterado? Es decir, ¿si no es físico es psicológico? O lo contrario, al encontrar una variable física-somática (lo que se ha descrito como *síntoma médico explicable*) que se toma como única causa del cuadro clínico, es decir, ¿si es físico no es psicológico? Si localizamos el *Helicobacter pylori* en las úlceras de estómago, ¿ya no podemos decir que existe una respuesta de estrés provocada por los problemas de trabajo, la mala relación conyugal o dificultades familiares a causa de una herencia mal repartida?

Yendo un poco más allá, ¿qué pasa cuando ni el médico ni el psicólogo identifican una posible causa de lo que le ocurre al paciente? Es decir, cuando no hay explicación médica (síntoma médico inexplicable) y tampoco hay una explicación psicológica, ¿hablamos entonces de un síntoma psicológico inexplicable?

Algunos autores argumentan que, independientemente del hallazgo de una alteración somática que pueda estar relacionada con un síntoma dado (por ejemplo una rotura de la tibia se relaciona con dolor), puede haber casos en los que, aún habiendo evidencias de rotura, el paciente puede no experimentar dolor. Es más, algunos pacientes tienen dolor en casos donde no se encuentra una patología somática. Por lo tanto no hay una relación causal simple entre un síntoma y una alteración somática (Sharpe, et al., 2006).

Según estos autores, algo parecido puede decirse sobre la atribución psicológica a síntomas no explicados. En líneas generales, uno se siente obligado a aceptar que lo que no vale para la ciencia médica, tampoco vale para la ciencia psicológica, por lo tanto, que si no hay indicios de que el síntoma pueda ser debido a una causa psicológica debería no atribuírsele psicogénesis. Sin embargo, parece que, al igual que existe una fuerte asociación entre la rotura de un hueso y el subsiguiente dolor, también existe asociación en la dirección psico-somática, como demuestran estudios longitudinales como el London Somatisation Study, un estudio prospectivo de dos años, donde la severidad de los síntomas psiquiátricos estaba temporalmente asociada a la severidad de los síntomas somáticos (Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones, & Drake, 1993).

En este sentido, si bien no es posible decir que todo lo que no es médico es psicológico, sí que se puede afirmar que en gran parte, los síntomas físicos (los explicados y los no explicados por el médico) están sometidos a influencia psicológica, y que este entramado de multicausalidad es compleja. Es decir, que encontrar una causa física que pueda explicar el síntoma no excluye el aporte modulador de los factores psicológicos y viceversa. Otro porcentaje puede que todavía no tenga explicación ni física ni psicológica. Quizá porque las teorías que sustentan sendas prácticas pueden no haber conceptualizado modelos lo suficientemente ajustados a la realidad como para aprehender los mecanismos

subyacentes a la emergencia del síntoma en cuestión. En el futuro, en el mejor de los casos juntos, en el peor, en paralelo, la ciencia psicológica y la médica puedan integrarse para evaporar las distancias entre concepciones dualistas y aceptar la compleja multideterminación de lo físico y lo psicológico.

En conclusión, no todo lo somático es psicológico. Ni todo lo psíquico es somático. Estaríamos al parecer en una posición interaccionista, donde lo psicológico queda impregnado de lo somático y viceversa. Ambos procesos andan uno de la mano del otro y la lupa de cada modelo explicativo, con su epistemología, amplifican y clarifican mejor unos aspectos de la realidad. Por lo tanto, a la luz de los datos expuestos en la literatura, tenemos que aceptar un determinismo recíproco, por lo menos en lo teórico pero relativamente independiente, en lo práctico (Sharpe, et al., 2006) (por el momento).

7. Somatización en Dermatología.

A lo largo del capítulo anterior se han revisado las publicaciones de diversos autores que estudian el proceso de somatización en general en atención primaria. Por un lado, hemos comprobado cómo varios autores advierten que la categoría de trastornos de somatización del DSM-IV necesita una revisión, con el fin de hacer más sensible la detección de unos trastornos que muchas veces pasan inadvertidos ante los ojos del el médico de atención primaria. Pero también para el dermatólogo (H. Richards, Fortune, Weidmann, Sweeney, &

Griffiths, 2004). Por otro lado, se han revisado trabajos que proponen un modelo bio-psico-social para explicar el mecanismo de somatización.

Madhulika A. Gupta ha escrito numerosos artículos relacionando la dermatología con mecanismos y procesos psicológicos intentando dar cuenta de la imbricada interrelación entre estas dos disciplinas (Gupta & Gupta, 1996; Gupta, 1994, 2002; Gupta & Gilchrest, 2005; Gupta, Schork, & Ellis, 1994; Gupta, 2006; Madhulika A. Gupta, 2006). De entre estos artículos, uno de especial relevancia para el desarrollo de este capítulo se titula “Somatization disorders in dermatology” por resultar una introducción apropiada para contemplar de un solo vistazo la situación actual del campo que tratamos de investigar. Mucho de la obra de este autor se ha centrado en los mecanismos psicológicos para explicar los síntomas médicos inexplicables en el terreno de la dermatología, en concreto el síntoma del picor.

En este capítulo, por lo tanto, al revisar lo que se ha escrito sobre somatización en dermatología pretendemos sentar las bases para el desarrollo del síntoma médico inexplicable que trataremos posteriormente: el picor/rascado. La misión del presente capítulo será explorar si los pacientes con enfermedades dermatológicas están empapados de circunstancias que hagan pensar que algunos síntomas que presentan puedan estar relacionados con factores psicológicos y si éstos podrían entenderse como algo estable, crónico si se quiere, que requiera atención, comprensión e intervención psicológica. Si esto es así, podríamos suponer que, antes de que los síntomas puedan remitir o mejorar por otras vías, toda intervención debería procurar modificar las condiciones mantenedoras de los síntomas; que aunque expresión de lo que subyace, no por ser tratados con las más altas excelencias terapéuticas parciales (centradas en un solo aspecto) podrán ser “curados” o rehabilitados completamente, hasta que desaparezcan ciertos mecanismos mantenedores que por lo que veremos aquí, implican efectivamente factores psicológicos.

7.1. Introducción.

Volvamos al trabajo de Gupta, rescatando algunas reflexiones interesantes al porqué la piel puede ser un *blanco* fácil o “especialmente vulnerable para el desarrollo de la somatización” (Madhulika A. Gupta, 2006). Una de las particularidades de las enfermedades de la piel es que se ven y se sienten (también por los demás). Esta afirmación no es baladí, ya que como última barrera de protección frente al exterior, pudo presentar ventajas evolutivas en aquellos individuos con una red de detección sensible a estímulos amenazantes o detección de alteraciones (el picor, el dolor, el hormigueo pueden ser resultados de este sistema de chequeo). Estas alteraciones pueden darse en el mismo grado en otros órganos o sistemas internos, sin embargo, a diferencia de otras localizaciones, las de la piel no pasan desapercibidas (ni por el sujeto, ni por sus habituales, ni por el médico).

Sumado a este hecho, Gupta explica que algunos pacientes pueden no tener suficiente capacidad de insight (relacionaremos esto posteriormente con la alexitimia) para saber qué les perturba y que la única forma de expresar su malestar puede ser a través de una lesión en la piel, por ser una zona visible (Madhulika A. Gupta, 2006). Se añade a este complejo, que la piel, además, es un órgano de la comunicación y signo de belleza y salud, una función que otros órganos no poseen (por ejemplo, ¿Quién consulta al médico para una operación de estética por un riñón, o un pulmón? ¿quién se fija en si estamos felices, asustados o avergonzados por los cambios en la densidad de la sangre o en el aumento de la tensión arterial?). En cambio la piel está a la vista. Como vimos en el capítulo anterior, parece que los procesos atencionales juegan un importante papel a la hora de considerar un síntoma como merecedor de atención médica, también en dermatología (y por lo dicho, quizá más).

La atención no era el único mecanismo psicológico que podía fomentar el aumento de síntomas somáticos y en consecuencia aumentar el número de visitas al médico. Sin embargo, es particularmente interesante por lo intuitiva que puede resultar a la hora de comprender la diferencias individuales al experimentar cambios en la superficie de la piel. Éstos, pueden estar relacionados con la alteración de mecanismos atencionales, como en los trastornos

disociativos, cuando el sistema no puede soportar la tensión (Nijenhuis, 2004). En este sentido, es muy interesante encontrar trabajos donde los síntomas dermatológicos, entre ellos el picor, están muy presentes en pacientes que somatizan (Koblenzer, 1983).

Estos umbrales perceptivos conforman una pequeña parte de todo lo estudiado en psicología de la percepción. Sin embargo, su relación con reacciones estables, al estilo de dimensiones de personalidad, que se han conformado y establecido fruto de la interacción entre la historia del sujeto y las predisposiciones biológicas, todavía no ha sido desarrollada en toda su amplitud. Junto con otros autores, creemos que algún mecanismo de este tipo puede estar jugando un papel importante en el caso de los factores atencionales sobre la piel. Quizá por su disposición física, al cubrir una superficie extensa y con un gran número de receptores, la piel sea el órgano más sensible, por tanto, más informativo de posibles cambios y puedan detectarse mejor las más mínimas diferencias perceptivas.

Algunos datos apoyan parcialmente estas afirmaciones, al encontrar que los mecanismos atencionales están implicados en enfermedades cutáneas, y las creencias que los pacientes presentan modifican la probabilidad de percibir estímulos amenazantes relacionados con su enfermedad, pudiendo actuar como factor mantenedor de la enfermedad dermatológica (D. Fortune, et al., 2003). Este dato da pie a estudiar los modos cognitivos que presenten estos sujetos, para comprender los mecanismos psico-biológicos que favorecen una percepción cutánea alterada, ya que puede haber múltiples fuentes de variación de su sensibilidad.

Así, en una superficie que está tan expuesta por su localización a la estimulación externa, podríamos pensar que una mayor sensibilidad constitucional o un estado emocional transitorio, podría disparar la alarma (e inducir la respuesta de picor por ejemplo). Quizá el sistema en alerta cometa errores por falsos positivos en contacto con cuerpos extraños inocuos, sensaciones de calor o frío, etc., en definitiva, de estímulos interpretados como amenazantes que darían lugar a respuestas inespecíficas, como la respuesta de estrés, o específicos, como por ejemplo el rascado. Por todo ello, quizá la piel sea un órgano privilegiado para que se den síntomas médicos inexplicables como afirmaba Gupta.

Otra de las variables implicadas en la percepción de síntomas era el afecto negativo, que aumentaba la probabilidad de percibir un estímulo físico. Si encontrásemos algún dato que nos diese información sobre si, por lo general, los pacientes de piel sufren más psicopatología que el resto de la población, podríamos pensar que en efecto, son más susceptibles de presentar síntomas médicos inexplicables (en el sentido de la somatización), una opinión que está ampliamente avalada (Saxe, 1994; Gupta & A. K. Gupta, 2004; M. A. Gupta, Lanius, & Van der Kolk, 2005; Madhulika A. Gupta, 2006; A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006). Iremos viendo, a lo largo de este capítulo, de qué manera se relaciona la enfermedad dermatológica en general con las alteraciones emocionales. Y, si es así, quizá entonces estaríamos en disposición de afirmar que en las enfermedades de la piel donde se den estos fenómenos, los pacientes mejorarían con atención psicológica; como de hecho así ocurre (R. G. Fried & Hussain, 2008; Schoenberg & Carr, 1963). Para conseguir esto, haremos un repaso a la prevalencia de psicopatologías en enfermedades dermatológicas.

Podría darse el caso de encontrar un elevado índice de psicopatología; quizá una mayor tasa de estrés que desencadene depresión y ansiedad, en comparación con otras enfermedades de la piel o con sujetos normales o datos que demostrasen un empeoramiento de la patología en respuesta al mismo. Veremos algunos estudios que afirman que existe cierta vulnerabilidad al estrés en los enfermos de piel, y yendo un poco más allá, algunos autores afirman que existe cierta vulnerabilidad o predisposición a padecer psicopatología o dificultades en los procesos naturales de adaptación. Deberíamos encontrar además que estas alteraciones en un primer momento, no sean exclusivamente atribuibles a la aparición de lesiones en la piel y que pueda presentarse también en su ausencia, es decir que no sea consecuencia exclusiva (suficiente y necesaria) de las lesiones de la piel.

Este último punto es más difícil porque, al sistema de salud acuden aquellas personas que ya presentan la patología dermatológica y suponemos que los trabajos que puedan llevarse a cabo estudiarán los pacientes que ya tengan las lesiones. Sin embargo, hay algún estudio que apunta a que, una vez curadas las lesiones dermatológicas, la calidad de vida de los pacientes (en este caso de psoriasis) y los índices psicopatológicos no mejoran; siguen estando presentes a pesar de no tener ya lesiones (D. Fortune, et al., 2004). Quizá pueda

interpretarse como una muestra de que el substrato psicológico, podríamos decir, la vulnerabilidad (o factores de riesgo) no ha desaparecido junto con la enfermedad, sino que se mantiene con cierta independencia de ésta (como es el caso del nivel de estrés, las estrategias de afrontamiento y las creencias sobre el psoriasis, en el caso del estudio de Fortune), lo que les hace buenos candidatos para evaluar el papel contribuyente en el desencadenamiento y mantenimiento de la condición dermatológica. Parecería entonces que la psicopatología o su predisponibilidad es condición necesaria para empeorar la enfermedad de la piel, pero todavía no podemos hablar de causas suficientes.

En psico-dermatología son escasos los trabajos que no encuentran asociación psicológica con el agravamiento de lesiones cutáneas. Sin embargo, sí tenemos noticia de un artículo que estudió el nivel de cortisol en el curso de la psoriasis (una enfermedad donde se acepta que los factores psicológicos juegan un importante papel) en 9 pacientes y que no encontró relación temporal de causa – efecto entre el estrés y el empeoramiento de las lesiones de la piel más que en dos pacientes (Berg, Svensson, Brandberg, & Nordlind, 2008), mientras que los pacientes creían que sí había relación entre el estrés soportado y el empeoramiento de las lesiones; los resultados de este estudio no apoyan que haya relación entre estrés y el empeoramiento de las lesiones cutáneas.

Las relaciones son complejas ya que en otro estudio, se analizaron los niveles de cortisol de pacientes con psoriasis y no se encontraron diferencias entre estos y el grupo control, sin embargo sí se encontraron en medidas de interleukina 1-beta, jugando un papel modulador en la cantidad de cortisol en sangre (Mastrolonardo, Alicino, Zefferino, Pasquini, & Picardi, 2007). Los autores concluyen que parecería que los pacientes dermatológicos estudiados en esa ocasión (psoriasis) presentaban un efecto techo para el cortisol, es decir, que estaban crónicamente estresados y el cortisol ya no era una medida sensible a las variaciones frente al estrés agudo. Así lo proponen algunos autores que estudiaron mecanismos atencionales en psoriasis; la atención de estos pacientes, evaluada experimentalmente a través del test de stroop, no se veía alterada al incrementar los niveles de distres como sería de esperar, e interpretan este hecho como la posibilidad de que estos pacientes puedan haber alcanzado un grado de estrés tal que un incremento en distrés no

modifique la capacidad atencional (D. Fortune, et al., 2003). Estos resultados están en relación con un déficit en la respuesta al estrés de pacientes con psoriasis comparado con sujetos sanos (H. Richards, Ray, et al., 2005). Quizá como proponen algunos autores debido al prolongado nivel de activación del eje Hipotálamo-Hipofisio-Adrenal que da lugar a una hipocortisolemia (Fries, Hesse, Hellhammer, & Hellhammer, 2005; Mastrolonardo, et al., 2007).

Muchos pacientes dermatológicos con enfermedades de la piel crónicas creen que hay relación entre estresores externos y su enfermedad cutánea. Y aunque es evidente que la relación entre estrés y empeoramiento de la psoriasis no es del 100%, subjetivamente más del 60% de pacientes con psoriasis cree que sus lesiones empeoran con el estrés (D. Fortune, Richards, Main, & Griffiths, 1998; Zachariae, et al., 2004). Puede que haya sujetos más susceptibles al estrés que otros, como se demostró en el trabajo de Richards, donde los sujetos que presentaban índices más altos en preocupación tardó más tiempo en curar sus lesiones de psoriasis (D. G. Fortune, et al., 2003).

7.2. Prevalencia de factores psicológicos que afectan a enfermedades dermatológicas.

Los diferentes estudios epidemiológicos consultados indican que el porcentaje de enfermedades dermatológicas bajo influencia psicológica se sitúan cercanos al 30% (Beltraminelli & Itin, 2008; R. G. Fried, et al., 2005), especialmente en momentos críticos de su vida.

Otros estudios indican que el 30-40% de pacientes con psoriasis sufren estrés significativo y subrayan que hay una Infra-identificación por parte de los dermatólogos de estos casos, y que cuando se identifican estos problemas, muchos quedan sin tratamiento, a pesar de que se acepta que es una enfermedad con importantes influencias psicológicas (H. Richards, Fortune, Weidmann, et al., 2004). Lo que curiosamente recuerda mucho al porcentaje de 30% encontrado en la población general respecto a síntomas médicos inexplicables y su infra-estimación por el personal sanitario médico general. En cualquier caso, esta comparación nos hace reflexionar sobre el papel que puedan estar jugando aquellos mecanismos que se proponían para la explicación del proceso de somatización en general y para las enfermedades de la piel en particular, y lo importante de ampliar el abanico de variables que puedan jugar un importante papel en la mejoría de estos pacientes.

En un estudio realizado a 5.795 personas con psoriasis, se encontró que entre el 71-66% de pacientes consideraba que su enfermedad empeoraba con el estrés y el 35% informó que su psoriasis había debutado en una época de preocupación y estrés. Se encontró que consumían más tabaco, tranquilizantes y antidepresivos. Que las mujeres eran más reactivas al estrés que los hombres y que aquellos que eran más reactivos tenían una historia familiar de psoriasis (Zachariae, et al., 2004). Parecería entonces que podríamos encontrar índices de vulnerabilidad al estrés y encontrar, quizá, variables psicológicas como factores de riesgo. Sin embargo, estos autores aceptan que el hecho de que estas personas tengan una mayor reactividad al estrés debe ser estudiado más detenidamente ya que parece que esas diferencias son de naturaleza compleja y merece la pena estudiarlas cuidadosamente.

7.3. Eventos estresantes en dermatología.

Hay trabajos que estudian el número de eventos estresantes en los pacientes de piel y los comparan con otras enfermedades dermatológicas y con sujetos sanos, encontrando resultados dispares (Berg, et al., 2008). En unos casos se encuentra un mayor número de eventos estresantes y en otros no hay diferencias con los controles. Podíamos entonces plantearnos la siguiente pregunta: ¿Existe mayor número de eventos estresantes en los pacientes de piel? Parece que sí. En un estudio realizado en pacientes de piel 21,2% presentaban la existencia de algún evento estresante durante los 6 meses previos a la toma de datos (Laguna, Pena Payero, & Marquez, 2006). Otros estudios encontraron un porcentaje elevado de pacientes (68,75%) que habían sufrido eventos vitales estresantes en varias patologías de la piel (Capoore, Rowland Payne, & Goldin, 1998), encontrando mayor número de eventos estresantes en los pacientes de psoriasis (48,27%), seguidos de dermatitis atópica (38,89%) y urticaria aguda (28,57%). Otros autores no encuentran mayor número de eventos estresantes en alopecia areata, pero sí mayores índices de alexitimia (A. Picardi, et al., 2003).

Estos hallazgos podrían estar sugiriendo varias hipótesis, entre las cuales podríamos destacar que (1) puede que esta población haya sufrido más eventos estresantes y/o (2) hay diferencias en el efecto que puedan tener los eventos vitales estresantes sobre diferentes personas con o sin psoriasis.

Podríamos seguir preguntándonos, ¿Hay alguna relación entre eventos estresantes y los índices de psicopatología? ¿Y con variables de personalidad? Algunos autores asumen que la influencia de los eventos estresantes puede estar mediada por diferencias de personalidad a la hora de afrontar un evento estresante (E. W. M. Verhoeven, et al., 2008).

¿Responden peor a los eventos estresantes aquellas personas con enfermedades de la piel sujetas a influencias psicológicas? Así por lo menos lo indican los datos provenientes de diferentes estudios en patologías dermatológicas, como es el caso de la alopecia areata.

Donde no se encontraron diferencias en el número de eventos estresantes pero sí mayor índice de: psicopatología, puntuaciones elevadas en dimensiones de personalidad como la alexitimia y la evitación del dolor, considerados como factores de riesgo psicopatológico-psicosomático, además de poco apoyo social (A. Picardi, et al., 2003). Además, como se ha comentado anteriormente, Laguna propone que la interconexión entre los eventos estresantes con la vulnerabilidad psicológica puede ser central en el desarrollo de enfermedades de la piel (Laguna, et al., 2006).

También en psoriasis se encontró esta posible influencia de factores psicológicos como agravadores del impacto que los eventos estresantes puedan tener sobre sus vidas (D. G. Fortune, Richards, Main, & Griffiths, 2002). Sin embargo, algunos autores piensan que sigue habiendo controversia respecto al papel que puedan jugar los eventos estresantes en el desarrollo o empeoramiento de las patologías dermatológicas, y se tiende a aceptar que estamos en los inicios de comprender como responden los pacientes a los eventos emocionalmente estresantes (A Picardi & Abeni, 2001).

Sin embargo, los datos sugieren que en igualdad de eventos estresantes, el estrés afecta más a los enfermos de piel; debemos pues preguntarnos cuáles pueden ser los factores que puedan estar condicionando esta respuesta, es decir, la línea que siga la investigación debe responder a qué factores de vulnerabilidad y protección presentan los pacientes y los controles, como sugiere Picardi (A Picardi & Abeni, 2001). Y dado que al parecer las dimensiones de personalidad son un substrato psicológico plausible que puede dar información al respecto, es de sumo interés examinar algunos hallazgos referentes a datos de personalidad en pacientes dermatológicos.

A continuación todas estas cuestiones se agrupan, por motivos de claridad expositiva, en diferentes subapartados que aportan información sobre prevalencia, comorbilidad con trastornos psicológicos y factores de vulnerabilidad encontrados en los pacientes de piel.

7.4. Comorbilidad psiquiátrica.

En los pacientes de piel, los índices psicopatológicos aumentan en psoriasis, liquen simple crónico, urticaria idiopática, dermatitis atópica, acné, etc. En dermatología, la comorbilidad psiquiátrica es elevada (curiosamente un buen número de psiquiatras elige dermatología en su segunda opción al elegir especialidad...y muchos dermatólogos hacen lo propio con psiquiatría (Romero, 2009).

Efectivamente, en general los estados depresivos están directamente relacionados con algunos síntomas dermatológicos (M. A. Gupta, 1994). Y algunos autores entienden estos trastornos como una forma de somatización (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006).

Así, se han encontrado tanto trastornos de ansiedad y depresivos (R. G. Fried, et al., 2005; Kilic, Gulec, Gul, & Gulec, 2008; Mercan, 2008; Radmanesh & Shafiei, 2001; G. B. Torello Lotti, Francesca Prignano, 2008), como índices de trastornos de disociación superiores a la población normal (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006; Numan Kounk, 2007). Otros autores han encontrado además disfunciones sexuales en pacientes de Neurodermitis y psoriasis (Mercan, 2008).

En algunos casos como en el LSC, los índices psiquiátricos fueron elevados y correlacionaron con la enfermedad de forma significativa, a diferencia de los controles (Numan Kounk, 2007).

Respecto a la predominancia de los trastornos de ansiedad y depresión es interesante subrayar que algunas publicaciones aportan datos sobre una mayor tasa de depresión en los pacientes de piel (Kilic, et al., 2008), mientras que en otros casos ocurre lo contrario (H. Richards, Fortune, Weidmann, et al., 2004). Se han encontrado datos que reportan niveles más altos de ansiedad en pacientes con psoriasis (H. Richards, Fortune, Weidmann, et al., 2004). Esto no ocurre para los pacientes que presentan síntomas de picor, entre los que se

encuentran tanto depresión como ansiedad, con diferencias significativas respecto a sujetos normales (Engin, et al., 2008a; Hashiro & Okumura, 1994; Numan Kounk, 2007).

Quizá el predominio de cansancio en los pacientes de piel pueda estar relacionado con síntomas asociados a la depresión, ya que el carácter crónico de las enfermedades de la piel es coherente con que los síntomas sean de índole depresiva y no ansiosa (excepto al parecer a los pacientes con urticaria), debido quizás al agotamiento de los ejes neurales y endocrinos propios de una respuesta de estrés crónica como la que presentan estas personas; así lo sugieren algunos autores para otras enfermedades psicosomáticas que cursan con fatiga, dolor y sensibilidad al estrés (Fries, et al., 2005).

En cualquier caso parece que, como se ha visto anteriormente, habría dos patrones diferentes a la hora de enfermar debido a influencias psicológicas: una sería la vía de la depresión y otra la vía de la ansiedad (A. Barsky, et al., 2006).

Pero independientemente de la vía por la que los pacientes de piel lleguen a sufrir algún trastorno emocional, la existencia de trastornos afectivos podría ser debida a fuentes de estresores de naturaleza constante o variable, o bien a diferencias a la hora de responder a dichos estresores. Podremos discutir en mayor profundidad esta hipótesis en los apartados de resultados y discusión cuando comparemos varios tipos de enfermedades de la piel y sus perfiles de personalidad como grupo.

Como advierten otros autores que encontraron mayor patología en pacientes de enfermedades de la piel siguiendo un análisis univariado, (pero que los análisis multivariados no confirmaron) (P. Magin, C. Pond, W. Smith, A. Watson, & S. Goode, 2008), la relación entre las variables psicológicas y las enfermedades de la piel debe ser examinada meticulosamente y se necesita más investigación para establecer relaciones entre ambas entidades. Si bien parece que la dirección de la misma apunta hacia índices psicopatológicos mayores en los pacientes de piel en aquellas enfermedades sujetas a influencias psicológicas.

7.5. Calidad de vida.

Por todo lo dicho anteriormente, no debe ser una sorpresa que las enfermedades de la piel presenten un bajo nivel de calidad de vida como muestran algunas investigaciones (da Rocha, et al., 2007; Engin, et al., 2008a; Engin, Uguz, Yilmaz, Ozdemir, & Mevlitoglu, 2008b; Krejci-Manwaring, Kerchner, Feldman, Rapp, & Rapp, 2006; O'donnell, et al., 1997; Panahi, et al., 2008; Pérez, et al., 2000; Rabung, Ubbelohde, Kiefer, & Schauenburg, 2004; Weldon, 2006).

Este hecho también puede ser debido a la estigmatización respecto a las lesiones de la piel (Chaturvedi, Singh, & Gupta, 2005). Pero no tiene por qué circunscribirse sólo al efecto de estigmatización (como se deduce del apartado anterior y de la investigación que encontramos relacionada con la calidad de vida): como mínimo en dos estudios, se encontró asociación de la calidad de vida con depresión y ansiedad pero no con síntomas médicos (es decir, urticaria) en pacientes de piel (Engin, et al., 2008a; Hashiro & Okumura, 1994). Por reiterar un concepto clave, la calidad de vida se ve más deteriorada por la psicopatología que por los síntomas médicos (pudiendo estos síntomas incrementar la psicopatología, pero en último término sería la psicopatología y no los síntomas lo que menoscaban la calidad de vida).

De hecho, un ejemplo donde las variables psicológicas influyen en la calidad de vida es el acné: aquellas personas que tienen mayores niveles de ansiedad social por las lesiones de acné presentan peor calidad de vida y peor autoestima que aquellos que lo tienen menor (Loney, Standage, & Lewis, 2008).

Respecto al prurito, el picor y la fatiga son los dos síntomas más elevados en dermatología, llegando al 50% de los pacientes encuestados, y está directamente relacionado con la calidad de vida, donde los factores psicológicos podrían jugar un importante papel junto con otras variables (E. W. M. Verhoeven, et al., 2007). Hay estudios que encuentran que los pacientes que presentan urticaria idiopática (que consiste en la presencia de zonas

pruriginosas de origen desconocido cuyo foco del picor se presenta con un margen circunscrito y cuya duración es superior a 4 semanas) presentan niveles muy bajos de calidad de vida, tanto física como psicológica, comparado con sujetos normales de iguales características sociodemográficas (Engin, et al., 2008a).

El síntoma de picor ha sido uno de los que más empeoran la calidad de vida y limitan las actividades del día a día (Panahi, et al., 2008).

Así, las alteraciones de la piel (sobre todo el picor) producen disminución en la calidad de vida en aspectos como perturbación del sueño, discapacidad en actividades diarias, trabajo y estado psicológico y en general, se ha comprobado que estas alteraciones de la piel pueden estar agravadas por el estado de ánimo y las alteraciones psicológicas (L. Verhoeven, et al., 2006).

Este hecho puede estar influenciado por varios factores: mayor número de eventos estresantes, predisposición constitucional y/o vulnerabilidad psicológica. De todo esto se desprende el estudio de las diferencias individuales en esta población, con el fin de comprender mejor qué variables psicológicas específicas podrían ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

7.1. Personalidad/Vulnerabilidad.

Resumiendo todo lo dicho, parece que existe evidencia sustanciosa que demuestra que los pacientes con trastornos de piel (los considerados influenciados por condición psicológica) sufren más trastornos psicológicos, a veces sin un mayor número de eventos estresantes que los controles. Estos datos nos sugieren diferentes formas de responder cognitiva, emocional y conductualmente. Al parecer dichas diferencias están bien enraizadas en sus vidas, y sin embargo, parecen ser susceptibles de mejora con atención psicológica.

Este apartado puede ser útil para avanzar algunas líneas generales respecto a trabajos que investigaron la relación entre personalidad y patologías de piel. Las relaciones entre estas dos variables serán investigadas más adelante, pero para no perder de vista que la personalidad puede estar muy relacionada con otros elementos que estamos analizando aquí, como la calidad de vida y los trastornos psicológicos de depresión, ansiedad, etc... , se incluyen en el mismo apartado.

Se han encontrado datos que apoyan que existe un alto grado de vulnerabilidad psicológica en pacientes de psoriasis (Valverde Lopez, Mestanza, & Asenjo, 2005). En pacientes con psoriasis la vulnerabilidad fue 34,5%.

Dentro de las variables de personalidad consideradas relevantes en el estudio de los pacientes de piel, la Alexitimia ha sido una variable fundamental (Willemsen, Roseeuw, & Vanderlinden, 2008). Se ha relacionado con varias patologías dermatológicas como la alopecia areata (Cordan Yazici, et al., 2006), o la psoriasis (H. Richards, Fortune, Griffiths, & Main, 2005).

Sin embargo, la Alexitimia no ha sido el único constructo utilizado. También se han encontrado diferencias de personalidad en pacientes con psoriasis utilizando el modelo de Cloninger (Kilic, et al., 2008), donde vuelve a encontrarse que los enfermos de piel presentan puntuaciones mayores de evitación del dolor y dependencia de recompensa. Esto ha sido relacionado con los niveles de depresión y quizá pueda considerarse como un factor

de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología depresiva. Estos resultados de personalidad también se han encontrado en población de dermatitis atópica (Kim, et al., 2006). Y como veremos posteriormente se repiten en nuestra investigación.

Estas variables de temperamento-personalidad se activan ante una amenaza y constituyen un correlato de lo que se ha encontrado en pacientes de piel respecto a un alto grado de preocupación, lo que se ha puesto en relación con una respuesta más prolongada de estrés (D. Fortune, et al., 2000). En la investigación de Laguna se encontró una ansiedad elevada en diferentes patologías dermatológicas (urticaria aguda, urticaria crónica, psoriasis, dermatitis atópica y otros) tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo (Laguna, et al., 2006), coherentemente con los resultados de otros estudios comentados un poco más arriba. Estos autores barajan la posibilidad de que los datos que presentan en su estudio estén interconectados con la vulnerabilidad psiquiátrica encontrada y/o su relación con eventos estresantes, y que ésta pueda desempeñar un papel importante en la iniciación y/o perpetuación de la enfermedad dermatológica.

Otros estudios han encontrado puntuaciones más altas en las variables de personalidad en la hipocondría, histeria y depresión medidas a través del MMPI, asociadas a mayores niveles prolongados de estrés en pacientes con liquen plano oral (otra patología dermatológica sin explicación etiológica biológica, en la que las variables somáticas están influidas por variables psicológicas), comparados con los controles (Ivanovski, et al., 2005).

En definitiva, parece que algunos autores están apuntando a ciertas variables psicológicas en grupos de patología dermatológica, en los que podrían encontrarse índices o factores de riesgo o vulnerabilidad psicológica. Como se adelantaba anteriormente, este es el caso de la Alexitimia.

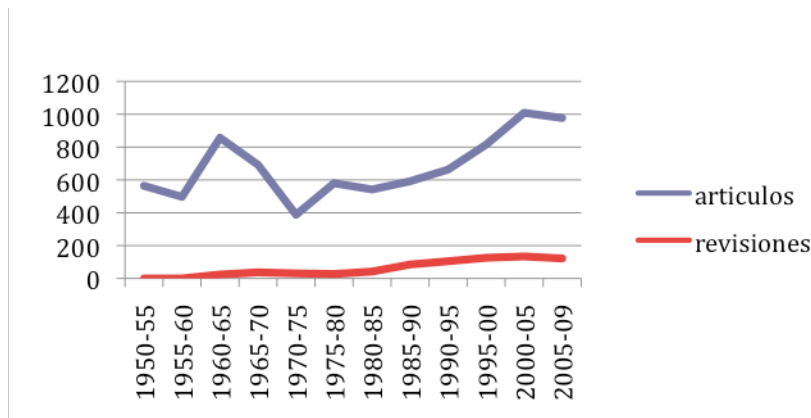
8. Alexitimia y piel

Como hemos ido desarrollando en los capítulos precedentes, la tendencia a expresar el sufrimiento a través del cuerpo ha interesado a una buena parte de los investigadores en el campo de la medicina y de la psicología. Recientemente se han propuesto modelos que toman en consideración diversas variables a la hora de explicar la enfermedad dando una mayor importancia a los factores psicológicos. La psicósomática se constituyó como un campo de estudio multidisciplinar fructífero; al introducir el término *psychosomatic* en PubMed como criterio de búsqueda se registran 13.573 entradas de artículos y 1.200 artículos de revisiones. El término Alexitimia está muy asociado a la psicósomática y también ha despertado un notable interés (14.343 entradas y 1.659 artículos de revisión).

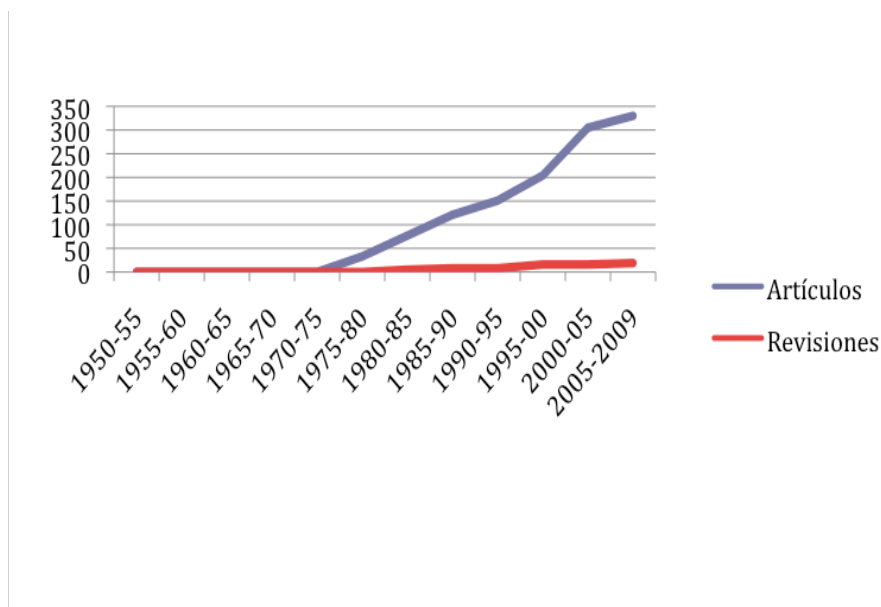
La oportunidad (y la exigencia) que ofrece la conceptualización de las enfermedades como consecuencia de múltiples influencias diversas (factores antropológicos, biológicos, sociales, psicológicos, etc....), implica, por necesidad, la colaboración entre diferentes disciplinas que, afines o no tradicionalmente, deben encontrar nuevos modelos y formas de trabajar que cohesionen e integren los saberes que se han ido recopilando sobre el ser

humano. Una gran oportunidad si se piensa bien. Se podía intuir, pero ahora se está demostrando.

Este es un campo en constante ebullición. En la siguiente tabla se puede apreciar como ha sido la evolución en número de artículos y de revisiones del concepto psychosomatic en PubMed durante los últimos años (las frecuencias no son acumuladas).



En relación con la somatización, se han propuesto algunas características personales que configuran el constructo Alexitimia, que se ha desarrollado muy rápidamente desde que Sifneos en 1973 lo acuñase en la revista Psychotherapy and Psychosomatics (P. E. Sifneos, 1973). En la siguiente tabla se puede observar la evolución del concepto en investigación según una búsqueda en PubMed (las frecuencias no son acumuladas).



8.1. Concepto e implicaciones psicosomáticas.

En 1970, Sifneos, describió ciertos pacientes con una marcada dificultad para expresar verbalmente o describir sus sentimientos y una disminución de fantasías. Introdujo el término alexitimia, que deriva del griego “alexis” (sin palabras) y “thymos” (emoción): sin palabras para los afectos. La Alexitimia ha sido definida como un rasgo de personalidad caracterizado por un reducido pensamiento simbólico, poca capacidad para fantasías e imaginación y una limitada capacidad para expresar emociones (P. E. Sifneos, 1973).

Sifneos desarrolló el concepto para designar una serie de características cognitivas y afectivas que observaron en pacientes con enfermedades psicosomáticas clásicas (Bankier, Aigner, & Bach, 2001).

Se entiende que la Alexitimia consta de varios componentes psicológicos:

1. Dificultad en identificar y describir sentimientos
2. Dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales.
3. Reducción o falta de pensamiento simbólico (falta de imaginación).
4. Estilo cognitivo orientado externamente o pensamiento operatorio.

Se ha sugerido que las personas con Alexitimia tienen un déficit cognitivo en la capacidad de procesar estímulos afectivos, encontrándose menos interferencia afectiva en individuos alexitímicos en una tarea stroop (F. Sánchez & Serrano, 1997).

Estos déficits podrían hacerles más vulnerables a interpretar incorrectamente síntomas físicos sin importancia para la salud como enfermedades y buscar ayuda médica por ello. Así que la Alexitimia se considera un factor de riesgo para presentar síntomas médicos inexplicables, que en ocasiones pueden dar lugar a un trastorno del espectro somatomorfo (Taylor, et al., 1997).

En concreto, parece ser que el aspecto de dificultad en identificar sentimientos, fue la única variable asociada, una vez controladas otras variables (como afecto negativo), a los trastornos de somatización (Waller & Scheidt, 2004). En este artículo se sugiere que los pacientes con trastornos de somatización puede que tengan serias dificultades en elaborar sus emociones, ya que no son del todo capaces de unir sus sentimientos con sensaciones corporales, actividad física o fantasías. Las sensaciones corporales asociadas a la activación general pueden ser amplificadas e interpretadas como síntomas de enfermedad. Y sugieren que los pacientes pueden presentar dificultades en elaborar las emociones negativas más que las positivas. Las dificultades emocionales encontradas en la Alexitimia parecen apuntar a déficits estructurales en la regulación de las emociones negativas (Waller & Scheidt, 2004).

La Alexitimia también se ha relacionado con trastornos somatomorfos (Mattila, et al., 2008; AJ Wearden, Lamberton, Crook, & Walsh, 2005). Quizá esta relación se de porque, según Bucci, el foco en los síntomas somáticos puede ser el primer paso para la construcción de símbolos (Bucci, 1997) y estos símbolos pueden permitirnos distanciarnos del aquí y ahora, de la realidad física: del cuerpo.

8.2. Alexitimia y trastornos de somatización.

Uno de los ámbitos en donde más ha sido utilizado la variable Alexitimia ha sido en el ámbito de investigación de los trastornos somatomorfos (Maldonado & Sánchez, 2005).

Barsky y Klerman han sugerido que las personas con alta Alexitimia presentan un estilo perceptivo y cognitivo somático-amplificador, dada la limitada conciencia de los estados emociones y su déficit en el procesamiento cognitivo que favorece el trastorno de somatización (A. J. Barsky, 1992). Este estilo refleja los elementos que se manejan actualmente para generar modelos explicativos de los síntomas médicos inexplicables.

En este sentido, se han encontrado datos que apoyan que la Alexitimia, medida a través del TAS-20, es mayor en pacientes con trastornos somatomorfos que en población no clínica (Fernandez, Sriram, Rajkumar, & Chandrasekar, 1989; H. Richards, Fortune, et al., 2005).

Sin embargo, los resultados a la hora de establecer la Alexitimia como variable que explique un porcentaje adecuado de varianza de Síntomas médicos inexplicables no acaban de ser concluyentes (C. G. Kooiman, J. H. Bolk, R. Brand, R. W. Trijsburg, & H. G. M. Rooijmans, 2000).

Aunque los pacientes con síntomas médicos inexplicados presentan diferencias en los niveles de Alexitimia (C. G. Kooiman, Bolk, Rooijmans, & Trijsburg, 2004), existe evidencia de una relación directa entre presentar más características alexitímicas y la probabilidad de un pronóstico peor, como se demostró en un estudio prospectivo (Rufer, et al., 2004).

En otros estudios, la Alexitimia medida a través de la escala de Toronto (TAS-20) fue la que mejor predijo los resultados de la terapia en un margen de 3 años (Speranza, Loas, Wallier, & Corcos, 2007). Y en otros trastornos psicósomáticos, fue el mejor predictor de la mejoría, apareciendo, según opinión de los autores, como una buena medida para los clínicos

que se ocupen de los pacientes, a la hora de diseñar estrategias de intervención (Porcelli, et al., 2003). Sin embargo, los estudios prospectivos han sido escasos y no concluyentes, encontrándose casos en los que se utilizó la Alexitimia como variable independiente y una medida de salud global como variable dependiente, donde la Alexitimia no sirvió para predecir la mejoría de síntomas médicos inexplicables (C. G. Kooiman, et al., 2004) y no fue mayor en la población de pacientes con síntomas médicos inexplicables que en la de síntomas médicos con causa reconocida (C. G. Kooiman, et al., 2000).

Esta relación no concluyente entre el constructo Alexitimia y el de somatización ha sido analizada en un artículo de revisión (De Gucht & Heiser, 2003). En los artículos consultados, se encontró relación positiva y significativa entre el número de síntomas físicos reportados y la variable Alexitimia con un tamaño del efecto de bajo a moderado. En esta misma revisión se encontraron efectos de magnitud pequeña a moderada entre somatización y Alexitimia. Sin embargo, hay dificultades en saber si los síntomas que se midieron eran explicables o no, lo que puede llevar a una sobre-estimación del nivel de somatización, lo que a su vez podría estar enmascarando la relación entre Alexitimia y somatización, en opinión de De Gucht.

Otra de las explicaciones sobre esta relativamente baja asociación puede ser debida a los efectos inespecíficos de la Alexitimia sobre la salud. Así, la Alexitimia puede del mismo modo (1) focalizar, amplificar y malinterpretar las sensaciones corporales que acompañan al nivel de activación, (2) fomentar una tendencia a estrés psicológico o la dificultad para diferenciar diferentes estados afectivos negativos que puede llevar a desarrollar una psicopatología y (3) propiciar un incremento del nivel de activación psicofisiológico neurovegetativo dando lugar a respuestas que predispongan a enfermedades somáticas, como apunta Taylor (Bagby & Taylor, 1997). En opinión de la autora, esta acción inespecífica puede explicar por qué los resultados no fueron concluyentes a la hora de encontrar diferencias en Alexitimia entre enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos diferentes a la somatización.

A pesar de las múltiples relaciones encontradas entre medidas de Alexitimia y somatización, los resultados siguen sin ser definitivos respecto a una hipotética mayor tendencia a somatizar en función de la Alexitimia. La autora afirma que no se puede concluir ninguna relación por el momento, debido a ciertos problemas metodológicos como diferentes instrumentos de medida del constructo. Parece que, a la luz de los datos empíricos discrepantes, todavía falta más investigación en este terreno. En opinión de De Gouch, quizá los resultados sean debidos a la naturaleza compleja del concepto de Alexitimia.

Esta idea puede encontrar apoyo empírico en otro trabajo donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre diferentes trastornos psiquiátricos en función de los factores del TAS-20. La correlación con el factor 1 fue mayor en el trastorno somatomorfo y en depresión; el factor 2 se asoció con depresión, y el factor 3 con el trastorno obsesivo compulsivo, mientras que el trastorno de pánico tuvo una relación negativa con el tercer factor, lo que sugiere la naturaleza multidimensional del constructo (Bankier, et al., 2001).

También diferenciaron la tendencia de hombres y mujeres a la hora de saturar más en un factor u otro de la escala TAS-20. En concreto, las mujeres tenían más dificultad para identificar sentimientos y distinguir éstos de las sensaciones corporales a la hora de afrontar situaciones estresantes. Los hombres, por el contrario, tuvieron más tendencia a usar el estilo cognitivo orientado exteriormente o pensamiento operatorio (relacionado con el trastorno obsesivo compulsivo) que las mujeres. Lo cual puede estar indicando interesantes influencias de cómo el concepto de Alexitimia podría estar aplicándose diferencialmente en los diferentes trastornos donde saturan más los hombres o las mujeres. Y así parece, dado el alto índice de trastornos somatomorfos en las mujeres y la escasa contribución de los hombres en los índices de prevalencia de dicho trastorno. Por otro lado, el estilo operatorio se relacionó con menos años de escolarización, (Bankier, et al., 2001) lo que recuerda a la asociación inversa entre niveles de estudios y la vulnerabilidad psiquiátrica de los pacientes de psoriasis encontrada por Valverde (Valverde Lopez, et al., 2005).

Como se ha mencionado anteriormente, los resultados son controvertidos y en este sentido hay otro artículo que reporta datos que relacionan los trastornos somatomorfos con la Alexitimia medida a través del TAS-20 con otras medidas de Alexitimia (Waller & Scheidt, 2004). Una de las críticas que se recogen en este estudio es que puede resultar difícil que las personas que por definición tienen problemas para conectar con sus emociones se les administre un cuestionario para que evalúen con precisión sus emociones. Otra de las limitaciones que pueden tener los estudios que intentan relacionar la Alexitimia y los trastornos de somatización es que en su metodología no han incluido medidas de afecto negativo. Mientras, varios estudios han encontrado correlación de Alexitimia con depresión y ansiedad (Hendryx, Haviland, & Shaw, 1991), sugiriendo que puede existir cierto solapamiento entre estas dos variables.

En otras ocasiones, los problemas de sueño en un principio asociados a la Alexitimia, desaparecieron al controlar los efectos de la depresión, indicando posiblemente el factor inespecífico que juega la Alexitimia en la disminución de la calidad de vida (De Gennaro, Martina, Curcio, & Ferrara, 2004). De hecho, la relación entre la satisfacción vital (life satisfaction) y Alexitimia fue negativa, indicando que la Alexitimia es un riesgo para insatisfacción vital en sujetos de atención primaria (Mattila, Poutanen, Koivisto, Salokangas, & Joukamaa, 2007).

En una muestra de adolescentes, se encontraron niveles muy superiores en Alexitimia en una muestra de pacientes con trastornos somatomorfos (59%) que en la muestra normal (1% $p < 0.001$). Los adolescentes tenían mayores niveles de Alexitimia y ansiedad que los no alexitímicos, pero no se encontraron diferencias en los niveles de depresión (Burba, et al., 2006).

En otro estudio se encontró que la Alexitimia contribuía con un alto porcentaje en los niveles de fatiga y de depresión en pacientes con esclerosis múltiple, en concreto la variable de dificultad en identificar los sentimientos (Bodini, et al., 2008).

Otros estudios han investigado el papel del apego y la Alexitimia en el desarrollo de síntomas somáticos. En algunos estudios se ha relacionado el estilo de apego con el uso sanitario y los síntomas reportados (Ciechanowski, Walker, Katon, & Russo, 2002; Feeney & Ryan, 1994; A Wearden, Cook, & Vaughan-Jones, 2003). Se ha comprobado que el afecto negativo puede actuar como mediador entre un estilo de apego y el número de síntomas somáticos (Feeney & Ryan, 1994). Y lo mismo ocurre con Alexitimia (A Wearden, et al., 2003). Se ha sugerido que un estilo de apego preocupado o temeroso puede generar estados de afecto negativos muy importantes a la hora de explicar la participación de variables psicológicas en el número de síntomas (A Wearden, et al., 2003). Ciertos componentes de la Alexitimia, en concreto la dificultad para identificar sentimientos, ha sido relacionada positivamente con el número de síntomas reportados (De Gucht & Heiser, 2003).

En opinión de algunos autores, hay cierta evidencia que sugiere que las alteraciones de relaciones en la infancia que llevan al apego inseguro, están asociadas a experimentar más emociones negativas y una disminución en la habilidad para comprender las emociones, y que estos factores predisponen a experimentar sensaciones somáticas como síntomas (AJ Wearden, et al., 2005). Estos mismos autores encontraron asociación entre los estilos de apego, la Alexitimia y el número de síntomas reportados, lo que resulta de especial interés a la hora de comprender ciertos aspectos evolutivos de los síntomas médicos inexplicables. Encontraron que el apego seguro estaba inversamente relacionado con la Alexitimia, el afecto negativo y el número síntomas percibidos. Por otro lado, los estilos de apego temeroso y preocupado se relacionaron directamente con mayores niveles de Alexitimia. Los análisis de regresión demostraron que la relación entre el apego temeroso y el número de síntomas estuvo parcialmente modulado por la Alexitimia y el afecto negativo, contribuyendo independientemente al número de síntomas. El apego temeroso fue un buen predictor del número de síntomas cuando se controló la influencia de la Alexitimia y el afecto negativo. Este estudio es interesante en lo que respecta a las bases que pueden generar un tipo u otro de respuesta al medio, en relación a la historia de aprendizaje desde la infancia y que puede llegar a convertirse en tendencias estables.

Este estudio está muy relacionado con otro en donde personas con estilo de apego temeroso suponían menos gasto sanitario, a pesar de reportar el mayor número de síntomas que el resto de estilos de apego (Ciechanowski, et al., 2002). Estos hallazgos matizan la relación de que el consumo médico esté directamente relacionado con los síntomas médicos.

Al parecer, los datos apoyan la pertinencia de investigar cómo se regulan las emociones y qué relación existe entre la enfermedad y estos procesos psicológicos (cognitivos, emocionales y conductuales) que recoge la Alexitimia. Sin embargo, también se ha apuntado aquí que los datos revisados no son concluyentes y parece que se deben explorar las posibles explicaciones a la hora de comprender las relaciones encontradas.

8.3. Alexitimia en Dermatología.

Las enfermedades de la piel que han sido relacionadas con factores de personalidad, con psicopatología y en la que se ha encontrado un agravamiento por influencia del estrés son candidatas para la investigación del rasgo Alexitimia, como sugiere Richards para el caso de la psoriasis (H. Richards, Fortune, et al., 2005).

En esta línea, en diferentes patologías dermatológicas también se ha explorado el constructo Alexitimia, recopilando evidencia de una asociación significativa entre los niveles de Alexitimia con el nivel general de funcionamiento psicosocial, independientemente del nivel de psicopatología (A. Picardi, et al., 2007).

En varios trabajos se ha encontrado mayor relación entre niveles de Alexitimia en psoriasis y otras enfermedades dermatológicas que en grupos control (Madhulika A. Gupta, 2006; H. Richards, Fortune, et al., 2005; Willemsen, et al., 2008). Mientras en otros no se encontró tal relación (A Picardi, P Pasquini, MS Cattaruzza, P Gaetano, G Baliva, et al., 2003).

En uno de los estudios citados, la Alexitimia se evaluó antes y después de que los pacientes siguiesen un tratamiento con rayos Puvá y remitiesen sus lesiones de piel. Sin embargo, no hubo diferencias en Alexitimia no pudiendo asociarse sus niveles como respuesta a la gravedad de las lesiones de piel y el sufrimiento que éstas les pudiesen generar (H. Richards, Fortune, et al., 2005). Esto sugiere a los autores del trabajo que más que como una estrategia de afrontamiento, puede ser entendida como una característica psicológica estable interna al sujeto.

No se han encontrado trabajos que evalúen la Alexitimia en pacientes de Neurodermitis. Sin embargo, en urticaria crónica, excoriaciones neuróticas y prurigo nodular, enfermedades emparentadas por la conducta de rascado y la sensación de picor con la Neurodermitis, las investigaciones han sido escasas, aunque se han realizado investigaciones

que incluyen la variable Alexitimia a la hora de investigar estas tres enfermedades encontrando mayores niveles de Alexitimia en estos enfermos de piel (Çalikuu, Yücel, Polat, & Baykal, 2003; Maniaci, et al., 2006). En otro estudio no se encontraron mayores niveles de Alexitimia entre prurigo nodularis y psoriasis (Schneider, Hockmann, Stander, Luger, & Heuft, 2006).

La alexitimia ha sido asociada a otras enfermedades diferentes de las cutáneas, como por ejemplo el asma, el cáncer, el infarto de miocardio, el trastorno por dolor somatomorfo, la fibromialgia, alteraciones gastrointestinales, diabetes, etc. (Amelang, 1997). Es decir, parece que la incapacidad de identificar afectos conlleva una desregulación emocional corporal que está en la base de alteraciones posteriores de los órganos corporales. Parece que las características psicológicas y en concreto las variables de personalidad, de nuevo, tienen implicaciones en la regulación de las enfermedades (Friedman, 2008), en concreto las desencadenadas por el estrés (Kobasa, Maddi, & Courington, 2008).

Teniendo en cuenta todo lo dicho anteriormente, podríamos pensar que los pacientes de piel están sujetos, como en otras enfermedades, a la desregulación emocional propia de la Alexitimia y que en conjunción con otras variables de personalidad, pueden generar estados psico-fisiológicos que les lleven a desarrollar enfermedades.

Sin embargo, dada la íntima relación entre piel y sistema nervioso, se ha propuesto que la desregulación emocional de los individuos con Alexitimia pueda ponerles en un riesgo mayor de padecer enfermedades dermatológicas (Willemsen, et al., 2008).

8.4. Dimensiones de personalidad relacionadas con la Alexitimia.

En la línea de lo dicho un poco más arriba, recientemente la Alexitimia ha sido considerada en relación con el modelo de los 5 grandes de Costa y McRae (McRae & John, 1992), hallándose datos que avalan que se la entienda como un síndrome que responde a una configuración específica de rasgos de personalidad básicos estudiados dentro del citado modelo (Czernecka & Szymura, 2008).

Estas investigaciones apuntan a una baja apertura a la experiencia, lo que indica la rigidez cognitiva y emocional en las personas con Alexitimia. Asimismo, encuentran alto neuroticismo, que correlaciona muy alto en Alexitimia y que puede estar relacionado con los trastornos de depresión y ansiedad fruto de la dificultad de regular las emociones..

Otro estudio, utilizando el TAS-20 y el modelo de los 5 grandes encontró, controlando los efectos de depresión, un 57,1% de varianza explicada por las dimensiones neuroticismo, introversión y baja apertura a la experiencia en un grupo de pacientes psiquiátricos y un 38,1% en los controles (Wise, Mann, & Shay, 1992).

También se ha investigado la relación de Alexitimia con otras medidas de personalidad utilizando el EPQ. Deary encontró correlaciones estadísticamente significativas entre Neuroticismo y las dos primeras escalas del TAS-20 (dificultad identificando emociones $r=45$, $p<0.001$; dificultad diferenciando sensaciones corporales $r=47$; $p<0.001$ para las mujeres y $r=33$, $p<0.001$ para los hombres); no se encontraron diferencias con la tercera escala (pensamiento operatorio), ni con extraversión (salvo una correlación negativa en dificultad para diferenciar sensaciones), ni con psicoticismo (I. Deary, Scott, & Wilson, 1997). En este caso, la Alexitimia, en concreto la escala dificultad en identificar sentimientos, fue mejor predictor que las variables de personalidad medidas a través del EPQ. Un aporte interesante de este estudio fue encontrar que al incluir las medidas de Alexitimia en los modelos de regresión, una gran parte de otras variables no fueron relevantes, lo que en opinión de los autores sugiere un posible solapamiento entre la Alexitimia y otros constructos.

Por ello, seguimos pensando que, aunque la operacionalización de la Alexitimia haya conseguido importantes hallazgos y se haya mostrado como una fuente muy rica para explorar las diferentes vías del enfermar, parece que existe un importante solapamiento con otras variables de personalidad, como estamos comprobando en este apartado. Por lo tanto, parece que lo indicado es seguir explorando las relaciones entre variables de personalidad bien establecidas y comprender qué relación existe entre éstas y la Alexitimia. En ese camino, quizá podamos encontrar, al igual que en la medida psicométrica de la inteligencia, subfactores que permitan discriminar entre diferentes aspectos relevantes en el constructo general del fenómeno de la psicósomática. Y de acuerdo con otros autores, muy posiblemente la Alexitimia se uno de ellos como sugiere Deary (I. Deary, et al., 1997).

Utilizando otras medidas de Alexitimia como la AAS (Amsterdam Alexithymia Schale) se encontró relación negativa con extroversión, positiva con inadecuación social y no se encontró relación con neuroticismo. Las relaciones con otras pruebas (Adjective Check List) produjo resultados interesantes. Se encontró una relación con negación de las propias necesidades e impulsos, una capacidad reducida para entender las situaciones sociales y una tendencia a cumplir las reglas rígidamente, a aislarse socialmente, a someterse, evitar los compromisos y sentir falta de sentido en sus vidas. Además encontraron mayores niveles de Alexitimia en alumnos dedicados a la inteligencia artificial y matemáticas, comparados con alumnos de psicología y alumnos de bellas artes (B Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999).

En estudios más recientes, se ha encontrado una relación muy fuerte entre la Alexitimia medida a través del TAS-20 y variables de temperamento y carácter de la escala TCI del modelo de Clonninger, donde el 45% de la varianza de la Alexitimia era explicada por varias dimensiones del TCI en los análisis de regresión efectuados (Grabe, Spitzer, & Freyberger, 2001). Lo que hace pensar que en realidad se trate no de un rasgo de personalidad, sino de un conjunto de rasgos que configuran un estilo cognitivo-afectivo de personalidad.

Según revisiones más actuales de las características psicométricas de la Alexitimia, es recomendable el uso combinado de la escala TAS-20 con otras medidas (C. Kooiman, Spinhoven, & Trijsburg, 2002), como sugieren los mismos autores del instrumento (Taylor, et al., 1997). Por otro lado, habría que tener en cuenta que concepto y su operacionalización son dos aspectos diferentes. Es decir, parece que el hecho de que en ciertas personas se presenten características de personalidad que se traduzcan en tener dificultad en identificar sus emociones, y las confundan con sensaciones corporales, además de tener un estilo de pensamiento centrado en lo concreto, poco imaginativo, rígido, etc., suponen elementos determinantes a la hora de hacer a alguien más vulnerable a padecer algún tipo de alteración psico-biológica, lo suficientemente importantes como para asumir una notable implicación en la varianza explicada en los síntomas médicos inexplicables, o en general en el proceso de enfermar. Por lo tanto, el constructo de la Alexitimia supone, al menos teóricamente, un importante adelanto conceptual que además, parece que se ha conseguido operacionalizar en un instrumento útil y necesario para medir ciertos aspectos psicológicos; pero como suele ocurrir en psicología un conjunto de variables suelen dar cuenta de la complejidad psicológica más profundamente que una sola, algo que recomienda Kooiman y ya sugirió Taylor.

Esta controversia sobre si la Alexitimia reúne los aspectos psicológicos implicados en el desarrollo de enfermedades o no, es inagotable después de 40 años de investigaciones: tan pronto se encuentra una relación muy significativa entre enfermedad y Alexitimia, como aparecen estudios que matizan la relación o que la desmienten. Lo que hace pensar que estemos delante de un constructo más amplio de lo que miden los factores de la Alexitimia. Dada la cantidad de investigaciones que se han realizado al respecto, parecería que si bien la Alexitimia es estable en el tiempo y afecta a la calidad de vida, al grado de satisfacción con la salud, a los niveles de bienestar, podríamos aceptar la hipótesis de los efectos inespecíficos sobre otras variables psicológicas, como lo ha hecho la variable neuroticismo anteriormente. Sin embargo, conceptualizar una variable de personalidad como predictora de enfermedades, de depresión, de niveles de mejora de síntomas depresivos, como se ha ido mostrando que en algunos casos ha conseguido la variable Alexitimia, parece que es una exigencia que una sola dimensión de personalidad no debería sostener por sí misma. En este sentido, podría resultar

de mayor utilidad un estudio completo de la personalidad, quizá contrastando los hallazgos y por supuesto valiéndose de los datos empíricos obtenidos para mejorar el poder discriminativo del constructo.

Es decir, del mismo modo que el neuroticismo ha sido establecido como una variable que actúa como factor de riesgo para las enfermedades (Friedman, 2008), la Alexitimia puede ocupar un lugar preferente a su lado, ya que ha demostrado ser en mejor predictor que otros índices algunos casos y parece reunir elementos centrales en el enfermar en general y en la somatización en particular. Sin embargo, si una sola variable psicológica explicase todas las conductas relacionadas con enfermedades estaríamos ante la piedra filosofal, o en términos más actuales con la penicilina. Sin embargo, afortunadamente, somos demasiado complejos para que una sola variable pueda predecir nuestro comportamiento en la mayoría de circunstancias. Sería como querer que una sola rueda haga del coche entero.

8.5. Creatividad y Alexitimia.

8.1. Medidas de flexibilidad emocional y cognitiva.

Hemos repasado hasta ahora las implicaciones emocionales que tiene un mal desarrollo de habilidades afectivas y cognitivas y que dan lugar a la Alexitimia, concepto que se acuñó para describir características de personalidad de pacientes psicósomáticos y de la que se podría derivar una forma de enfermar que se ha denominado somatización (P. E. Sifneos, 1973).

Se ha descrito el desarrollo cognitivo de los pacientes psicósomáticos con una capacidad limitada de abstracción, una baja capacidad de representación, una mala capacidad de imaginación, visualización, un pensamiento concreto, y poca fantasía (P. Sifneos, 1988). Según el autor, esto llevaría a un estilo somatizador amplificador y de hecho podría estar en relación con algunos aspectos de estadios psico-evolutivos propios del estadio sensorio-motor, como la atención puesta en el cuerpo y una baja capacidad de abstracción y simbolización; como afirma Bucci: la atención en síntomas somáticos puede ser el primer paso en la construcción de la simbolización (Bucci, 1997).

Como ya sabemos, Piaget, a lo largo del crecimiento del niño, fue investigando las características cognitivas y de representación del mundo de los ya mencionados estadios. Los dividió en sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. Siendo esta última etapa la propia de la adolescencia avanzada y del adulto.

Piaget relata el desarrollo cognitivo a lo largo de estadios que describe en función de lo que el niño puede o no puede hacer y de forma orientativa ofrece unos periodos temporales para su consecución. El avance de los niños (y de los adultos) se basa en el proceso dialéctico entre asimilación y acomodación (B. I. J. Piaget, 1969). En la asimilación se produce un intento de dar explicación de los fenómenos del mundo a través de los esquemas preexistentes. En la acomodación se ajustan los esquemas al mundo. Es a través de un diálogo entre estos procesos que el niño va siendo capaz de adquirir nociones básicas para el manejo lógico de la información hasta llegar al estadio formal, el último que desarrolla

Piaget, propio de la adolescencia y la vida adulta. La función de los padres y docentes es permitir el espacio para la imaginación y los intentos de dar sentido al mundo mediante las explicaciones y visiones particulares de la realidad (asimilación) y dotar al individuo de recursos para la conversión de esa idea original en algo valorado socialmente (acomodación).

Otros autores, sin menoscabar el trabajo que Piaget realizó para describir sus etapas cronológicamente y la postulación de importantes nociones para el desarrollo mental del ser humano, le critican no haber tenido en cuenta posteriores y más evolucionadas formas de desarrollo cognitivo (R. Richards, 1996). En este sentido se han propuesto nuevos enfoques que proponen un estadio post-formal o un estadio dialéctico post piagetiano. Esto es interesante desde el punto de vista del proceso psicossomático en cuanto que genera hipótesis interesantes de desarrollo de capacidades de simbolización e imaginación que se han visto disminuidas o atenuadas en los pacientes alexitímicos (Mantani, Okamoto, Shirao, Okada, & Yamawaki, 2005).

Los procesos de asimilación y acomodación son procesos “gemelos” que crean la interacción de naturaleza dialéctica (Ayman-Nolley, 1999). Tal como Piaget las define: el filtrado o modificación del input se llama asimilación; la modificación interna de esquemas para ajustarse a la realidad se llama acomodación (B. I. J. Piaget, 1969). De esta manera los dos tipos de procesos implican cambio y ajuste, necesarios para la regulación emocional; ambos estarían presentes en el desarrollo de la creatividad.

Para Piaget, el proceso primario que da lugar a la creatividad es la asimilación. Como se puede ver en los siguientes párrafos (J. Piaget, 1969):

“Hemos visto que el juego simbólico es una asimilación libre de la realidad al yo, que es esencial porque el pensamiento del niño no está adaptado a la realidad. A medida que el niño progresa en su adaptación, el juego va siendo reintegrado en la inteligencia general, y el símbolo consciente es reemplazado por construcciones e imaginación creativa “ (p.205).

Y este otro,

“Vemos como el juego, que es al principio una mera forma especial de asimilación funcional sensorio-motora, se transforma después en simbólica y se convierte en esta nueva forma en un símbolo inconsciente, mientras que el símbolo lúdico mismo se integra en la actividad inteligente hasta el punto en que la simbolización constituye una preparación para la construcción de la representación y la libre asimilación se transforma en imaginación creativa”. (p.213).

En definitiva, Piaget veía los procesos de asimilación y acomodación como mecanismos subyacentes al proceso creativo. Tanto la asimilación como la acomodación implican un sentido de cambio, un proceso de ajuste (Ayman-Nolley, 1999).

En el proceso creativo, la realidad es ajustada a los esquemas propios. Esto da lugar a una sensación lúdica de placer (como han subrayado diversos estudios que han estudiado el proceso creativo (Ayman-Nolley, 1999; Chiou Wen-Bin, 2001; Edwin C. Selby, 2005; Piaget, 1953).

Ciertos estudios sugieren que desde el último estadio del desarrollo cognitivo llamado pensamiento formal, propio del adolescente-joven adulto, se pasa a otro nivel de desarrollo cognitivo llamado pensamiento post-formal que sí daría cuenta de la visión creativa de los individuos (Arlin, 1984). En este sentido la creatividad depende del desarrollo y el desarrollo de la creatividad (Robert Keith Sawyer, 2003). Algunos autores han desarrollado esta idea de los estadios post-formales comparándolos con medidas de la creatividad, encontrando una interrelación directa entre ellos (Wu Pai-Lu, 2008). Y también encontraron esta misma asociación a través de las edades (Chiou Wen-Bin, 2001). Estas características pueden completar la relación entre aspectos cognitivos y emocionales en la Alexitimia ya que parece que creatividad y Alexitimia son dos procesos opuestos.

Parece que los resultados de investigaciones recientes animan a seguir investigando más profundamente las diferencias de personalidad halladas entre los creativos y los aléxitimicos. Estos autores proponen que los rasgos característicos de la personalidad

alexitímica son, en efecto, opuestos a los de la personalidad creativa (Czernecka & Szymura, 2008).

Existe evidencia que sustenta esta hipótesis, hallando además en el mismo estudio una relación inversa entre alexitimia y creatividad (Czernecka & Szymura, 2008). De hecho, varios autores han sugerido que los rasgos de la Alexitimia como pensamiento concreto, falta de imaginación y fantasía, etc. que caracterizan a la Alexitimia, correlacionan negativamente con medidas de creatividad. En efecto, se ha encontrado que los individuos altos en Alexitimia tienen más dificultad para visualizar sus estados emocionales frente a los no alexitímicos (Friedlander, 1997), presentan peor capacidad imaginativa, menos intensamente y con menos viveza (Campos 2000), además de verse esto apoyado indirectamente por el hecho de presentar menos sueños (Lumley, 2000).

También la falta del funcionamiento cerebral integrado está asociado con una facultad disminuida para la creatividad, por la dificultad de interpretar la información simbólica, imaginar, fantasear y expresar emociones, características de las personas creativas (Moorman et al., 2004). Se han llevado a cabo varios estudios que han aportado hallazgos relativos al funcionamiento cerebral de las personas que puntúan alto en creatividad, encontrando mejor transferencia inter-hemisférica en contra de lo que ocurre con estudios realizados en personas con Alexitimia alta (B. Bermond, Vorst, & Moormann, 2006), lo que apoya la idea de que estos patrones de comportamiento tengan características opuestas y sea interesante por tanto tenerlas en cuenta como un factor de protección inverso al rol como factor de riesgo de la Alexitimia.

Asimismo, se han publicado trabajos muy interesantes para la relación entre la Alexitimia y creatividad que han encontrado asociaciones negativas en todos los factores del TAS-20 con medidas de creatividad (Fuchs, Kumar, & Porter, 2007).

Recientemente, en un metanálisis se ha encontrado relación entre los estados afectivos y la creatividad (Baas, 2008) en donde se hallaron relaciones causales entre emociones

positivas y un incremento de la creatividad, afectos que se han consideran necesarios para el buen desenvolvimiento creativo (Czernecka & Szymura, 2008).

Parece que todavía queda por investigar algunos aspectos relacionados con las variables emocionales de la creatividad, con la inteligencia emocional. En este sentido, algunos estudios que exploraban la relación entre inteligencia emocional y creatividad no encontraron asociación entre estas dos variables medidas a través del TAS-20 y otras medidas de creatividad, entre otras las de producción divergente. Al parecer, estos resultados son los únicos que no han encontrado relación entre estas dos variables. (Zenasni et lubart 2009). No obstante hay autores que defienden que el tratamiento de los pacientes psicósomáticos alexitímicos debe transformar los esquemas emocionales contruidos con una organización subsimbólica, propia de los estados pre-simbólicos de Piaget y ayudarles a construir representaciones más elaboradas y complejas de sus emociones (Lane & Pollermann, 2002).

Como reflexión final a este capítulo, añadir que quizá la corriente actual de psicología positiva en el ámbito de la psicósomática podría encontrar interesantes aportes en la línea de investigación de creatividad. Entre los aportes que el estudio de la creatividad y su relación con los aspectos emocionales puede aportar al conocimiento científico y a la práctica asistencial, encontramos el indudable peso del factor protector de las enfermedades (físicas y mentales). Y todo ello junto con el desarrollo de formas de comunicación más elaboradas socio-culturalmente, que sirvan para satisfacer necesidades emocionales y cognitivas, y promuevan el desarrollo cognitivo-afectivo y que resultan necesarias para la innovación, de cuya capacidad, dicho sea de paso, depende el dominio económico de un país (Hoare, 2006).

9. La Psicofisiología de la Piel y la Personalidad.

9.1. El estrés afecta a la piel y altera sus funciones de barrera.

Se han revisado trabajos que evidencian cómo ciertas variables de personalidad pueden modular la respuesta al estrés. Los sujetos con neuroticismo y/o alta Alexitimia (ambas muy relacionadas entre sí) han demostrado tener relación con esta vulnerabilidad a la hora de hacer frente a situaciones amenazantes y desencadenar una respuesta de estrés mayor que aquellos que puntúan más bajo en estas escalas de personalidad.

También se ha propuesto que las enfermedades de la piel presentan por lo general estas características de personalidad (Buske-Kirschbaum, et al., 2004; Cordan Yazici, et al., 2006; Judith A. Bahmer, 2007; Kilic, et al., 2008; Kim, et al., 2006; L. Papadopoulos, 2003; Willemsen, et al., 2008). El estrés psicológico se ha descrito como variable desencadenante de una patología cutánea en numerosas publicaciones y se ha asociado frecuentemente a

niveles elevados de activación simpática (Arck & Paus, 2006; Berg, et al., 2008; M. Gupta, 2008; M. Gupta & A. Gupta, 2004; Mastrolonardo, et al., 2007; Morell-Dubois, et al., 2008; Petra C. Arck, 2006; A Picardi, et al., 2005; A Picardi, P Pasquini, MS Cattaruzza, P Gaetano, CF Melchi, et al., 2003; H. Richards, Ray, et al., 2005; Wright, Cohen, & Cohen, 2005).

Estos mecanismos no tienen por qué ser privativos de la enfermedad que hemos escogido, sino que implican un mecanismo general, que se da en todos los humanos, enfermos de piel y sanos, que explica cómo el estrés afecta a las funciones de regulación homeostática. O dicho de otra manera, cómo es que cuando una persona se comporta de una manera desadaptativa pueda además generarse una enfermedad, en este caso dermatológica.

La capa cornea de la piel y su función, así como la permeabilidad de la piel fueron alteradas a consecuencia de mecanismos de estrés. Disminuyó la proliferación de células epidérmicas y su diferenciación y disminuyó la cantidad de células de la capa córnea relacionada con la degradación de las proteínas de esa misma capa. Hubo un decremento de los cuerpos lamelares que, según los autores, puede estar ligada a un decremento en la síntesis de lípidos epidérmicos (Eung-Ho Choi, 2005). En resumen, toda una desregulación de la piel y sus funciones en repuesta al estrés.

Hay varios artículos recientes que describen los efectos del estrés psicológico en el desencadenamiento de las lesiones cutáneas. La pérdida de agua cutánea es mayor durante episodios de estrés como durante un divorcio, lo que expresaba una alteración de la tasa de recuperación de la piel en estas personas sometidas a eventos emocionales negativos (Muizzuddin, Matsui, Marenus, & Maes, 2003). En relación a esto, se ha aportado evidencia a favor de que los eventos vitales estresantes aumentan las sensaciones cutáneas quizá por este tipo de mecanismos derivados del estrés (M. Gupta & A. Gupta, 2004). En otros casos se encontró que niveles elevados de estrés y bajo apoyo social correlacionaron con una recuperación de la piel más lenta que en los sujetos con mayor apoyo social (Robles, 2007).

En otro estudio se subraya el mecanismo del estrés psicológico, como desencadenante de las lesiones cutáneas en ratones (Mitsuhiko Denda, 2000). Por lo que se conoce, es posible que esta alteración sea debida en gran parte al factor mediador de los glucocorticoides, implicados en la respuesta al estrés. En este caso se utilizó un bloqueo de glucocorticoides para evitar la aparición de lesiones en la piel ante una situación estresante como cambiar de jaula a los sujetos experimentales, o mantenerles hacinados junto con otros ratones en una sola caja, esto impidió que apareciesen las lesiones en comparación con una situación experimental idéntica salvo por la ausencia del bloqueo de glucocorticoides, en las que el estrés indujo una peor recuperación del funcionamiento homeostático anterior. El tratamiento con un sedante (clorpromacina) los días antes del evento estresante impidió los efectos desestructurantes en la piel. Y la administración tópica de glucocorticoides empeoró la recuperación de la barrera dérmica. Los autores afirman haber demostrado con este y otros estudios que publicaron anteriormente, que el estrés altera la homeostasis de la barrera cutánea mediada por glucocorticoides.

También se han estudiado los efectos del estrés en humanos: en unos estudiantes 4 semanas antes de los exámenes (sin estrés), durante (estrés) y 4 semanas después (sin estrés). Se comprobó que el estrés percibido estaba asociado negativamente a la recuperación de la homeostasis de la permeabilidad de la barrera cutánea, al causarles una disminución de la barrera artificialmente mediante tiras adhesivas que se despegaban de la piel llevándose consigo parte de la piel (Amit GArg, 2001). En concreto, los sujetos que mostraron mayor incremento en estrés presentaron mayores alteraciones en la función de barrera. Y no hubo diferencias, después de las cuatro semanas, entre los que habían sufrido más estrés y los que habían sufrido menos. En este artículo se propone un cuadro que resume el rol potencial que puede jugar el estrés en la aparición de alteraciones en la permeabilidad de la barrera cutánea (Tabla 9.1).

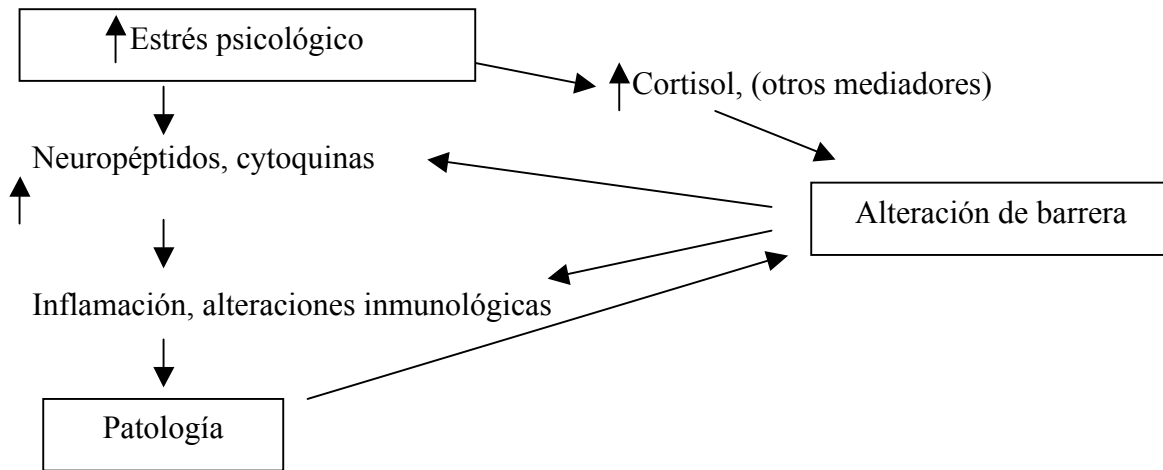


Tabla 9.1. Diagrama adaptado de Amit G Arg reflejando la posible interrelación entre el estrés psicológico, los glucocorticoides, la homeostasis de la barrera cutánea y la patología cutánea (Amit GArg, 2001).

En relación a todo lo apuntado hasta aquí, resulta muy interesante que, un autor muy importante dentro de la corriente psicósomática, Alexander preconizara ya a mediados de siglo sobre la necesidad de que para que se diese una enfermedad psicósomática debía existir un conflicto preexistente, una vulnerabilidad del órgano afectado y que el sujeto esté inmerso en una situación de estrés (F. Alexander, 1950). En este caso se utilizaron ratones con tendencia a padecer enfermedades de la piel. Lo sorprendente del modelo de Alexander es que parece adelantar, de algún modo, un modelo explicativo que podría funcionar en los casos que vamos examinando.

Se ha dicho que se han encontrado relaciones entre la tendencia a experimentar emociones positivas o negativas y variables de personalidad (extraversión y neuroticismo, respectivamente) (Ng, 2009) y que pueden estar modulando la respuesta a eventos estresantes.

Recientemente se han publicado algunos estudios muy interesantes que utilizan medidas psicofisiológicas de la actividad de la piel en respuesta a diversos estímulos y las comparan con medidas de personalidad. Así se ha encontrado respecto a la variable

Extraversión del EPQ de Eysenck (Carrillo, Ricarte, González-Bono, Salvador, & Gómez Amor, 2003) que modulaba la respuesta de electroconductancia de la piel en una situación estresante.

Esto tiene interesantes implicaciones para el trabajo que se lleva a cabo aquí, ya que pone en juego variables de personalidad y el funcionamiento de la piel, lo que puede aportar información relevante a la hora de comprender el fenómeno de la psicósomática de las lesiones de la piel: qué mecanismos regulan su aparición y, sobre todo, qué influencias juegan las variables individuales a la hora de dar cuenta de las diferencias entre distintas personas a la hora de enfermar.

En investigación se ha utilizado la respuesta de conductancia de la piel como medida de la activación emocional para contrastar esa información con diferentes teorías de personalidad. Se ha descrito que estos estudios encuentran ciertas dimensiones de personalidad comunes que evidencian la relación de la respuesta a estímulos emocionales y el funcionamiento de la piel. En concreto, se ha establecido que el rasgo de personalidad denominado evitación del dolor, en el modelo de Cloninger, predice una recuperación más lenta de la homeostasis y mayor actividad de la piel a estímulos subliminales en los sujetos que puntúan más alto en esta dimensión de personalidad (Aihide Yoshino, 2005b; S. Mardaga, 2006). Basándose en este modelo, se ha encontrado que la presentación subliminal y no subliminal de estímulos emocionales positivos en sujetos con alta búsqueda de novedad produjo una mayor respuesta electrotérmica que en sujetos con baja búsqueda de novedad, como predecía el modelo. Mientras que la presentación de estímulos emocionales negativos produjo una mayor respuesta electrotérmica en sujetos que puntuaron alto en evitación del dolor frente a sujetos que puntuaron bajo en la misma escala (Aihide Yoshino, 2005b; C. R. Cloninger, 1993).

Por otro lado, el modelo de Gray y su dimensión BIS (Behavioural Inhibition System) relacionada con el sistema de inhibición conductual y con el aumento de niveles de ansiedad, ha servido a otros autores para relacionar la respuesta de la piel, en cuanto a su papel en la expresión de la reacción a estímulos emocionales, con la mayor activación de sujetos altos en

ansiedad (puntuación alta en BIS) en un contexto emocional negativo, indicando que este constructo modula la sensibilidad a la estimulación aversiva (Corr, 2002).

En el artículo de Mardaga, se propone una interesantísima discusión sobre el significado que tiene la lenta recuperación de los sujetos que puntuación alta en la escala de evitación del dolor. En ella, se relaciona esta tendencia con una mayor atención al entorno, similar a un estado de vigilancia constante de estímulos aversivos, de modo que cuando aparece una imagen con contenido emocional negativo puede que fijen su atención en él, ocasionando una subida de la activación del arousal. Para los autores esto puede ser un mecanismo de actitud defensiva que puede resultar consistente con el hecho de que los sujetos altos en evitación del dolor sean descritos como ansiosos (C. R. Cloninger, 1993). La discusión sigue ya que, los sujetos presentaron un mayor tiempo de recuperación del estado basal para estímulos emocionales negativos. Podría resultar muy interesante un análisis de género, ya que en numerosos artículos se describe que las mujeres son más sensibles a las emociones negativas medidas a través de actividad electrodérmica (S. Mardaga, 2006) (también en nuestra muestra de Neurodermitis hay una clara predominancia de mujeres).

Tanto el modelo de Cloninger, como el de Gray, miden aspectos de personalidad muy ligados al concepto de temperamento. Las respuestas autonómicas, como es el caso de la electroconductancia de la piel, son un componente de la respuesta emocional que desencadenan los estímulos y por tanto en los estudios que utilizan sus instrumentos, se conceptualiza la respuesta cutánea como un componente más de una respuesta emocional. Esta respuesta emocional tiene cabida en todas las teorías de personalidad y también en el modelo de Millon, donde las metas motivacionales están muy ligadas al modelo de Cloninger en su dimensión de evitación del dolor, búsqueda de novedad, dependencia de recompensa (Bayon, Hill, Svrakic, Przybeck, & Cloninger, 1996). Como dice el propio Millon, curiosamente, “los trastornos de personalidad que genera el modelo de Cloninger se corresponden con los del DSM-IV, pero existen varios trastornos de personalidad que no aparecen en absoluto en el modelo” (Theodore Millon, 2001a). Por todas estas relaciones entre los hallazgos encontrados en otros estudios que evalúan personalidad y la reacción de la piel, y otros motivos, puede ser que resulte productivo contrastar el predominio de emociones

negativas en los sujetos con enfermedades de la piel medidos a través del MIPS y compararlo con las medidas de Cloninger y Gray y establecer hipotéticas relaciones entre el funcionamiento cutáneo y la personalidad.

El modelo de Eysenck también ha sido utilizado para formular hipótesis y también se han utilizado sus instrumentos para medir la personalidad. Para Eysenck, el neuroticismo está asociado con un aumento de la actividad del sistema límbico y una baja tolerancia al estrés o estímulos aversivos. El propio Eysenck demostró que los neuróticos requieren más tiempo que los individuos con estabilidad emocional para volver a la línea base después de la estimulación sensorial. Teniendo esto en cuenta, es posible pensar que los neuróticos también responden con una actividad electrodérmica parecida. En un estudio utilizando la teoría de Eysenck, pero no sus instrumentos ya que se empleó el BFQ, se encontraron muestras de neuroticismo que podrían interpretar los datos encontrados en todos estos estudios que se están describiendo aquí (Catherine J. Norris, 2007).

En este sentido, en una investigación muy llamativa que se ha llevado a cabo en pacientes dermatológicos de todo tipo (Susana Antuña-Bernardo, 2000), se estudiaron las variables de personalidad a través del cuestionario EPQ de Eysenck sin encontrar diferencias de la población normal ni en todas las patologías cutáneas. Sin embargo, sí encontraron puntuaciones de neuroticismo por encima de la media. Lo que es coherente con los resultados expuestos en el párrafo anterior. Este antecedente abre definitivamente las puertas a un estudio de pacientes dermatológicos con un instrumento de personalidad actual para explorar si existen diferencias o no entre la personalidad de la población normal y en pacientes dermatológicos utilizando otros instrumentos, ya que resulta sorprendente, después de lo dicho hasta aquí, que no se obtuvieran diferencias significativas, dada la relación de las psicopatologías con las enfermedades de la piel y de otros hallazgos que relacionan el funcionamiento de la piel, las emociones y la personalidad.

10. La personalidad.

10.1. Teoría evolutiva de Millon.

Theodore Millon ha desarrollado una trayectoria notoria e influyente en el estudio de la personalidad, con gran calado en el ámbito de la psicología de la personalidad; algunos lo comparan con la magnitud del desarrollo teórico propulsado por Freud a principios del S.XX, pero más acorde con nuestro tiempo (Ernesto Quiroga, 2003).

El modelo de Millon pone énfasis en una visión global del ser humano, comprensiva, estructurada e integrada que él llama Psico-sinergia. Para Millon, la

personalidad puede servir de forma sinérgica como un sustrato que comprenda el conjunto de vulnerabilidades afectivas, estilos cognitivos y disposiciones conductuales desde las cuales los clínicos pueden comprender a las personas más allá del los trastornos clínicos que se presentan en los síntomas motivos de consulta (eje I en el modelo multiaxial del DSM) (Theodore Millon, 1999). Desde este punto de vista, la psicodinergia se concibe como un proceso entendido como el resultado de un esfuerzo activo por conectar los principios de la psicología.

Para Millon, una ciencia clínica madura, que pretenda crear interrelaciones sinérgicas entre sus componentes debe tener las siguientes características:

- Estar basada en principios científicos universales en concordancia con las leyes de la naturaleza a pesar de sus diferentes formas de expresión que permita un marco para guiar y construir teorías orientadas a la persona.
- Teorías orientadas a la persona, que, de acuerdo con el conocimiento científico disponible, con sus propias investigaciones y las de las ciencias afines, permitan comprender las situaciones clínicas y por lo tanto generen un sistema de clasificación formal.
- Clasificación de síndromes y trastornos psicopatológicos que provea de coherencia organizativa y permita elaborar instrumentos de medida de la personalidad y la clínica.
- Intervenciones terapéuticas integradas, desarrolladas acorde con la teoría y orientadas a modificar las características clínicas problemáticas que permita responder a las demandas sociales y profesionales.

En este desarrollo hay una fuerte voluntad de re-unir la psicología con el resto de las ciencias en el marco de la teoría de la evolución de Darwin. Es en este sentido que para Millon la personalidad sería una evolución lógica de los seres vivos complejos.

Millon expone su teoría teniendo en cuenta la continuidad entre normalidad y patología y la concepción de estilos de personalidad. Todos estos detalles se exponen en las siguientes páginas.

10.1.1. Una definición de Personalidad.

El término personalidad se emplearía para representar los estilos más o menos distintos de funcionamiento de adaptación que un miembro en particular de una especie exhibe en tanto en cuanto se relaciona con su habitual gama de hábitats o entornos (Theodore Millon, 2001). O dicho con otras palabras: la personalidad sería la forma de responder al medio.

Los sujetos se comportan según sus oportunidades maximicen su éxito reproductor según la teoría darwiniana. Esto nos recuerda un poco más a una visión del hombre sometida también a las leyes de la evolución como Darwin planteó en 1894 en sus trabajos sobre las emociones (Darwin). Millon adopta varias dimensiones presentes en todos los seres vivos, a través de ellas genera un sistema dimensional para clasificar los modos de adaptación al medio de los individuos y como resultado obtiene las características de personalidad reflejadas en el DSM.

La personalidad normal, concebida de esta forma, reflejaría los modos específicos de adaptación de los miembros de la especie que resultan eficaces en entornos donde habita. Y los desórdenes de personalidad estarían representados por los diferentes estilos de funcionamiento de inadaptación que pueden atribuirse a las deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad del miembro de la especie para relacionarse con el medio al que se enfrenta (Theodore Millon, 2001).

El equivalente biológico a las estrategias que permiten la supervivencia individual y el éxito reproductivo son denominadas en ecología evolutiva como el complejo de adaptaciones y estrategias de un individuo, que podría ser entendido en el contexto de la

teoría evolutiva de Millon como el análogo biológico de la personalidad (Theodore Millon, 2001).

Según Millon, las características de personalidad puede que estén divididas artificialmente por motivos pragmáticos o científicos pero son segmentos inseparables de una misma entidad biopsicosocial. Su modelo pretende proveer de un marco que organiza una pequeña cantidad de principios para dar cuenta de las numerosas formas en las que se desarrollan las distintas personalidades (Theodore Millon, 1999).

10.1.2. Ejes en el DSM. Una visión más global de la persona.

El DSM está construido de forma multiaxial. Esto significa que tiene diferentes ejes que dan cuenta de diferentes dimensiones del individuo que ejercen influencia en la totalidad de la persona. Cuenta con cinco ejes que dan cuenta de:

- Eje I, Síndromes clínicos.
- Eje II, Trastornos de la personalidad.
- Eje III, Enfermedades médicas generales
- Eje IV, Problemas psicológicos, sociales y ambientales.
- Eje V, Escala de evaluación de la actividad global.

El eje I está compuesto por los trastornos mentales clásicos en psicología y psiquiatría a lo largo de la historia: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, etc. Este eje es fundamental para la asistencia ya que incluye, o presta atención especial, al motivo de consulta actual, a la demanda de ayuda del paciente. Pero no es suficiente, dentro de la complejidad que Millon trata de incluir en su modelo. Para contemplar la persona en el resto de contextos es necesario hacer una evaluación más amplia de la persona en diferentes registros.

El segundo eje está destinado a la personalidad. Y seguiremos hablando de ella a este respecto en el siguiente enunciado.

El tercer eje se reserva para las condiciones médicas generales que puedan influir en la comprensión global de la persona y tiene relevancia porque algunas enfermedades médicas tienen mucha influencia en el comportamiento de la persona y otras tienen un peso más discreto. Los síndromes genéticos, enfermedades del sistema nervioso, etc., son ejemplos de qué podría incluirse en este eje. También se pueden encontrar elementos más sutiles, tal y como los describe Millon (Theodore Millon, 2001b), como el temperamento, entendido como predisposición biológica a un patrón de actividad y emotividad determinados y patrones constitucionales y hormonales característicos de una persona.

El eje IV está reservado para cualquier factor psicológico, social o ambiental que resulte relevante para la actividad psicológica. Este eje considera que las personas nos desarrollamos en contextos diferentes que pueden influirnos profundamente.

Finalmente, el eje V sirve para establecer un nivel general de actividad psicológico, social y laboral de la persona. Se evalúa de 0 a 100 y puede ser tomado en cualquier momento.

Para establecer un diagnóstico del eje II, Millon propone utilizar las dimensiones de personalidad obtenidas del apartado que llama Metas Motivacionales: Placer/Dolor, Actividad/Pasividad, Uno/Otro.

Con estas tres dimensiones y sus correspondientes bipolaridades obtiene una clasificación que refleja 11 caracterizaciones de personalidad y que quedan reflejadas en la categorización que se hace en el DSM. Las categorías resultantes se describen en el cuadro 1 y son las siguientes (R. O. Sánchez, 2003):

	<i>Objetivos de supervivencia</i>		<i>Modos de Adaptación</i>		<i>Estrategia de replicación</i>	
	<u>PLACER</u>	<u>DOLOR</u>	<u>PASIVO</u>	<u>ACTIVO</u>	<u>YO</u>	<u>OTRO</u>
Esquizoide	↓	↓	↑	↓		↓
Evitativo	↓	↑	↓	↑		
Depresivo	↓	↑	↑			
Dependiente			↑	↓	↓	↑
Histriónico			↓	↑	↓	↑
Narcisista			↑	↓	↑	↓
Antisocial		↓	↓	↑		↓
Sádico		↓	↓	↑		↓
Compulsivo	↓		↑	↓	↓	
Negativista	↓			↑		↓
Autoagresivo	↓	↑	↑		↓	

Tabla 1. Categorías de personalidad resultantes de las Metas Motivacionales. Adaptada de Sánchez 2003.

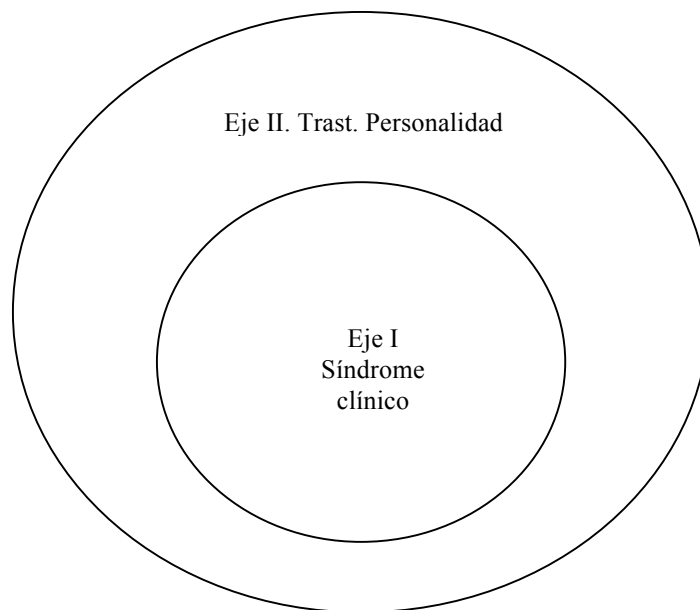
Las dimensiones neutras de cada perfil (sin flecha) no serían lo característico del mismo. Así nos encontramos con las categorías diagnósticas que sigue el DSM en cuanto a los trastornos de personalidad, entendiendo que las diferentes personalidades responden de manera exacerbada en las direcciones establecidas por Millon. Por ejemplo, la personalidad con tendencia a la dependencia (en su polo más cercano a la normalidad) tendría más probabilidad de tener conductas pasivas que activas en su medio, y más centradas en el otro que en sí mismo. Los significados de las polaridades que Millon utiliza para la construcción de su teoría y las escalas derivadas de ésta se expondrán más adelante.

10.1.3. La Personalidad como “sistema inmunitario psicológico”.

En la teoría evolucionista de la personalidad de Millon, en su libro trastornos de la personalidad en la vida moderna (Theodore Millon, 2001), se conceptualiza la personalidad como un todo uniforme que da sentido único al individuo. Describe la personalidad como la interfaz entre el temperamento y el carácter, entre lo biológico y lo social y equipara la

personalidad al sistema inmunológico. Así, para Millon, dentro de los diferentes ejes del DSM (1) el eje I de síndromes clínicos (ansiedad, depresión, etc.), equivaldría a los síntomas presentes análogos a la tos o la fiebre, (2) el eje II de trastornos de la personalidad (esquizotípica, dependiente, narcisista, etc...) reflejaría un estilo de afrontamiento equivalente al sistema inmunitario y, finalmente, (3) el eje IV, corresponde a los estresores psicológicos y sociales como los estresores conyugales o económicos y tendría sus análogos en los agentes infecciosos.

Eje IV. Estresores Psico-sociales



De esta manera se puede estudiar la personalidad como un sistema que protege de las adversidades psicológicas y que responde de manera única al medio para defender de las agresiones al individuo. Una interfaz entre el mundo exterior y el interior, tal como lo describió Freud (Ernesto Quiroga, 2003). Una interfaz entre el nivel social y el biológico. Como un nivel organizador en el que se sintetizan los efectos provenientes de factores sociales y biológicos (Theodore Millon, 2001b). Del mismo modo que el sistema inmunológico en el marco biológico protege al individuo de los ataques externos y mantiene el medio interno en homeostasis, “el aparato psíquico”, usando los términos de Freud, se

organizaría para proteger al individuo del situaciones amenazantes y/o el estrés con el fin de preservar el nivel de homeostasis constante.

Siguiendo la organización en ejes recién expuesta, utilizada por el DSM, los factores sociales, relacionales y culturales que se recogen en el eje IV, serían análogos a los virus, bacterias y en general a los microorganismos que producen las infecciones; agentes externos en los dos casos. En el eje I, los síndromes clínicos como la depresión o la ansiedad resultarían análogos a las enfermedades como los catarros, gripes, etc., serían la consecuencia de la respuesta del sistema inmunológico al ataque de los agentes externos. La personalidad juega por lo tanto un papel importantísimo en la respuesta al medio: respuesta ante los agentes potencialmente dañinos y medio para aprovechar las oportunidades del entorno.

Dentro de la posición teórica adoptada en este trabajo, la personalidad como contexto en el que se desarrolla la Neurodermitis, entendida como un mediador o organizador de la conducta, juega un papel primordial. Curiosamente, las relaciones entre personalidad e inmunología, eventos estresantes, relación entre síntomas médicos y psicológicos, a través de la respuesta al estrés también tienen cabida en la obra de Millon, como acabamos de ver y tiene especial importancia en la psico-dermatología actual. Por lo que, al parecer, la teoría de Millon puede aportar un marco teórico adecuado donde insertar los nuevos avances que se vayan produciendo.

10.1.4. Evolución humana: La personalidad como modo de adaptación al medio.

Hemos hablado anteriormente de la función evolutiva de la piel, y quizá siguiendo a Millon, también podemos detenernos con esa idea en la función adaptativa de la personalidad.

En su obra *El Origen de las Especies*, Darwin describió cómo todos los individuos de las diferentes especies están sometidos a las leyes de la evolución. Es decir, colaboran y compiten por los recursos para procurarse la mejor tasa de éxito reproductivo. Todos los

individuos, el ser humano también, están sujetos a estas rigurosas formas de selección natural (Irving B. Weiner, 2003).

La personalidad sería la evolución lógica de un sistema conductual complejo, fruto de la necesidad de lidiar con un amenazante entorno en constante cambio. La sociedad humana tiene ciertas características como especie que le confieren, a través de su acervo genético, una predisposición innata a comportarse de una determinada forma (nivel biológico), sin embargo, Millon describe la evolución también en términos psicológicos en el sentido en el que diferentes personalidades o formas de afrontar el ambiente suponen una manera más o menos adaptativa de responder al entorno (Theodore Millon, 1999) (y por lo tanto fomentan o no el éxito de la transmisión de genes). Aplicar esta idea a la personalidad resulta, sin duda, muy interesante. En este mismo sentido, cabe añadir que quizá la existencia de diferencias biológicas no responda exclusivamente a influencias heredadas y sí a toda una serie de factores sociales, culturales y genéticos (R. J. Davidson, 2001)

Millon desarrolla un sistema comprensivo de la personalidad basado en tres polaridades, tres tendencias opuestas, presentes en todos los animales de la naturaleza, devolviendo la psicología al contacto con ciencias afines como la biología, la etología, la física o la sociología (Theodore Millon, 1999). Estas polaridades se verán más adelante y se explicarán en relación con el sistema clasificatorio que Millon propone y que, como ya se ha comentado, ha sido tan influyente en la elaboración de las últimas tres versiones del DSM.

10.2. Teoría evolucionista: Cambio de un modelo biosocial a la teoría evolucionista.

10.2.1. El Modelo biosocial original.

Para explicar los principales determinantes de los estilos de personalidad que los individuos usan y aprenden cada día, Millon describió dos variables: la constitución bio-física y las experiencias pasadas (Theodore Millon, 1969).

En un principio, el estilo de personalidad con el que un niño cuenta para relacionarse con el mundo interno y externo que le rodea está fuertemente influido por factores de índole biológica (temperamento, inteligencia, sensorialidad, el nivel de actividad, la fuerza física, las vulnerabilidades físicas, etc.), que influyen en cómo se genera el carácter del niño y cómo la información del mundo es filtrada, recibida y procesada.

Dentro de un entorno y circunstancias “normales”, el niño encontrará una forma de ajustarse a las demandas externas acorde con sus tendencias biológicas constitucionales. Sin embargo, las demandas demasiado exigentes pueden obligarle a llevar a cabo estrategias contrarias a sus tendencias naturales o que puedan generarle problemas futuros.

Las actitudes parentales, los programas de enseñanza reglada y los contactos y relaciones con sus iguales, proporcionan una fuente de información sobre el qué, dónde y cómo se obtienen recompensas o castigos. Desde esta perspectiva, Millon propuso un modelo biosocial de aprendizaje en el que se podían clasificar los desajustes en los estilos de vida que pudiesen producirse a raíz de la preferencia del sujeto por determinados tipos de reforzamiento, las fuentes de esos reforzamientos y las conductas instrumentales que utiliza el sujeto para conseguirlos.

Millon, a través de estas tres dimensiones, pretendía comprender de forma clara la esencia de los estilos de personalidad, y sus desajustes, que llevan a los sujetos a utilizar una u otra estrategia de afrontamiento (Davis, 1999).

10.2.2. Modelo Evolucionista de Millon.

En 1990, Millon redefinió su modelo de personalidad y sus desajustes (Davis, 1999). El cambio más importante de Millon fue sustituir un modelo psicológico por otro metapsicológico que tomase una visión más completa del ser humano, desde la biología, la física, la química y basado en los principios de la naturaleza (E. Quiroga, 2003).

En palabras de Roger Davis, coautor del libro trastornos de la personalidad en la vida moderna junto con Millon:

“Lo que Millon dedujo de estas revelaciones fue que los principios y procesos de la evolución son en esencia universales, expresados, por supuesto, en variedad de dimensiones como se ha visto en diferentes materias como la física, la química, la biología y la psicología” (Roger Davis, 1999).

Así, las fuerzas de la evolución estarían presentes también en el ser humano. El comportamiento humano sería una evolución del comportamiento animal de naturaleza cuantitativa.

Es en este punto donde Millon se interesa por el paralelismo entre el desarrollo ontogénico, de cada individuo y filogenético, del desarrollo de las especies.

Es ahí donde se expresa la evolución y cómo estas fuerzas generan un tipo u otro de personalidad, un estilo de personalidad adaptado o desadaptado al ambiente donde se desarrolla el individuo. Del mismo modo que las especies están sujetas a la selección natural en función de la expresión de sus genes, el ser humano está sujeto a esas mismas leyes y por ellas, en interacción constante entre sus genes y el ambiente, va dando lugar a formas diferentes de adaptación de individuo a individuo en función de esta interacción y es de ahí donde empieza a cobrar sentido evolutivo un estilo u otro de reaccionar al medio: los estilos de personalidad

En resumidas cuentas, la personalidad sería el estilo de adaptación, más o menos único, que un individuo pone en juego en relación al ambiente donde vive, su hábitat (Davis, 1999; Theodore Millon, 2001).

10.3. Adaptación y Personalidad.

"El hombre aún lleva impresa en su estructura corpórea la huella indeleble de su humilde origen..."
(Charles Darwin: El origen de las especies).

Según Darwin, la evolución nos ha llevado por sinuosos caminos hasta nuestros días. Todavía siguen en los seres humanos estrategias evolutivas que fueron útiles en momentos pasados y que facilitaron la adaptación.

Una analogía interesante a este respecto fue formulada por el propio Millon (Irving B. Weiner, 2003) entre la filogenia y la ontogenia. En la filogenia se da un proceso de selección de un pool particular de genes que, a través de las generaciones siguientes, cambiará su frecuencia en función de la capacidad de facilitar los recursos necesarios para la adaptación de la especie en el entorno donde se desenvuelva. En la ontogenia, es la expresión particular de los genes del individuo (el fenotipo, su predominancia o saliencia respecto de otros, su puesta en práctica modulada por el aprendizaje, afectada por lo que va ocurriendo en el devenir del individuo), y no los genes mismos, lo que determina el grado de adaptación a su propio entorno y que se habrá establecido por su especial capacidad para regular la interacción entre el mundo interno y el externo del sujeto. A esta forma particular de pensar, sentir y actuar es lo que Millon llama estilos de personalidad. Siguiendo este marco, los desórdenes de personalidad serían "un conjunto de estilos de funcionamiento desadaptativo que puede llevar a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de una especie para relacionarse con el ambiente al que se enfrenta" (Millon 2003). Los procesos de selección se producen en paralelo entre el éxito de los estilos de personalidad para el individuo y el desarrollo de la especie.

Es así como los estilos de personalidad pueden actuar de modulador de los eventos externos y garantizar con mayor probabilidad el mantenimiento de estados fisiológicos que puedan garantizar la vida. Aquellos individuos que presenten dificultades en la adaptación pueden estar más expuestos a eventos estresantes y sus repercusiones sobre la salud.

10.4. Polaridades.

En la clasificación que el autor hace de la personalidad se emplean 4 dimensiones básicas cada una de ellas con dos polos. Las cuatro dimensiones son: existencia, adaptación, estrategias de replicación y abstracción.

Estas bipolaridades están muy en relación, como el propio autor reconoce, con las polaridades descritas por Freud en 1915/1925 (Freud, 1973). Estas dimensiones, están, como se ha dicho anteriormente, basadas en la evolución y adaptación del individuo a su hábitat.

Freud describe que nuestra vida mental en su conjunto está regida por tres polaridades antitéticas :

Placer – Dolor.

Sujeto(ego) – Objeto (mundo externo).

Activo – Pasivo.

La dimensión de **existencia** está basada sobre la bipolaridad placer-dolor. Desde un punto de vista evolucionista, hay dos estrategias básicas para la supervivencia, una lograr la existencia y otra preservarla. O dicho de otro modo, aproximarse a las fuentes que puedan promover la existencia, como comida, pareja, recursos naturales, etc... La preservación tiene más que ver con las estrategias destinadas a procurar seguridad evitando los peligros que pongan en riesgo la vida. El grado en que una persona se “expone” o se “resguarda” de la vida tiene implicaciones para el estilo de adaptación al medio y comprende un pilar privilegiado en el estilo de personalidad según Millon.

La dimensión de **adaptación**, o modos de adaptación se construye sobre la bipolaridad pasivo-activo. Millon describe estas polaridades como acomodación ecológica (vertiente pasiva) o modificación ecológica (vertiente activa) al entorno (Davis, 1999).

El polo pasivo, la acomodación ecológica, sigue la estrategia de “dejarse alimentar” por el hábitat en el que vive, sujeto y anclado en un nicho determinado que asegure el alimento y la protección necesario para la existencia. En este sentido las plantas, por ejemplo, utilizan una estrategia mucho más pasiva que los animales, no exploran su entorno y reciben pasivamente lo que necesitan del medio: agua, luz y nutrientes, hasta su reproducción se lleva a cabo de forma más bien pasiva. En cambio, la segunda forma de adaptación, la modificación ecológica, es más característica de los animales, que buscan comida, cazan, emigran, construyen nidos, presas, ponen trampas, o incluso fabrican herramientas para ejercer influencia sobre el entorno.

Entre los humanos, lo más adaptativo sería un compromiso entre las dos estrategias en función de la situación, que se va aprendiendo a medida que el aprendizaje y las experiencias de la vida ejercen su influencia.

La dimensión de **replicación**, o estrategias de replicación contempla la vertiente yo-otro. En la naturaleza se encuentran diferentes formas de replicación. Desde aquellos seres vivos que producen una descendencia enorme, como los salmones, que producen miles de huevos, de los cuales solo 10 aproximadamente vuelven a producir el mismo proceso de replicación, hasta los seres humanos que producen pocas crías. En ambos casos la crianza, o los recursos dedicados a las crías difieren. En los que utilizan una estrategia r, se da un vasto número descendientes pero una mínima atención a su supervivencia. La estrategia K invierte el patrón: progenie reducida, pero gran inversión en su supervivencia (Theodore Millon, 2001). Esto podría estar relacionado con conductas diferentes de hombres y mujeres en las relaciones con los demás (Theodore Millon, 2001).

Lo que sin duda es interesante, es ver como estas tendencias se traducen después, a través de la culturización, en modos de relacionarse con los demás, dando lugar a personas más individualistas, centradas en sí mismas, que toman decisiones por sí solas sin la necesidad de encontrar aliento o ayuda en los demás y otras, siempre independientemente del sexo, que están más orientadas a satisfacer sus necesidades de vínculo y necesidades sociales y son más protectoras de los demás, incluso llegando a ocuparse de las necesidades de aquellos que les son importantes antes que las suyas propias.

10.5. Continuo Personalidad normal y patológica. La severidad induce un patrón establecido.

Según Millon, las características que conforman nuestra personalidad se dejan ver entre un continuo entre lo normal y lo patológico. La diferencia sería la rigidez con la que se presentan las conductas propias de cada personalidad. En el libro *Trastornos de Personalidad en la vida moderna* (Theodore Millon, 2001a), Millon describe como cada trastorno de personalidad tiene una vertiente adaptativa y otra desadaptativa. Al enfrentarnos al estrés, los rasgos de personalidad pueden volverse más rígidos y resultar desadaptativos. Por lo tanto, en su teoría hay un continuo entre lo normal y lo que resulta patológico de tal manera que los trastornos de personalidad sería una descompensación de las estructuras de personalidad normales (Choca, 1999).

11. Resumen y antecedentes de la hipótesis.

Este apartado pretende servir como resumen de los puntos relevantes citados anteriormente en relación a las hipótesis que se plantean en este trabajo. Servirá, en otras palabras, para refrescar la memoria de los datos encontrados y servir de prefacio al establecimiento de las hipótesis científicas.

La idea global que determina las hipótesis que se plantearán más adelante se entronca dentro de la Psicología de la salud, del estudio de las diferencias individuales y de la corriente psicosomática, la cual parte del supuesto según el cual el desarrollo de las enfermedades físicas está influenciado por variables psicológicas en su desencadenamiento, mantenimiento y/o cese.

Como se ha descrito, hace ya algunos años se viene prestando especial atención a la psicósomática de la piel y a sus fenómenos coadyuvantes (por ejemplo, repercusión en la calidad de vida (Weldon, 2006), asentando un campo de investigación y praxis asistencial que pretende servir de puente entre disciplinas psicológicas y médicas. En enfermedades de piel, este campo de conocimiento ha recibido el nombre de *psico-dermatología* (GUPTA & GUPTA, 1996; W. Harth, 2008; Smulevich, Ivanov, L'Vov A, & Dorozhenok, 2004). Según Harth, la *psico-dermatología* investiga las enfermedades de la piel relacionadas con causas psicológicas. En este marco, las relaciones entre piel y psique son comprendidas en términos holísticos de un sistema bio-psico-social. Y por lo tanto, se estudian las relaciones de cualquier factor intra- e interpersonal que pueda afectar a una persona con una enfermedad de la piel. Se plantea, por lo tanto, una estrecha relación entre el sistema psicológico y su interacción con el cuerpo, de donde se desprende que trabajar en equipos multidisciplinarios resulta obligado en estos casos (Picard P & Pasquini, 2007).

Los factores emocionales, cognitivos y psicológicos juegan un importante rol en el desencadenamiento de las enfermedades dermatológicas y por lo tanto se hace necesario conocer más en profundidad su complejidad como grupo humano. La personalidad puede ser un buen instrumento para evaluar esta complejidad.

Dicho lo anterior, hasta este momento, la evidencia que relaciona variables de personalidad y piel, no ha recibido suficiente atención, en concreto en la enfermedad de Neurodermitis. Quizá porque las alteraciones emocionales de los enfermos dermatológicos siguen pasando inadvertidas y/o porque la investigación no ha conseguido demostrar que la población de enfermos de piel pueda presentar un perfil de personalidad distintivo (E. W. M. Verhoeven, et al., 2008). A pesar de eso, hemos encontrado en la revisión bibliográfica trabajos que emplean una metodología objetiva-estandarizada que apunta a que la personalidad puede aportar importantes matices y datos psicológicos que evidencian la relación con las patologías cutáneas (Psouni, 2004).

En este sentido, constructos de personalidad como el de la Alexitimia han sido sensibles a un aumento de esta variable en población dermatológica (H. Richards, Fortune, et al., 2005; Willemsen, et al., 2008), aunque los datos no son del todo concluyentes.

Asimismo, se han encontrado relaciones moduladoras de la personalidad con la respuesta de la conductancia de la piel (Aihide Yoshino, 2005b; Carrillo, et al., 2003; Catherine J. Norris, 2007; Daniel Hart, 2007; Mardaga Solange, 2006), un aumento de la psicopatología en enfermedades dermatológicas (Conrad, et al., 2008; Engin, et al., 2008a; Kretzmer, Gelkopf, Kretzmer, & Melamed, 2008; P. Magin, et al., 2008; Mazeh, et al., 2008; Mercan, 2008; Numan Kounk, 2007), ciertos estudios que relacionan estados emocionales con el picor (Conrad, et al., 2008) y algún antecedente de estudios de personalidad en población dermatológica que cuyo síntoma predominante es el picor (Yosipovitch, 2004).

Dichos hallazgos refuerzan el interés del presente estudio, a la vez que sienta los antecedentes como para contextualizar nuestros resultados y establecer una línea de investigación sólida.

En general, la investigación psicológica en dermatología se ha centrado en variables como estrés, ansiedad, depresión, mecanismos disociativos, respuestas electrodermales, hormonales, etc. (Brown, 2004; H. D. Critchley, 2002; Eung-Ho Choi, 2005; Grimalt & Cotterill, 2002; Hironori Matusushima, 2003; MA ALLER, 2004; A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006; Michael G Griffin, 1997; Mine Ozmen, 2006; Mitshuhiro Denda, 2000; Nijenhuis, 2004; Nijenhuis ER, 1998; Numan Kounk, 2007; Peter-Bob, 2007; Rabung, et al., 2004) y de ahí podría inferirse su relación con perfiles de personalidad o con una predisposición a la psicopatología (como ha sido el caso de la Alexitimia). Pero, en la revisión de la literatura científica a día de hoy, no se ha encontrado ningún estudio que haya descrito diferencias de personalidad en un grupo de pacientes con una enfermedad dermatológica en población española a través de una prueba objetiva, aunque si se han investigado estas posibles relaciones (Susana Antuña-Bernardo, 2000). A excepción de la dimensión medida por la Alexitimia, que como se sugirió en el capítulo dedicado a esta variable psicológica, podría estar comprendida en un patrón más complejo de variables de

personalidad y cuyas limitaciones se han comprobado en repetidas ocasiones en dermatología, al no haber ofrecido resultados consistentes ni definitivos. Por lo tanto resulta evidente que se necesita más investigación en Psicología de la Personalidad y en Psico-dermatología.

Por otro lado, los estudios de personalidad y picor son relativamente escasos. Sólo conocemos media decena de ellos (Conrad, et al., 2008; Yosipovitch, 2004). Y todos apuntan a elementos psicológicos implicados en el desarrollo de picor. Hasta donde sabemos, respecto al rascado, pocos estudios han medido la variable rascado y ninguno la ha relacionado con la personalidad.

Quizá este dato se deba a que muchos autores describen las patologías cutáneas como inmersas en una compleja red de relaciones entre disciplinas, la dermatología, la fisiología, la inmunología, la neurología y por fin, la psicología. Este contexto entre disciplinas suscita confusión: mientras unos autores hablan de psico-dermatología, otros entienden que este esfuerzo integrativo debería llamarse psico-neuro-inmuno-endocrinología (Camelo-Roa, 2005; MA Aller, 1996; Nakano, 2004; V. Niemeier, et al., 1999; Ralf Paus, 2006; Roldan, 2007; Solomon, 2001; B. B. Torello Lotti, Ilaria Ghersetich, 2002), englobando un mayor número de elementos intervinientes.

Puede que en este *maremagnum*, la importancia de la personalidad haya podido quedar difuminada en la investigación y no traducida a trabajos empíricos que ofrezcan datos a este respecto. Es posible que se deba también a que en el pasado, los test de personalidad no estaban diseñados para medir ciertas variables de personalidad relevantes en este grupo humano, no estaban calibrados para este fin o no eran sensibles a diferencias sutiles. Puede ser de interés recordar aquí el trabajo de J.C. Ulnik, donde analiza la situación actual de la investigación psicosomática en psico-dermatología y subraya el estudio de E. Sobrado que recuerda, a su vez, cómo algunos trabajos no encuentran diferencias de personalidad utilizando cuestionarios que no estarían preparados para discernir estructuras profundas de la personalidad (J. C. Ulnik, 2004). Este es el caso de un estudio con amplia muestra en nuestro país donde no se hallaron diferencias de personalidad con pacientes de piel vs. Normal

(Pérez, et al., 2000). Ya desde hacía tiempo se venía proponiendo que los instrumentos desarrollados podrían contrastar hipótesis que habían surgido de diferentes ámbitos de la psicología, en especial de la psicosomática. Dicho por un reconocido investigador en el área de personalidad y enfermedad:

“A pesar de que la psicosomática tiene una larga historia, la investigación actual entre la compleja relación entre personalidad y enfermedad, es particularmente excitante, ya que por primera vez los científicos tienen herramientas sofisticadas para evaluar la naturaleza de la asociación personalidad-enfermedad”.

(Friedman, 1990)

Sea por estas o por otras cuestiones, a pesar de la alta incidencia y del sufrimiento que se deriva de las enfermedades de la piel (concretamente las que cursan con picor), hemos encontrado escasos artículos que relacionen personalidad, entendida como conjunto de dimensiones que engloba el funcionamiento complejo del ser humano, y las patologías cutáneas. Y ninguno en el que se analicen en concreto para la Neurodermitis.

Dicho todo lo anterior, parece interesante apuntalar la incipiente evidencia de relaciones entre la personalidad y dimensiones de salud física en población dermatológica estableciendo inferencias que sean contrastables empíricamente con el fin de acumular y sistematizar, en un todo coherente, la evidencia empírica con el fin de esta información provea de nuevas perspectivas y recursos tanto investigadores como asistenciales a los profesionales de la salud.

12. Hipótesis

A continuación se presenta la hipótesis general seguida de las subhipótesis derivadas y sus hipótesis operativas. Entre paréntesis, junto a las subhipótesis y mediante el número correspondiente a las hipótesis operativas se han relacionado ambas (subhipótesis con hipótesis operativas) con el fin de facilitar la identificación entre ambas.

Hipótesis General

Las variables de personalidad modulan el desarrollo de enfermedades: las personas enferman modulado por el desajuste psicológico a su medio.

Corolario:

- La enfermedad presenta un perfil alterado respecto a la población normal.
- Las enfermedades se agravan por estilos de personalidad poco adaptativos.
- Cada enfermedad presenta diferencias respecto a los distintos patrones de comportamiento (estilos de personalidad) y los grados de adaptación al entorno.
- La expresión somática se incrementa al aumentar el malestar psicológico.

Subhipótesis:

- a. Existen diferencias de personalidad entre la población normal y la muestra dermatológica. (Hipótesis operativa 1)
- b. Las enfermedades de la piel comparten aspectos de personalidad comunes y se diferencian en otros. (2)
 - i. Existen diferentes formas de adaptación en distintos grupos dermatológicos. (2i)
- c. Los individuos con enfermedades de la piel presentan dificultades en su adaptación psicológica al medio. (3i, 3ii)
- d. Existe relación entre síntomas somáticos y variables de personalidad que suponen desadaptación. (4)
- e. Existen variables psicológicas implicados en la sensación de picor y la conducta de rascado. (5-8)

Hipótesis Operativas:

1. Existen diferencias de medias en escalas de personalidad entre el grupo de enfermedades dermatológicas y la población de referencia normal.
2. Existen diferencias de medias entre los grupos dermatológicos.
3. El índice de ajuste de las enfermedades es más bajo que la población normal.
 - 3.1. Existen diferencias de medias en las escalas del MIPS entre la muestra normal y las enfermedades dermatológicas en el índice de ajuste.
 - 3.2. Existen diferencias entre el índice de ajuste en las diferentes enfermedades.
4. Existe correlación negativa significativa entre el índice somático, la gravedad de las lesiones y el índice de ajuste.
5. El coeficiente de correlación de Pearson entre el índice somático y escalas de personalidad del MIPS es significativo.
6. El coeficiente de correlación de Pearson encontrará relación entre la variable picor, rascado y las escalas de personalidad del MIPS.
7. Las escalas del MIPS explican un porcentaje significativo de la variable curación o no de la enfermedad, pasados 2 años.

13. **M**aterial y Método

13.1. Participantes.

La primera intención de este trabajo fue la de analizar las características psicológicas de la población de neurodermitis, sin embargo, al ir analizando los datos para comunicar los resultados preliminares en congresos y reuniones científicas se decidió que podía merecer la pena ampliar el estudio y así se fue haciendo para Psoriasis, Síndrome de Boca Urente y Prurito. No obstante, por no haberse alcanzado un número suficiente en las últimas dos muestras, realizamos los análisis y discusiones sobre neurodermitis y nos apoyamos en la población dermatológica total para realizar ciertos análisis más generales que implican a población dermatológica.

13.2. Selección de la Muestra.

Para formar parte de la muestra, los sujetos debían estar diagnosticados de las enfermedades mencionadas por un especialista en dermatología. La recolección de información fue realizada desde Octubre del 2005 hasta Junio 2009.

Respecto a la comorbilidad, en poblaciones de patología cutánea suelen encontrarse síntomas depresivos, y de ansiedad superiores a la población normal (Numan Kounk, 2007), así que no descartamos la presencia de depresión, ni trastornos de ansiedad en la muestra por considerarlas una parte del síndrome psico-dermatológico. Por otro lado, los participantes de la muestra estudiada nunca habían tenido un ingreso psiquiátrico por crisis de ansiedad o depresión, por lo que los datos obtenidos no deberían ser atribuidos en mayor medida a los síndromes psiquiátricos, sino a una combinación de una susceptibilidad predisponente y a unas circunstancias agravantes. A continuación se exponen de manera esquemática los criterios de inclusión-exclusión para participar en el estudio.

Debido a que algunos instrumentos están diseñados para evaluar personalidad en población mayor de 18 años, se excluye del estudio aquellos datos incompatibles con la corrección de sus perfiles en dichos cuestionarios. Así como el índice de consistencia con el que cuenta el cuestionario MIPS igual a 5, el máximo, por invalidar la prueba.

13.3. Criterios de inclusión y exclusión.

. Criterios de inclusión:

- Personas diagnosticadas Neurodermitis (o Liquen simple crónico) / Psoriasis por un dermatólogo, que aceptasen participar en el estudio.

. Criterios de exclusión:

- Trastornos Psicológicos severos: Psicosis, Trastornos facticios o simulación, Trastornos neurológicos, etc.

Se entregaron cuestionarios para cumplimentar a 100 pacientes de Neurodermitis. De entre ellos se recogieron finalmente datos de 74 personas. Se incluyeron también 34 pacientes de Psoriasis que en su conjunto sirvieron para formar un “grupo dermatológico”, en total 108 pacientes. Los participantes de la muestra del estudio fueron seleccionados sobre población clínica del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

13.4. Procedimiento.

Los cuestionarios fueron presentados a los participantes por el dermatólogo en la consulta del Hospital Reina Sofía de Murcia. Éste les explicó el fin de la investigación y los requerimientos e implicaciones para los pacientes. Asimismo les ofreció su inclusión en el estudio bajo consentimiento.

Se les explicó detenidamente en qué consistía cada una de las pruebas, puesto que se consideraba que los factores psicológicos podrían tener influencia en la patología cutánea que presentaban. Seguidamente, se les facilitaron las pruebas para que se las llevaran a sus domicilios y las trajeran en la siguiente visita. Cuando no se citó de nuevo al paciente o no volvió a consulta, se le recordó por teléfono que habría de traer las pruebas. El porcentaje de participación fue alto: 74%. No hay motivos para pensar que los pacientes que no quisieron participar tuvieran características diferentes a los que pudieron o quisieron participar.

Los pacientes fueron informados de las condiciones en las que debían contestar el cuestionario: contestar con criterio propio sin consultar a nadie acerca de las respuestas, haciendo énfasis en que debían completar por sí mismos el cuestionario, completar todo el cuestionario, etc.

Recogida de datos:

El dermatólogo entregó la batería de cuestionarios a los participantes y se efectuó la recogida de los mismos en el hospital.

13.5. Medidas.

Los materiales que se utilizaron fueron:

- **Inventario de estilos de Personalidad de Millon (MIPS)**

El cuestionario de Millon de estilos de personalidad está fundamentado en la teoría evolutiva de la personalidad de Millon (Theodore Millon, 2001), en la que hay una fuerte presencia de conceptos psico-bio-evolutivos, tanto en la explicación teórica de la génesis de la personalidad como en las variables o dimensiones de personalidad presentes, que mantienen un tipo de estilo de personalidad en un determinado momento de la vida de un individuo.

El inventario de estilos de Personalidad de Millon mide personalidad normal. Está baremado para población española y cuenta con varias muestras de comparación (adultos general, adultos universitarios). Sus escalas están construidas a modo de bipolaridades teóricamente independientes. El baremo de población adulta normal fue empleado para las comparaciones de medias entre las muestras. En esta muestra de referencia el número de pacientes totales fue de 1184 (643 Mujeres; 541 Varones). No hay porque suponer diferencias socioculturales ya que parte de la muestra fue tomada de población murciana para la construcción del baremo del cuestionario.

El Test se divide en tres dimensiones:

1. Estilos/Metas Motivacionales. Que evalúa la tendencia a la búsqueda del placer o evitación del dolor, a quien van dirigidos las necesidades (uno u otro) y una tercera que evalúa la disposición pasiva o activa a responder al medio.
2. Estilos/Modos Cognitivos. Se evalúa el procesamiento de la información: la fuente de la información, la naturaleza de la información y el tipo de procesamiento que se realiza de ella.

3. Estilos/Estrategias Interpersonales. Este tercer grupo de escalas bipolares deriva en parte de la interacción entre Metas Motivacionales y los Modos Cognitivos. Y aporta información sobre el modo particular de tratar a los demás. Así se evalúa si las personas tienden a ser cercanos o distantes, seguros o inseguros, obedientes o desacatan a la autoridad, sumisos o dominantes y si muestran descontento a los otros o predomina la búsqueda de afinidad con los demás.

Sus escalas son:

Estilos/Metas motivacionales:

1A: Expansión, 1B: Preservación.

2A: Modificación, 2B: Adecuación.

3A: Individualidad, 3B: Protección.

Estilos/Modos Cognitivos:

4A: Extraversión, 4B: Introversión.

5A: Sensación, 5B: Intuición.

6A: Orientado al Pensamiento, 6B: Orientado al Sentimiento.

7A: Sistematización, 7B: Innovación.

Estilos/Estrategias Interpersonales:

8A: Retraimiento, 8B: Sociabilidad.

9A: Indecisión, 9B: Decisión.

10A: Discrepancia, 10B: Conformismo.

11A: Sumisión, 11B: Dominio.

12A: Descontento, 12B: Aquiescencia.

Como se ha mencionado anteriormente, la teoría de Millon tiene un fuerte arraigo en la teoría de la evolución de Darwin. En este sentido, además de las escalas, Millon propone un índice de ajuste psicológico (Theodore Millon, 2001) que podríamos entender como un constructo inverso a la vulnerabilidad psicológica ya que expresa el grado de adaptación de

una persona al ambiente donde vive y el despliegue de recursos adaptativos para lograr dicha adaptación al entorno. Este índice se obtiene mediante una fórmula que Millon propone y que relaciona las escalas de estilos de personalidad que considera teóricamente con más peso a la hora de alcanzar una buena adaptación.

Para obtener dicho índice se utiliza la siguiente fórmula:

$$I_{aj} = 1A + [(8B + 9B + 10B + 11B + 12B) / 5] / 2 - 1B + [(8A + 9A + 10A + 11A + 12A) / 5] / 2$$

Donde el número expresa el orden de la bipolaridad y la letra A o B se refiere a la bipolaridad. De tal manera que, por ejemplo 1A y 1B, serían Expansión y Preservación respectivamente. El índice para nuestra muestra se obtiene mediante la corrección informatizada del cuestionario.

Millon toma como escalas de ajuste las escalas A y como desajuste las escalas B de cada una de las 12 bipolaridades. Establece teóricamente un punto de corte basado en la prevalencia de los rasgos que considera desadaptativos y operacionaliza este índice de ajuste en la fórmula matemática expuesta.

- **Cuestionario demográfico.**

En este cuestionario socio-demográfico-médico se pretende reunir información sobre sexo, edad, estado civil, situación socio-laboral, nivel social, visitas al médico, problemas de salud crónicos, síntomas físicos (como mareos, dolores de cabeza, náuseas, dolor de extremidades, etc.) o antecedentes de la enfermedad, con el fin de controlar algunas variables que puedan interferir con la interpretación de los datos y observar posibles tendencias a tomar en consideración. El cuestionario completo puede encontrarse en los anexos.

- **Gravedad de las lesiones.**

Esta medida fue realizada por el médico que atendía al paciente. Indicando en una escala de 1 a 5 la gravedad de las lesiones (1 gravedad leve -5 gravedad severa).

- **Evaluación del prurito y el rascado.**

Salvo en los casos de LSC, en psoriasis se introdujeron escalas adicionales que medían la frecuencia del prurito y rascado (solo a 10 sujetos de LSC se les administró el cuestionario, coincidiendo con la decisión de incluir Psoriasis, ampliamos la evaluación a esta medición de prurito y rascado).

Para ello se utilizaron escalas Likert de 5 puntos, con la finalidad de que indicasen la frecuencia en la que sentían picor. E independientemente, la frecuencia con la que se rascaban, como han hecho otros autores en sus investigaciones (Psouni, 2004).

Posteriormente se realizó otra medida de los niveles de picor y rascado mediante un cuestionario que se realizó telefónicamente.

- **Evaluación prospectiva.**

La segunda medida de prurito en pacientes de LSC se realizó por teléfono siguiendo el cuestionario telefónico diseñado para incluir: el grado de curación de la Neurodermitis (curada totalmente, no curada pero con mejoría, no curada e igual, no curada y peor), la intensidad de las lesiones, el curso, la frecuencia e intensidad con la que experimentaban ansiedad y el grado de atribución entre ansiedad y picor. Este cuestionario se puede encontrar en los anexos.

En esta segunda medida que se realizó para los pacientes con Neurodermitis se solicitaba además que fueran indicando la intensidad del picor y su frecuencia. Y de forma global se les pedía que describiesen el nivel de picor y rascado que hubiesen podido experimentar en el momento actual en dos escalas de forma independiente para cada caso (picor o rascado) expresado mediante una escala de 1 a 5.

Se incluyó una escala Likert pensada para evaluar el nivel de estrés/ansiedad que presentaban los pacientes y su asociación con el prurito. Se pretendía evaluar así el grado de atribución del empeoramiento de los síntomas al estrés (medido a través de la experimentación de ansiedad y la aparición de picor) por parte de los pacientes con prurito ya que la sensación de picor se ha asociado a la percepción subjetiva de eventos estresantes en población dermatológica (Gupta & Gupta, 2004).

- **Índice somático.**

Para llevar a cabo esta investigación se ha conceptualizado un índice de somatización como propuesta del grado de eventos somáticos presentes en el paciente. Muchas veces estos síntomas percibidos no responden a una causa física evidenciada mediante una prueba objetiva por lo que quizá podría tomarse este índice para cuantificar, aunque de forma muy indirecta, el grado de tendencia a somatizar que puedan presentar estos pacientes.

Los instrumentos que se han usado para medir los síntomas en dermatología utilizan por lo general escalas Likert de diferentes puntuaciones. Algunos autores han utilizado el listado de síntomas dermatológicos del Skindex-29 para este fin. En aquella ocasión se utilizaron escalas Likert de 5 puntos para evaluar la frecuencia en la que habían experimentado los síntomas durante las cuatro semanas anteriores (Sampogna, et al., 2004).

Otros autores han utilizado una selección de síntomas dermatológicos seleccionados por su frecuente asociación con aspectos psicológicos, por su experiencia clínica y basándose en un estudio piloto realizado sobre 35 sujetos sanos (Gupta & Gupta, 2004; Madhulika

Gupta, 2006). Una vez seleccionados los síntomas que querían medir operacionalizaron las variables mediante la administración de escalas Likert de 10 puntos para los 9 siguientes síntomas:

1. Quemazón.
2. Entumecimiento.
3. Hormigueo.
4. Picor moderado-severo.
5. Dolor.
6. Suavidad al tacto.
7. Dolor suave.
8. Sensación de movimiento en la piel.
9. Cosquilleo.

La obtención de un único índice que reflejase estos síntomas en su conjunto se realizó mediante una suma de los puntos de la escala Likert. Siguiendo la metodología de estos autores, se efectuó una suma de los diferentes síntomas que presentaban estos pacientes (algunos no relacionados con las sensaciones de piel). En nuestro caso, utilizamos una escala Likert de 4 puntos para los diferentes síntomas dermatológicos y otros de salud física general.

Escalas	Variables derivadas								
•MIPS	• Índice de ajuste.								
•Escala de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Índice Somático. •Ej: •Hormigueo <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Mareos <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4
1	2	3	4						
1	2	3	4						

Tabla 13.1. Obtención de las variables derivadas. Obtención del índice somático mediante la suma de la intensidad de síntomas (en el ejemplo, el índice somático sería igual a 5).

El siguiente listado de síntomas enumera aquellos que se incluyeron en la evaluación de los todos los pacientes.

Listado de síntomas:

- Mareos.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de espalda.
- Dolor de piernas.
- Otros dolores.
- Nauseas.
- Cansancio.
- Problemas respiratorios.
- Problemas digestivos.
- Otro tipo de problemas no especificados.
- Dolor en el corazón o en el pecho.
- Dolores Musculares.
- Sudores Fríos o sofocos.
- Hormigueos.
- Debilidad en ciertas partes del cuerpo.
- Pesadez de brazos o piernas.

La suma de las frecuencias con que padecían esos síntomas sirvió para obtener una puntuación total por cada paciente. Este número se llamó índice somático o presencia de síntomas somáticos.

Al comienzo del estudio, en el grupo de LSC el picor y el rascado, al ser parte fundamental del síndrome, se interpretó como máximo y no se evaluó esta variable asumiendo que habría un efecto techo para la sensación de picor/rascado. Sin embargo, sí que se obtuvieron otros indicadores de sensaciones relacionadas como hormigueo. Posteriormente, al incluir el resto de enfermedades psoriasis y boca urente, enfermedades que

cursan con picor o con alteraciones de la percepción normal (disestesias) pero en las que el picor no es central, sí se midió el nivel de prurito mediante una escala Likert, con el fin de controlar la influencia de esta variable. Ya que al relacionar estas variables encontramos que la asociación entre prurito y rascado no fue perfecta (r de Pearson cerca del .700), entonces comenzamos a medir prurito también en Neurodermitis, encontrando la misma relación en los nuevos pacientes ($N=10$). Los resultados que obtuvimos al relacionar las variables de picor, rascado y personalidad se efectuaron sobre la población dermatológica total.

13.6. Resumen de Variables.

En resumen, de la batería de cuestionarios se obtuvieron las siguientes variables:

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD O VARIABLES MÉDICAS.

- Diagnóstico.
- Localización.
- Tiempo de evolución.
- Síntomas físicos (índice somático).
- Otras enfermedades crónicas.
- Número de vistas al médico en el último año.
- Antecedentes familiares de la enfermedad.
- Grado de mejoría de la ND.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Estado de Satisfacción conyugal.
- Número de hermanos.
- Orden de hermanos.
- Número de hijos y sus edades.

- Mayores a su cargo.
- Profesión.
- Situación laboral.
- Nivel socio-económico.
- Nivel de formación.

Variables **psicológicas** derivadas del cuestionario *socio-demográfico*.

- Existencia de algún evento importante en el desencadenamiento de la enfermedad.
- Tipo de evento estresante.

Variables **psicológicas** derivadas de los *cuestionarios*.

- Estilos de personalidad de las diferentes enfermedades.
- Índice de ajuste psicológico.

13.7. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 16.0 para Mac OsX Tiger.

Para evaluar si existían diferencias de medias se emplearon dos métodos distintos:

La prueba estadística utilizada para los análisis de diferencias de medias entre el baremo del cuestionario y la muestra dermatológica fue una prueba T de comparación de medias utilizando el baremo del test (población normal) como valor de contraste para cada una de las escalas de personalidad. Se obtuvieron los valores T de comparación de medias para las 24 escalas de personalidad del MIPS.

Para evaluar las diferencias entre enfermedades en las variables de personalidad se realizó un ANOVA entre los diferentes niveles de la variable enfermedad Neurodermitis (ND), Psoriasis (Ps), Síndrome de Boca Urente (SBU) y Prurito (Pr).

Para evaluar si existían diferencias de medias entre la muestra normal y las enfermedades dermatológicas y entre ellas mismas en el índice de ajuste, se siguió el mismo procedimiento que para las diferencias en escalas del MIPS.

Para analizar las relaciones entre las variables psicológicas y las variables físicas se calcularon el índice de correlación de Pearson entre estas variables.

Finalmente, para evaluar qué variables explicaban el mayor porcentaje de varianza del grado de curación de Neurodermitis se realizó un análisis de regresión lineal. Se utilizó el método stepwise para seleccionar aquella/s variable/s que explicaban mayor porcentaje de varianza.

14. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los análisis estadísticos. Se han agrupado por variables demográficas, variables psicológicas y variables somáticas, procurando además que cálculos se agruparan siguiendo el orden que marcan las hipótesis operativas.

Para facilitar el repaso a los resultados, las tablas con el análisis de los datos se han trasladado a los anexos del final del trabajo con el fin de agilizar la lectura de este apartado. Los datos se expondrán cuando sea posible, en forma gráficos o de tablas.

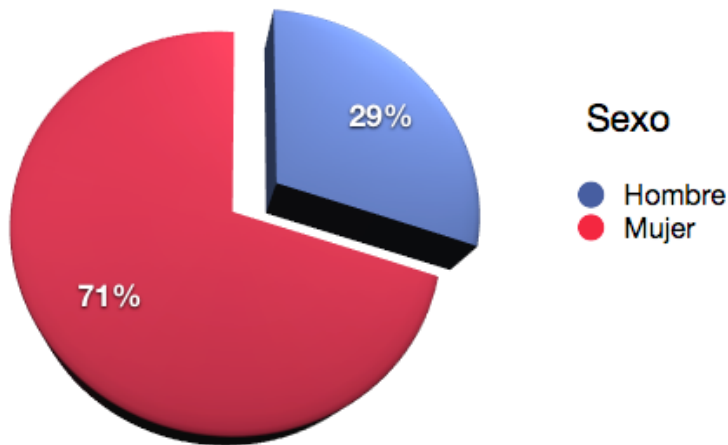
14.1. Datos socio-demográficos.

Edad.

En total para la población dermatológica la media de edad fue 46,06, 48,3 años para Neurodermitis y 43,4 años para Psoriasis.

Sexo.

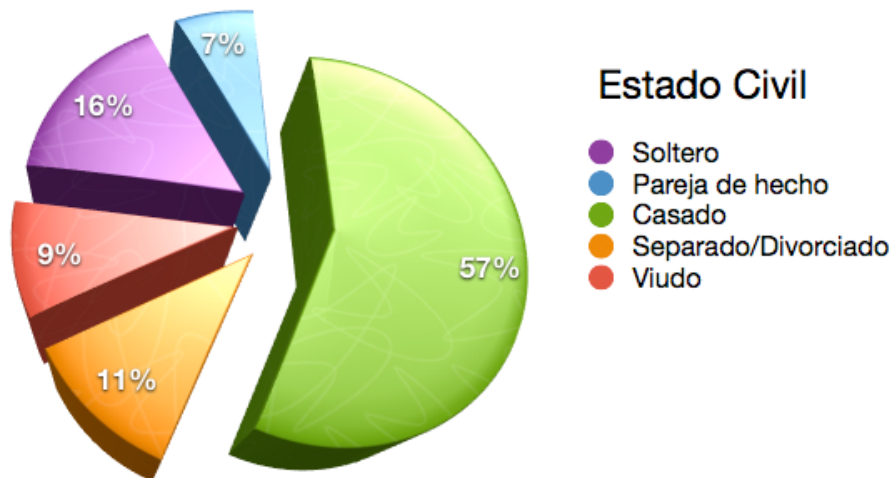
A continuación se presentan los gráficos de distribución de Hombres-Mujeres de la muestra de Neurodermitis junto a una tabla con el resto de proporciones en función de las enfermedades. La inmensa mayoría de personas en nuestra muestra son mujeres, un 76%. No hubo diferencias en la distribución de sexos en las dos muestras dermatológicas.



	Hombres	Mujeres
ND	24,3%	75,7%
PS	40%	60%
TOT	29,4%	70,6%

Estado Civil.

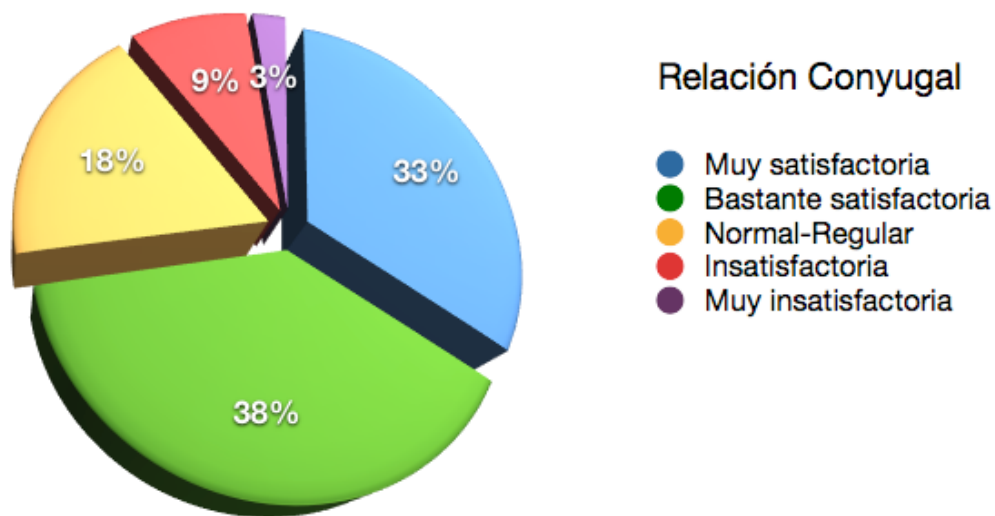
La mayor parte de la muestra de Neurodermitis está casada (un 58% aproximadamente).



Estado civil	ND	PS	TOT
Soltero	15,5	14,9	14,7%
Pareja de hecho	8,5	8,1	6,4%
Casado	57,7	55,4	53,2%
Separado/Divorciado	9,9	9,5	10,1%
Viudo	8,5	8,1	8,3%

Relación Conyugal.

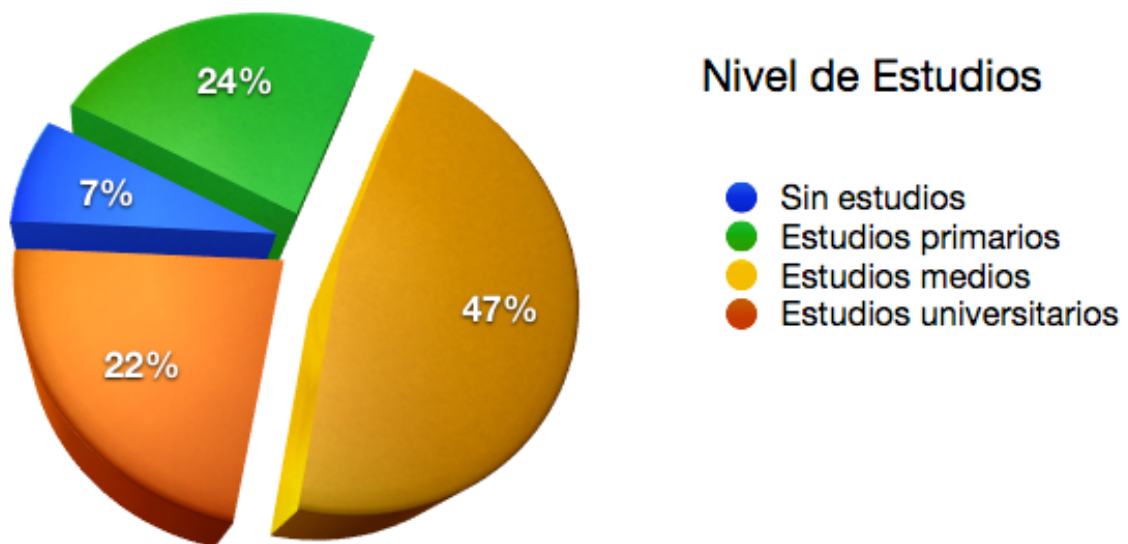
En el siguiente gráfico se muestra la distribución de frecuencias de la variable “relación conyugal”. Se divide en Muy satisfactoria, Bastante satisfactoria, Normal-regular, Insatisfactoria, Muy insatisfactoria. En general las relaciones conyugales son satisfactorias (un 70%). Siendo insatisfactorias solo un 9%.



Relación Conyugal	ND	PS	TOT
Muy satisfactoria	20,3	23,9	32,9
Bastante satisfactoria	28,4	27,5	38
Normal-Regular	16,2	12,8	17,7
Insatisfactoria	4,1	6,4	8,9
Muy insatisfactoria	2,7	1,8	2,5

Nivel de estudios.

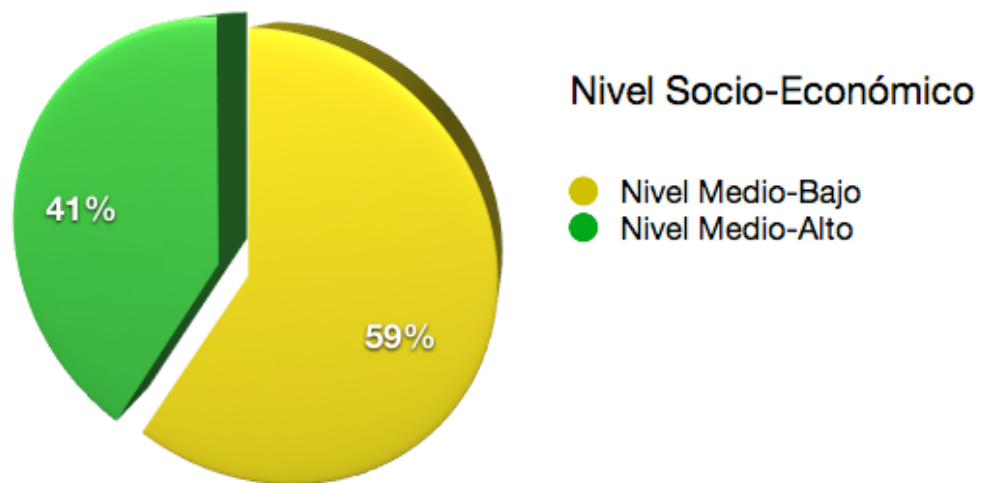
A continuación se presentan los datos referentes a la distribución nivel de estudios. La mayoría de la muestra tiene estudios medios-bajos (78%), frente a un 22% que ha alcanzado estudios superiores (estudios universitarios de licenciaturas o diplomaturas).



Nivel Estudios	ND	PS	TOT
Sin estudios	8,1	6,4	7,3
Estudios primarios	23	21,1	24
Estudios medios	37,8	41,3	46,9
Estudios universitarios	21,6	19,3	21,9

Nivel Socio-Económico.

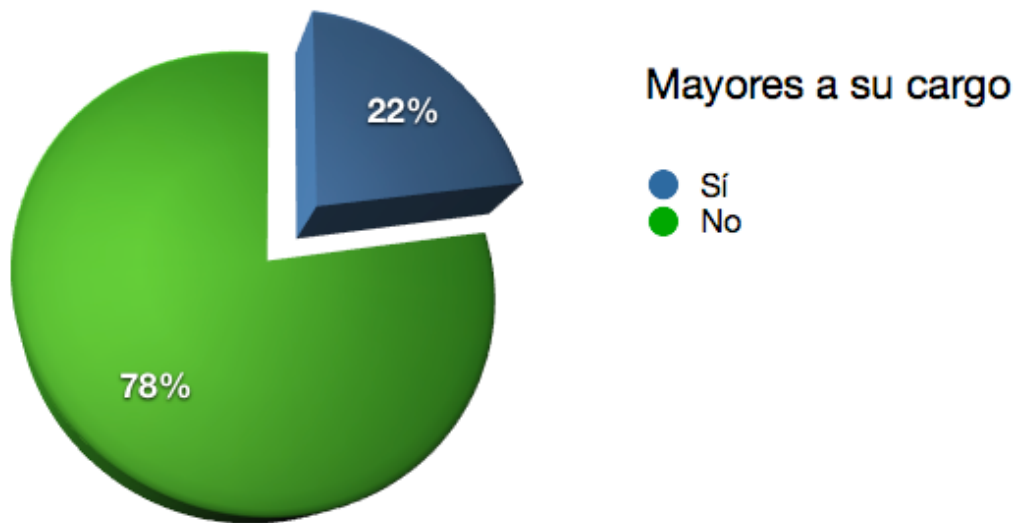
En la siguiente gráfica se pueden observar los porcentajes referidos a la distribución de los niveles socioeconómicos en la muestra. La mayoría de la muestra tiene recursos medio-bajos.



Nivel Socio-Económico	ND	PS	TOT
Nivel Medio-Bajo	52,7	51,4	58,9
Nivel Medio-Alto	37,8	35,8	41,1

Mayores a su cargo.

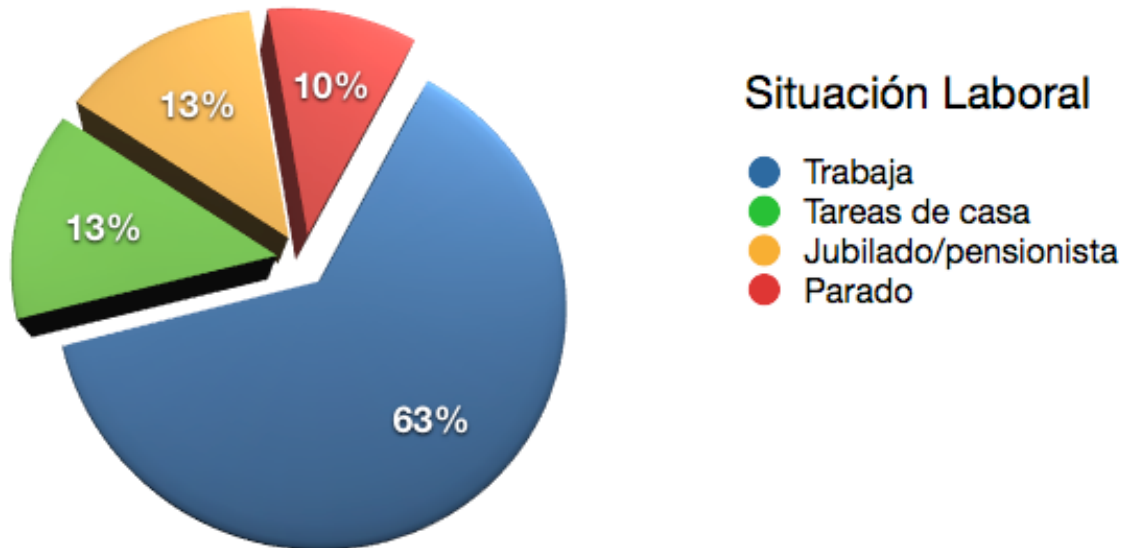
A continuación se presenta una tabla donde se resumen los datos relativos a la variable tener mayores a su cargo, que refleja si tienen que cuidar a alguien mayor. Esta variable es importante por el nivel de estrés o sobrecarga que puede conllevar esta actividad.



Mayores a su cargo	ND	PS	TOT
Sí	22,4	30,3	21,6
No	77,6	69,7	78,4

Situación Laboral.

A continuación se detalla la distribución respecto a la situación laboral de la muestra. En el siguiente gráfico puede apreciarse que casi la mitad de la muestra tiene trabajo. Va seguido de trabajar en las tareas de la casa y ser jubilado. Solo 9 personas están en situación de paro.



Situación laboral	ND	PS	TOT
Trabaja	51,4	56	62,9
Tareas de casa	14,9	11,9	13,4
Jubilado/pensionista	14,9	11,9	13,4
Parado	9,5	9,2	10,3

No hubo diferencias entre las muestras en ninguna de las variables demográficas mencionadas (la información se puede comprobar en los anexos).

14.2. Diferencias debidas al Sexo.

A través de un ANOVA se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las siguientes variables de personalidad.

	Hombres	Mujeres	Significación
EXPANSIÓN	60,28(23,61)	57,00(22,66)	0,513
PRESERVACIÓN	39,87(24,39)	49,41(25,20)	0,075
MODIFICACIÓN	53,48(30,16)	43,75(25,83)	0,095
ADECUACIÓN	48,83(28,04)	60,36(23,78)	0,033
INDIVIDUALIDAD	49,12(26,18)	43,14(23,12)	0,244
PROTECCIÓN	53,54(23,90)	66,98(23,52)	0,009
EXTRAVERSIÓN	51,12(23,83)	49,96(25,11)	0,825
INTROVERSIÓN	46,09(26,02)	50,19(27,03)	0,473
SENSACIÓN	70,06(22,21)	57,89(22,99)	0,014
INTUICIÓN	32,06(17,03)	41,15(22,08)	0,042
PENSAMIENTO	52,61(22,38)	38,6(22,28)	0,004
SENTIMIENTO	46(22,90)	67,03(20,42)	0,000
SISTEMATIZACIÓN	55,61(25,59)	49,92(23,59)	0,271
INNOVACIÓN	31,45(20,23)	36,35(22,97)	0,303
RETRAIMIENTO	52,96(21,88)	52,92(25,14)	0,993
SOCIABILIDAD	49,19(25,95)	47,70(24,819)	0,781
INDECISIÓN	44,77(24,33)	50,75(25,61)	0,268
DECISIÓN	52,93(25,24)	44,62(25,64)	0,129
DISCREPANCIA	36,83(21,90)	39,48(22,50)	0,579
CONFORMISMO	61,38(25,32)	63,70(26,09)	0,675
SUMISIÓN	40,7(21,44)	52,25(25,44)	0,028
DOMINIO	40,87(26,18)	33,81(22,16)	0,159
DESCONTENTO	33,83(23,50)	46,28(30,71)	0,045
AQUIESCENCIA	67,45(23,69)	72,80(19,26)	0,225

Tabla 14.2.1. Diferencias de personalidad debidas al sexo en la muestra dermatológica.

Estos datos resultan muy interesantes y plantean diferencias que merecen ser tratadas en el futuro en un trabajo independiente. Brevemente podríamos decir que estas diferencias podrían explicar el mayor número de mujeres en la muestra ya que en parte coincide con los patrones dermatológicos encontrados como veremos a continuación sobre los cuales nos hemos centrado para llevar a cabo la discusión de los resultados de este trabajo.

14.3. Muestra Dermatológica Vs. Muestra normal.

[HIPÓTESIS OPERATIVA 1]: Existen diferencias de medias en escalas de personalidad entre el grupo de enfermedades dermatológicas y la población de referencia normal.

Los análisis de las diferencias de personalidad del grupo dermatológico tomado en su conjunto (Neurodermitis y Psoriasis) y la muestra de referencia normal arrojan diferencias de medias significativas en varias escalas del MIPS. Por lo tanto podemos dar por aceptada la hipótesis de que existen diferencias en el perfil de personalidad entre el grupo de enfermedades dermatológicas y la población de referencia normal tomada del MIPS.

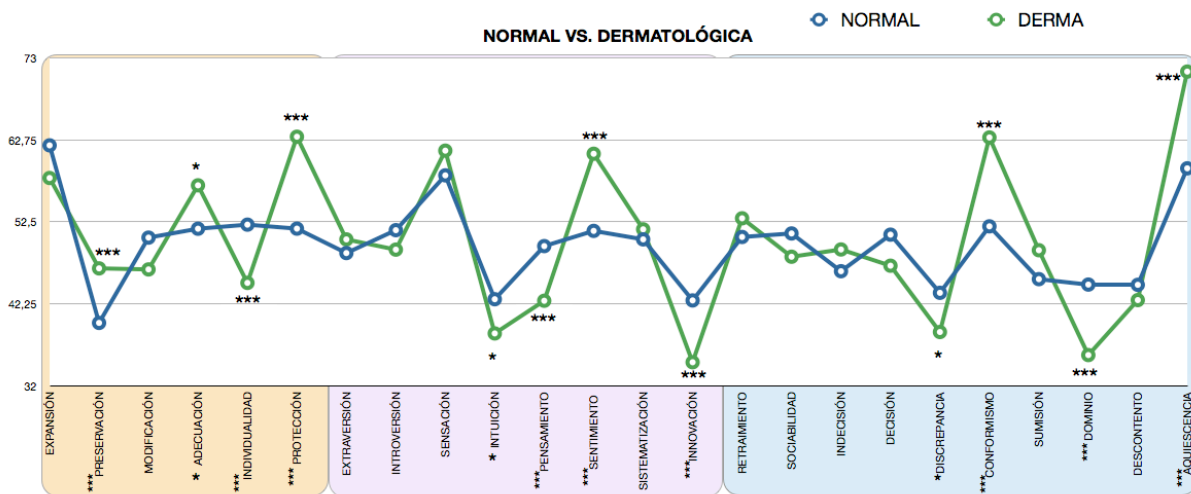


Gráfico 14.3.1. Diferencias de personalidad entre muestra dermatológica y muestra normal *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Como puede observarse, hay diferencias entre los perfiles de personalidad de la muestra dermatológica en su conjunto y la referencia normal. La tabla de comparación y los niveles de significación extraídos del análisis de comparación de medias mediante la t de Student así como sus niveles de significación pueden encontrarse en los anexos.

En la siguiente página puede observarse con más detenimiento y claridad cada uno de los perfiles de personalidad comparados individualmente con la población normal.

Gráficos comparativos con la población normal.

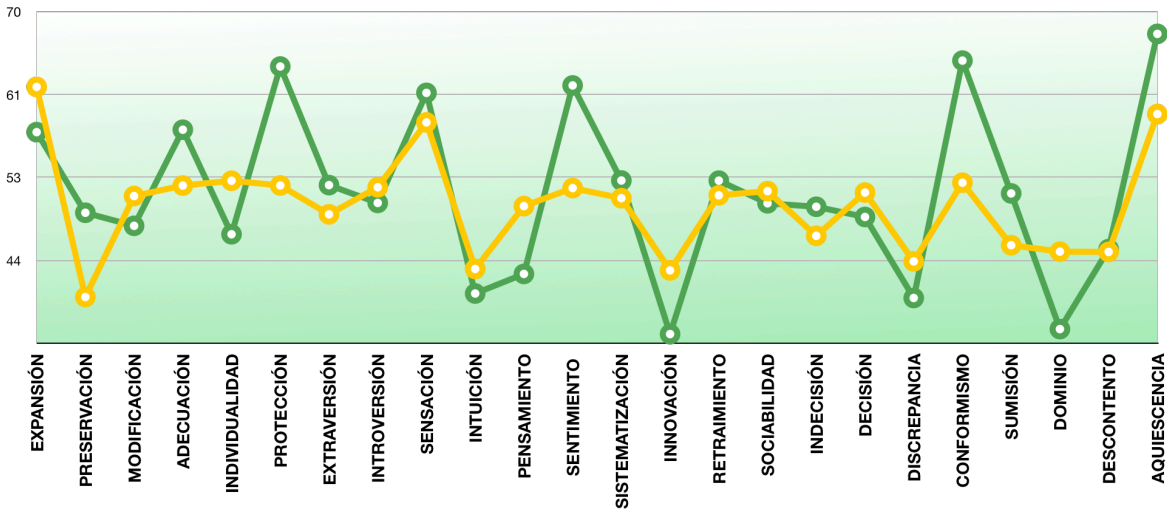


Gráfico 14.3.2. Perfil de personalidad **Neurodermitis** vs. personalidad Normal.

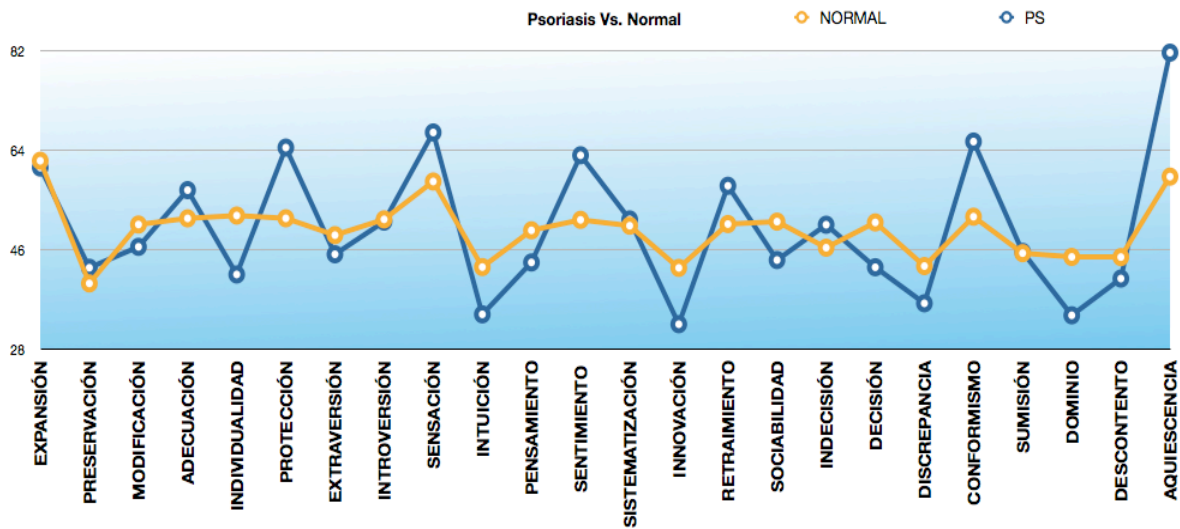


Gráfico 14.3.3. Perfiles de personalidad **Psoriasis** vs. personalidad Normal.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas (* próximo a $p \leq .05$; ** $p \leq .05$; *** $p \leq .01$) en 12 de las 24 variables de personalidad analizadas por la herramienta empleada. Los resultados pueden verse con más claridad en los anexos.

Los comentarios sobre las diferencias se realizan en el marco del siguiente apartado, donde se comparan las medias de las poblaciones dermatológicas en cada una de las dimensiones del MIPS.

14.4. Diferencias de medias entre los grupos dermatológicos.

[HIPÓTESIS OPERATIVA 2]: Existen diferencias de medias entre los grupos dermatológicos.

En la siguiente tabla se pueden comprobar las medias para las diferentes enfermedades de la piel con la media de la población de referencia normal.

	NORMAL	ND	PS
EXPANSIÓN	62,05	57,2703	59,5000
PRESERVACIÓN	39,86	48,7568	42,1471
MODIFICACIÓN	50,52	47,3784	44,7353
ADECUACIÓN	51,63	57,5270	56,0294
INDIVIDUALIDAD	52,14	46,4865	41,3235
PROTECCIÓN	51,64	64,2027	60,7941
EXTRAVERSIÓN	48,59	51,6757	47,2941
INTROVERSIÓN	51,45	49,7973	47,3235
SENSACIÓN	58,30	61,4189	61,3235
INTUICIÓN	42,82	40,2297	34,8824
PENSAMIENTO	49,46	42,2973	43,3529
SENTIMIENTO	51,36	62,2027	58,3824
SISTEMATIZACIÓN	50,30	52,1622	50,2353
INNOVACIÓN	42,67	35,9459	32,7647
RETRAIMIENTO	50,60	52,1486	54,6471
SOCIABILIDAD	51,04	49,7568	44,5882
INDECISIÓN	46,32	49,3919	48,2647
DECISIÓN	50,89	48,3108	44,1765
DISCREPANCIA	43,62	39,7568	36,4706
CONFORMISMO	51,93	64,8243	59,1471
SUMISIÓN	45,33	50,7973	44,9118
DOMINIO	44,65	36,4730	34,4706
DESCONTENTO	44,62	44,9189	37,9118
AQUIESCENCIA***	59,18	67,6486	79,1471

Tabla 14.4.1. Diferencias entre grupo dermatológico y grupo normal.

Se realizó un ANOVA para comprobar la hipótesis operativa 2 y no se encontraron diferencias significativas más que en la variable aquiescencia. Dicho análisis puede encontrarse en el Anexo 3. Dado que no existen diferencias de medias para la mayoría de las escalas, se ha optado por realizar el comentario de este apartado analizando las diferencias que se presentan entre la ND, con la que realizaremos la discusión y la población normal. Se incluyen las gráficas de Psoriasis con el fin de que se aprecie la tendencia conjunta como grupo dermatológico.

14.4.1. Estilos/Metas Motivacionales.

Las diferencias y su significación se representan en formato de barras a continuación.

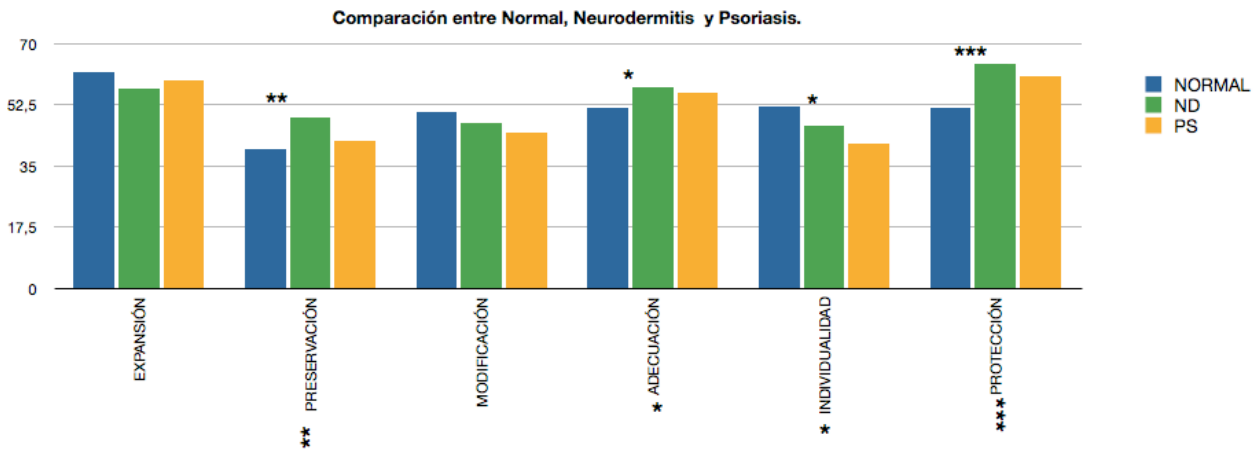


Gráfico 14.4.1. Diferencias de medias entre grupo Normal, Neurodermitis y Psoriasis. La comparación se realiza entre el grupo Normal y ND. (* $P < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,001$)

En el próximo gráfico de líneas quizá se adviertan mejor las diferencias entre las diferentes muestras.

Como se puede comprobar en las gráficas anteriores, la muestra de Neurodermitis puntúa más alto en las escalas **Preservación**, **Adecuación** y **Protección** que la muestra normal y lo mismo ocurre con la muestra de Psoriasis. La media de la escala Individualidad es más alta en la población normal y no hay diferencias en cuanto al resto de escalas. Si bien es verdad que las muestras dermatológicas puntúan más bajo en la escala de **Expansión** y **Modificación**.

Esto daría a entender que, comparados con la muestra de referencia normal, son personas con tendencia a experimentar emociones negativas (**Preservación**; $p < 0,005$), se adecuan al entorno de forma pasiva (**Adecuación**; $p < 0,053$) y prefieren adecuarse a los deseos de los demás **Protección** ($p < 0,000$) más que satisfacer los suyos **Individualidad** ($p < 0,045$).

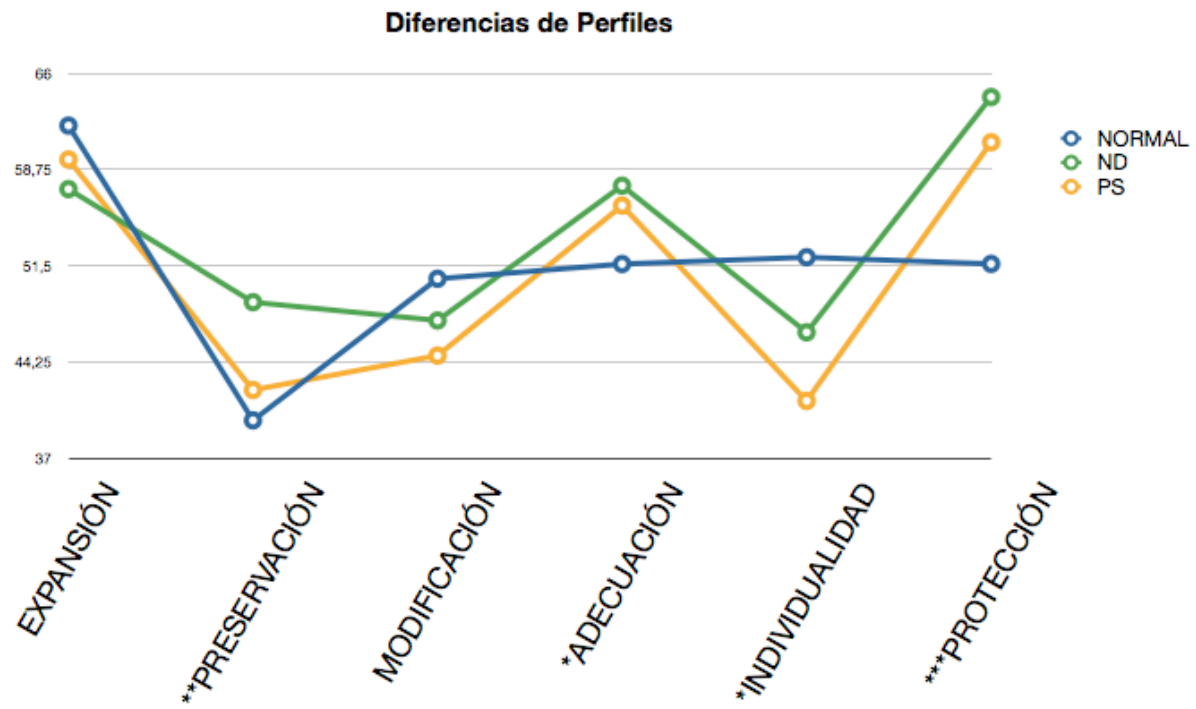


Gráfico 14.4.2. Diferencias entre los grupos en Metas Motivacionales (gráfica de líneas).

14.4.2. Estilos/Modos Cognitivos.

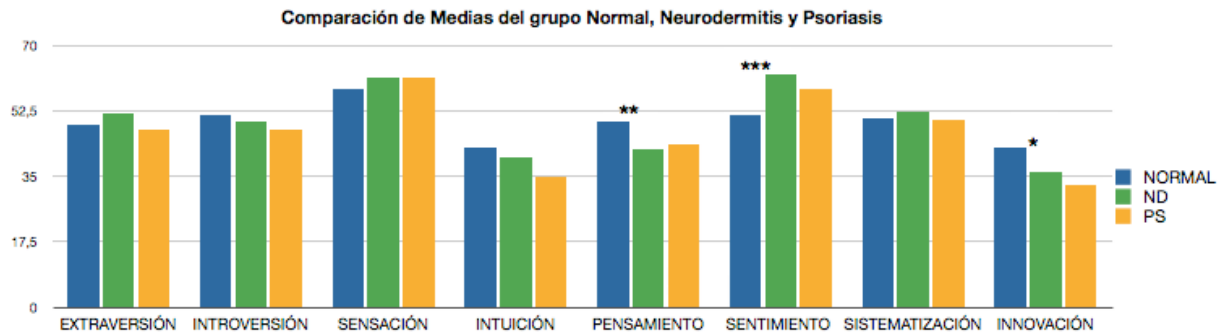


Gráfico 14.4.3. Diferencias entre muestras en Modos Cognitivos. ND: Neurodermitis, PS: Psoriasis.

Los estilos cognitivos reflejan cómo el sujeto estructura su mundo cognitivo respecto a la fuente de información y el procesamiento u orientación cognitiva que efectúan con los datos que recogen del medio.

En este sentido podemos encontrar:

- Fuentes externas (*Extraversión*) o internas (*Intraversión*) de información.
- Fuentes tangibles (*Sensación*) o fuentes no tangibles (*Intuición*).
- Proceso lógico (*Pensamiento*) o afectivo (*Sentimiento*).
- Aplicación repetida (*Sistematización*) o novedosa (*Innovación*) de los esquemas previos.

Con el fin de comprender las diferencias entre las diferentes muestras dermatológicas, se ha efectuado un análisis de diferencias de medias mediante la prueba t de Student. Se encontraron diferencias entre la muestra normal y la de Neurodermitis por tener una forma de procesar la información menos orientada al Pensamiento ($p < 0,009$), y más al Sentimiento ($p < 0,000$) y por la aplicación menos novedosa de los esquemas a situaciones nuevas, medida a través de la escala Innovación ($p < 0,012$).

En la siguiente tabla ofrecemos otra manera de representar las diferencias indicando los resultados del análisis estadístico.

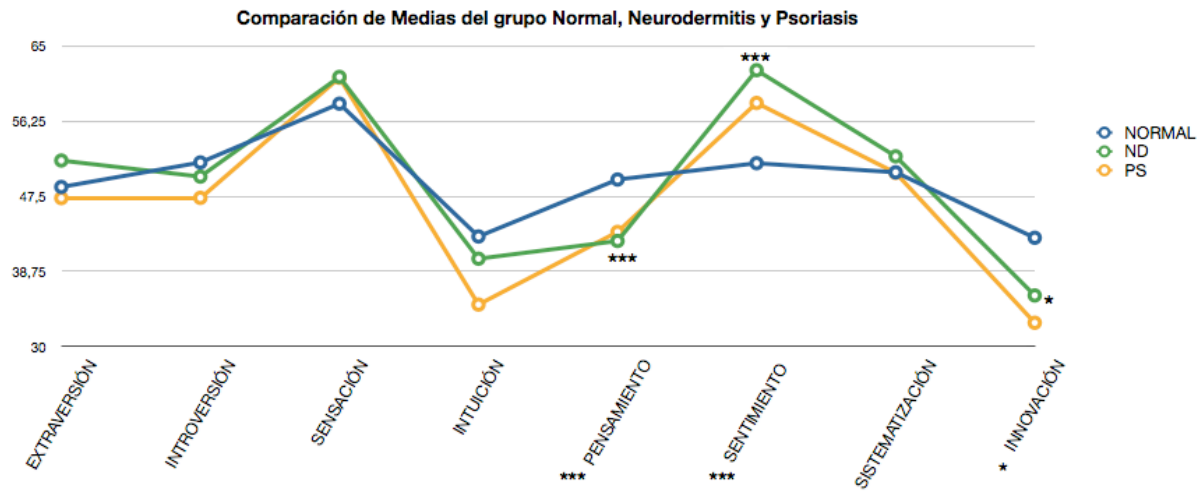


Gráfico 14.4.4. Comparación de Medias del grupo Normal y Neurodermitis. Se adjunta además la representación gráfica del grupo de Psoriasis. (* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,000$)

No hemos hallado diferencias entre la muestra de ND y la normal en las escalas **Extraversión**, **Introversión**, **Sensación**, ni **Intuición**, indicando que las diferencias de la población dermatológica y en concreto la población de ND no difiere en las fuentes de información.

Donde sí se han encontrado diferencias entre medias entre la población normal y la de Neurodermitis ha sido en el modo de procesar la información, encontrándose predominancia de procesar la información de manera emocional (**Sentimiento**: $p < 0,000$) más que lógica (**Pensamiento**: $p < 0,009$), y con poca tendencia a la imaginación o a la creatividad al utilizar sus esquemas cognitivos de la misma forma, más que de forma novedosa (**Innovación**: $p < 0,012$).

14.4.3. Estilos/Estrategias Interpersonales.

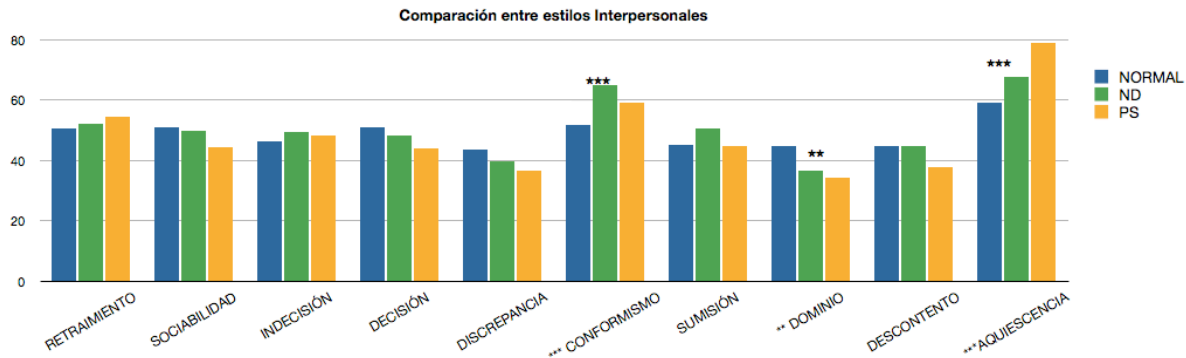


Gráfico 14.4.5. Diferencias entre muestras en Modos Cognitivos. ND: Neurodermitis, PS: Psoriasis.

La dimensión de Estrategias Interpersonales refleja los estilos en los que se basa cada individuo para relacionarse con otros individuos de su especie. Refleja varias polaridades que describen:

- Retraimiento físico/emocional vs. Gregarismo.
- Inseguridad vs. Seguridad.
- Desacato vs. Obediencia.
- Sumisión vs. Dominio.
- Descontento vs. Afabilidad.

En el siguiente gráfico se plasman las diferencias estadísticamente significativas entre las distintas muestras de estudio con respecto a estas variables.

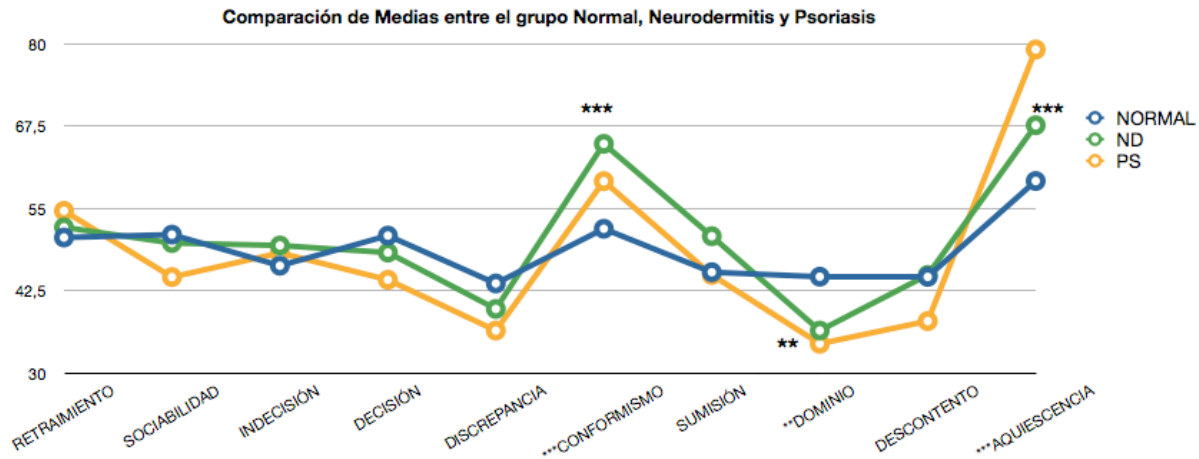


Gráfico 14.4.6. Diferencias entre muestras en Modos Cognitivos. ND: Neurodermitis, PS: Psoriasis.

Dentro de las estrategias interpersonales encontramos diferencias estadísticamente significativas en las variables **Conformismo, Dominio y Aquiescencia**.

Las subpoblaciones que más se alejan de los comportamientos interpersonales del resto de la población (normal) son SBU y PS, siendo ND más similar al modo normal de relacionarse con otros. Encontramos una mayor tendencia a mostrarse sumiso y conforme a los mandatos y deseos de otros indicando una tendencia uniforme a conformarse con las opiniones y los deseos de los demás ($p < 0,000$; **Conformismo**). Una tendencia parecida se observa, en una media menor en la escala **Dominio** ($p < 0,003$) y en una media mayor, en la escala de **Aquiescencia** ($p < 0,001$). En este último caso, a pesar de que el grupo de Psoriasis alcanza puntuaciones más elevadas, los tres grupos dermatológicos sobrepasan el nivel de referencia normal, indicando una tendencia a estar de acuerdo antes que mostrar su descontento a los demás.

En el resto de estrategias interpersonales, la muestra de Neurodermitis no difiere de la normal.

14.5. Índice de Ajuste Psicológico (Iaj).

[HIPÓTESIS OPERATIVA 3]: El índice de ajuste de las enfermedades es más bajo que la población normal.

El índice de ajuste (Iaj) es una variable que incorpora el MIPS como índice, construido a partir de fundamentos teóricos (Theodore Millon, 2001). Esta variable hace referencia al grado de adaptabilidad de la persona en relación a su hábitat.

La propia corrección del test arroja la puntuación de prevalencia del índice de ajuste, con lo cual, cotejándolo con la tabla de distribución (en centiles) del índice de ajuste en adultos, comprobamos que la puntuación típica 42.10 del índice de ajuste se sitúa por debajo del centil 20 de grado de ajuste al medio. En concreto estas personas tomadas como grupo están por debajo del percentil 20, tomando como referencia las puntuaciones del grupo de adultos totales del baremo del manual del MIPS (Theodore Millon, 2001). Teniendo mejores puntuaciones que estas personas como grupo, el 80% de la muestra baremada. Lo cual indica que pueden estar experimentando sufrimiento o alteraciones psicológicas debido a los estilos de personalidad que despliegan en su medio ambiente, por lo menos de forma teórica, lo que a la larga podría actuar como factor de vulnerabilidad para desarrollar alteraciones psicológicas.

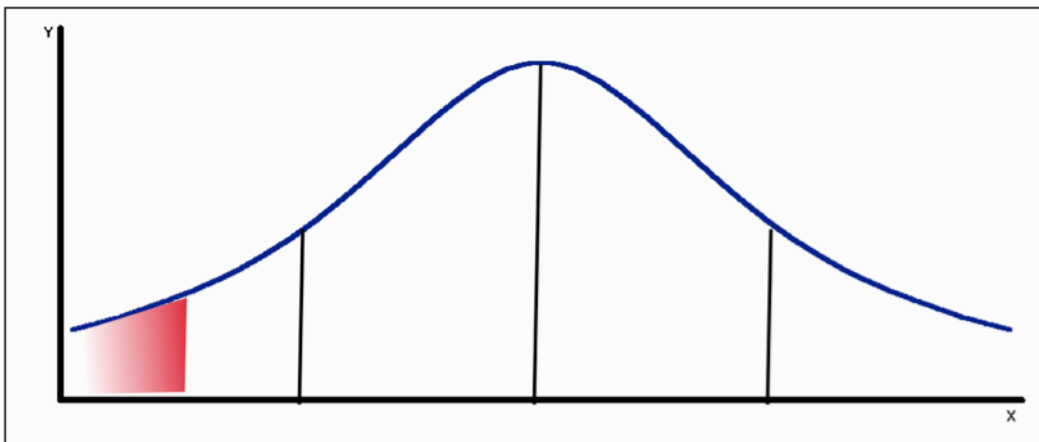


Gráfico 14.5.1. Representación gráfica de la distribución del índice de ajuste de la población normal y la situación de los pacientes analizados.

14.1. Índice de Ajuste de las diferentes enfermedades dermatológicas.

A continuación se comparan las puntuaciones directas del índice de ajuste para las tres muestras dermatológicas respecto de la población normal para comprobar si hay diferencias entre estas.

Muestra	Centiles	Índice de Ajuste (Puntuación tipificada)
Neurodermitis	<20	42,101
Psoriasis	<30	44,117
Normal	50	50,69

Tabla 15.2. Índices de ajuste de las diferentes muestras analizadas.

En la tabla anterior hemos indicado el índice de ajuste tipificado de cada una de las muestras estudiadas. De arriba a abajo y sobre la muestra normal, que hemos situado en el 50%, o el centil 50, se sitúa la muestra de Neurodermitis y la muestra de Psoriasis.

Como puede observarse, el índice de ajuste psicológico de las enfermedades de la piel tomadas tiende a permanecer por debajo de la media de la muestra de referencia para esta variable, indicando un grado de ajuste al medio inferior al de la población normal del baremo del cuestionario MIPS. En concreto por debajo de los centiles 20 y 30 de Neurodermitis y Psoriasis respectivamente, siendo la muestra de Neurodermitis aquella que menos ajustada psicológicamente al entorno.

14.5.2. Eventos estresantes.

El análisis de los eventos estresantes previos al desencadenamiento de la enfermedad fue analizado en cada enfermedad.

Para el caso de Neurodermitis, 54 de 74 sujetos (73%) respondieron al listado de eventos estresantes integrado dentro del cuestionario demográfico.

Los eventos evaluados fueron:

1. Muerte de algún ser querido.
2. Divorcio o separación.
3. Nacimiento de un hijo.
4. Pérdida de empleo.
5. Problemas económicos.
6. Presión laboral.
7. Otros problemas (a rellenar por el paciente).
8. Ningún evento estresante.

Debían marcar el evento si les había ocurrido a ellos antes del desencadenamiento de la enfermedad. Algunos reportaron haber tenido más de un evento de entre los que se listaba. De los que respondieron, más de la mitad reportaron algún evento estresante previo al desencadenamiento (N=33; 61,1%). En la siguiente tabla se cuantifican los diferentes eventos evaluados (que pueden solaparse con otros).

En Psoriasis, 29 sujetos respondieron el cuestionario (el 85% del total). Se encontró que el 37,9% había tenido algún evento estresante meses previos al desencadenamiento de la psoriasis. La distribución por el tipo de evento se resume en la tabla 15.

	ND %	PS %
Muerte de algún ser querido	11,5	12,5
Divorcio o Separación	3,8	6,2
Nacimiento de un hijo	13,5	9,1
Pérdida de empleo	1,9	0
Problemas económicos	12,2	6,2
Presión Laboral	31,7	15,6
Otros problemas	17	22,9
Ningún evento estresante	38,46	37,9
N	54	29

Tabla 14.6.1. Porcentajes según el tipo de evento para Neurodermitis (ND) y Psoriasis (PS).

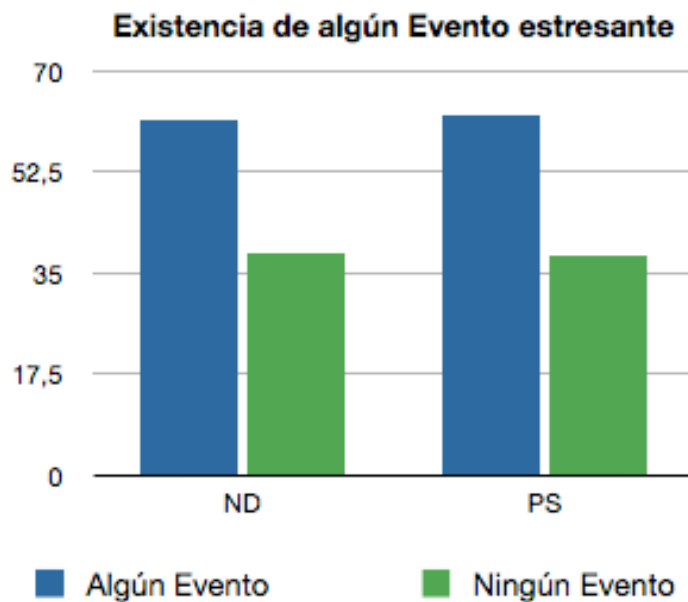


Gráfico 14.6.1. Representación del porcentaje de algún evento vs. ningún evento para ND: Neurodermitis y PS: Psoriasis.

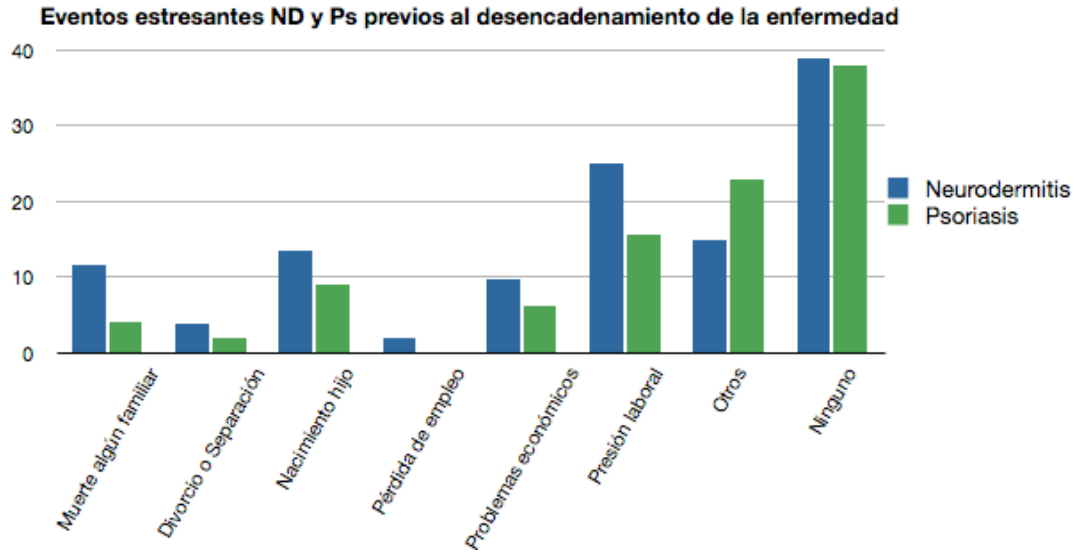


Gráfico 14.6.2. Diferencias entre muestras en Modos Cognitivos. ND: Neurodermitis, PS: Psoriasis.

El 38,46% (N=21) no experimentó ningún evento estresante antes del desencadenamiento de la enfermedad. El resto (un 62,64%) sufrió al menos un evento estresante. La gráfica anterior muestra la distribución por tipo de evento de aquellos que los experimentaron para Neurodermitis. En la tabla, los porcentajes suman más de 100 debido a que algunas personas habían sufrido varios simultáneamente.

Como podemos observar, la cantidad de personas que sufrieron al menos un evento estresante es muy elevada y mayoritaria frente a los que no tuvieron ningún evento estresantes en nuestra muestra. Lo cual indica que esta dimensión puede estar afectando de algún modo a las relaciones estudiadas y exige una atención más pormenorizada en el futuro.

14.8. Análisis de variables somáticas e índice de ajuste.

[HIPÓTESIS OPERATIVA 4: Existe correlación negativa significativa entre el índice somático, la gravedad de las lesiones y el índice de ajuste].

Se encontró relación entre el índice de ajuste psicológico y el índice somático junto con otras variables relacionadas con la enfermedad.

El índice de ajuste psicológico se relacionó negativamente con la gravedad de las lesiones y con el índice somático. El índice somático correlacionó con el índice de ajuste, la gravedad de las lesiones y visitas al médico. El índice de ajuste no correlacionó con otras variables como número de visitas al médico, el número de eventos estresantes o los años de enfermedad. Estos datos se pueden encontrar en la siguiente tabla.

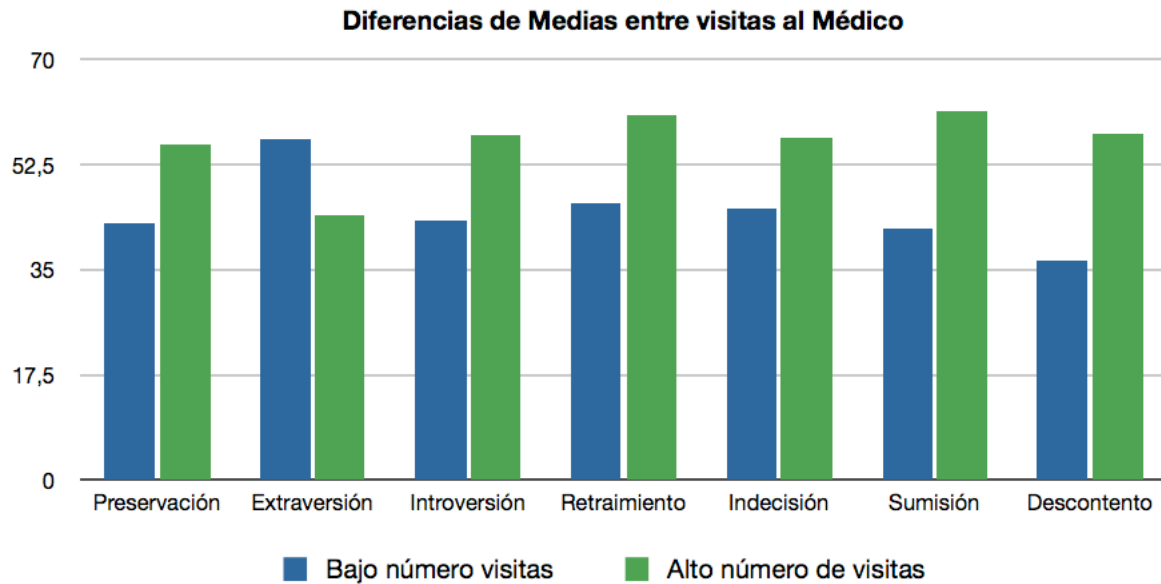
Matriz de Correlación

		Ind. ajuste	Índice Somático	Gravedad	Visitas al médico	Tiempo Evolución
Índice ajuste	Pearson	1,000				
	Sig.					
	N	108,000				
Índice Somático	Pearson	-,273*	1,000			
	Sig.	,026				
	N	66	66,000			
Gravedad	Pearson	-,399**	,399*	1,000		
	Sig.	,004	,029			
	N	50	30	50,000		
Visitas al médico	Pearson	-,079	,441**	-,143	1,000	
	Sig.	,446	,000	,360		
	N	95	62	43	95,000	
Tiempo Evolución	Pearson	-,067	,105	-,116	,342**	1,000
	Sig.	,543	,457	,494	,002	
	N	84	52	37	77	84,000

Tabla 14.7.1. Matriz de correlaciones * p<0,05 bilateral.**p<0.01 bilateral.

14.6.1. Número de visitas al médico y estilos de personalidad.

Con el fin de identificar si existían diferencias de variables de personalidad en función del número de visitas al médico, se distribuyó la muestra de Neurodermitis en dos grupos. El 50 % de aquellos que más visitas habían efectuado a lo largo del último año y otro grupo con el otro 50% de la muestra dermatológica.



Todas las escalas de personalidad expuestas en la tabla anterior resultaron significativas, sugiriendo que las variables de personalidad podrían estar modulando en cierto modo el número de visitas al médico. Las diferencias de medias y sus niveles de significación se pueden encontrar en el Anexo 5.

14.7. Correlación del índice somático y las escalas psicológicas.

[HIPÓTESIS OPERATIVA 5: El coeficiente de correlación de Pearson entre el índice somático, gravedad de las lesiones y escalas de personalidad del MIPS es significativo].

A continuación se presenta la matriz de correlaciones entre índice somático y el perfil de personalidad del MIPS en la muestra dermatológica general.

14.7.1. Estilos Motivacionales.

Dentro de esta dimensión, se obtuvieron correlaciones significativas entre Expansión (-), Preservación (+), Adecuación (+) y el Índice somático.

		Índice Somático
Expansión	Pearson	-,270*
	Sig. bilateral	0,014
	N	82
Preservación	Pearson	,392**
	Sig. bilateral	0,000
	N	82
Modificación	Pearson	-0,019
	Sig. bilateral	0,867
	N	82
Adecuación	Pearson	,299**
	Sig. bilateral	0,006
	N	82
Individualidad	Pearson	0,174
	Sig. bilateral	0,117
	N	82
Protección	Pearson	0,162
	Sig. bilateral	0,145
	N	82

Tabla. 14.7.1. Matriz de correlación entre índice de somatización y el perfil de estilos motivacionales de la muestra dermatológica.

14.7.2. Estilos Cognitivos.

En cuanto a la forma de procesar la información se obtuvieron relaciones entre el índice somático y la variable Introversión(+), Sensación(-), Intuición(+), Sentimiento(+), Sistematización(-) e Innovación(+).

		Índice Somático
Extraversión	Pearson	-0,155
	Sig. bilateral	0,164
	N	82
Introversión	Pearson	,227*
	Sig. bilateral	0,040
	N	82
Sensación	Pearson	-,240*
	Sig. bilateral	0,030
	N	82
Intuición	Pearson	,375**
	Sig. bilateral	0,001
	N	82
Pensamiento	Pearson	-0,044
	Sig. bilateral	0,692
	N	82
Sentimiento	Pearson	,303**
	Sig. bilateral	0,006
	N	82
Sistematización	Pearson	-,268*
	Sig. bilateral	0,015
	N	82
Innovación	Pearson	,260*
	Sig. bilateral	0,018
	N	82

Tabla 14.7.2. Matriz de Correlación entre el índice somático y el perfil de estilos cognitivos de la muestra dermatológica.

14.7.3. Estilos Interpersonales.

Respecto a la dimensión comportamental, el índice somático se relacionó con las variables Retraimiento, Indecisión, Discrepancia, Sumisión y Descontento.

		Índice Somático
Retraimiento	Pearson	,267*
	Sig. bilateral	0,015
	N	82
Sociabilidad	Pearson	-0,035
	Sig. bilateral	0,755
	N	82
Indecisión	Pearson	,227*
	Sig. bilateral	0,040
	N	82
Decisión	Pearson	-0,167
	Sig. bilateral	0,133
	N	82
Discrepancia	Pearson	,340**
	Sig. bilateral	0,002
	N	82
Conformismo	Pearson	-0,001
	Sig. bilateral	0,990
	N	82
Sumisión	Pearson	,406**
	Sig. bilateral	0,000
	N	82
Dominio	Pearson	-0,022
	Sig. bilateral	0,842
	N	82
Descontento	Pearson	,446**
	Sig. bilateral	0,000
	N	82
Aquiescencia	Pearson	0,008
	Sig. bilateral	0,944
	N	82

Tabla 14.7.2. Matriz de Correlación entre el índice somático y el perfil de estilos interpersonales de la muestra dermatológica.

14.7.4. Matriz de correlaciones del paciente con elevado índice somático.

Con el fin de obtener una medida independiente de la personalidad de las variables físicas de los sujetos, decidimos introducir una medición de síntomas físicos que al sumarse, como se ha explicado anteriormente, dio lugar a lo que aquí hemos denominado índice somático, por ser una medida de la presencia de síntomas físicos en los pacientes, o de su percepción, atención o preocupación por estos.

Partiendo del supuesto de que la percepción de síntomas está mediada por diferencias individuales, tal como se sugiere actualmente en función de la revisión empírica y teórica de otros trabajos de investigación que hemos resumido y comentado en la primera parte del presente trabajo, consideramos el índice somático como la tendencia a expresar estrés a través del cuerpo o a atender en mayor medida a eventos corporales. Por lo tanto, podría tener cierto sentido obtener información sobre el perfil de una hipotética persona con un elevado índice somático con el fin de identificar aquellas dimensiones de personalidad que pudiesen estar afectando la percepción de síntomas (índice somático), al que, por otro lado, hemos hallado correlación significativa con el número de veces que estas personas visitan al médico (índice somático y visitas al médico: $r=.375$, $p\leq 0.001$), haciendo interesante, por el valor predictivo que en un futuro pudiera demostrarse, el análisis de este tipo de paciente con fines de identificación, asistencia y reducción de la necesidad de nuevas visitas al médico.

	Índice Somático
Preservación	,274*
Adecuación	,224*
Extraversión	-,244*
Introversión	,243*
Intuición	,235*
Sistematización	-,235*
Retraimiento	,286**
Indecisión	,219*
Discrepancia	,244*

Tabla 14.7.4. Correlación entre índice somático y variables de personalidad (MIPS). * $p\leq 0,05$, ** $p\leq 0,01$.

14.8. Relaciones entre Picor, Rascado y Personalidad.

[HIPÓTESIS OPERATIVA 6: El coeficiente de correlación de Pearson encontrará relación entre la variable picor, rascado y las escalas de personalidad del MIPS].

Se han encontrado relaciones entre estilos de personalidad y las variables de picor y rascado. Los resultados del análisis de correlación entre las variables Picor, Rascado y las escalas de personalidad puede encontrarse en el anexo número 6. Las variables estadísticamente significativas quedan reflejadas en el siguiente resumen de variables.

		Rascado	Picor
Picor	Pearson	,615**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	42	43,000
Expansion	Pearson	-,348*	-,282
	Sig. (2-tailed)	,026	,074
	N	41	41
Preservación	Pearson	,293	,260
	Sig. (2-tailed)	,063	,100
	N	41	41
Discrepancia	Pearson	,306	,051
	Sig. (2-tailed)	,052	,752
	N	41	41
Sumisión	Pearson	,328*	,002
	Sig. (2-tailed)	,037	,988
	N	41	41
Descontento	Pearson	,354*	-,119
	Sig. (2-tailed)	,023	,460
	N	41	41
Indice de Ajuste	Pearson	-,282	,074
	Sig. (2-tailed)	,075	,647
	N	41	41

Tabla 14.8.1. Resumen de relaciones entre Rascado y Picor y estilos de personalidad. *p<0,05; **p<0,01

14.9. Análisis de regresión de variables de personalidad sobre el grado de curación de la enfermedad.

[HIPÓTESIS OPERATIVA 7: Las escalas del MIPS explican un porcentaje significativo de la variable curación o no de la enfermedad, pasados 2 años].

Contamos con datos sobre 40 pacientes de Neurodermitis a quienes localizamos pasados aproximadamente dos años desde que se les aplicó el MIPS. En este caso se evaluó a los pacientes en el grado de curación.

Tres niveles fueron codificados en la entrevista telefónica:

1. Sin lesiones.
2. Con lesiones de la misma gravedad (en la misma o en otra localización).
3. Con lesiones de mayor gravedad.

Se encontraron diferencias en función al grado de curación en la variable Sentimiento. Sugiriendo que los estilos cognitivos, en este caso de un estilo cognitivo orientado en el sentimiento en los pacientes de Neurodermitis puede estar relacionado con la evolución de la enfermedad.

Sentimiento	N	Media	D.t.	Error estandard
Sin problemas de piel	10	46,2000	29,07385	9,19396
Ha mejorado	4	44,2500	20,99802	10,49901
Igual	20	69,8500	19,17585	4,28785
Ha empeorado	6	78,6667	14,78738	6,03692
Total	40	62,7000	24,62352	3,89332

Tabla 14.8. Tabla de medias entre el estado de evolución de los pacientes.

Sentimiento

ANOVA

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Intergrupos	6636,167	3	2212,056	4,682	,007
Intragrupos	17010,233	36	472,506		
Total	23646,400	39			

Tabla 14.8.2. Resultados de ANOVA en función del grado de curación.

Asimismo, se realizó un análisis de regresión utilizando las variables del MIPS sobre esta variable (Estado de Evolución). Obtuvimos resultados estadísticamente significativos y con un porcentaje de varianza explicado elevado (23,2%) en la variable Estilo Cognitivo orientado a la emoción reflejado en la escala Sentimiento. Los resultados pueden encontrarse en el anexo 13.

Hasta aquí el análisis de resultados que pasamos a discutir en el siguiente apartado.

15. **D**iscusión.

15.1. Significado Psicológico de las Características de Personalidad de la Muestra.

Este apartado sirve a dos fines: 1. Presentar las características de la muestra y 2. Destacar las diferencias de medias entre las poblaciones Normal y ND.

Estilos/Metas Motivacionales.

- **Expansión-Preservación (Placer – Dolor)**

Para Millón, las personas que puntúan alto en la escala *expansión* tienden a mirar el lado positivo de la vida, son personas optimistas, les es fácil evadirse y afrontan con buen ánimo sus altibajos. Por el contrario las personas que puntúan alto en la escala de *preservación* tienden a centrarse en los problemas y a agudizarlos. Perciben su pasado como algo problemático, son pesimistas y se molestan fácilmente con las mínimas preocupaciones y decepciones (Millon, 2001).

En la muestra encontrada, comprobamos que hay una fuerte tendencia a reaccionar de un modo mucho más preservador que la población normal. Así que podría ser que esta subpoblación dermatológica presentase niveles más altos de emociones negativas que la población normal. Sin embargo, hay que ser prudentes a la hora de inferir esto debido a que siguen presentando el rasgo de expansión lo cual puede llevarles a contrarrestar las emociones negativas.

Como en otras patologías dermatológicas (Barone, et al., 2008; Engin, et al., 2008b; Bahmer, 2007; Pasaoglu, Bavbek, Tugcu, Abadoglu, & Misirligil, 2006; L. Verhoeven, et al., 2006), el afecto negativo emerge como componente afectivo derivado de las características de estilos de personalidad en la muestra de LSC estudiada y es coherente con otras publicaciones sobre la misma enfermedad (Kounk, 2007; Lotti, Prignano, 2008). El evitar situaciones que puedan generar emociones negativas tiene un importante sentido evolutivo, hasta el punto de que se aprenden antes y con más fuerza los aprendizajes que implican algún

tipo de castigo al sujeto (Anderson, 2006). Sin embargo, estos sujetos podrían tener una predisposición a mantenerse alerta y esto les llevaría a ser más vulnerables al estrés, tal como sugiere Mardaga (Mardaga Solange, 2006). La tendencia a evitar el dolor, en la teoría de Cloninger se ha relacionado con la polaridad de las metas motivacionales de Millon (Millon, 2001a). Para Cloninger una mayor evitación del dolor está relacionada con déficits en el sistema serotoninérgico (Peirson, et al., 1999). Recientes hallazgos demuestran que existe una predisposición genética de déficit en las vías serotoninérgicas en pacientes de LSC (Kirtak, et al., 2008), lo cual se ha relacionado con tendencias obsesivo-compulsivas y apoya la idea de una mayor tendencia a experimentar emociones negativas en esta enfermedad.

Es posible que la depresión pueda estar aumentando la sensación de prurito, como en otras afecciones cutáneas (M. A. Gupta, 1994). Sin embargo, las diferencias de personalidad encontradas apuntarían más hacia una tendencia estable a experimentar este tipo de emociones. Por lo cual, podríamos pensar que actúan de predisponente o modulador psicológico de estas respuestas, tal como ha sido propuesto en otras afecciones dermatológicas (Freeman Edith H., 1967; Krejci-Manwaring, et al., 2006; L. Papadopoulos, 2003; Valverde Lopez, et al., 2005). Varios artículos apoyan esta afirmación al destacar el factor mediador de la percepción subjetiva de amenaza o ansiedad en enfermedades dermatológicas (Barone, et al., 2008; V. Niemeier, Nippesen, Kupfer, Schill, & Gieler, 2002; Pasaoglu, et al., 2006). Lo que estaría en consonancia con una mayor puntuación en la escala de evitación del dolor de Cloninger en otras enfermedades dermatológicas (Kilic, et al., 2008; Kim, et al., 2006) y con una mayor tendencia a la preservación encontrada en nuestra muestra. Esta tendencia a centrarse en los problemas o en las amenazas se ha encontrado también en pacientes con psoriasis en un tarea de stroop, donde el tener o no psoriasis fue un predictor más fuerte de la interferencia que el estado emocional (medido a través de escalas de depresión y ansiedad) (D. Fortune, et al., 2003), pareciendo que existe cierta disposición similar independiente del estado de ánimo en pacientes de LSC.

Las personas que puntúan alto en estas escalas presentan tendencia a evitar el dolor más que a la búsqueda de experiencias placenteras. Esto indica que son personas que suelen evitar situaciones arriesgadas y que suelen disfrutar poco de la vida, lo que recuerda a la

variable Neuroticismo medida a través del BFQ o el EPQ, variable que ha demostrado ser alta también en otras patologías de piel (Magin, et al., 2008). Quizá el bajo apoyo social encontrado en otras patologías dermatológicas (Picardi, et al., 2005; Picardi, Pasquini, Cattaruzza, Gaetano, Melchi, et al., 2003), junto con la variable preservación (evitación del dolor) puedan explicar cierto grado de vulnerabilidad al estrés. Hay que pensar en la reclusión social que conlleva la evitación del dolor, sobre todo para unas personas que no obtendrían apoyo en los demás y que paradójicamente, al intentar evitar las situaciones estresantes, pierden las oportunidades de aprendizaje social y estrechamiento de lazos afectivos, tan beneficiosos en el amortiguamiento del estrés y la sensación de malestar o amenaza percibidas (Ditzen, et al., 2008). Otros estudios han encontrado variables temperamentales en pacientes de piel, como la evitación del dolor (preservación) y dependencia de recompensa (protección) (Kilic, et al., 2008), coincidentes con los datos hallados en LSC.

- **Modificación/Adecuación (Activo/Pasivo).**

En la muestra se observa la tendencia a adecuarse pasivamente a las circunstancias de la vida, haciendo poco por cambiar su entorno. Se sitúan dentro del polo de pasividad que según Millón, describe a las personas que hacen poco por dar forma a sus vidas o modificarlas y que reaccionan ante los acontecimientos adaptándose a las circunstancias que otros crean. Parecen dar su consentimiento sin protestar, son incapaces de volverse activos, carecen de iniciativa y hacen muy poco para provocar los resultados que desean (Theodore Millon, 2001). Esto está reforzado por una menor puntuación en la escala opuesta, Modificación, que expresaría la tendencia contraria, es decir, a mostrarse activo para conseguir los objetivos que se proponen y cambiar activamente su entorno.

En población de pacientes de piel (psoriasis), las estrategias de afrontamiento que predecían peores niveles de adaptación un año después de la primera toma de información eran precisamente las estrategias de afrontamiento pasivas (Scharloo, et al., 2000).

Se han encontrado evidencias a favor de mayor duración de los eventos emocionales en situaciones experimentales pasivas, donde el sujeto tenía que esperar a que disminuyan de forma natural, versus activas, cuando podían suprimirlas cognitivamente, siendo las emociones que más tardan en resolverse las emociones negativas en ambas condiciones (Stefanopoulou, Argyropoulos, & Frangou, 2007). De acuerdo con esto, los pacientes de Neurodermitis podrían estar orientados a adecuarse a las situaciones de forma pasiva, lo cual podría conllevar mayor duración de la emoción, especialmente para emociones negativas e incrementar el tiempo de exposición a estas emociones. En este sentido, se ha sugerido que el estar expuestos a emociones negativas intensas y/o no poder regular estas emociones, puede conllevar vulnerabilidad a padecer ansiedad patológica o alteraciones del humor (H. Critchley, 2003).

Quizá este estilo motivacional tendente a no modificar el ambiente puede perpetuar la presencia de estímulos estresantes a los que simplemente se acostumbran, pero a los que no acaban de adaptarse. En este sentido, se han encontrado casos en pacientes de piel en donde resisten más los estímulos aversivos presentados experimentalmente. Por su tendencia a experimentar emociones negativas, quizá no se produzca un verdadero efecto de habituación, sino puede que más bien se de un efecto de sensibilización. Generándose así un círculo vicioso de estrés.

- **Individualidad/Protección (yo/el otro).**

Las personas de la muestra analizada puntúan alto en la escala de protección y bajo en la escala de individualidad, lo que decanta a estas personas a verse orientado hacia la satisfacción de las demandas de los otros antes que las suyas propias. Ya se ha comentado la similitud con otros modelos de personalidad en dependencia de recompensa como el de Cloninger. En otras investigaciones realizadas en pacientes de piel utilizando el modelo de este autor, se encontró que enfermos de dermatitis atópica, una enfermedad con importante presencia de picor-rascado, la dependencia de recompensa fue menor que en los sujetos

control (normales), contrastando con nuestros datos; sin embargo encontraron menor orientación a sí mismos en la faceta de carácter (Kim, et al., 2006). Utilizando el mismo instrumento, no se encontraron diferencias entre la población control y la dependencia de recompensa, aunque la media fue mayor en la población de enfermos de piel (Kilic, et al., 2008).

Así, según Millon, estas personas están motivados por satisfacer en primer lugar las necesidades de los demás, ocuparse del bienestar y los deseos de los otros, a expensas de ellos mismos. Son personas consideradas reforzadores y protectores que cuidan a los demás antes que cuidarse a ellos mismos. Es aquí donde viene mejor la frase popular que describe a personas que “se dejan la piel por los demás”.

¿Puede que esta tendencia a cuidar de los demás no les deje ser cuidados por los otros? Esto tendría implicaciones en la efectividad del apoyo social. Pudiendo ser propuesta como una variable moduladora de la eficacia del apoyo social (tanto percibido como real).

Estilos/Modos Cognitivos.

- **Extraversión/Intraversión (fuente de información externa/interna).**
- **Sensación/Intuición (Tangible/Intangible).**

En estas variables no se han encontrado diferencias entre la población normal y Neurodermitis, por lo tanto, no animaría a suponer que las características esenciales de esta población, o un patrón o rasgo distintivo, deba buscarse en si recurren a los demás o no para encontrar estímulo y ánimo, o si por el contrario prefieren utilizar sus propios pensamientos o sentimientos como recursos o basado en información tangible o intangible.

Donde sí encontramos diferencias entre las muestras analizadas es en las siguientes escalas de los estilos cognitivos.

- **Pensamiento/Sentimiento (Intelecto/Afecto).**

Estas personas puntúan alto en la escala de sentimiento, por lo tanto son personas que forman sus criterios en base a respuestas afectivas (global, bueno vs. malo, agradable vs. desagradable, etc...) a las circunstancias, y evalúan subjetivamente la repercusión que tendrán sus acciones sobre aquellos que están involucrados y siguen sus metas y valores personales. Y no tanto en juicios fríos, impersonales y objetivos como las personas que puntúan alto en la escala pensamiento.

La dificultad en regular las emociones se ha relacionado con predominancia del hemisferio derecho y una falta de transferencia de información inter-hemisférica que produciría déficits en analizar las emociones de forma lógica y analítica (B. Bermond, et al., 2006). En la revisión sobre la neuropsicología de la Alexitimia que realizan estos autores, encuentran que el hemisferio derecho produciría un análisis global, no verbal de la información emocional, mientras que el hemisferio izquierdo se relacionaría con un análisis mediante funciones cognitivas superiores.

Hay evidencia a favor de que la supresión de las emociones negativas más que su reevaluación tiene correlatos neuronales de un decremento de la activación de áreas corticales (Córtex Cingulado Anterior) y un aumento en áreas subcorticales (Amígdala) (Phan, et al., 2005). La capacidad de regular las emociones es básica para la salud mental, sobre todo para hacer frente a emociones negativas, afortunadamente, la regulación de las emociones negativas es posible mediante estrategias cognitivas (Eippert, et al., 2007).

Sin embargo, existen diferencias individuales a la hora de organizar y regular la experiencia emocional. Recientemente se han encontrado diferencias en el modo en el que hombres y mujeres regulan sus emociones, no tanto en la reactividad a las emociones como a la regulación que hacemos de las mismas (McRae, Ochsner, Mauss, Gabrieli, & Gross, 2008). Estos autores sugieren que hombres y mujeres diferimos en la manera en que regulamos nuestras emociones (McRae, et al., 2008), se propone que las mujeres utilizan un mayor uso de emociones positivas para contrarrestar los efectos de las emociones negativas y que requerirían más recursos para regular la emoción que los hombres, ya que los hombres tendrían más automatizado el proceso de reevaluación de la emoción. Lo que puede estar explicando de alguna manera, el menor porcentaje de hombres en la muestra y las diferencias en la variable sentimiento cuando se compara entre hombres y mujeres.

En nuestra muestra, los pacientes de Neurodermitis podrían estar utilizando la estrategia de supresión de la emoción, que se ha comprobado disminuye la expresión de la misma, sobre todo si es negativa, pero que sin embargo, conlleva costes sociales y emocionales, al dificultarse la interacción con los demás y el establecimiento de relaciones cercanas e íntimas (Gross, Richards, & John, 2006). Recientemente se evaluó la eficacia de la supresión de la emoción (como estrategia conductual) frente a la reevaluación (como estrategia cognitiva) encontrando que la primera era más lenta en resolver la emoción que la reevaluación, que era mucho más eficaz (Goldin, McRae, Ramel, & Gross, 2008).

Derivado del estilo cognitivo orientado a la emoción más que al pensamiento, puede que estas personas estén utilizando la estrategia de supresión de la emoción. Es posible que tengan más dificultad que la población normal para volver a un estado de calma donde

puedan mantenerse con “la cabeza fría” y atajen el problema de forma eficaz, perpetuando de nuevo el círculo de emociones negativas y sus influencias.

Estas personas son, ellas mismas, las que pueden estar manteniendo, por cómo responden ante las dificultades, sus emociones negativas. El procesamiento emocional centrado en la preocupación como estrategia de control del pensamiento es un índice de vulnerabilidad psicopatológica y puede perpetuar el estado de estrés (Roussis, 2008). Por lo tanto serían causa, efecto y mantenedor del problema. Aplicado a una situación de lesión cutánea, relacionada con el rascado, y el efecto que éste tiene para mitigar las respuestas emocionales, queda al descubierto la necesidad de estos pacientes de disponer de un “ansiolítico” natural en forma de rascado, para afrontar la sobre-activación emocional. Si pudiesen utilizar herramientas más cognitivas, es decir, si cambiasen su forma de adaptarse al entorno, de reevaluar la situación, quizá pudieran interrumpir la emoción negativa y así, evitar la tentación o la tendencia a rascarse para disminuir su nivel de activación-estrés.

Las dificultades en regular la emoción están muy presentes en la población dermatológica medida a través de las escalas de Alexitimia (A. Picardi, et al., 2007; Willemsen, et al., 2008). Puede que lo que otros autores han detectado con el constructo Alexitimia otros lo estén llamando supresión de la emoción. En nuestro caso se podría tratar de una predominancia de emociones negativas, y un estilo cognitivo centrado en la emoción y no en el pensamiento, capacidad requerida para regular cognitivamente la emoción de una forma eficaz (lo que algunos autores han denominado reevaluación).

- **Sistematización/Innovación (Asimilación/Imaginación).**

Los datos obtenidos de la muestra indican una baja innovación. Es decir, que serían personas que, comparadas con el resto de la población, resultan poco creativas, arriesgadas o dispuestas a cambiar lo que se les presente. Preferirían la rutina y lo predecible más que lo impredecible y prefieren no modificar lo que ya les viene dado.

En este sentido, es interesante recordar que las personalidades llamadas psicósomáticas están caracterizadas por una baja creatividad, imaginación, y una baja capacidad de simbolización. Esto es lo que se ha llamado pensamiento operante desde la medicina psicósomática. Esta visión es coherente con los datos hallados en este estudio, ya que existe evidencia que relaciona inversamente la Alexitimia (o podríamos llamarla estrategia de supresión de la emoción) y la Creatividad, sugiriendo que una falta de flexibilidad cognitiva (flexibilidad que caracteriza el pensamiento creativo (Corbalán, Martínez, Donolo, et al 2003), podría estar entorpeciendo la capacidad de reevaluar cognitivamente la situación de manera adaptativa y llevando a una respuesta rígida de la situación. Liberman proponía que los sujetos con tendencia a somatizar aprendían de forma rígida y que por eso evitaban las situaciones nuevas al ser vulnerables a los cambios (Liberman, 1993).

Al igual que en la creatividad, a la larga, los procesos de reevaluación facilitan la adaptación social y emocional (Gross & John, 2003), por lo que esta forma de regulación de la emoción puede presentar ciertas ventajas evolutivas. En relación con los datos de este estudio, los pacientes de neurodermitis de esta investigación pueden estar presentando estilos cognitivos para la regulación de la emoción basada en la supresión por varios motivos:

1. La supresión mantiene durante más tiempo las emociones negativas.
2. Empeora las relaciones sociales,
3. Produce comportamientos interpersonales rígidos.
4. Disminuye la calidad de vida.

A este respecto, y de forma muy sugerente, se ha comprobado cómo el utilizar la estrategia de supresión de la emoción a largo plazo disminuye la adaptación; quizá por eso el menor índice de ajuste de la muestra, como veremos a continuación. Unido a esto, la reactividad al estrés puede producir efectos en las enfermedades de la piel, como se evidenció en una gran muestra de pacientes de psoriasis donde se encontró que los que más estrés experimentaban eran más proclives a agravar sus lesiones de piel (Zachariae, et al., 2004).

Estilos/Comportamientos Interpersonales.

- **Retraimiento/sociabilidad (Distanciamiento/Gregarismo).**
- **Indecisión/Decisión (Inseguridad/Seguridad).**

No se han encontrado diferencias entre la población normal y la muestra de Neurodermitis en estas 4 escalas. Por lo que no representan un cambio sustancial que pueda dar cuenta de un patrón de personalidad diferencial.

- **Discrepancia/Conformismo (Desacato/Obediencia).**

Estas personas puntúan muy alto en la escala de conformismo (obediencia), por lo tanto son personas rectas, con dominio de sí mismos. Y se relacionan con la autoridad de una forma respetuosa y cooperadora. Tienden a comportarse de modo apropiado y formal en contextos sociales. Son poco espontáneos y expresan poco sus emociones.

El no expresar sus emociones les convierte en sujetos que no pueden servirse de los demás para aliviar su tensión emocional. Este sería otro punto a considerar dentro de los factores que pueden perpetuar las emociones negativas y el estrés crónico. Por otro lado, el que sean personas que se adapten a las normas puede recordar a la personalidad sobreadaptada de Leary (Theodore Millon, 2001) lo que recuerda las intuiciones psicósomáticas sobre personalidades que se exigen mucho a sí mismos, con alta motivación de logro y que niegan la posibilidad de expresar sus emociones a causa de que las relaciones con sus cuidadores podrían haber sido exigentes en cuanto a los logros y muy limitadoras de la expresión emocional para expresar malestar (Lieberman D., 1993). En estas personas se habría dado una “negación” del cuerpo en detrimento del funcionamiento externo, de ahí que se haya dicho que tienen una vida hacia el exterior. Estas intuiciones entran en relación directa con lo que se ha comentado anteriormente respecto a las consecuencias de la estrategia de supresión de la emoción. Recuerda las características de que sean poco espontáneos y expresen poco sus emociones (control de la respuesta emocional). De forma muy interesante y muy pertinente para este punto de la discusión, los autores que proponen

las estrategias de regulación de la emoción han realizado un estudio prospectivo sobre estilos de crianza donde se incluyen consideraciones que recuerdan la conceptualización de Liberman. Comprobaron que la forma de atender las emociones de sus hijos, evaluarlas y dar consejo sobre como regularlas mejor, se relacionó con el estilo reevaluador, mientras que el estilo rechazar las emociones, que consiste en rechazarlas o evitarlas por verlas como peligrosas, se relacionó con el estilo represor de la emoción (Gross, et al., 2006), hallándose así un punto en común entre las dos propuestas.

La escala de protección de las metas motivacionales ya adelantaba que estas personas ponen el otro antes que a ellos mismos en la satisfacción de sus deseos. Esta tendencia a agradar a los demás se expresa en estas personas en forma de acatamiento de las reglas externas. Lo que les convierte en personas rígidas a las normas, inflexibles, lo que también agudiza el efecto que pueda tener el estrés a la hora de encontrar nuevas estrategias de afrontamiento o soluciones que no estén completamente dentro de lo permitido por las reglas o normas sociales.

- **Sumisión/Dominio (Sumisión/Dominio).**

En esta bipolaridad encontramos que son personas que puntúan bajo en la escala de Dominio. Esto, para Millon, significa que son poco enérgicos, poco dominantes y nada agresivos socialmente. Tienden a verse a sí mismos como poco audaces y competitivos. Y prefieren la calidez y la ternura a la obstinación y ambición como medio para conseguir sus propósitos.

La puntuación baja en la escala de Dominio, se interpreta como tendencia de estas personas a mostrarse sumisas, y estaría en coherencia con la información aportada por el resto de escalas: las personas sumisas en el MIPS son personas que están más acostumbrados a sufrir que a experimentar placer, acatan y tienden a rebajarse a los demás y con su comportamiento dejan sin efecto cualquier esfuerzo que los demás hagan para ayudarlos. Esta podría ser una consecuencia social de no poder regular adecuadamente un estado afectivo negativo elevado. La estrategia centrada en la supresión disminuye la expresión emocional de

la experiencia negativa, sin embargo, no alivia a la persona de la sensación subjetiva desagradable y le enfrenta a tener que tratar de regular su conducta en todo momento.

La supresión de la emoción también tiene implicaciones sociales como un menor apoyo social (Srivastava, Tamir, McGonigal, John, & Gross, 2009). Esta falta de apoyo social se ha visto en varias enfermedades dermatológicas (A Picardi, et al., 2005), y quizá unido al estrés pueda afectar a la recuperación de la piel, como sugiere un estudio reciente (Robles, 2007). En pacientes con psoriasis una las dos estrategias de afrontamiento más frecuentes fueron el autocontrol y la evitación (da Silva, et al., 2006) y no la resolución activa de conflictos o situaciones, lo que podría estar indicando también la tendencia a ser sumiso y poco dominante en situaciones sociales, como en la muestra de Neurodermitis o Lichen Simplex Chronicus, con el consecuente aumento de ansiedad y tensión emocional.

- **Descontento/Aquiescencia (Descontento/Afinidad).**

Las personas analizadas en comparación con la población normal han obtenido una puntuación mucho más elevada en la escala de aquiescencia; esto debería interpretarse como que son personas que suelen agradar muy fácilmente y con frecuencia se relacionan con los demás de forma dócil. Establecen fuertes vínculos y son muy leales a los demás, pero disimulan cualquier sentimiento negativo, sobre todo cuando ese sentimiento pueda ser censurable a los ojos de aquellos a los que quieren agradar.

Esto puede tener que ver con un retraso en la recuperación de las lesiones de piel, ya que existe evidencia a favor de que un estado afectivo negativo, por ejemplo de ira, continuado y su forma de expresión puede retrasar la curación de las heridas (Robles, 2007).

Comentarios sobre el Perfil.

Estos resultados contrastan con los de otro estudio (el único en nuestro conocimiento) que ha comparado variables de personalidad con muestra normal española (Pérez, et al., 2000). En aquella ocasión, los autores no encontraron diferencias entre la población normal y la dermatológica. Puede que esta discrepancia se deba a que los instrumentos son sensibles a diferentes facetas de la personalidad, o tal vez a que los pacientes de Lichen simplex Chronicus se incluyeron posiblemente dentro de los grupos de pacientes de urticaria, pudiendo presentar perfiles diferentes, que quedaron solapados dentro del grupo.

En resumen, podríamos decir que hemos encontrado diferencias significativas entre la muestra normal y la de LSC. La Personalidad encontrada podría estar modulando las relaciones entre el estrés y la enfermedad como se ha propuesto para otras enfermedades (Kobasa, et al., 2008).

Millon utiliza las escalas de las metas motivacionales, de las que se derivan el resto de escalas, para proponer clasificaciones de las tendencias de personalidad del eje II. Dicha clasificación ha servido para categorizar los trastornos de personalidad del DSM-IV-TR. Es importante subrayar que el perfil de personalidad que se ha expuesto sobre los pacientes de Lichen Simplex Chronicus no debe interpretarse como un trastorno de personalidad, más bien se trata de un perfil que describe una forma de reaccionar al medio, dentro de los parámetros normales, sobre todo porque el MIPS no está diseñado para el diagnóstico de trastornos de personalidad. No obstante sí podríamos decir que se encuentran hacia el extremo de una bipolaridad normal-patología y que presentan características de personalidad que, si no son en principio tan rígidas como los trastornos de personalidad, si que están, como refleja el índice de ajuste que pasamos a comentar a continuación, más cerca de lo patológico.

Las diferencias obtenidas en las distintas dimensiones de personalidad podrían apuntar a un tipo de personalidad o clasificación de personalidad según los estándares diagnósticos actuales. En concreto, los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, ya que el trabajo de Millon se ha centrado, en gran medida, en la clasificación teórica de la

personalidad hasta el punto de promover un eje dedicado a la personalidad y más en concreto a los trastornos de personalidad en la propuesta de la APA materializada en el DSM. Por tanto, tiene sentido aventurar un posible diagnóstico de personalidad que, sin perder la idiosincrasia individual y características que los definen como grupo, pueda ser de utilidad para establecer relaciones entre este trabajo y otros que puedan surgir y que utilicen la metodología de diagnóstico DSM a la hora de conceptualizar los pacientes de piel como grupo.

Como se puede ver en el apartado dedicado a la personalidad, Millon establece una serie de etiquetas diagnósticas para las posibilidades de combinación teóricas que pueden darse entre las dimensiones que conforman las Metas Motivacionales (Placer/Dolor, Actividad/Pasividad y Yo/Otros).

Obtiene la siguiente tabla:

	<i>Objetivos de supervivencia</i>		<i>Modos de Adaptación</i>		<i>Estrategia de replicación</i>	
	<u>PLACER</u>	<u>DOLOR</u>	<u>PASIVO</u>	<u>ACTIVO</u>	<u>YO</u>	<u>OTRO</u>
Esquizoide	↓	↓	↑	↓		↓
Evitativo	↓	↑	↓	↑		
Depresivo	↓	↑	↑			
Dependiente			↑	↓	↓	↑
Histriónico			↓	↑	↓	↑
Narcisista			↑	↓	↑	↓
Antisocial		↓	↓	↑		↓
Sádico		↓	↓	↑		↓
Compulsivo	↓		↑	↓	↓	
Negativista	↓			↑		↓
Autoagresivo	↓	↑	↑		↓	

Tabla 1. Categorías de personalidad resultantes de las Metas Motivacionales. Adaptada de Sánchez 2003.

Quizá sea preciso recordar que los recuadros en blanco (los que no tienen flechas ni hacia arriba ni hacia abajo), serían neutros, no mostrarían ninguna tendencia extrema, y la diferencia entre unas categorías y otras facilitarían más información para adecuar un mejor diagnóstico dentro de cada una de estas 11 categorías generales. Así, puede haber varios tipos

de personalidad esquizoide, o de personalidad depresiva, etc...en función de las dimensiones que se acompañen a las generales o centrales, para establecer la categorización. Quizá esto se entienda mejor cuando se aplique este sistema diagnóstico a la personalidad obtenida al estudiar la muestra de Neurodermitis.

Para tal fin quizá sea de utilidad recordar qué características tiene la muestra que hemos estudiado de cara a ajustarse o no dentro de uno de los perfiles que describe Millon para los trastornos de personalidad en el DSM, recordando también que, aunque se hable aquí de “ajustarse o no dentro de los perfiles” para los trastornos de personalidad, no se propone la inclusión de estas personas en un grupo diagnóstico tal. Más bien, con este “ajuste” se quiere entender hacia qué dirección podrían ir las personalidades de estas personas, siempre dentro de la idea de la continuidad entre la normalidad y la patología. Sólo podríamos hablar de trastorno de personalidad si una prueba diagnóstica los clasificase dentro del grupo de personas con esa patología y si algún clínico observase suficiente gravedad en esta tendencia como para hacer un eventual diagnóstico en este sentido.

Una vez hechas estas aclaraciones, a continuación se resumen las características de las dimensiones de las Metas Motivacionales sobre las que están desarrolladas los diagnósticos.

Metas Motivacionales:

<u>Objetivos de supervivencia</u>	<u>Modos de Adaptación</u>		<u>Estrategia de replicación</u>		
<u>PLACER</u>	<u>DOLOR</u>	<u>PASIVO</u>	<u>ACTIVO</u>	<u>YO</u>	<u>OTRO</u>
		↑	↑	↓	↑

Esta configuración de personalidades pasivas determina según Millon un patrón de personalidad dependiente. Millon describe 5 subtipos de personalidad dependiente (Theodore Millon, 2001a):

- Inmaduro (variante del patrón puro).
- Torpe (con características esquizoides).
- Inquieto (con características evitadoras).
- Acomodaticio (con características histriónicas).
- Sin identidad (con características masoquistas).

En nuestro caso resulta interesante contemplar hipotéticamente el caso de que estemos ante tendencias dependientes sin identidad ya que Millon lo describe como una personalidad dependiente con características masoquistas, lo que resulta muy sugerente al relacionarlo con el hábito de los pacientes de Neurodermitis al rascado crónico, hasta provocarse heridas ellos mismos. También podría ser compatible con las características evitadoras, por la tendencia a experimentar más emociones negativas que la población normal, lo cual también sería compatible con el trastorno dependiente sin identidad.

La ansiedad de separación que caracteriza a la personalidad dependiente (Theodore Millon, 2001a) está relacionada con un incremento del sistema simpático y dificultades de apego que de manera interesante ha sido descrito en pacientes de piel (Picardi, Pasquini, Cattaruzza, Gaetano, Melchi, et al., 2003). Sin embargo, lo interesante es que justo esta posibilidad es la que contemplan algunos autores que relacionan dificultades en el establecimiento de los límites psicológicos e identidad con las enfermedades de la piel, refiriéndose al concepto de distancias afectivas (J. Ulnik, 2004). Otros autores han reunido evidencia a favor de una mayor activación de la amígdala, que correlacionó con condiciones de estrés y el tipo de apego inseguro (Lemche, et al., 2006). Este tipo de apego se ha relacionado con predominancia de emociones negativas, dificultad de establecer relaciones interpersonales y mala regulación de las emociones postuladas para la población general para los pacientes de piel en general (Ditzen, et al., 2008; Feeney & Ryan, 1994; Wearden, et al., 2003; Wearden, et al., 2005) y podría ser el caso del lichen simplex chronicus en particular.

En este sentido, se ha comprobado que en los sujetos más reactivos al estrés, el tipo de apego modula la respuesta psicofisiológica (aumento de la tasa cardíaca y electroconductancia de la piel) a situaciones de miedo (Gilissen, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & van der Veer, 2008). En pacientes de piel se ha encontrado evidencia de mayor apego inseguro, que en opinión de varios autores podría estar disminuyendo su capacidad de regulación emocional, y perjudicando su vida social, evitando las relaciones íntimas y cercanas (A Picardi, et al., 2005). Esto recuerda a una mala regulación de las emociones que coincide con el perfil de los pacientes de Lichen Simplex Chronicus encontrado. Parece que el contacto con los demás permite una mejor regulación homeostática y la dificultad de

regular las emociones lo que podría estar perjudicando el funcionamiento psico-social. (A. Picardi, et al., 2007)

En un metanálisis publicado por la fundación Chochrane, los bebés que tenían contacto piel-a-piel con sus madres tuvieron mejores niveles psicofisiológicos con predominancia parasimpática frente a aquellos que no estuvieron en contacto con la piel de la madre después del parto, quienes lloraban más y presentaban un tasa cardio-respiratoria incrementada (Moore, Anderson, & Bergman, 2007).

Por lo tanto, parece que las características psicológicas encontradas en la muestra de pacientes de Lichen Simplex Chronicus, refleja ciertas características compartidas con otras enfermedades de la piel y en general, podría relacionarse con un mayor incremento de actividad simpática, mayor reactividad al estrés y dificultades en la regulación emocional, dificultades en la socialización y una tendencia a aceptar la situación. Todo esto puede llevar a incrementos en la experiencia de emociones negativas que podrían estar en la base de las conductas de rascado crónico como se discutirá más adelante.

PERSONALIDAD DERMATOLÓGICA VS. PERSONALIDADES DERMATOLÓGICAS.

Cuando tomamos en conjunto las diferentes muestras dermatológicas encontramos que existen diferencias entre cada una de ellas y la población normal en la misma dirección. Los análisis ANOVA, en cambio, no encuentran diferencias entre las muestras dermatológicas. Podríamos decir que comparten una buena porción del perfil que los diferencia de la muestra de referencia, como hemos ido apuntando a lo largo de la discusión de la primera hipótesis operativa. Por lo tanto, podemos aceptar también parte de la hipótesis operativa 2, que nos lleva a aceptar la subhipótesis 2: las enfermedades de la piel comparten aspectos de personalidad comunes. Quizá lo dicho para el LSC valga en cierto modo para el resto de enfermedades analizadas. Esto es, ya que las diferencias con la personalidad normal

apuntan en una misma dirección, podemos aceptar que los mecanismos que hemos discutido en el significado psicológico de las escalas (en la discusión de la hipótesis precedente), operan de forma similar en los distintos grupos de enfermedades dermatológicas analizadas.

Sin embargo, todo lo recién dicho es cierto salvo para la variable Aquiescencia que fue aún mayor en la población de pacientes con Psoriasis que en la de LSC. Por tanto, encontramos un mismo perfil, que comparte las características de personalidad que se están discutiendo, con el agravante del efecto que pueda estar añadiendo dicha variable de personalidad. Esta tendencia a la aquiescencia se relaciona con la tendencia a suprimir la emoción, por los efectos de no expresar las emociones negativas, con lo que podría estar incrementando la activación simpática, quizá por la vía de una mayor activación subcortical (amígdala) (Goldin, et al., 2008). La activación simpática es característica de las enfermedades de la piel y en especial de psoriasis (Berg, et al., 2008; Ionov, 2008; Kilic, et al., 2008; Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2009; Mastrolonardo, et al., 2007; Mercan, 2008; Navarro-Lechuga, Atencio-De León, Beracaza-Echeverría, Bernal-Novoa, & Oñate-Reales, 2006; H. Richards & Fortune, 2006; Valverde Lopez, et al., 2005).

En este sentido, y aún admitiendo que la muestra de psoriasis es inferior en número a la de LSC (N=74;N=34) y que el no haber encontrado diferencias puede deberse a la diferencia en el número de sujetos, hay que ser cautos a la hora de generalizar estos hallazgos. Sin embargo, deberíamos aceptar que la variable aquiescencia es coherente con un posible aumento de los efectos derivados de una excesiva agradabilidad, o tendencia a reprimir la emoción, cuyas implicaciones ya hemos tratado en la discusión anterior.

Otros estudios han encontrado diferencias entre las muestras dermatológicas (Judith A. Bahmer, 2007). En esta investigación no hemos encontrado grandes diferencias entre las enfermedades dermatológicas, habida cuenta que la dirección de la tendencia es la misma para las poblaciones analizadas. Estos datos son compatibles con otras investigaciones, donde tampoco se encontraron diferencias entre diferentes muestras dermatológicas (PJ Magin, CD Pond, WT Smith, AB Watson, & SM Goode, 2008). Los resultados sobre si existen

diferencias de personalidad entre los grupos dermatológicos, por tanto, no son concluyentes y se requiere un mayor número de sujetos para contrastar con más fuerza esta hipótesis.

Sin embargo, podríamos estar hablando de rasgos generales que estuviesen en la base del desencadenamiento de las enfermedades en general, o que actuasen como sustrato de vulnerabilidad psicológica inespecífico, tal como han encontrado otras investigaciones, en este caso utilizando la variable Alexitimia (Kilic, et al., 2008; Marchesi, Bertoni, Cantoni, & Maggini, 2008; Willemsen, et al., 2008). Estas propuestas apuntarían a una mayor activación simpática quizá por efectos de una mayor activación del eje hipotálamo-hipofisio-adrenal (H. Richards, Ray, et al., 2005)

Debemos por lo dicho hasta ahora, aceptar la hipótesis nula que contradice nuestra propuesta de hipótesis operativa. Y por tanto, que no existen diferencias entre las diferentes muestras dermatológicas analizadas (salvo en la variable Aquiescencia).

En relación a esto, otros estudios encontraron bajo afecto positivo en pacientes de psoriasis, mayores niveles de depresión y puntuaciones más elevadas en evitación del dolor (Klc, Gulec, Gul, & Gulec, 2008), lo que está en consonancia con nuestro “perfil dermatológico” y en concreto con nuestros hallazgos sobre el perfil de personalidad en psoriasis en la variable preservación.

En otras investigaciones, niveles elevados de afecto negativo (depresión, ansiedad, Alexitimia y Neuroticismo) caracterizaron a dos muestras de psoriasis y urticaria comparados con población normal (Conrad, et al., 2008). No se encontraron diferencias en Alexitimia en las muestras dermatológicas y sí entre estas y la población normal, ni tampoco en el cuestionario de agresividad rasgo. Sin embargo, se encontraron diferencias en niveles de depresión, hostilidad, severidad de los síntomas y agresividad estado. Lo cual puede dar a entender que los estados emocionales de los pacientes diferían; sin embargo, la susceptibilidad a enfermar, quizá por una mala regulación emocional, puede ser una variable compartida por estas enfermedades; algo que estaría indicado por la variable Alexitimia.

En otras ocasiones se han encontrado diferencias entre diferentes grupos de enfermedades dermatológicas (Judith A. Bahmer, 2007). Sin embargo, no podemos comparar más que una de las afecciones dermatológicas (Psoriasis), ya que en nuestro caso no hemos incluido las mismas enfermedades (en el caso de Bahmer: Psoriasis, Dermatitis Atópica y Urticaria). En el grupo de Psoriasis encontraron menor afecto negativo que en otras afecciones dermatológicas, al igual que en otras investigaciones donde propusieron rasgos de personalidad evitativa en una muestra de pacientes con psoriasis debido a la variable evitación del dolor (Magin, et al., 2009). Sin embargo, en este último caso se entienden las alteraciones psicológicas como consecuencia de padecer psoriasis mientras que la tendencia a experimentar emociones negativas nosotros la conceptualizamos como un rasgo estable, más que como una secuela de la enfermedad. Parece que hay apoyo para pensar así: en un grupo de pacientes donde se disminuyeron los síntomas a través de fototerapia, aquellos que presentaban mayor preocupación o miedo sobre su psoriasis tardaron en curarse más que los de niveles más bajos de preocupación, e incluso cuando se les curaron las lesiones seguían presentando problemas de adaptación, indicando que existen características psicológicas independientes de las lesiones (Fortune, et al., 2004; Fortune, et al., 2003).

Quizá debido a diferencias en el instrumento utilizado, la diferencia en el número de pacientes que utilizaron o en el bajo número incluido aquí, no coincidimos con estas investigaciones salvo en la existencia de diferencias en una de las 24 variables que evalúa el MIPS.

Aún así, creemos que todavía es pronto para zanjar el análisis de las diferencias individuales entre las distintas enfermedades dermatológicas ya que existe evidencia otras publicaciones han encontrado diferencias entre las mismas.

15.2. Índice de ajuste Psicológico y Adaptación en ND.

Se ha propuesto que los estilos de personalidad juegan un papel modulador de la satisfacción vital y se han correlacionado con la satisfacción vital en varias áreas, encontrando que podrían distinguirse dos grupos de personas: uno independientes-activos y otro dependientes-pasivos. Esta distinción se realizó de forma empírica utilizando un análisis de grupos de conglomerados (López, Pilar, Morales, & Francisco, 2002). Estos autores encontraron que el perfil de personalidad del grupo dependientes-pasivos tenía menor satisfacción vital, en concreto psicológica, comparado con el otro grupo. Estos datos apoyan la impresión general de que los pacientes que hemos analizado en nuestra muestra presentan mayores emociones negativas que la población normal y presentan un índice de ajuste más bajo. Millon lo ha descrito como el patrón general de inadaptación que tiene alta relación con la variable Neuroticismo de los 5 Grandes (López, et al., 2002). Estos autores proponen que el grupo pasivo-dependiente utiliza estrategias cognitivas emocionales y que se extrapola a la mayoría de áreas de su vida por la afectación global de su estilo cognitivo basado en las inferencias emocionales.

Esta investigación es coherente con que el índice de ajuste sea más bajo en la población con las características de patrón de inadaptación de pasividad y dependencia. Por lo tanto, los resultados confirman la hipótesis de que hay diferencias de personalidad no debidas al azar entre la muestra normal y la dermatológica (LSC y Psoriasis). Entonces, se podría interpretar el índice de ajuste como un indicador de riesgo o vulnerabilidad del perfil de personalidad encontrado, del mismo modo que Millon lo ha relacionado con un patrón general de inadaptación que se relaciona con la variable Neuroticismo del modelo Big-five (Millon, 1994). Los sujetos neuróticos tienen un nivel de satisfacción y una adaptación vital menor (Fierro, 2003).

Este índice presenta el grado de ajuste al entorno del sujeto; las componentes de la ecuación que lo determinan están derivadas teóricamente suponiendo una mayor adaptación cuanto mayor sea el índice (Millon, 2001). Como puede comprobarse en el apartado de resultados, el índice de ajuste obtenido es de 5,08, por lo que dentro de la distribución (en

centiles) del índice de ajuste para adultos, según las puntuaciones de prevalencia del baremo del MIPS, le corresponde una puntuación típica de 41,23. Lo cual comparado con la distribución en centiles del índice de ajuste en adultos según las puntuaciones de prevalencia de cada grupo, indica que nuestra muestra tiene un índice de ajuste por debajo del centil 20 (puntuación típica = 42,17) (dejan por encima suya al 80% de la población). Es decir, que habría un 80% de personas en la población más adaptadas que estos pacientes. Esto significa que son personas que están muy poco adaptadas a su entorno. Este dato es coherente con las psicopatologías encontradas en esta muestra de pacientes en otras publicaciones (Mercan, 2008; Numan Kounk, 2007; G. B. Torello Lotti, Francesca Prignano, 2008).

La vulnerabilidad psicológica podría relacionarse con dificultades en estrategias evolutivas para fomentar la adaptación, tal como defiende Millon (Theodore Millon, 2001). Utilizando el mismo instrumento que hemos empleado para analizar los estilos de personalidad de los pacientes de piel, otros autores han evaluado la satisfacción en diferentes áreas vitales (López, et al., 2002) concluyendo que existe relación entre el mayor índice de ajuste y la satisfacción vital. Por lo tanto, se podría sugerir que los pacientes de piel analizados tienen déficits en el funcionamiento psicológico que les impide alcanzar mayores niveles de ajuste al medio y satisfacción vitales haciéndoles más vulnerables a las adversidades, a los eventos estresantes o las dificultades de la vida.

15.3. Eventos estresantes y vulnerabilidad psicológica en ND.

Como han señalado otros autores, las variables internas y las variables externas en conjunto predicen mejor el grado de mejoría o empeoramiento de una enfermedad (de Rivera, 1991; de Rivera, Morera, & Monterrey, 1989). En nuestro caso, hemos contabilizado el número de eventos estresantes vitales al inicio de la enfermedad como influencia externa que pueda haber originado la dificultad de adaptación. Y en conjunción con las variables externas, asumimos que las dificultades “internas” también están generando dificultades a la hora de adaptarse al medio.

Se han desarrollado investigaciones que demuestran que los eventos estresantes afectan al desarrollo de los síntomas dermatológicos en población normal (M. Gupta & A. Gupta, 2004). Las influencias por dichos eventos persistían incluso cuando se controlaban los efectos de las variables psicológicas (no utilizaron variables personalidad). Otros estudios encontraron un porcentaje elevado de pacientes (68,75%) que habían sufrido eventos estresantes en varias patologías de la piel (Capoore, et al., 1998), encontrando mayor número de eventos estresantes en los pacientes de psoriasis (48,27%), seguidos de dermatitis atópica (38,89%) y urticaria aguda (28,57%). Otros autores no encuentran mayor número de eventos estresantes en alopecia areata, pero sí mayores índices de alexitimia (Picardi, et al., 2003).

En nuestro caso el índice de eventos estresantes es muy elevado: el 70% de los pacientes de ND tuvo algún evento estresante. Lo cual sugiere una fuerte relación entre eventos emocionales negativos y el desencadenamiento de la neurodermitis, coherente con la propuesta de otros autores (Lynch, 2004; Torello Lotti, Prignano, 2008). Sin embargo, en general, la investigación actual sobre las influencias de eventos estresantes en las enfermedades dermatológicas apunta a que existen variables estables que modulan la influencia que el impacto de dichos eventos ejerce sobre el desencadenamiento de la enfermedad dermatológica (A Picardi, et al., 2005). Por lo tanto, puede que lo que esté discriminando mejor el desencadenamiento o no de una enfermedad dermatológica entre la

influencia de eventos variables de índole psicológica, sean las diferencias de personalidad más que los estados emocionales o el tipo de evento vital estresante.

En otros estudios se ha analizado la presencia de eventos vitales estresantes (entendido como una variable externa) en los años previos al inicio de una enfermedad, encontrando una relación directa entre un mayor número de eventos estresantes y mayor posibilidad de desarrollar una enfermedad. Por otro lado se estudió el efecto de la sensibilidad al estrés (entendido como una variable de índole interna al sujeto) y se vio que también predecía bien la ocurrencia de una enfermedad posteriormente. Al incluir las dos variables (externas e internas) se predecía mejor la ocurrencia de la enfermedad (de Rivera, et al., 1989).

En esta línea, se ha propuesto que los eventos vitales estresantes pueden jugar un importante papel en el desencadenamiento y exacerbación de las patologías dermatológicas como Alopecia Areata , Psoriasis, Penfigo y Vitíligo en conjunción con cierta vulnerabilidad o predisposición psicológica, como la Alexitimia. Así, los dos representan factores de riesgo para el desencadenamiento de una enfermedad dermatológica (Morell-Dubois, et al., 2008; Naldi, Peli, Parazzini, & Carrel, 2001; A Picardi, P Pasquini, MS Cattaruzza, P Gaetano, CF Melchi, et al., 2003; A. Picardi, et al., 2003). Cuando estos pacientes fueron comparados con un grupo de control, la cantidad de eventos estresantes no fue diferente. En lo único que se encontró que diferían estos pacientes fue en variables psicológicas que, los autores, propusieron como índices de vulnerabilidad psicológica.

En el caso de los pacientes con LSC, el número de eventos estresantes encontrado es muy superior al que cabría esperar por azar y en las muestras dermatológicas de otros estudios. Esto podría estar confirmando la hipótesis de que la influencia de los eventos estresantes tiene relevancia en el desencadenamiento de la enfermedad. Sin embargo, una vez planteado lo anterior, es interesante resaltar que las variables de personalidad encontradas en nuestro estudio, pueden apoyar la posibilidad de que los pacientes que hemos analizado presenten índices elevados de vulnerabilidad psicológica (expresados a través del índice de

ajuste bajo) y que esto, puede haberles llevado a desencadenar síntomas dermatológicos al igual que ocurrió en otras ocasiones aquí mencionadas.

Ahondando en esto, por otro lado, los pacientes que presentaban mayor número de visitas al médico (que como se dijo en el capítulo reservado a las variables de somatización, ha sido un indicador de la tendencia a somatizar o a expresar malestar psicológico mediante el cuerpo), reportaron menor cambio en sus vidas a raíz de la enfermedad y menor número de eventos vitales estresantes. Este paradójico dato, nos induce a pensar que existen otras influencias diferentes del padecer o no un evento vital estresante y que puede llevar a padecer síntomas somáticos, sin necesidad de eventos externos que desborden la capacidad de hacer frente a una agresión, como la muerte de un ser querido, el nacimiento de un hijo o problemas en el trabajo. Puede que con una vulnerabilidad elevada, los pacientes de piel analizados, y en general todas las personas con un índice de ajuste bajo o alta vulnerabilidad psicológica, experimenten estrés a umbrales más bajos que otros que han sido capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento conductuales, emocionales y cognitivas adaptativas a la hora de disminuir los efectos de los “micro-traumatismos” que se derivan de los eventos cotidianos.

Otros estudios que examinan como se comportan las variables de personalidad como predictoras de la activación general inespecífica, medida a través de la conductancia de la piel, y por lo tanto como éstas variables modulan la respuesta al estrés (Carrillo, et al., 2003; Larsen & Cruz, 1995) nos pueden dar pistas sobre la función moduladora de la homeostasis de variables de personalidad. En estos estudios se ha encontrado que la variable neuroticismo, predice una mayor intensidad y duración de la actividad de la piel (Catherine J. Norris, 2007). En esta misma línea se encontró que los pacientes con trastorno de somatización presentaban mayor activación del sistema nervioso autónomo medido a través de la conductancia de la piel (Sanyal, Chattopadhyay, Biswas, Mukhopadhyay, & Biswas, 1998). En este sentido, los pacientes de LSC podrían presentar una sobre-activación del sistema límbico, que se ha asociado con la variable Neuroticismo (Irving B. Weiner, 2003) y podría estar aportando información sobre la relación entre el aumento de síntomas reportados y la experimentación de emociones negativas mediado por la variable Neuroticismo (Williams & Wiebe, 2000).

Recientemente se han publicado diversos artículos que explican los mecanismos por los cuales el estrés altera las funciones de la piel, y podría desencadenar y mantener algunas enfermedades dermatológicas, en concreto las relacionadas con el rascado, al retrasar la reparación de la barrera cutánea, estableciéndose relaciones entre los mecanismos por los cuales el estrés afecta a la barrera cutánea, dando así un interesante paso para la explicación de cómo el estrés puede influir en las lesiones dermatológicas. (Petra C. Arck, 2006).

Podemos por tanto, entender las dimensiones de personalidad encontradas en LSC como un factor de vulnerabilidad que, en conjunción con otros factores que todavía quedan por dilucidar (genéticos, ambientales, etc...), podrían desencadenar y mantener el picor observado en la Neurodermitis. Por lo dicho, queda abierta la interesante labor de indagar los eslabones explicativos de la cadena que va desde la configuración psíquica del individuo, el estrés y la patología dermatológica eslabón por eslabón. Desde la personalidad y su influencia en la percepción del evento como estresante, hasta las subsiguientes cascadas de efectos que llevan finalmente a las lesiones de la piel.

Ahora bien, independientemente de cuales sean los mecanismos precisos que conforman la interacción entre la personalidad y la enfermedad y que se proponen como posibles explicadores del modelo de conexiones entre psique y cerebro, lo que resulta evidente a la luz de los datos obtenidos en esta investigación, es que tal interacción existe y no en cualquier dirección, sino que algunas dimensiones de variables molares de personalidad pueden resultar altamente descriptivas e incluso probablemente explicativas y/o predictivas de un trastorno específico de la piel.

Quizá todo esto pueda ser así porque la capacidad de adaptación, la personalidad y los procesos de regulación homeostáticos estén íntimamente ligados.

15.4. Homeostasis y capacidad de simbolización en ND.

Según Millon, “Adaptación se refiere al proceso homeostático empleado para fomentar la supervivencia en ecosistemas abiertos” (Weiner, 2003). Aquellos logros evolutivos que permitan mantener dicha homeostasis constituirán una ventaja para la vida y la procreación, frente aquellas estrategias que la dificulten o no la favorezcan. Puesto que la vida es complejidad, niveles superiores de complejidad mantendrían la vida durante más tiempo y ofrecerían más oportunidades de reproducción.

Paralelamente la capacidad de representarse el mundo de forma abstracta y simbólica es una adquisición tardía en el proceso evolutivo, siendo la más reciente (Irving B. Weiner, 2003). Es la capacidad más elevada con la que cuenta la evolución y la función que desempeña, como todo avance evolutivo, permite mantener la homeostasis y regular funciones de procreación y mantenimiento de la vida, representando un potente instrumento para el cambio y la adaptación.

El mantenimiento de la homeostasis, gracias a los procesos de pensamiento y representación del mundo externo y su relación con el interno, supone un avance significativo para la regulación de dicho equilibrio interno. Ser capaz de aplicar la experiencia pasada al momento presente, de pensar de manera abstracta, permite hacer planes y coordinar esfuerzos para una meta a lo largo del paso del tiempo, incluso en materiales que todavía no existen o de los que se dispone en el momento presente.

Ser capaz, a su vez, de representarse las relaciones con los demás, puede resultar útil para establecer flujos de ayuda-cooperación que favorezcan superar dificultades en el pasado-presente-futuro. Esto debió ser una ventaja evolutiva en el pasado y los que la tuvieron transmitieron la capacidad, bien vía transmisión de genes o mediante aprendizaje o por ambas vías simultáneamente.

Millon compara la replicación de genes con su mecanismo de recombinación subyacente al proceso adaptativo de la filogénesis, mientras que la abstracción es el

mecanismo recombinatorio de la ontogénesis (Weiner, 2003). Mientras que el proceso de replicación genético es limitado, cercenado por el número finito de genes parentales, las experiencias, abstractamente recombinadas, son infinitas.

A partir de este punto, según Millon, las variables de Pensamiento y Sentimiento reflejan las tendencias a elaborar la información que se recibe de modo lógico, coherente intelectualmente (Pensamiento) o de forma global, basado en juicios del tipo: positivo, negativo o neutro (Sentimiento), sin que esta información llegue a tener significado para el sujeto. De esta manera aquellos que poseen la capacidad o que en definitiva muestran una tendencia a basarse en las emociones para emitir sus juicios, cómo se sienten, más que qué piensan en relación a las cosas, están expuestos a las emociones que sienten de manera visceral ya se de estado de ánimo positivo, negativo o neutro. Podríamos decir que no existen “amortiguadores” para la emoción o que el sistema está predispuesto o sensibilizado a la reacción.

Si unimos esta predisposición a experimentar emociones o esta emocionabilidad con la tendencia a experimentar emociones negativas o positivas, tendremos personas con un estado de ánimo, más o menos predominante, de una valencia afectiva regular, un estilo afectivo determinado. Davidson defiende que las diferencias individuales a la hora de configurar un estilo afectivo, dependen en parte de diferencias en una mayor/menor activación de la amígdala y un mayor/menor decremento en las zonas prefrontales que pueden determinar un estilo afectivo con predominio de emociones negativas o positivas (R. Davidson, 2002).

Millon usa como sinónimo de esta categoría o su significado el término “affective amplification style” (Irving B. Weiner, 2003). En este punto es interesante hacer notar que una amplificación somatosensorial a niveles normales podría pasar desapercibida para estas personas y de ahí la necesidad de que se incremente el arousal para que se produzca una respuesta. Millon habla de que los dos caminos posibles (Intelectualidad o Sentimiento) por los que pasan las experiencias necesitan una magnitud suficiente para activar una respuesta previamente codificada.

De manera interesante otros autores (Lieberman D., 1993) hablan de que las personas con tendencia a somatizar estarían desconectados de sus estados internos, ajenos a su experiencia emocional, y orientados al logro y consecución de objetivos concretos. Sin embargo, no hemos hallado diferencias estadísticas con la población de referencia en la orientación tangible como fuente de información, como propone Lieberman. Tampoco existe un predominio exteroceptivo en detrimento de lo interoceptivo como afirma Lieberman. Por lo tanto hay matizaciones importantes que nuestro trabajo puede reconducir.

Aceptando que existen déficits en la capacidad de representarse los estados corporales, emocionales y pensamientos en los pacientes de piel que hemos analizado, podemos aceptar que existe una dificultad en manejar de forma abstracta la información que reciben. En este sentido, Lieberman et al. describen como funciones de lo que llaman el aparato simbólico (al que Millon atribuye una mejora en la capacidad de adaptación) el establecer sucesivas transformaciones de estados corporales, sensaciones y percepciones en sentimientos y pensamientos, aptos para integrarse en símbolos. Los pacientes psicósomáticos presentarían un déficit en este aparato simbólico, o como lo llama Millon procesos transformacionales de la información (independientemente de las fuentes de las que provengan, a saber, del interior: cuerpo, o del exterior: otros; de lo tangible: sensaciones, o lo intangible: la intuición).

Al estar “ajenos a sus estados emocionales” o no poder discriminar de forma lógica y representarse mentalmente su estado corporal, nos encontraríamos ante la posibilidad de que estos pacientes necesitasen un incremento de “emocionabilidad” (un plus de activación) para desencadenar su respuesta aprendida. Este mayor “aguante” (o rigidez) ante las experiencias emociones puede conllevar un mayor número de oportunidades para un desequilibrio homeostático. Esto debido a que un estado emocional intenso y prolongado puede pasar más desapercibido para estas personas, retrasando la identificación y puesta en marcha de estrategias de afrontamiento para contrarrestar el efecto. Esta podría ser la explicación de porque los pacientes de psoriasis resisten durante más tiempo situaciones de estrés.

Sabemos por otro lado que las emociones negativas ejercen un mayor efecto anti-homeostático en la piel (Denda et. al, 2000; Chuoi et. al., 2005), causando mayores alteraciones de barrera e impidiendo durante más tiempo su recuperación o cicatrización de heridas (Vileikyte, 2007) derivado de experimentos llevados a cabo en población normal.

Sin embargo, en el caso de pacientes de piel encontramos elevado arousal y tendencia a experimentar emociones negativas (Verhoeven, 2008) en mayor intensidad y duración que la población normal. Esto les hace candidatos a sufrir alteraciones psico-fisiológicas que, tal como describió Cannon (Cannon, 1935), pueden llevar a desequilibrios homeostáticos que desencadenen enfermedades somáticas.

Una vez más, atendiendo a todos estos hechos, podemos encontrar antecedentes de formulaciones similares en los postulados teóricos-clínicos de Lieberman, que expone que en los pacientes con tendencia a enfermar o somatizar hay un déficit en la simbolización: refiriéndose a la dificultad de utilizar representaciones mentales elaboradas (esquemas), que permitan analizar la realidad de manera diferenciada de las emociones propias y de los demás y data este fallo en el desarrollo evolutivo, asociándolo a las primeras interacciones entre la madre y el bebé, que impedirían al bebé posteriormente un análisis más elaborado (abstracto, lógico...) de la realidad, haciéndoles vulnerables a situaciones nuevas que requieren readaptaciones (muchas veces abstractas) de la situación.

Como han sugerido otros autores, la dificultad que presentan los pacientes psico-somáticos proviene de un déficit en la evolución de diferentes capacidades psicológicas. Aquellas personas con dificultad en representarse el mundo exterior y las complejas interacciones entre los seres humanos, serían más vulnerable a padecer alteraciones de la homeostasis interna y quizá este sea el punto de partida par el desarrollo de una enfermedad somática.

En las publicaciones comentadas en otros apartados (Yoshino, 2005a; Norris, 2007; Mardaga, 2006; Antuña-Bernardo, 2000) se ha demostrado que las personalidades neuróticas tienen más dificultad para reponerse de estímulos emocionales negativos. Sin embargo, es

interesante añadir aquí que estos estudios están apuntando en la dirección de considerar dimensiones personalidad neurótica como predictoras de una mayor activación de la piel y durante más tiempo. En el caso de los pacientes de piel que hemos analizado encontramos una personalidad coherente con una mayor reactividad emocional pero también con dificultades en regular las emociones, por lo tanto podemos decir que se multiplican los efectos de las emociones negativas en estas personas. Estos datos podrían hacer pensar que en estos sujetos se da una mayor respuesta a eventos aversivos, y que dura más tiempo, como ya se ha mencionado anteriormente.

Esta personalidad puede entonces fomentar los estados de sobre-activación que se han descrito a la hora de determinar los mecanismos por los cuales se producen alteraciones cutáneas o alteración de las funciones de regulación de la homeostasis de las células de la piel (Brown, 2004; Eung-Ho Choi, 2005; Hironori Matusushima, 2003; Kiecolt-Glaser, 1992; Mitshuhiro Denda, 2000; Nakano, 2004; V. Niemeier, et al., 1999; B. B. Torello Lotti, Ilaria Ghersetich, 2002).

Paralelamente a la activación simpática, podría existir en estos pacientes una dificultad en regular las emociones merced de su tendencia a un estilo cognitivo orientado emocionalmente, y dependiente de los refuerzos de los demás a la vez que orientado a la pasividad y evitación del dolor. Esto puede tener implicaciones importantes a la hora de adaptarse al medio y afrontar las emociones negativas.

15.5. Relaciones entre síntomas, personalidad y visitas al médico.

En nuestra muestra hemos encontrado relación entre el índice de ajuste, la gravedad de la enfermedad y el índice somático. Según la definición de trastorno de somatización, algunas personas expresan su malestar a través del cuerpo (Mattila, et al., 2008). En nuestro caso, los sujetos que mayor índice somático y más gravedad presentan son aquellos menos adaptados a su entorno, lo cual es coherente con la definición de somatización.

Los resultados de las investigaciones sobre síntomas somáticos en relación a variables de personalidad inducen a pensar que hay una forma particular de percibir en estas personas, que puede explicar un mayor porcentaje de expresión de síntomas y mayor número de visitas al médico. En nuestro caso, las personas con menor índice de ajuste reportan un mayor número de síntomas somáticos. El índice somático quizá pueda entenderse como tendencia a centrar su atención en el cuerpo y a presentar emociones negativas que posteriormente aumentarían el número de visitas al médico según los modelos propuestos por otros autores (Kolk, et al., 2004).

En los pacientes de piel analizados, el número de visitas al médico está relacionado con un mayor índice somático. Sin embargo, el número de visitas no correlaciona con variables de personalidad. Así la variable moduladora parecería ser las quejas somáticas (índice somático). En este sentido, es interesante que la variable que más correlaciona con el índice somático sea la escala de control de impresión negativa, indicando la posible relación con neuroticismo y afecto negativo, y con la tendencia personal a reportar quejas somáticas, que posteriormente se traduciría en incremento de consultas al médico (Kolk, et al., 2003).

15.6. Picor, Rascado y Personalidad.

En otros estudios se ha encontrado un alto porcentaje (50% de varianza explicada) de influencia de variables de personalidad sobre la comunicación de picor (Psouni, 2004). Al ser una experiencia subjetiva, fruto de la actividad del sistema nervioso central (Ralf Paus, 2006), el picor puede estar afectado por estructuras que se activan ante emociones negativas y mayor atención a los síntomas somáticos. En este sentido, la dificultad de regular las emociones negativas se ha relacionado con un mayor incremento en la tendencia a la somatización (De Gucht & Heiser, 2003) lo que podría, junto con otros aspectos, dar pistas sobre porque estos pacientes se quejan de picor; quizá porque perciben una intensidad de picor suficiente como para rascarse de forma crónica. Relacionado con esto, en nuestra muestra dermatológica encontramos correlación significativa de la conducta de rascado con la variable preservación ($r=.293$; $p<0.063$), mayor sumisión ($r=.328$; $p<0.037$), discrepancia ($r=.306$; $p<0.052$) y descontento ($r=.354$; $p<0.023$) e inversa con expansión ($r=-.348$; $p<0.026$). Lo que podría estar informándonos de un mayor número de emociones negativas y su posible relación con el rascado en la muestra dermatológica.

Por todo lo dicho, la relación entre personalidad y enfermedad es compleja; sin embargo parece un buen constructo psicológico para estudiar como se relacionan las distintas formas de percibir el mundo y actuar en él con el desarrollo de enfermedades somáticas. Esta podría ser una explicación de los datos obtenidos en el análisis de regresión de número de visitas al médico. De no haber medido los síntomas físicos de los pacientes no hubiésemos podido relacionar, de forma indirecta, la personalidad con el número de visitas al médico. La variable número de visitas al médico es interesante puesto que es un indicador directo del gasto sanitario y el retraso en las listas de espera (Margalit & El-Ad, 2008). Como se ha subrayado en otras investigaciones dicho gasto es más elevado en los pacientes con tendencia a expresar estrés a través de las quejas somáticas (Jeffrey L. Jackson, 2009).

En el caso de Neurodermitis, aquellos sujetos con mayor número de visitas al médico presentaron diferencias a favor de un estilo cognitivo en la línea de prestar una atención

mayor a sensaciones interoceptivas, como se ha propuesto para los trastornos somatomorfos y síntomas médicos inexplicables. Un estilo cognitivo centrado en los detalles (o analítico frente a global) y estilos interpersonales de retraimiento, conformismo y descontento, que como característica se incluyen el no expresar las emociones negativas por lo general, más la tendencia a ser pasivo-agresivo y a tener fluctuaciones de estados de ánimo, lo que podría ser coherente con un incremento en las visitas.

Paralelamente a todo esto, se ha sugerido que los trastornos de somatización podrían ser una forma de expresión de los mecanismos disociativos que se han relacionado con la enfermedad de Neurodermitis (Numan Kounk, 2007) y con la sensación de picor (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006). Una de las hipótesis de este trabajo es que los pacientes de piel puede que presenten cierta predisposición a responder más intensamente a eventos estresantes por una mala regulación emocional. Esta predisposición, podría informar de una mayor vulnerabilidad a eventos estresantes que llevaría a su vez a estrategias de afrontamiento basadas en la supresión emocional, manteniendo el estresor de forma crónica y aumentando los niveles de activación fisiológica, produciendo quizá una suerte de estrés experimentado de forma más intensa que otra población sin ese estilo cognitivo de vulnerabilidad. Por lo tanto, quizá compartan algunas características psicológicas con el trastorno de estrés post traumático, como sugieren algunos autores respecto a los pacientes de piel (M. A. Gupta, et al., 2005). La activación permanente de la respuesta de estrés puede conducir a una hipocortisolemia, que ha sido relacionada con trastornos somatomorfos y con un aumento en la percepción de síntomas físicos (Fries, et al., 2005).

Quizá en futuras ocasiones podamos contar con medidas estandarizadas para evaluar todas estas variables, que apuntan sistemáticamente en la misma dirección, es decir, hacia que los estilos de personalidad y que resultan explicativas a la hora de integrar las variables que otros estudios manejan para predecir el número de visitas al médico y el gasto sanitario (atención, afecto negativo...).

15. La conducta de rascado en pacientes de Lichen Simplex Chronicus (o Neurodermitis).

Resumiendo lo que se ha sugerido en los últimos epígrafes de esta discusión, la explicación de lo que podría estar ocurriendo en estos pacientes sería que la regulación de la conducta de rascado vendría dada por los estilos de personalidad que modularían las interacciones del medio interno y el medio externo con el fin de garantizar una mayor estabilidad de la homeostasis interna y favorecen una mayor probabilidad de adaptación en el sentido Darwiniano. Una de las amenazas para esta homeostasis es el estrés. Y ya hemos visto como variables de personalidad pueden modular la respuesta al estrés. Esto está directamente relacionado con lo que Koo ha descrito en su manual *Psychocutaneous Medicine* que, en el capítulo dedicado a la psico-neuro-endocri-inmuno-dermatología, resumen diciendo que la adaptación es el resultado de la interacción de múltiples sistemas, donde la regulación fisiológica sería el último producto de la repuesta al estrés y que podemos denominar adaptación (Koo & Lee, 2003).

La conducta de rascado puede tener en nuestra muestra de pacientes una función parecida a la que presenta en los primates no humanos, en los que el rascado es un indicador de estrés, incluso en ausencia de evidencia de incremento en cortisol (Fernstrom, Fredlund, Spangberg, & Westlund, 2009). En respuesta a eventos estresantes, los primates no humanos se rascan, resultando el mejor predictor de la ansiedad en algunos trabajos (Aureli, 1997). Se ha demostrado cómo actividades como la ansiedad por separación de la madre producen un incremento de conductas de rascado en las crías (Maestripieri, Shino, Aureli, & Troisi, 1992). Hasta el punto que la variable neuroticismo se ha medido mediante la conducta de rascado en primates no humanos (Maestripieri, 2003). En otro estudio, las conductas de rascado y acicalamiento se incrementaron tras una pelea entre individuos de un grupo disminuyendo rápidamente tras la reconciliación (Kutsukake & Castles, 2001)

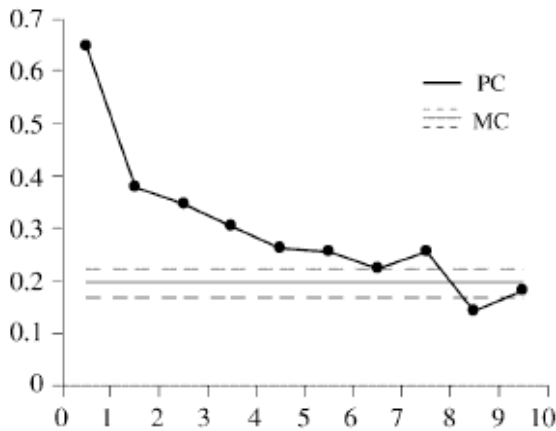


Figura 15.7.1. Niveles de rascado (Ordenadas), tiempo transcurrido (abscisas).

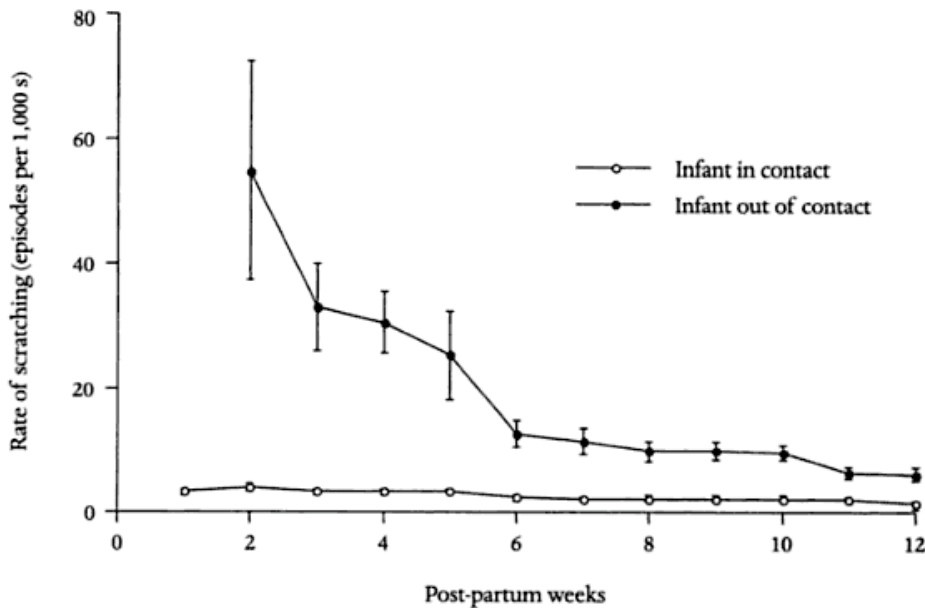


Figura 15.7.2. Niveles de rascado de la madre en ausencia de la cría.

En los pacientes que hemos examinado, la experiencia se organiza en función de la vivencia emocional como muestra la escala elevada de sentimiento. El rascado podría ser una forma de control de la emoción cuando fallan los sistemas reguladores cognitivos. Sin embargo, en otros trabajos se ha concebido como una conducta orientada al problema (Salewski & Lissner, 2002), conceptualizando el rascado como una estrategia de afrontamiento orientada a resolver el problema de picor en pacientes de piel con eczema. En nuestro caso, basándonos en nuestros datos, el rascado correlaciona con un estilo

motivacional basado en la evitación del dolor, mayor que en la población normal. Por otro lado, el rascado está presente en una población con unas características de personalidad donde la tendencia a experimentar emociones negativas es mayor que la media. La conducta de rascado por tanto, podría estar orientada a la emoción más que la búsqueda de solución a un problema (el picor). Es posible que la conducta de rascado esté orientada a disminuir o regular los niveles de estrés y quede reforzada por aliviar las emociones negativas. Algunos estudios han comprobado que el mantenimiento de las conductas de rascado pueden estar bajo el efecto de condicionamiento en pacientes de piel. Robertson et al. comprobaron experimentalmente que el condicionamiento ocurría más rápido en pacientes de lichen simples chronicus frente a los controles (Robertson, et al., 1975).

En estudios realizados en primates no humanos, cuando un miembro de un estatus más bajo disminuía la proximidad a un miembro del grupo dominante, aumentaban las conductas de rascado, ya que aumentan las posibilidades de agresión (Maestriperieri, 2003). Lo que recuerda a la tendencia a la sumisión, conformismo y aquiescencia propia de los individuos que hemos analizado. La tendencia a la sumisión que presentan estos pacientes podría inducir estados de ansiedad por su tendencia a presentarse de manera sumisa, conformista y aquiescente. En otro estudio con macacos de cola larga se encontró que las conductas de auto-acicalamiento y auto-rascado de las hembras eran mayores cuando estaban cerca de un macho dominante que cuando estaban solas (Pavani, Maestriperieri, Schino, Turillazzi, & Scucchi, 1991), reforzando la idea de que la tendencia a la sumisión puede generar aumentos en los niveles de ansiedad.

Ahora bien, en nuestro caso nos interesa conceptualizar el incremento de la conducta de rascado como una de las manifestaciones del estrés, tal como ha sido observada en otras investigaciones en humanos (de Rivera, 1991). Lo que se propone es que las estrategias de adaptación, los estilos de personalidad que despliegan los individuos, pueden aumentar la ansiedad y la tensión y agravar así un estado emocional negativo o incluso padecerlo a causa de tal disposición.

El que los sujetos explorados presenten un estilo cognitivo orientado hacia la emoción, nos puede dar idea de que el tipo de regulación ante eventos estresantes puede ser el de suprimir la emoción, lo cual se ha relacionado con estados más prolongados de emociones negativas. En este sentido, aquellos que son capaces de integrar la información de forma lógica (corticalmente, podríamos decir), pueden presentar ciertas ventajas evolutivas para hacer frente al estrés. Sin embargo, estos pacientes, al utilizar estrategias centradas en regular la emoción, como otros pacientes de piel, pueden presentar problemas en la adaptación y regulación de la homeostasis y por lo tanto requerir estrategias que disminuyan el exceso de activación. Quizá temperamentalmente estén predispuestos a un elevado nivel de activación, sin embargo, lo que podemos decir aquí es que presentan un estilo cognitivo desadaptativo que no les permitiría hacer frente a las emociones que experimentan. Estas dificultades interpersonales tienen relación con las halladas en un estudio prospectivo en pacientes de quemaduras donde se encontró un 39% de varianza explicada de tener un prurito persistente relacionado con las variables de buscar más apoyo instrumental, pero menos apoyo emocional y ser menos asertivos (M. Willebrand, et al., 2004). Lo que puede estar explicado de alguna forma por lo que acabamos de comentar. Esta falta de asertividad recuerda a las estrategias interpersonales de sumisión, aquiescencia y conformismo propias de la muestra, conductas que, posiblemente, utilicen para compensar los efectos de una mala regulación emocional.

Tomando los pacientes de piel en general, hemos encontrado correlaciones entre la conducta de rascado y algunas escalas de personalidad. Existe relación con las variables Expansión (inversa) y Preservación (directa pero marginalmente significativa), lo que indica una asociación entre experimentar emociones negativas y la tendencia a rascarse. Podríamos concluir que cierto desajuste psicológico favorece un incremento en la conducta de rascado.

Mientras no se modificaban variables relacionadas con la personalidad, como la forma de interpretar un suceso o las estrategias de afrontamiento para un determinado problema, la tensión emocional no modulada e incluso acrecentada por el procesamiento cognitivo basado en la emoción, seguiría ejerciendo su influencia. Después de que, en la consulta del médico, se les haya explicado que las lesiones se las causan ellos mismos,

aquellos que son capaces de reflexionar antes o durante el momento de rascado e inhibir su conducta, son aquellos que se han curado, o que nunca desarrollaron Neurodermitis por ser capaces de procesar la información de modo lógico y reflexivo.

En efecto, para los pacientes de Neurodermitis, la conducta de rascado podría ser una consecuencia de una orientación hacia la emoción que podría perpetuar la conducta, por su ineficacia al disminuir la ansiedad junto con un estilo cognitivo inadecuado para hacer frente a la situación, como sugieren los datos del análisis de regresión prospectivo, donde se explica el 23,2% de la varianza de curación por la variable sentimiento.

Ante un incremento en el nivel de activación psico-fisiológico y ante la imposibilidad de hacer frente a la nueva situación, se requieren estrategias de regulación de la emoción. Puede que dificultades en esta regulación emocional retrasen la percepción de los propios estados emocionales negativos, como ocurre con la Alexitimia (Näätänen, Ryyänen, & Keltikangas-Järvinen, 1999). Como respuesta al estrés no regulado por estrategias cognitivas eficaces, se produce el rascado como intento de regular la homeostasis interna; el rascado ha quedado condicionado al alivio ante emociones negativas, que cuando se vuelvan a producir elicitarán la conducta con más probabilidad. Paralelamente, se produce una cascada de alteraciones fisiológicas que disminuye el umbral de la sensación de picor (M. A. Gupta, 1994), lo que acrecentaría los niveles de picor-rascado. Por Condicionamiento Operante se adquiere el hábito de rascado y se comienzan a producir las primeras lesiones.

Algo interesante es que el índice de correlación de Pearson entre Picor y Rascado fue de 0.615 ($p < 0.000$). Lo que indica una relación alta pero no perfecta. Es decir, puede haber mecanismos que se solapan y puede que esté muy asociado una cosa a la otra (picor al rascado) sin embargo, hay que advertir que nuestros datos, en cierto modo, apuntan a que hay aspectos distintos de una y otra. El ser el rascado una conducta y el picor una percepción apoya la idea de que las facetas cognitivas, conductuales y emocionales tienen diferentes pesos al explicar aspectos distintos del comportamiento.

Se ha comprobado que el estrés percibido incrementa el picor y la conducta de rascado (Fjellner & Arnetz, 1985) por compartir mecanismos comunes entre éste y sustancias que incrementan la sensibilidad al picor (Arck & Paus, 2006). En este sentido, es muy posible que en un futuro se encuentren los mecanismos que modulan la sensación de picor y por ende, puedan mitigar en parte la conducta de rascado; sin embargo, parece que el rascado puede darse sin picor, ya que, como estamos viendo en los estudios con primates no humanos podría tener funciones de regulación de la homeostasis por sí misma.

Se ha propuesto que los estados emocionales negativos demasiado intensos generan estados disociativos y estos a su vez se han relacionado con alteración de las sensaciones cutáneas como el picor. La tendencia de estos pacientes a experimentar emociones negativas, junto con malas estrategias para regular su estado emocional puede llevarles a estos estados disociativos y de ahí aumentar la posibilidad de percibir las sensaciones cutáneas como picor (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006) y proceder al rascado.



La relación directa entre rascado y eventos emocionales negativos, e inversa con estados emocionales positivos, nos indica que estos pacientes presentan estados emocionales negativos que tratan de disminuir con el rascado. La falta de capacidad reflexiva basada en el pensamiento lógico y analítico (alto sentimiento y bajo pensamiento) nos puede estar

indicando una disminución de las capacidad cognitivas para regular los estados emocionales y detener la conducta de rascado.

Quizá estemos ante personas con predominio subcortical, lo que sería coherente con elevados niveles de activación simpática y emociones negativas postuladas (quizá haya una sobreactivación del sistema límbico, en concreto la amígdala).

Ante un evento emocional negativo, los estilos de personalidad encontrados actuarían de factor modulador. Las personas con un tipo de personalidad más desadaptativa responderían con estrategias psicológicas (emocionales, cognitivas y conductuales) (Theodore Millon, 2001a) ineficaces con el consiguiente desarrollo de psicopatología (Mercan, 2008; G. B. Torello Lotti, Francesca Prignano, 2008) y esto conllevaría a mecanismos disociativos en los casos más graves (Numan Konuk, 2007). Se entiende la disociación como un estilo cognitivo, como un intento de adaptación al medio. Esta respuesta a su vez, llevaría a alteraciones de las sensaciones cutáneas y provocaría el picor (A. K. G. Madhulika A. Gupta, 2006).

En resumidas cuentas, los estilos de personalidad encontrados estarían apuntando a una dificultad en regular los estados emocionales ante eventos emocionales negativos. Los pacientes podrían haber aprendido que una de las pocas maneras de reducir el nivel de activación es el rascado.

Ante los datos obtenidos, deberíamos aceptar la posibilidad de que las diferencias individuales a la hora de explicar los estados emocionales negativos, dificultades en el trato con los demás y habilidades cognitivas que dificultan el utilizar las capacidades analíticas y lógicas para regular la emoción, pueda llevar a estas personas a la necesidad de administrarse un ansiolítico natural como son, en nuestra especie, las conductas de rascado y acicalamiento.

16. Conclusiones.

Para ordenar el apartado de conclusiones se ha procedido en el mismo orden en el que se propusieron las hipótesis. Al final de cada conclusión se indica entre paréntesis la hipótesis operativa a la que hace referencia. Y se desglosan sub-conclusiones derivadas de las mismas.

1. En virtud de los datos obtenidos podemos afirmar que **existen diferencias de personalidad entre la población normal y la muestra dermatológica.** (Conclusión derivada de la hipótesis operativa 1).
 - a. La población dermatológica en conjunto conforma un perfil diferenciado de la población normal.
 - b. Se encontraron diferencias en las tres dimensiones del cuestionario de personalidad (emocionales, cognitivas e interpersonales) indicando que **la configuración psicológica de la persona con Neurodermitis difiere sustancialmente de la muestra normal.**
 - c. Este trabajo aporta datos que apoyan la hipótesis de que **las variables de personalidad podrían jugar un importante papel a la hora de modular el desarrollo de enfermedades.**

2. **Los pacientes con enfermedades de la piel comparten aspectos de personalidad comunes y se diferencian en otros. (2)**
 - a. Las diferencias en los estilos cognitivos, orientados a la emoción y no al pensamiento, expresan **diferencias individuales a la hora de procesar la información,** lo que podría estar en la base del desarrollo de la patología cutánea en general.
 - b. En este sentido, tanto el perfil de personalidad de los pacientes de Neurodermitis como de Psoriasis presenta importantes similitudes en las tres dimensiones de personalidad, de forma coherente con hallazgos de otras investigaciones en dermatología, pudiendo tratarse de características psicológicas que podrían compartir los pacientes de piel en general.

- c. No se encontraron diferencias entre Neurodermitis y Psoriasis salvo en la escala Aquiescencia. Sin embargo, debido a esta diferencia debemos aceptar que **existen diferentes formas de adaptación en distintos grupos dermatológicos.**

3. Los individuos con enfermedades de la piel presentan dificultades en su adaptación psicológica al medio. (3i, 3ii)

- a. En la muestra analizada, existe un perfil de desadaptación en las personas con patologías de la piel.
- b. Tanto los pacientes de Neurodermitis como los pacientes de Psoriasis presentan niveles de adaptación inferiores a la población normal.
- c. La dificultad para regular las emociones negativas podría explicar, en parte, la tendencia a enfermar de estas personas.
- d. Las personas con Neurodermitis y Psoriasis presentan un elevado porcentaje de eventos estresantes previos al inicio de la enfermedad lo que podría actuar como factor desencadenante de las alteraciones psicológicas.
- e. Las dimensiones de personalidad encontradas podrían hacer más vulnerables al estrés a los sujetos de la muestra lo que, a su vez, podría aumentar las probabilidades de desarrollar una enfermedad de la piel.
- f. Las **dificultades de estrategias cognitivas** de regulación de la emoción podrían interferir en las relaciones sociales empeorando las relaciones interpersonales y disminuyendo la calidad de vida, reflejado por una disminución del índice de ajuste.

4. Existe relación entre síntomas somáticos y variables de personalidad que suponen desadaptación. (4)

- a. El índice de ajuste correlaciona con la gravedad de los síntomas evaluados por el médico y por el número de síntomas físicos en general, lo que puede ser un indicio a influencias psicológicas a la hora de experimentar síntomas físicos.
- b. La expresión somática medida independientemente a través de la valoración del médico y el cuestionario de síntomas correlaciona directamente con el índice de ajuste. Esto puede apuntar a un incremento de síntomas cuanto más desajustado está un individuo.

5. Existen variables psicológicas implicados en la sensación de picor y la conducta de rascado. (5-7)

- a. Las emociones negativas están relacionadas en mayor medida con el rascado que con el picor.
- b. Fruto de tendencias estables a la hora de responder de forma desadaptada a los eventos vitales, las personas que desarrollan una Neurodermitis podrían recurrir a **las conductas de rascado como estrategia de control de la emoción.**
- c. Las percepciones físicas podrían estar agravadas por variables psicológicas que aumentan la percepción somática.
- d. Las dificultades en mantener la homeostasis y adaptarse al entorno pueden ocasionar alteraciones de las funciones de la piel con el aumento del picor y su consecuente rascado.

- e. El rascado puede ser una conducta para disminuir el nivel de arousal y estrés psicológico.

6. Conclusiones sobre la Intervención.

- a. A partir de los datos obtenidos una de las conclusiones podría ser que para intervenir en la enfermedad de Neurodermitis se requerirían tratamientos multicomponente centrados en modificación de conducta, reestructuración cognitiva y habilidades de regulación de la emoción.
- b. Se recomienda intervención psicológica para mejorar la calidad de vida y disminuir el efecto que un estilo de personalidad desadaptativo pueda estar ejerciendo sobre la enfermedad.
- c. **El MIPS es un instrumento sensible** a las diferencias individuales, capaz de discriminar con precisión aspectos relevantes en población dermatológica, haciéndole una herramienta **útil para la investigación en psicología de la salud**.

17. **P**ropuestas de futuro y Limitaciones de la presente investigación.

Limitaciones del estudio en cuanto a su metodología:

Sin ser el único objetivo de este trabajo de investigación, los análisis entre los grupos de Neurodermitis y Psoriasis podrían haberse mejorado incrementando el tamaño muestral para que las diferencias, si las hubiese, emergieran con suficiente intensidad como para percibir las con claridad. No es el caso. O bien no existen tales diferencias o tal vez, el

número de sujetos es limitado. Aún así, los datos encontrados apuntan a que en conjunto tiene sentido hablar de características compartidas por los pacientes de piel relativas a la población normal. Esta información, a pesar de la limitación en la extrapolación de datos, más que desanimarnos, nos impulsa a perseguir en futuros trabajos un número de sujetos mayor, tras cuyos análisis pueda afirmarse con rotundidad que existen o no diferencias entre las enfermedades dermatológicas; entre Psoriasis y Neurodermitis. En este sentido, el creernos cerca de aislar variables psicológicas relevantes en el desarrollo de enfermedades genera esperanza para aquellos que sufren y satisfacción para los que desean ayudar.

Otros aspectos que pueden mejorarse tienen que ver con las quejas que presenta la población de Neurodermitis: picor y rascado. Pese a que la medida de picor no ha sido evaluada en una cantidad suficiente posiblemente como para arrojar significación estadística, aceptamos como posible crítica no haber evaluado desde el principio variables de picor para así aumentar la casuística y la potencia estadística. A pesar del inconveniente que, a efectos de generalización de resultados pudiese existir, quedamos parcialmente satisfechos de los resultados obtenidos por desbrozar complejidad de un tema que afecta a tantas personas y que promete facilitar intervenciones orientadas a disminuir o acortar el sufrimiento humano, aspecto a la que nuestra labor y vocación es altamente sensible.

Pero, como suele pasar en otras facetas de la vida, la voluntad por sí misma no garantiza y además es imperfecta y por lo tanto la atención que pudimos prestar a la hora de seleccionar la muestra, nuestra atención a la selección de los instrumentos, el inmenso número de variables y su operacionalización y en general otros detalles prácticos, nos hizo pasar por alto la posibilidad de que en patologías del picor-rascado, estas variables pudiesen funcionar independientemente y más aún, para nuestra sorpresa, relacionarse con facetas diferentes de la naturaleza humana, como así ha sido en cuanto a diferentes asociaciones con dimensiones de personalidad. Por lo tanto, una mejora achacable a nuestra metodología sería la de obtener datos de la variable de picor y rascado antes y después de la aplicación del tratamiento médico y no solo posteriormente (como finalmente se ha realizado).

La satisfacción parcial debe ser entendida no como aceptación simplona de errores metodológicos, sino que, a pesar de no haber medido picor y rascado en todos los pacientes de la muestra, consideramos que los hallazgos que se obtuviesen de una ampliación de esa información señalarían en la misma dirección que los que ya hemos obtenido y siguiendo el lema, donde hubo error la virtud debe advenir, posibilita seguir recopilando datos, y mantener ilusión y curiosidad en esta línea de investigación. Considerando esto como un atenuante a nuestra falta, podemos mostrarnos satisfechos de haber reaccionado suficientemente a tiempo y haber implementado formas de medir el picor y el rascado que nos han permitido obtener datos empíricos que puedan orientar a posteriores generaciones de psico-dermatólogos y adentrarnos en el comportamiento de estas variables lo suficientemente rápido como para no perder un porcentaje más alto del flujo de pacientes que han colaborado en esta investigación.

Propuestas de futuro.

Para facilitar el desarrollo y lectura de este apartado se desglosan los posibles campos de investigación y se proponen ideas que pueden ofrecer datos esclarecedores, matizadores y complementarios de las conclusiones y de los resultados obtenidos en esta investigación. Así, se divide en apartados que tratan de ofrecer líneas de investigación sobre aspectos Psicofisiológicos, Psicoterapéuticos, Metodológicos, Personológicos, Diagnósticos e Interdisciplinarios.

Puesto que hemos comprobado que existe relación entre la patología cutánea y ciertas dimensiones de personalidad, sería interesante comprobar si las personas con otras patologías cutáneas presentan también estas mismas dimensiones de personalidad o diferentes. Y si así fuese, qué implicaciones podrían tener en el desarrollo de la enfermedad, su curso y tratamiento.

A la luz de los datos, los pacientes de neurodermitis podrían beneficiarse de programas de intervención psicológica orientados a dotar de recursos psicológicos más maduros y adaptativos tanto a los pacientes como a sus familiares, para poder así intervenir

preventivamente en aquellos casos en los que no se hubiese dado la enfermedad. Este puede ser el caso de programas de regulación de la emoción o de reinterpretación cognitiva de la situación con el fin de aumentar las fortalezas de los pacientes en aquellos aspectos psicológicos relevantes que han demostrado ser centrales en el desarrollo de la enfermedad.

En este sentido, a la luz de las aportaciones en relación a las dimensiones personalidad diferenciales encontradas, podría sugerirse la pregunta de ¿Qué tratamiento psicoterapéutico resulta más eficaz o indicado para estos pacientes?, y si tendría eficacia a corto, medio o largo plazo. Por lo central de las cogniciones en el perfil de personalidad (relacionado con el picor y el rascado) podríamos suponer que intervenciones con componente cognitivo podrían, en principio, ser de utilidad para estos pacientes. Por lo tanto, investigaciones que evaluaran el peso de diferentes componentes psicoterapéuticos y que permitiesen seleccionar las técnicas más adecuadas para el tratamiento de estos pacientes aparece como prioritario, dada la escasez de programas efectivos de tratamiento para pacientes que sufren de picor.

En esta línea, y teniendo en cuenta la propuesta de diagnóstico provisional que apunta a tendencias dependientes en la muestra de Neurodermitis, podrían considerarse tratamientos que tratasen de modificar cogniciones de dependencia o de valor personal, por las implicaciones en la independencia que puedan tener estos pacientes, no sin antes, explorar más a fondo las dimensiones de personalidad.

Una hipótesis operativa de trabajo consistiría en evaluar el sociograma de los individuos que se producen heridas como consecuencia de conductas de rascado (tricotilomanía, etc...) suponiendo que se situarán en un lugar más bajo del sociodrama, en relación a la sumisión que hemos visto que se relaciona en otras especies con una mayor conducta de rascado. O comprobar si en momentos de desajuste al entorno (estrés) aumentan las conductas de rascado en estas personas más que en aquellas que se sitúan más alto en el sociograma. Esta investigación podría implementarse en aulas como medida de estrés en los niños, quizá para detectar conductas de bulling. Quede como idea a desarrollar más que como sugerencia.

Por otro lado, todavía no ha quedado suficientemente claro la gravedad de la tendencia de personalidad en la muestra, es decir, sabemos que presentan estilos dependientes pero no si son de suficiente gravedad como para barajar un diagnóstico de trastorno de personalidad dependiente. Sin que eso implique diferencias en el tratamiento, teniendo en mente el posible diagnóstico según el modelo de Millon, si existe relación entre estas dimensiones de personalidad y un trastorno de personalidad dependiente siguiendo el continuo normalidad-patología, sería interesante desarrollar metodologías de investigación, quizá sustituyendo el MIPS por otro cuestionario que sea sensible a trastornos de personalidad como el MCMI y establecer así líneas de corte para evaluar las repercusiones que tendría para la psico-somática de estos pacientes, en cuestión de gravedad de los síntomas y de opciones de tratamiento.

Psicofisiología de la Personalidad.

Varios trabajos han encontrado que la personalidad puede actuar como factor modulador de las experiencias emocionales estresantes, siendo más vulnerables a las reacciones psicofisiológicas del estrés aquellas personas que puntúan más alto en algunas variables de personalidad, como es el caso del neuroticismo. El perfil de personalidad encontrado en este estudio es coherente y de hecho apoya la hipótesis de que las características de personalidad de los pacientes de LSC pueden actuar en la misma forma que lo que otros han denominado rasgos neuróticos y pueden maximizar o no amortiguar los efectos producidos por los estresores diarios o exacerbar el efecto de eventos psicológicos vividos como más amenazantes por estas personas. Lo interesante del hallazgo es que hasta el momento no se tienen en cuenta suficientemente las variables de personalidad a la hora de comprender y tratar a estos pacientes, por tanto se pierden oportunidades de detección e intervención.

Nuevas líneas de investigación que comprobasen el efecto de la personalidad en la piel podrían arrojar más luz sobre la terapéutica de las enfermedades cutáneas con posible influencia de causas psíquicas. El hecho de que se hayan encontrado diferencias de medias entre las muestras normal y ND, no aporta información determinante sobre una relación

causal de la personalidad sobre la enfermedad de ND. Aunque nos inclinamos a pensar de esta manera bajo el supuesto de que la personalidad actúa de variable moduladora de los acontecimientos vitales. Tampoco explica por sí misma cuáles son los mecanismos por los que se producen sus influencias. De qué manera el estudio de la personalidad puede establecer diferencias de elección en las prácticas terapéuticas es todavía una incógnita que debe ser respondida en futuros trabajos. Lo que sí podemos aportar son datos que apoyan, con una alta consistencia estadística, la relación que existe entre unas determinadas dimensiones de personalidad y la enfermedad dermatológica estudiada.

Aunque consideramos que el número de sujetos incluidos en este estudio permite establecer diferencias entre la muestra de Neurodermitis y la población normal, relaciones estadísticas más potentes podrían deducirse con una población mayor y con una comparación entre diferentes enfermedades cutáneas. Es por esto que en este equipo de investigación en psicodermatología se haya comenzado a tomar muestras de enfermedades como psoriasis, dermatitis atópica y urticaria, esperando que la comparación entre estas poblaciones dermatológicas arroje algo de luz a estas interesantes interrelaciones entre disciplinas al parecer tan dispares a priori para entender un poco más el mecanismo psicológico que subyace a la sensación de picor, rascado y evolución de lesiones de piel. Por supuesto no dejando de atender a factores de riesgo, pero sobre todo protectores de la salud. Esto no se podría llevar a cabo sin una valoración global, extensa y profunda de múltiples fuentes de información.

Respecto a los mecanismos explicativos:

El modelo explicativo propuesto también necesita verificar si cada uno de los eslabones del mismo establece diferencias entre unas poblaciones y otras o si es este o aquel mecanismo causal el que aumenta la probabilidad de que suceda la enfermedad dermatológica.

En relación con el artículo de Mardaga (S. Mardaga, 2006), podría resultar muy interesante investigar si puede medirse la evolución de una intervención psicoterapéutica a través de medidas psicofisiológicas como la electroconductancia de la piel. En este sentido, quizá sean de especial interés los estudios de la eficacia de técnicas psicológicas, como el biofeedback de electroconductancia de la piel, para el tratamiento de estos pacientes, bajo la hipótesis de que si son capaces de controlar la activación simpática expresada en la piel, puedan ser quizás capaces de mejorar las lesiones de piel. Puesto que como se ha apuntado en algún artículo utilizado en este trabajo, el estrés psicológico disminuye la velocidad a la que se recupera la piel, por alterar la fisiología cutánea.

En este sentido, también podría resultar interesante realizar experimentos psicofisiológicos para comprobar experimentalmente si los sujetos más proclives a experimentar estados disociativos en respuesta a un alto estrés presentan un patrón de activación de la piel, como proponen algunos estudios resumidos al inicio de este trabajo y qué implicaciones puede tener esto en la emergencia del picor.

Asimismo, se podría investigar el posible peso de diferentes componentes de programas de intervención mediante técnicas cognitivo-conductuales que han resultado útiles anteriormente y su influencia en el cambio de los estilos de personalidad (cognitivos, fisiológicos y conductuales). Todo esto tiene sentido, ya que todavía queda por dilucidar si el perfil de personalidad encontrado es causa o consecuencia de las situaciones estresantes y se requeriría quizá una metodología longitudinal para poder comprobar el papel de causa o de consecuencia de la personalidad.

Ahondando más en este sentido, deben explorarse las implicaciones de un tratamiento que comprendiese éstas variables de personalidad y tratase de orientar la terapéutica a factores cognitivos, conductuales y emocionales característicos de estos pacientes. Dilucidar qué componentes mejoran la intervención dermatológica, y cuales mejoran la calidad de vida por vía de una mejor disposición emocional-cognitiva-conductual es un trabajo que todavía queda por realizar. Es decir, explorar en qué porcentaje y sobre qué variables son efectivos los diferentes tratamientos: dermatológicos y psicológicos.

Aplicación de los datos obtenidos.

Este trabajo de tesis doctoral puede servir para establecer las bases de un complemento a la atención sanitaria que pretenda afrontar el reto que suponen los pacientes con tendencia a somatizar para el modelo orientado a lo somático de la medicina.

La aplicación fundamental derivada de los resultados de esta investigación, desde el punto de vista psicológico, es la de orientar el trabajo psicoterapéutico en las variables psicológicas relevantes en las distintas enfermedades dermatológicas. La comprensión de qué elementos psicológicos o qué tendencias presentan estos pacientes como grupo y devolver o contrarrestar las mismas con estrategias más eficaces a la hora de abordar los retos que presentan en sus vidas, puede marcar la diferencia entre un mayor o menor número de recaídas y sobre todo redundar en una mejor calidad de vida en estos pacientes.

Parece que una de las recomendaciones que se pueden derivar para los dermatólogos que tratan estos pacientes es que colaboren íntimamente con equipos multidisciplinares en general y psicoterapeúticos en particular, que sean capaces de ayudar a estas personas a modificar los estilos de personalidad y como consecuencia, ayudarles a enfrentar mejor las dificultades vitales, con la consiguiente mejora de su calidad de vida y de sus lesiones de piel.

La expresión de las tensiones emocionales sobre el cuerpo podría depender de un abanico de variables bio-psico-sociales más amplias que las enumeradas e investigadas en esta ocasión, sin embargo, fortalecer una dimensión de sus vidas puede mejorar sustancialmente el resto. Es por esto que una intervención psicológica centrada en:

-Aumentar la atribución psicológica o mixta. Proponer al paciente la posibilidad de atribuir sus síntomas a factores emocionales y no solo físicos.

-Dotar de recursos personales. Estrategias de afrontamiento.

-Proponer atribuciones más saludables. Mediante la reestructuración cognitiva de aspectos que tengan que ver con cogniciones desadaptativas.

-Modificar conductas desadaptativas. Eliminar en lo posible el ciclo de picor-rascado. Posiblemente con la técnica de Azrin cuya eficacia ha sido ya probada.

-Romper el foco atencional sobre los síntomas. Proponer estrategias de control de la atención.

-Aumentar la tolerancia a eventos estresantes.

- Utilizar técnicas de reestructuración cognitiva como estrategia frente a supresión de la emoción.

Dado que el número de visitas al médico puede explicarse en parte por el índice de somatización y este a su vez está influenciado o relacionado al menos con variables psicológicas (en este caso operativizadas a través de estilos de personalidad), los usuarios de los sistemas sanitarios que presentasen perfiles parecidos podrían incluirse en programas que, mediante una intervención orientada a modificar los estilos de personalidad, redujese en un porcentaje, siempre apreciado por los gestores hospitalarios y por el sistema nacional de salud en su conjunto, el gasto económico que ocasionan estos pacientes.

Sin embargo, más interesante aún es la función asistencial-humanitaria a unos pacientes que no encuentran satisfacción o alivio para sus quejas en la solución somática de su sufrimiento. Basándonos en los datos obtenidos en este trabajo de investigación podríamos obtener dos mejoras en la atención sanitaria:

1. Los pacientes que se asemejasen a este perfil de estilos de personalidad, podrían ser incluidos en un programa de tratamiento psicológico, en el mejor de los casos, o
2. Al menos se podría traducir en una mayor colaboración multidisciplinar para comprender y atender la complejidad de su estado de salud (física y psicológica).

Autores anteriores afirman que, aunque los índices de severidad de las lesiones y las puntuaciones de prurito son buenos predictores de la mejoría, el indicador más significativo para la mejoría o rehabilitación del paciente es medir el grado de mejora funcional que presente el paciente (R. G. Fried & Hussain, 2008), y en este sentido el MIPS y en concreto

el índice de ajuste al medio, pueden aportar información relevante para el clínico en cuanto al curso de la enfermedad y el grado de adaptación “real” del paciente.

Otra aplicación interesante podría ser la *predicción de la mejoría* de los pacientes con prurito y podría influir en el tipo de tratamiento o en el énfasis a hacer en la parte somática o psicológica en los pacientes que tengan/carezcan de recursos psicológicos, limitando así los efectos secundarios para los pacientes o los costes de una medicación que, por lo menos en el caso de la psoriasis, resultan muy elevados. Por otro lado, quizá se pudiese reflejar la mejoría mediante el mismo test o mediante variables psicológicas que puedan irse descubriendo.

Otros posibles trabajos de investigación que se pueden proponer son aquellos que incluyan componentes de evaluación-estimulación neuro-psicológica en programas de tratamiento para la depresión y la ansiedad. Es posible que este tipo de medidas psicológicas puedan ser más sensibles a posibles cambios. Y por otro lado, quizá se puedan realizar programas de estimulación cognitiva para que estos pacientes aprendiesen nuevas palabras para designar sus afectos. En este sentido, programas de biofeedback electrodérmico y entrenamiento mediante moldeado de nombrar sus emociones, podría ser un buen comienzo para que estos pacientes pudiesen expresar aquellos estados emocionales a los que no han sido capaces de dar nombre.

En definitiva, y más allá de estas propuestas de futuro, parecería posible desarrollar una labor de intervención en problemas de la salud donde los psicólogos tienen interesantes e importantes aportes que realizar.

Los pacientes podrían beneficiarse de un cambio en las estrategias psicológicas que utilizan para afrontar sus vidas resultado en un incremento de la satisfacción vital. Como en la mayoría de investigaciones, debemos contentarnos con abrir una línea más que con cerrar un capítulo.

18. Consideraciones finales.

Las diferencias psicológicas entre grupos de individuos resultan un aspecto interesante para la psicología diferencial y también, si esos grupos se forman en función de diferencias de personalidad entre diferentes de enfermedades, para la psicología de la salud. En este sentido, explorar las diferencias individuales entre colectivos de enfermedades y población sana puede aportar información útil para diseñar intervenciones y, de manera más abstracta, aportar información relevante sobre la complejidad de la vida, comprender cómo ocurren las cosas: cómo enfermamos, cómo nos curamos, por qué ante la misma exposición a situaciones patógenas y en presencia de la misma enfermedad unos sobreviven y otros mueren, unos sufren más y otros convierten el trance en una experiencia de crecimiento que enriquece sus vidas y la de los suyos...

Las investigaciones sobre el factor modulador de la personalidad en las enfermedades somáticas han recorrido un importante trecho. Ha pasado de ser una disciplina especulativa (aunque fructífera) en la que se reunieron experiencias clínicas y teorías de muy diversa índole para dar el paso al estudio científico, seguro y prometedor, de las diferencias individuales a la hora de atravesar el sufrimiento que supone el proceso de enfermar. Si el fuego (la intuición) sirvió para comenzar a conquistar la noche, la electricidad (el método científico) quizá pueda arrojar luz sobre lo que todavía parece una entelequia para algunos ajenos todavía a las investigaciones de la ciencia psicológica en el campo de la salud.

Es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud acercar y desarrollar todas las herramientas tanto teóricas como técnicas para ir robándole terreno a la enfermedad y al sufrimiento que se deriva de ella. Si la enfermedad es una de las vías que debe afrontar todo ser vivo como forma de resistirse a la selección natural quizá, como especie, estemos dispuestos a luchar juntos para lograr retrasar o frenar este proceso. Con eso quizá hayamos ganado algo de tiempo.

19. **A**nexos

Anexo 1. Tablas de frecuencia de datos socio-demográficos.

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Valido	1,00	24	26,1	26,1	26,1
	2,00	68	73,9	73,9	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Valido	1,00	14	15,2	16,9	16,9
	2,00	6	6,5	7,2	24,1
	3,00	48	52,2	57,8	81,9
	4,00	7	7,6	8,4	90,4
	5,00	8	8,7	9,6	100,0
	Total	83	90,2	100,0	
No disponible		9	9,8		
Total		92	100,0		

Relación conyugal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	20	21,7	30,8	30,8
	2,00	26	28,3	40,0	70,8
	3,00	13	14,1	20,0	90,8
	4,00	4	4,3	6,2	96,9
	5,00	2	2,2	3,1	100,0
	Total	65	70,7	100,0	
Casos perdidos		27	29,3		
Total		92	100,0		

Nivel de estudios

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	7	7,6	8,8	8,8
	2,00	20	21,7	25,0	33,8
	3,00	35	38,0	43,8	77,5
	4,00	18	19,6	22,5	100,0
	Total	80	87,0	100,0	
Missing System		12	13,0		
Total		92	100,0		

Mayores a su cargo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	1,000	16	17,4	20,0	20,0
	1,500	1	1,1	1,2	21,2
	2,000	63	68,5	78,8	100,0
	Total	80	87,0	100,0	
Casos perdidos		12	13,0		
Total		92	100,0		

Situación laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	1,00	46	50,0	57,5	57,5
	2,00	12	13,0	15,0	72,5
	3,00	13	14,1	16,2	88,8
	4,00	9	9,8	11,2	100,0
	Total	80	87,0	100,0	
Casos Perdidos		12	13,0		
Total		92	100,0		

Anexo 2. Diferencias entre la muestra dermatológica y la muestra normal.

	NORMAL	DERMA	Sign.
EXPANSIÓN	62,05	57,9722	0,067
PRESERVACIÓN	39,86	46,6759	0,006
MODIFICACIÓN	50,52	46,5463	
ADECUACIÓN	51,63	57,0556	0,029
INDIVIDUALIDAD	52,14	44,8611	0,002
PROTECCIÓN	51,64	63,1296	0,000
EXTRAVERSIÓN	48,59	50,2963	
INTROVERSIÓN	51,45	49,0185	
SENSACIÓN	58,30	61,3889	
INTUICIÓN	42,82	38,5463	0,038
PENSAMIENTO	49,46	42,6296	0,003
SENTIMIENTO	51,36	61,0000	0,000
SISTEMATIZACIÓN	50,30	51,5556	
INNOVACIÓN	42,67	34,9444	0,000
RETRAIMIENTO	50,60	52,9352	
SOCIABILIDAD	51,04	48,1296	
INDECISIÓN	46,32	49,0370	
DECISIÓN	50,89	47,0093	
DISCREPANCIA	43,62	38,7222	0,024
CONFORMISMO	51,93	63,0370	0,000
SUMISIÓN	45,33	48,9444	
DOMINIO	44,65	35,8426	0,000
DESCONTENTO	44,62	42,7130	
AQUIESCENCIA	59,18	71,2685	0,000

Anexo 3. Diferencias de medias entre la población normal y LSC (o ND).

<i>Variable de Personalidad</i>	<i>Media LSC</i>	<i>Media NORMAL¹</i>	<i>Prueba t Student;</i>	<i>Nivel Significación</i>
Expansión*	57,2703	62,05	-1,760	,083
Preservación**	48,7568	39,86	2,928	,005
Modificación	47,3784	50,52	-,956	,342
Adecuación*	57,5270	51,63	1,965	,053
Individualidad*	46,4865	52,14	-2,044	,045
Protección***	64,2027	51,64	4,450	,000
Extraversión	51,6757	48,59	1,117	,268
Introversión	49,7973	51,45	-,557	,579
Sensación	61,4189	58,39	1,090	,279
Intuición	40,2297	42,82	-,998	,321
Pensamiento**	42,2973	49,46	-2,676	,009
Sentimiento***	62,3243	51,36	4,117	,000
Sistematización	52,1622	50,30	,648	,519
Innovación*	35,9459	42,67	-2,584	,012
Retraimiento	52,1486	50,60	,534	,595
Sociabilidad	49,7568	51,04	-,434	,665
Indecisión	49,3919	46,32	1,105	,273
Decisión	48,3108	50,89	-,853	,396
Discrepancia	39,7568	43,62	-1,400	,166
Conformismo***	64,8243	51,93	6,553	,000
Sumisión	50,7973	45,33	1,782	,079
Dominio**	36,4730	44,65	-3,047	,003
Descontento	44,9189	44,62	,088	,930
Aquiescencia***	67,6486	59,18	3,427	,001

* p próxima a $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,01$

Anexo 4. ANOVA Estilos de Personalidad y número de visitas al médico.

Se realizaron ANOVA para las escalas del MIPS encontrando los siguientes datos:

	Bajo número visitas	Alto número de visitas	Significación
Expansión	60,5385	52,0769	0,170
Preservación	42,7436	55,8077	0,044
Modificación	49,1795	44,4615	0,522
Adecuación	53,2051	62,7692	0,148
Individualidad	43,8974	45,5000	0,787
Protección	64,5897	67,1538	0,682
Extraversión	56,6923	43,9615	0,044
Introversión	43,2821	57,4615	0,030
Sensación	62,3077	61,1154	0,849
Intuición	35,5897	43,9615	0,139
Pensamiento	39,6154	45,7308	0,298
Sentimiento	58,9744	66,1923	0,220
Sistematización	54,1795	50,1923	0,543
Innovación	34,3846	36,9615	0,662
Retraimiento	46,0000	60,6923	0,026
Sociabilidad	50,8974	46,2692	0,487
Indecisión	45,1026	57,0000	0,056
Decisión	50,2821	43,6154	0,337
Discrepancia	34,8205	43,9615	0,132
Conformismo	64,5128	66,0385	0,820
Sumisión	41,8974	61,4231	0,003
Dominio	38,6410	31,6538	0,243
Descontento	36,6154	57,6154	0,005
Aquiescencia	66,0000	70,5769	0,405

Anexo 5. Análisis de Regresión sobre Estado de Evolución.

Descriptive Statistics

	Media	Desviación Típica	N
Estado de Evolución	1,5500	1,03651	40
Setnimiento	62,7000	24,62352	40

Model Summary

Model	R	R ²	R ² ajustada	Error estandard de estimación
1	,502 ^a	,252	,232	,90822

a. Predictor: (Constante), Sentimiento

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	10,556	1	10,556	12,797	,001 ^a
	Residual	31,344	38	,825		
	Total	41,900	39			

a. Predictor: (Constant), Sentimiento

b. Variable Dependiente: Estado de Evolución.

Coefficients^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes Estandarizados	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,225	,397		,567	,574
	Sentimiento	,021	,006	,502	3,577	,001

a. Dependent Variable: Estado de Evolución.

Anexo 6. Relación entre Picor, Rascado y estilos de personalidad.

Estilos Motivacionales

		Rascado	Picor
Picor	Pearson	,615**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	42	43,000
Expansion	Pearson	-,348*	-,282
	Sig. (2-tailed)	,026	,074
	N	41	41
Preservación	Pearson	,293	,260
	Sig. (2-tailed)	,063	,100
	N	41	41
Modificación	Pearson	,025	,051
	Sig. (2-tailed)	,875	,752
	N	41	41
Adecuación	Pearson	,084	,002
	Sig. (2-tailed)	,601	,988
	N	41	41
Individualidad	Pearson	-,108	-,119
	Sig. (2-tailed)	,501	,460
	N	41	41
Protección	Pearson	,086	,074
	Sig. (2-tailed)	,593	,647
	N	41	41

* p<0,05;**p<0,01

Estilos Cognitivos.

		Rascado	Picor
Extraversión	Pearson	-,063	,016
	Sig. bilateral	,695	,919
	N	41	41
Introversión	Pearson	,008	-,058
	Sig. bilateral	,961	,717
	N	41	41
Sensación	Pearson	-,186	-,026
	Sig. bilateral	,245	,870
	N	41	41
Intuición	Pearson	,234	,193
	Sig. bilateral	,140	,228
	N	41	41
Pensamiento	Pearson	-,280	-,284
	Sig. bilateral	,077	,072
	N	41	41
Sentimiento	Pearson	,175	,164
	Sig. bilateral	,274	,306
	N	41	41
Sistematización	Pearson	-,048	,065
	Sig. bilateral	,766	,685
	N	41	41
Innovación	Pearson	,144	,096
	Sig. bilateral	,368	,550
	N	41	41

Estilos Interpersonales

		Rascado	Picor
Retraimiento	Pearson	,098	,011
	Sig. (2-tailed)	,543	,945
	N	41	41
Sociabilidad	Pearson	-,084	,053
	Sig. (2-tailed)	,603	,741
	N	41	41
Indecisión	Pearson	,243	,121
	Sig. (2-tailed)	,126	,450
	N	41	41
Decisión	Pearson	-,056	-,001
	Sig. (2-tailed)	,726	,995
	N	41	41
Discrepancia	Pearson	,306	,262
	Sig. (2-tailed)	,052	,098
	N	41	41
Conformismo	Pearson	-,033	,078
	Sig. (2-tailed)	,836	,629
	N	41	41

Estilos interpersonales (Continuación)

		Rascado	Picor
Sumisión	Pearson	,328*	,227
	Sig. Bilateral	,037	,154
	N	41	41
Dominio	Pearson	,193	,130
	Sig. Bilateral	,226	,419
	N	41	41
Descontento	Pearson	,354*	,219
	Sig. Bilateral	,023	,169
	N	41	41
Aquiescencia	Pearson	,076	,005
	Sig. Bilateral	,635	,973
	N	41	41

Matriz de Correlaciones con el índice de ajuste

		Picor	Rascado	indajuste	inajtipica
Picor	Pearson Correlation	1,000			
	Sig. (2-tailed)				
	N	43,000			
Rascado	Pearson Correlation	,615**	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,000			
	N	42	43,000		
Ind ajuste	Pearson Correlation	-,202	-,281	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,205	,075		
	N	41	41	128,000	
Ind ajuste típica	Pearson Correlation	-,206	-,282	1,000**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,197	,075	,000	
	N	41	41	128	128,000

** . Correlación es significativa al 0.01 (bilateral).

Anexo 7. Cuestionario telefónico.

Anexo 8. Cuestionario Demográfico.

20. Bibliografía.

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. WW Norton & Company, Inc New York.
- Alexander, F. (1962). The Development of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24(1), 13-24.
- Aliño, J., & Miyar, M. (2002). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*: Masson.
- Allen K.E. & Harris, F.R. (1966). Elimination of a child's excessive scratching by training the mother in reinforcement procedures. *Behav Res Ther*, 4(2), 79-84.
- Allen, L., Escobar, J., Lehrer, P., Gara, M., & Woolfolk, R. (2002). Psychosocial Treatments for Multiple Unexplained Physical Symptoms: A Review of the Literature. *Psychosomatic Medicine*, 64(6), 939-950.
- Amelang, M. (1997). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality*, 11(5), 319-342.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed.*. Washintong (DC): American Psychiatric Association, 445-469.
- Anderson, A. K., Yamaguchi, Y., Grabski, W. and Lacka, D. (2006). Selective memory enhancement Emotional memories are not all created equal: Evidence for selective memory enhancement. *Learn. Mem*, 13, 711-718.
- Andrew, D., & Craig, A. (2001). Spinothalamic lamina I neurons selectively sensitive to histamine: a central neural pathway for itch. *Nature Neuroscience*, 4(1), 72-77.
- Antuña-Bernardo, S., E. García-Vega, González Menéndez, A., Secades Villa, R., Errasti Pérez, J., Curto Iglésias, R., (2000). Perfil Psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psichothema*, 12(2), 30-34.
- Arck, P., & Paus, R. (2006). From the brain-skin connection: the neuroendocrine-immune misalliance of stress and itch. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6), 347-356.
- Arlin, P. K. (1984). *Adolescent and adult thought*. New York: Praeger.
- Armijo, M., Camacho, F. (1998). Dermatitis nerviosas y Psicósomáticas. *Tratado de Dermatología*. Aula Médica. Madrid, pp. 1031-1051.
- Arnetz, B., Fjellner, B., Eneroth, P., & Kallner, A. (1991). Endocrine and dermatological concomitants of mental stress. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*, 156, 9-12.
- Ayman-Nolley, S. (1999). A Piagetian Perspective on the Dialectic Process of Creativity. *Creativity Research Journal*, 12(4), 267-275.
- Azrin, N., & Nunn, R. (1973). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther*, 11(4), 619-628.
- Baker, K. C., & Aureli, F. (1997). Behavioural indicators of anxiety: an empirical test in chimpanzees. *Behaviour*, 1031-1050.
- Bahmer, J.A., Kuhl, J., Bahmer, F.A. (2007). How Do Personality Systems Interact in Patients With Psoriasis, Atopic Dermatitis and Urticaria? *Acta Derm Venereol*, 87, 317-324.

- Bagby, R., & Taylor, G. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. *Disorders of affect regulation*, 27-45.
- Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics*, 42(3), 235-240.
- Barone, S., Bacon, S. L., Campbell, T. S., Labrecque, M., Ditto, B., & Lavoie, K. L. (2008). The association between anxiety sensitivity and atopy in adult asthmatics. *J Behav Med*.
- Barsky, A., Orav, E., & Bates, D. (2005). Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity (Vol. 62, pp. 903-910): Am Med Assoc.
- Barsky, A., Orav, E., & Bates, D. (2006). Distinctive Patterns of Medical Care Utilization in Patients Who Somatize. *Medical Care*, 44(9), 803.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28-34.
- Bayon, C., Hill, K., Svrakic, D., Przybeck, T., & Cloninger, C. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of psychiatric research*, 30(5), 341-352.
- Beltraminelli, H., & Itin, P. (2008). Skin and psyche-From the surface to the depth of the inner world. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 6(1), 8-14.
- Berg, M., Svensson, M., Brandberg, M., & Nordlind, K. (2008). Psoriasis and stress: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 22(6), 670-674.
- Bermond, B., Vorst, H., Vingerhoets, A., & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia Scale: its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychother Psychosom*, 68, 241-251.
- Bermond, B., Vorst, H. C., & Moormann, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: implications for personality typology. *Cogn Neuropsychiatry*, 11(3), 332-360.
- Bernhard, J. (1993). *Itch: mechanisms and management of pruritus*: McGraw-Hill Companies.
- Bernhard, J. (1995). *The itchy scalp and other pruritic curiosities*.
- Bickford, R. (1938). Experiments relating to the itch sensation, its peripheral mechanism and central pathways. *Clin Sci*, 3, 377-386.
- Bodini, B., Mandarelli, G., Tomassini, V., Tarsitani, L., Pestalozza, I., Gasperini, C., et al. (2008). Alexithymia in multiple sclerosis: relationship with fatigue and depression. *Acta Neurologica Scandinavica*, 118(1), 18-23.
- Boschert, S. (2008). Parental Worry May Add to Vulvovaginal Disease. *Skin & Allergy News*, 39(3), 38-38.
- Brooks, J., Malic, C., & Judkins, K. (2008). Scratching the surface—Managing the itch associated with burns: A review of current knowledge. *Burns*, 34(6), 751-760.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124.
- Brown, R. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Sychol Bull*, 130, 793-812.

- Braun-Falco, O. Plewig, G., Wolff HH (1991). *Dermatology*. Springer-Verlag. Berlin, pp. 348 y 678-679.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*: Guilford Publications.
- Burba, B., Oswald, R., Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O., & Chue, P. (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 468.
- Buske-Kirschbaum, A., Ebrecht, M., Kern, S., Hollig, H., Gierens, A., & Hellhammer, D. (2004). Personality characteristics and their association with biological stress responses in patients with atopic dermatitis. *Dermatol Psychosom*, 5(1), 12-16.
- Çalikuu, C., Yücel, B., Polat, A., & Baykal, C. (2003). Expression of anger and alexithymia in patients with psychogenic excoriation: a preliminary report. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(4), 345-352.
- Camelo-Roa, S. M. (2005). Psiconeuroinmunología: breve panorámica. *Diversitas*, 1(2).
- Capoore, H., Rowland Payne, C., & Goldin, D. (1998). Does psychological intervention help chronic skin conditions? *British Medical Journal*, 74(877), 662-664.
- Cardona López, D. X. (2003). Conductas estereotipadas de dos grupos cautivos de *Ateles fusciceps robustus* con diferente grado de enriquecimiento ambiental. 6
- Carrillo, E., Ricarte, J., González-Bono, E., Salvador, A., & Gómez Amor, J. (2003). Efectos moduladores de la personalidad y la valoración subjetiva en la respuesta autonómica ante una tarea de hablar en público en mujeres sanas. *Anales de Psicología*, 19(2), 305-314.
- Chaturvedi, S. K., Singh, G., & Gupta, N. (2005). Stigma experience in skin disorders: an Indian perspective. *Dermatol Clin*, 23(4), 635-642.
- Chiou, W-B, Lin, M.-J. (2001). The Development of Postformal Thinking Beliefs: Relativistic Thinking and Dialectical Thinking. *Journal of Education and Psychology*, 24(1), 191-222.
- Choca, J. P. (1999). Evolution of Millon's Personality Prototypes. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 353-364.
- Choi, E-H., Brown B. E., Crumrine, D., Chang, S., Man, M.Q., Elias, P.M. & Feingold K.R. (2005). Mechanisms by which psychologic stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity. *J Invest Dermatol*, 124, 587-595.
- Chuong, C., Nickoloff, B., Elias, P., Goldsmith, L., Macher, E., Maderson, P., Sundberg, J.P., Tagami, H., Plonka, P.M., Thestrup-Pederson, K., Bernard, B.A., Shröder, J.M., Dotto, P., Chang, C.M., Williams M.L., Feingold, K.R., King, L.E., Kligman, A.M., Rees, J.L & Christophers, E. (2002). What is the 'true' function of skin. *Exp Dermatol*, 11(2), 159-187.
- Ciechanowski, P., Walker, E., Katon, W., & Russo, J. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization (Vol. 64, pp. 660-667): *Am Psychosomatic Soc*.
- Clarke, D. M., Piterman, L., Byrne, C. J., & Austin, D. W. (2008). Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *Med J Aust*, 189(10), 560-564.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12).

- Conrad, R., Geiser, F., Haidl, G., Hutmacher, M., Liedtke, R., & Wermter, F. (2008). Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(0), 1062-1069.
- Consoli, S., Rolhion, S., Martin, C., Ruel, K., Cambazard, F., Pellet, J., et al. (2006). Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology*, 212(2), 128-136.
- Corbalán, J., Martínez, F., & Donolo, D. (2003). CREA, Inteligencia Creativa, una medida cognitiva de la creatividad: Madrid: TEA.
- Cordan Yazici, A., Basterzi, A., Tot Acar, S., Ustunsoy, D., Ikizoglu, G., Demirseren, D., et al. (2006). [Alopecia areata and alexithymia]. *Turk Psikiyatri Derg*, 17(2), 101-106.
- Corr, P. J. (2002). J. A. Gray's reinforcement sensitivity theory tests of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 33, 511-532.
- Costa, P., & McCrae, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55(2), 299-316.
- Craig, T. K., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry*, 163, 579-588.
- Creed, F. (2006). Can DSM-V facilitate productive research into the somatoform disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 331-334.
- Critchley, H. (2003). Emotion and its disorders: Imaging in clinical neuroscience. *Br Med Bull*, 65(1), 35-47.
- Critchley, H. D. (2002). Electrodermal responses: What happens in the brain. *Neuroscientists*, 8, 132-142.
- Czernecka, K., & Szymura, B. (2008). Alexithymia–Imagination–Creativity. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 445-450.
- da Rocha, G., Neri, A., Witter, G., Terzis, A., Prebianchi, H., & Yoshida, E. (2007). Psychological factors and quality of life of people with Parkinson s disease.
- da Silva, J., Müller, M., & Bonamigo, R. (2006). Coping strategies and stress levels in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*, 81(2), 143-149.
- Darwin, C. (1894). The expression of emotions in animal and man. *N.Y. Appleton. Traducción al castellano en Madrid: Alianza.*
- Davidson, R. (2002). Anxiety and affective style: role of prefrontal cortex and amygdala. *Biological Psychiatry*, 51(1), 68-80.
- Davidson, R. J. (2001). Toward a Biology of Personality and Emotion. *Annals New York Academy of Science*, 191-207.
- Davis, R. D. (1999). Millon: Essentials of His Science, Theory, Classification, Assessment, and Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352.
- De Gennaro, L., Martina, M., Curcio, G., & Ferrara, M. (2004). The relationship between alexithymia, depression, and sleep complaints. *Psychiatry research*, 128(3), 253-258.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation. A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 425-434.
- De Gucht, V., & Maes, S. (2006). Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 349-352.

- de Rivera, J. (1991). Factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad. *Monografías de Psiquiatría*, 3(3).
- de Rivera, J., Morera, A., & Monterrey, A. (1989). El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto «sucesos vitales» en la predisposición a la patología médica. *Psiquis*, 10(1), 38.
- Deary, I., Scott, S., & Wilson, J. (1997). Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22(4), 551-564.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781-797.
- Denda, M., Tsuchiya, T., Elias, P.M. & Feingold, K.R. (2000). Stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis. *Am J Physiol Regulatory Integrative comp. Physiol*, 278, 367-372.
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 479-486.
- Edwin C. Selby, E. J. S., John C. Houtz (2005). The Creativity Personality. *Gifted Child Quarterly*, 49(4), 300-314.
- Eippert, F., Veit, R., Weiskopf, N., Erb, M., Birbaumer, N., & Anders, S. (2007). Regulation of emotional responses elicited by threat-related stimuli. *Human brain mapping*, 28(5).
- Engin, B., Uguz, F., Yilmaz, E., Ozdemir, M., & Mevlitoglu, I. (2008a). The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 22(1), 36-40.
- Engin, B., Uguz, F., Yilmaz, E., Ozdemir, M., & Mevlitoglu, I. (2008b). The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(1), 36-40.
- Escobar, A. M. L. (2004). Identificación de los patrones de comportamiento y conformación de un grupo social de Titi-Gris (*Saguinus leucopus*) en proceso de rehabilitación. Bogotá D.C.
- Escobar, J., Hoyos-Nervi, C., & Gara, M. (2002). Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environmental health perspectives supplements*, 110(4), 631-636.
- Escobar, J. I., Interian, A., Diaz-Martinez, A., & Gara, M. (2006). Idiopathic physical symptoms: a common manifestation of psychiatric disorders in primary care. *CNS Spectr*, 11(3), 201-210.
- Evers, A., Duller, P., van de Kerkhof, P., van der Valk, P., de Jong, E., Gerritsen, M., et al. (2008). The Impact of Chronic Skin Disease on Daily Life (ISDL): a generic and dermatology-specific health instrument. *British Journal of Dermatology*, 158(1), 101.
- Evers, A., Lu, Y., Duller, P., van der Valk, P., Kraaimaat, F., & van de Kerkhof, P. (2005). Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 152(6), 1275.
- Evers A.W., Kraaimaat F.W., van Riel P.L. & Bijlsma J.W. (2001). Cognitive, behavioral and physiological reactivity to pain as a predictor of long-term pain in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 93, 139-146.

- Feeney, J., & Ryan, S. (1994). Attachment style and affect regulation: relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 13(4), 334.
- Felix, R., & Shuster, S. (1975). A new method for the measurement of itch and the response to treatment. *British Journal of Dermatology*, 93(3), 303-312.
- Fernandez, A., Sriram, T., Rajkumar, S., & Chandrasekar, A. (1989). Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 51(1), 45.
- Fernstrom, A., Fredlund, H., Spangberg, M., & Westlund, K. (2009). Positive reinforcement training in rhesus macaques-training progress as a result of training frequency. *American Journal of Primatology*, 71(5).
- Fierro, A., Jimenez, J. A., & Fierro-Hernández, C. (2003). Bienestar personal y adaptación social: correlatos en variables de personalidad, cognitivas y clínicas. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 56(3), 281-295.
- Fink, P., Rosendal, M., & Olesen, F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 772-781.
- Fink, P., Steen Hansen, M., & Sondergaard, L. (2005). Somatoform Disorders Among First-Time Referrals to a Neurology Service. *Psychosomatics*, 46(6), 540-548.
- Fjellner, B., & Arnetz, B. (1985). Psychological predictors of pruritus during mental stress. *Acta Dermato-Venereologica*, 65(6), 504.
- Folks, D., & Warnock, J. (2001). Psychocutaneous disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3(3), 219-225.
- Fortune, D., Richards, H., Corrin, A., Taylor, R., Griffiths, C., & Main, C. (2003). Attentional Bias for Psoriasis-Specific and Psychosocial Threat in Patients with Psoriasis. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(3), 211-224.
- Fortune, D., Richards, H., & Griffiths, C. (2005). Psychologic factors in psoriasis: Consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatologic clinics*, 23(4), 681-694.
- Fortune, D., Richards, H., Griffiths, C., & Main, C. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 157-174.
- Fortune, D., Richards, H., Kirby, B., McELHONE, K., MAIN, C., & GRIFFITHS, C. (2004). Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *British Journal of Dermatology*, 151(6), 1219-1226.
- Fortune, D., Richards, H., Main, C., & Griffiths, C. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 39(2 Pt 1), 196.
- Fortune, D., Richards, H., Main, C., & Griffiths, C. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 5, 71-82.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., et al. (2003). Psychological Distress Impairs Clearance of Psoriasis in Patients Treated With Photochemotherapy (Vol. 139, pp. 752-756): Am Med Assoc.

- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffiths, C. E. (2002). Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol*, 27(3), 177-184.
- Tausk, F., Elenkov, I. & Moynihan J. (2008). Psychoneuroimmunology. *Dermatologic Therapy*, 21, 23-31.
- Freeman Edith H., F. J. G., Margaret T. Singer, Marilyn T. Affelder, Ben f. Feingold. (1967). Personality Variables and Allergic Skin Reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 29(4).
- Freud, S. (Ed.). (1973). *Los instintos y sus destinos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fried, R. (1994). Evaluation and treatment of " psychogenic" pruritus and self-excoriation. *J Am Acad Dermatol*, 30(6), 993-999.
- Fried, R. G., Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2005). Depression and skin disease. *Dermatol Clin*, 23(4), 657-664.
- Fried, R. G., & Hussain, S. H. (2008). Nonpharmacologic management of common skin and psychocutaneous disorders. *Dermatol Ther*, 21(1), 60-68.
- Friedman, H. (1990). *Personality and disease*: Wiley.
- Friedman, H. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain Behavior and Immunity*, 22(5), 668-675.
- Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J. & Hellhammer, D. H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1010-1016.
- Fuchs, G., Kumar, V. & Porter, J. (2007). Emotional Creativity, Alexithymia, and Styles of Creativity. *Creativity Research Journal*, 19(2), 233-245.
- Garg, A., Chren, M-M., Sands L.P., Matsui M.S., Marenus, K.D., Feingold, K.R. & Elias P.M. (2001). Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. *Arch Dermatol*, 137, 53-58.
- Gieler, U., Niemeier, V., Brosig, B. & Kupfer, J. (2002). Psychosomatic aspects of pruritus. *Dermatology and Psychosomatics*, 3, 6-13.
- Gilchrest, B. (1982). Pruritus: pathogenesis, therapy, and significance in systemic disease states. *Arch Intern Med*, 142(1), 101-105.
- Gilissen, R., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M. & van der Veer, R. (2008). Parent-child relationship, temperament, and physiological reactions to fear-inducing film clips: Further evidence for differential susceptibility. *Journal of Experimental Child Psychology*, 99(3), 182-195.
- Ginsburg, I., Prystowsk, J., Kornfeld, D., & Wolland, H. (1993). Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 32(9), 656-660.
- Ginsburg, I., Prystowsky, J., Kornfeld, D., & Wolland, H. (1993). Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 32(9), 656-660.
- Glenn N. Saxe, G. C., Robert Berkowitz, Kathryn Hall, Gabriele Lieberg, Jane Schwartz, Bessel A. Van der Kok (1994). Somatization in Patients With dissociative Disorders. *Am J Psychiatry*, 151, 1329-1334.
- Goldin, P., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. (2008). The neural bases of emotion regulation: Reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577-586.
- Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000). Susceptibility to positive and negative mood states: Test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 351-365.

- Goon, A., Yosipovitch, G., Chan, Y., & Goh, C. (2007). Clinical characteristics of generalized idiopathic pruritus in patients from a tertiary referral center in Singapore. *International Journal of Dermatology*, 46(10), 1023.
- Grabe, H., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänssicke, M., & Freyberger, H. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychother Psychosom*, 69, 128-131.
- Grabe, H., Spitzer, C., & Freyberger, H. (2001). Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychother Psychosom*, 70, 261-267.
- Griffin, M.G, Resik, P. A. & Mechanic, M.B. (1997). Objective Assessment of Peritraumatic Dissociation: Psychophysiological Indicators. *Am J Psychiatry*, 154(8).
- Grimalt, F., & Cotterill, J. A. (2002). Dermatología y Psiquiatría. . *Grupo Aula Médica, S.A*, 329.
- Grimalt F. (1998). Aspectos psicológicos de los enfermos dermatológicos de consulta diaria, no afectos de psicodermatosis. *Monogr Dermatol*, 11, 285-292.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J., Richards, J., & John, O. (2006). Emotion regulation in everyday life. *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*, 13–35.
- Gupta, M. (1995). Evaluation and treatment of " psychogenic" pruritus and self-excoriation. *J Am Acad Dermatol*, 32(3), 532-533.
- Gupta, M. (2008). Stress and Urticaria. *Neuroimmunology of the Skin: Basic Science to Clinical Practice*, 209.
- Gupta, M. A. (2006). Somatization disorders in dermatology. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 41-47.
- Gupta, M., & Gupta, A. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 1030-1046.
- Gupta, M., & Gupta, A. (2004). Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 18, 560-565.
- Gupta, M., Gupta, A., Kirkby, S., Weiner, H., Mace, T., Schork, N., et al. (1988). Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Archives of Dermatology*, 124(7), 1052-1057.
- Gupta, M. A. (1994). Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Am Psychosomatic Soc*. 56, 36-40.
- Gupta, M. A. (2002). Psychosocial aspects of common skin diseases. *Can Fam Physician*, 48, 660-662, 668-670.
- Gupta, M. A., & Gilchrest, B. A. (2005). Psychosocial aspects of aging skin. *Dermatol Clin*, 23(4), 643-648.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2004). Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 18(5), 560-565.
- Gupta, M. A., Lanius, R. A., & Van der Kolk, B. A. (2005). Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Dermatol Clin*, 23(4), 649-656.

- Gupta, M. A., Schork, N. J., & Ellis, C. N. (1994). Psychosocial correlates of the treatment of photodamaged skin with topical retinoic acid: a prospective controlled study. *J Am Acad Dermatol*, 30(6), 969-972.
- Hart, D., Eisenberg, N., Valiente, Carlos (2007). Personality Change at the Intersection of Autonomic Arousal and Stress. *Psychology Science*, 18(6), 492-497.
- Harth, W., Gieler U., Kusnir, D., & Tausk, F.A. (2008). Clinical management in psychodermatology. Springer.
- Harth, W. (2008). Psychosomatic dermatology (psychodermatology). *J Dtsch Dermatol Ges*, 6(1), 67-76.
- Hashiro, M., & Okumura, M. (1994). Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci*, 8(2), 129-135.
- Hatch, M., Paradis, C., Friedman, S., Popkin, M., & Shalita, A. (1992). Obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 26(4), 549-551.
- Haug, T., Mykletun, A., & Dahl, A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study (Vol. 66, pp. 845-851): Am Psychosomatic Soc.
- Hendryx, M., Haviland, M., & Shaw, D. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenwolf, M., & Weiss, M. (2005). Somatization Revisited: Diagnosis and Perceived Causes of Common Mental Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(2), 85.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review (Vol. 65, pp. 528-533): Am Psychosomatic Soc.
- Herrán, A., Vázquez-Barquero, J., & Dunn, G. (1999). Recognition of depression and anxiety in primary care: Patients' attributional style is important factor. *BMJ: British Medical Journal*, 318(7197), 1558.
- Hironori Matusushima, S. H., Shinji Shimada (2003). Skin scratching switches immune responses from Th2 to Th1 type in epicutaneously immunized mice. *Journal of Dermatological Science*, 32, 223-230.
- Hoare, C. (2006). *Handbook of Adult Development and Learning: A Handbook of Theory, Research, and Practice*. p. 255.
- Hoehn-Saric, R. (1998). Psychic and somatic anxiety: worries, somatic symptoms and physiological changes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 32-38.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther*, 21(1), 54-59.
- Ikoma, A., Handwerker, H., Miyachi, Y., & Schmelz, M. (2005). Electrically evoked itch in humans. *Pain*, 113(1-2), 148-154.
- Ikoma, A., Steinhoff, M., Ständer, S., Yosipovitch, G., & Schmelz, M. (2006). The neurobiology of itch. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(7), 535-547.
- Ionov, I. D. (2008). Self-sustaining pathological processes in skin psoriasis. *Medycal Hypotheses*. 72 (2)171-173.

- Irwin, H., & Melbin-Helberg, E. (1997). Alexithymia and dissociative tendencies. *Journal of clinical psychology*, 53(2), 159-166.
- Ivanovski, K., Nakova, M., Warburton, G., Pesevska, S., Filipovska, A., Nares, S., et al. (2005). Psychological profile in oral lichen planus. *Journal Of Clinical Periodontology*, 32(10), 1034-1040.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F., Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.
- Jackson, J.L., George, S. & Hinchey S. (2009). Medically Unexplained Physical Symptoms. *J Gen Intern Med*.
- Jordan, J., & Whitlock, F. (1974). Atopic dermatitis anxiety and conditioned scratch responses. *J Psychosom Res*, 18(5), 297-299.
- Kiecolt-Glaser, J. K. & Glasser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 569-575.
- Kilic, A., Gulec, M. Y., Gul, U., & Gulec, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*(0).
- Kim, T. S., Pae, C. U., Jeong, J. T., Kim, S. D., Chung, K. I., & Lee, C. (2006). Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol*, 33(1), 10-15.
- Kirtak, N., Inaloz, H., Akcali, C., Erdal, E., Herken, H., Yildirim, M., et al. (2008). Association of serotonin transporter gene-linked polymorphic region and variable number of tandem repeat polymorphism of the serotonin transporter gene in lichen simplex chronicus patients with psychiatric status. *International Journal of Dermatology*, 47(10), 1069.
- Klc, A., Gulec, M., Gul, U., & Gulec, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, 22(5), 537.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Courington, S. (2008). Personality and Constitution as Mediators in the Stress-Illness Relationship. *Journal of Health and Social Behaviour*. 22. 368-378.
- Koblenzer, C. S. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol*, 119(6), 501-512.
- Kolk, A., Hanewald, G., Schagen, S., & Gijbbers van Wijk, C. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2343-2354.
- Kolk, A., Hanewald, G., Schagen, S., & van Wijk, C. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(1), 35-44.
- Kolk, A. M., Schagen, S., & Hanewald, G. J. (2004). Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res*, 57(4), 379-389.
- Koo, J., & Lee, C. (2003). *Psychocutaneous medicine*: Informa Healthcare. New York.
- Kooiman, C., Bolk, J., Brand, R., Trijsburg, R., & Rooijmans, H. (2000). Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients? (Vol. 62, pp. 768-778): Am Psychosomatic Soc.

- Kooiman, C., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. (2002). The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083-1090.
- Kooiman, C. G., Bolk, J. H., Brand, R., Trijsburg, R. W., & Rooijmans, H. G. M. (2000). Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients? *Psychosom Med*, 62(6), 768-778.
- Kooiman, C. G., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. M., & Trijsburg, R. W. (2004). Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Psychosom Med*, 66(2), 224-232.
- Krejci-Manwaring, J., Kerchner, K., Feldman, S. R., Rapp, D. A., & Rapp, S. R. (2006). Social Sensitivity and Acne: The Role of Personality in the Integrative Social Consequences and Quality of Life. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 121-130.
- Kretzmer, G., Gelkopf, M., Kretzmer, G., & Melamed, Y. (2008). Idiopathic pruritus in psychiatric inpatients: an explorative study. *General hospital psychiatry*, 30(4), 344-348.
- Kroenke, K. (2001). Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Annals of Internal Medicine*, 134(9 Part 2), 844.
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1).
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881.
- Kroenke, K., Sharpe, M., & Sykes, R. (2007). Revising the Classification of Somatoform Disorders: Key Questions and Preliminary Recommendations. *Psychosomatics*, 48(4), 277-285.
- Krystal, H. (1974). The genetic development of affects and affect regression. *Annual of Psychoanalysis*, 2, 98-126.
- Kutsukake, N., & Castles, D. (2001). Reconciliation and variation in post-conflict stress in Japanese macaques (*Macaca fuscata fuscata*): testing the integrated hypothesis. *Animal Cognition*, 4(3-4), 259-268.
- Lorente, J. A., & Arias, G.J. (1996). Psycho-neuro-immune-endocrine system: a three-phase-old response. *Journal of Internal Medicine*, 239, 89-94.
- Laguna, E. V., Pena Payero, M. L., & Marquez, A. V. (2006). Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. *Actas dermo-sifiliográficas(Ed. impresa)*, 97(10), 637-643.
- Lane, R., & Pollermann, B. (2002). Complexity of emotion representations. *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*, 271-296.
- Larsen, R., & Cruz, M. (1995). Personality correlates of individual differences in electrodermal lability. *Social Behavior and Personality*, 23(1), 93-104.
- Larsen, R., & Ketelaar, T. (1989). Extraversion, neuroticism and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. *Personality and Individual Differences*, 10(12), 1221-1228.
- Lázaro-Ochaita, P., & Martínez, R. C. (2008). Psoriasis. In M. J. M. (Ed.), *Pautas de diagnóstico y terapéutica en Dermatología*. Barcelona: Mayo Ediciones.

- Leknes, S. G., Bantick, S., Willis, C. M., Wilkinson, J. D., Wise, R. G., & Tracey, I. (2007). Itch and Motivation to Scratch: An Investigation of the Central and Peripheral Correlates of Allergen- and Histamine-Induced Itch in Humans. *J Neurophysiol*, *97*(1), 415-422.
- Lemche, E., Giampietro, V., Surguladze, S., Amaro, E., Andrew, C., Williams, S., et al. (2006). Human attachment security is mediated by the amygdala: Evidence from combined fMRI and psychophysiological measures. *Human brain mapping*, *27*(8).
- León-Sanabria, G. (2007). Consistencia entre el reporte verbal y los efectos psicofisiológicos registrados en el tratamiento de una fobia específica empleando la técnica de la desensibilización sistemática. *Acta Colombiana de Psicología*, *10*(2), 95-105.
- Lieberman D., G. d. P., E., Neborak S., Pistiner, L., Roitman, P. (1993). Del cuerpo al Símbolo. *Ananké*.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R., Höfler, M., Tholen, S., & Wittchen, H. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, *17*(6), 321-331.
- Loney, T., Standage, M., & Lewis, S. (2008). Not just 'skin deep': psychosocial effects of dermatological-related social anxiety in a sample of acne patients. *J Health Psychol*, *13*(1), 47-54.
- López, S., Pilar, M., Morales, D., & Francisco, J. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, *14*(1), 100.
- Lu, Y., Duller, P., van der Valk, P., & Evers, A. (2003). Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatol Psychosom*, *4*(3), 146-150.
- Lyketsos, G., Stratigos, J., Tawil, G., Psaras, M., & Lyketsos, C. (1985). Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychotherapy and psychosomatics*, *44*(3), 122.
- Lynch, P. J. (2004). Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatologic Therapy*, *17*(1), 8-19.
- Aller, M.A., Arias, J.L., Nava, M.P., & Arias, J. (2004). Posttraumatic Inflammation Is a Complex Response Based on the Pathological Expression of The Nervous, Immune, and Endocrine Functional Systems. *Exp Biol Med*, *229*, 170-181.
- Aller, M-A., Lorente, L., Arias, J.L., Rodríguez, G., Alonso, M-S., Begega, A., López, L., Rodríguez Gómez J., & Arias, J. (1996). The psycho-neuro-immune endocrine response a physiological and pathological way of life. *Psicothema*, *8*(2), 375-381.
- Madhulika A. Gupta, A. K. G. (2006). Medically unexplained cutaneous sensory symptoms may represent somatoform dissociation: an empirical study. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 131-136.
- Maestripiéri, D. (2003). *Primate psychology*: Harvard University Press.
- Maestripiéri, D., Shino, G., Aureli, F., & Troisi, A. (1992). A modest proposal: displacement activities as an indicator of emotions in primates. *Animal Behaviour*, *44*, 967-979.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, *14*(2), 150-161.

- Magin, P., Pond, C., Smith, W., Watson, A., & Goode, S. (2008). A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *J Eur Acad Dermatol Venereol*.
- Magin, P., Pond, C., Smith, W., Watson, A., & Goode, S. (2008). A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, 22(12), 1435.
- Maldonado, G., & Sánchez, J. (2005). Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, 17(1), 15.
- Maniaci, G., Epifanio, M., Marino, M., & Amoroso, S. (2006). The presence of alexithymia investigated by the TAS-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *European annals of allergy and clinical immunology*, 38(1), 15-19.
- Mantani, T., Okamoto, Y., Shirao, N., Okada, G., & Yamawaki, S. (2005). Reduced activation of posterior cingulate cortex during imagery in subjects with high degrees of alexithymia: a functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 57(9), 982-990.
- Marchesi, C., Berton, S., Cantoni, A., & Maggini, C. (2008). Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychol Med*, 38(12), 1717-1722.
- Mardaga S., Laloyaux, O., & Hansenne M. (2006). Personality traits modulate skin conductance response to emotional pictures : An investigation with Cloninger's model of personality. *Personality and individual differences*, 40(8), 1603-1614.
- Margalit, A. P., & El-Ad, A. (2008). Costly patients with unexplained medical symptoms: a high-risk population. *Patient Educ Couns*, 70(2), 173-178.
- Martinez-Aguayo J-C., C.G., Larenas., & E.C. Donoso (2003). Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *Revista APAL*, 40-44.
- Martinez-Selva, J. M. (Ed.). (2008). *Master internacional en Psicobiología y Neurociencia Cognitiva. Tema 17: Emoción*. Barcelona: Viguera Editores.
- Mastrolonardo, M., Alicino, D., Zefferino, R., Pasquini, P., & Picardi, A. (2007). Effect of psychological stress on salivary interleukin-1beta in psoriasis. *Arch Med Res*, 38(2), 206-211.
- Mattila, A., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J., Koivisto, A., Mielonen, R., et al. (2008). Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716.
- Mattila, A., Poutanen, O., Koivisto, A., Salokangas, R., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients. *Psychosomatics*, 48(6), 523.
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*, 162(5), 847-855.
- Mazeh, D., Melamed, Y., Cholostoy, A., Aharonovitch, V., Weizman, A., & Yosipovitch, G. (2008). Itching in the psychiatric ward. *Acta Dermato-Venereologica*, 88(2), 128-131.
- McRae, K., Ochsner, K., Mauss, I., Gabrieli, J., & Gross, J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations*, 11(2), 143.
- Melamed, Y., & Yosipovitch, G. (2004). Itching as a focus of mental disturbance. *Itch. Basic Mechanisms and Therapy*, 369-375.

- Mercan, S., Altunay, Ilknur Kivanc, Demir, Basaran, Akpınar, Abdullah and Kayaoglu, Semra (2008). Sexual Dysfunctions in Patients with Neurodermatitis and Psoriasis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 160-168.
- Michael S. Rosenbaum, T. A. (1981). The Behavioral Treatment of Neurodermatitis Through Habit-Reversal. *Behav. Res & Therapy*, 19, 313-318.
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles*. Buenos Aires.: Paidós.
- Millon, T. (1999). Reflections on Psychosynergy: A Model for Integrating Science, Theory, Classification, Assessment, and Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 437-456.
- Millon, T. (2001). Mips, inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual. *Tea Ediciones*.
- Millon, T. (Ed.). (1969). *Modern Psychopathology*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T., & Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Misery, L. (2008). Functional itch disorder or psychogenic pruritus. *Expert Review of Dermatology*, 3(1), 49-53.
- Moore, E., Anderson, G., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(3).
- Morell-Dubois, S., Carpentier, O., Cottencin, O., Queyrel, V., Hachulla, E., Hatron, P., et al. (2008). Stressful life events and pemphigus. *Dermatology*, 216(2), 104-108.
- Muizzuddin, N., Matsui, M. S., Marenus, K. D., & Maes, D. H. (2003). Impact of stress of marital dissolution on skin barrier recovery: tape stripping and measurement of trans-epidermal water loss (TEWL). *Skin Research and Technology*, 9(1), 34-38.
- Näätänen, P., Ryyänen, A., & Keltikangas-Järvinen, L. (1999). The influence of alexithymic characteristics on the self-perception and facial expression of a physiological stress state. *Psychother Psychosom*, 68, 252-262.
- Nakano, Y. (2004). Stress-induced modulation of skin immune function: to types of antigen-presenting cells in the epidermis are differentially regulated by chronic stress. *British Journal of Dermatology*, 151, 50-64.
- Naldi, L., Peli, L., Parazzini, F., & Carrel, C. (2001). Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case-control study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44(3), 433-438.
- Navarro-Lechuga, E., Atencio-De León, D., Beracaza-Echeverría, K., Bernal-Novoa, Y., & Oñate-Reales, C. (2006). Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital Universidad del Norte y ESE José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 22(2), 63-72.
- Ng, W. (2009). Clarifying the relation between neuroticism and positive emotions. *Personality and Individual Differences*.
- Niemeier V, F. J., Hupfer J, Gieler U. (1999). Aggressive verbal behaviour as a function of experimentally induced anger in persons with psoriasis. *Eur J Dermatol*, 9, 555-558.
- Niemeier, V., & Gieler, U. (2000). Observations during Itch-Inducing Lecture. *Dermatology and Psychosomatics*, 1, 15-18.
- Niemeier, V., Kupfer, J., Al-Abesie, S., Schill, W. B., & Gieler, U. (1999). From neuropeptides and cytokines to psychotherapy. Skin diseases between

- psychoneuroimmunology research and psychosomatic treatment. *Forsch Komplementarmed*, 6 Suppl 2, 14-18.
- Niemeier, V., Nippesen, M., Kupfer, J., Schill, W. B., & Gieler, U. (2002). Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup needs additional psychological care? *British Journal of Dermatology*, 146(6), 1031-1037.
- Nijenhuis, E. (2004). Somatoform dissociation: phenomena, measurement and theoretical issues. *New York: WW Norton & Company*.
- Nijenhuis ER, P. S., J Vanderlinden, R van Dyck, O Van der Hart (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory imminence and injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 63-73.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2000). Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM*, 93(1), 21-28.
- Norris, C. J., Larsen, J. T. & Cacioppo J. T. (2007). Neuroticism is associated with larger and more prolonged electrodermal responses to emotionally evocative pictures. *Psychophysiology*, 44, 823-826.
- Numan Konuk, R. K., Levent Atik, Sennur Muhtar, Nuray Atasoy, Bora Bostanci (2007). Psychopathology, depression and dissociative experiences in patients with lichen simplex chronicus. *General Hospital Psychiatry*, 29, 232-235.
- Numan Kounk, R. K., Levent Atik, Sennur Muhtar, Nuray Atasoy, Bora Bostanci (2007). Psychopathology, depression and dissociative experiences in patients with lichen simplex chronicus. *General Hospital Psychiatry*, 29, 232-235.
- O'donnell, B., Lawlor, F., Simpson, J., Morgan, M., & Greaves, M. (1997). The impact of chronic urticaria on the quality of life. *British Journal of Dermatology*, 136(2), 197-201.
- Ormel, J., Rosmalen, J., & Farmer, A. (2004). Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 906-912.
- Ozmen, M., Erdogan, A., Aydemir, E.H., & Oguz O. (2006). Dissociative identity disorder presenting as dermatitis artefacta. *International Journal of Dermatology*, 45, 770-771.
- Papadopoulos, L., & Walker, C. (2003). Personality, Coping and Sex as Psychosocial Aspects of Psoriatic Arthropathy. *Dermatol Psychosom*, 4(1), 27-32.
- Panahi, Y., Davoudi, S. M., Sadr, S. B., Naghizadeh, M. M., & Mohammadi-Mofrad, M. (2008). Impact of pruritus on quality of life in sulfur mustard-exposed Iranian veterans. *Int J Dermatol*, 47(6), 557-561.
- Pasaoglu, G., Bavbek, S., Tugcu, H., Abadoglu, O., & Misirligil, Z. (2006). Psychological status of patients with chronic urticaria. *The Journal of Dermatology*, 33(11), 765-771.
- Pavani, S., Maestriperi, D., Schino, G., Turillazzi, P., & Scucchi, S. (1991). Factors influencing scratching behaviour in long-tailed macaques (*Macaca fascicularis*). *Folia primatol*, 57, 34-38.
- Peirson, A., Heuchert, J., Thomala, L., Berk, M., Plein, H., & Cloninger, C. (1999). Relationship between serotonin and the temperament and character inventory. *Psychiatry research*, 89(1), 29-37.
- Pérez, E., Manuel, J., Curto Iglesias, J. R., Antuña Bernardo, S., García Vega, E., González Menéndez, A., et al. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, ISSN, 12(2), 30-34.

- Peter-Bob (2007). Hypnotic abreaction releases chaotic patterns of electrodermal activity during dissociation. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(435-456).
- Petra C. Arck, A. S., Theoharis C. Theoharides, Eva M. J. Peters Ralf Paus (2006). Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol*, 126(8), 1697-1704.
- Peveler, R., Kilkenny, L., & Kinmonth, A. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3), 245-252.
- Phan, K., Fitzgerald, D., Nathan, P., Moore, G., Uhde, T., & Tancer, M. (2005). Neural substrates for voluntary suppression of negative affect: a functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 57(3), 210-219.
- Piaget, J. (1969). Play, dreams and imitation in childhood. *New York. Basic Books*.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1969). Psychology of the Childs. *New York. Basic Books.*, 6.
- Piaget, J. (1953). *Art, Education, and child psychology*. (Education and art. (p. 22) In E. Ziegfeld (Ed) ed.). Paris: Unesco.
- Picardi, A., & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom*, 70, 118-136.
- Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C., Puddu, P., & Pasquini, P. (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of Dermatology*, 143(5), 983.
- Picardi, A., Amerio, P., Baliva, G., Barbieri, C., Teofoli, P., Bolli, S., et al. (2004). Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Dermato-Venereologica*, 84(3), 213-217.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M., Baliva, G., Melchi, C., et al. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis (Vol. 46, pp. 556-564): *Acad Psychosom Med*.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C., et al. (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 189.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Melchi, C., Baliva, G., et al. (2003). Stressful Life Events, Social Support, Attachment Security and Alexithymia in Vitiligo A Case-Control Study. *Psychother Psychosom*, 72, 150-158.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M. S., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C. F., et al. (2003). Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*, 44(5), 374-381.
- Picardi, A., Porcelli, P., Mazzotti, E., Fassone, G., Lega, I., Ramieri, L., et al. (2007). Alexithymia and global psychosocial functioning: A study on patients with skin disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 223-229.
- Picard, A., & Pasquini, P. (2007). Toward a Biopsychosocial Approach to Skin Diseases. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions: A New Classification for Dsm-V*.
- Porcelli, P., Bagby, R. M., Taylor, G. J., De Carne, M., Leandro, G., & Todarello, O. (2003). Alexithymia as Predictor of Treatment Outcome in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychosom Med*, 65(5), 911-918.

- Psouni, E. (2004). On Psychological Factors Affecting Reports of Itch Perception. *Itch: Basic Mechanisms and Therapy*, 351.
- Quiroga Romero, E. & Fuentes Ortega, J. B. (2003). El significado psicológico y metapsicológico de los Modelos Biosocial y Evolucionista de Theodore Millon. *Psicothema*, 15(2), 190-196.
- Rabung, S., Ubbelohde, A., Kiefer, E., & Schauenburg, H. (2004). [Attachment security and quality of life in atopic dermatitis]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 54(8), 330-338.
- Radmanesh, M., & Shafiei, S. (2001). Underlying Psychopathologies of Psychogenic Pruritic Disorders. *Dermatology and Psychosomatics*, 2, 130-133.
- Rafienia, P., Azadfallah, P., Fathi-Ashtiani, A., & Rasoulzadeh-Tabatabaie, K. (2008). The role of extraversion, neuroticism and positive and negative mood in emotional information processing. *Personality and Individual Differences*, 44(2), 392-402.
- Ralf Paus, M. S., Tamás Biró, Martin Steinhoff (2006). Frontiers in pruritus research: scratching the brain for more effective itch therapy. *J. Clin. Invest.*, 116, 1174-1185.
- Ratliff, R.G., & N. H. S. (1968). Treatment of neurodermitis by behaviour therapy: a case study. *Behav. Res & Therapy*, 6, 397-399.
- Richards, H., & Fortune, D. (2006). Psychological distress and adherence in patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20(s2), 33-41.
- Richards, H., Fortune, D., Chong, S., Mason, D., Sweeney, S., Main, C., et al. (2004). Divergent Beliefs About Psoriasis Are Associated with Increased Psychological Distress. *Journal of Investigative Dermatology*, 123, 49-56.
- Richards, H., Fortune, D., Griffiths, C., & Main, C. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 89-96.
- Richards, H., Fortune, D., Weidmann, A., Sweeney, S., & Griffiths, C. (2004). Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient. *British Journal of Dermatology*, 151(6), 1227.
- Richards, H., Ray, D., Kirby, B., Mason, D., Plant, D., Main, C., et al. (2005). Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 153(6), 1114-1120.
- Richards, R. (1996). Beyond Piaget: Accepting Divergent, Chaotic, and Creative Thought. *New Directions for Child Development*, 72, 67-86.
- Rief, W., Martin, A., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2005). Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 596-601.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(4), 367-371.
- Sawyer, R.K., V. John-Steiner, V., Moran, S., Feldman, D.H. (2003). *Creativity and Development*. Oxford University Press.
- Silvan, M. (2003). Psyche and soma. *Cutis*, 71, 267.
- Robertson, I., Jordan, J., & Whitlock, F. (1975). Emotions and skin (II)-the conditioning of scratch responses in cases of lichen simplex. *British Journal of Dermatology*, 92(4), 407-412.

- Robles, T. F. (2007). Stress, Social Support, and Delayed Skin Barrier Recovery. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 807.
- Roelofs, K., & Spinhoven, P. (2007). Trauma and medically unexplained symptoms Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 798-820.
- Roldan, M. C. (2007). Larelación psiconeural en el estrés o de las neuronas a la cognición social: una revisión empírica. *Revista IPSII*, 10(1), 125-143.
- Romero, M. (2009). Psicodermatología. *Comunicación presentada en el Congreso grupo de Dermatología y Psiquiatría*.
- Roussis, P. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress & Coping*, 99999(1), 1-13.
- Rufer, M., Hand, I., Braatz, A., Alsleben, H., Fricke, S., & Peter, H. (2004). A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy. *Psychother Psychosom*, 73(2), 101-106.
- Russo, J., Katon, W., Sullivan, M., Clark, M., & Buchwald, D. (1994). Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality (Vol. 35, pp. 546-556): *Acad Psychosom Med*.
- Rusting, C., & Larsen, R. (1997). Extraversion, neuroticism, and susceptibility to positive and negative affect: A test of two theoretical models. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 607-612.
- Salewski, C., & Lissner, A. (2002). Coping with a Chronic Illness-Processes Underlying Perceived Stress and Coping Behavior in Adolescents with Atopic Eczema.
- Sampogna, F., Gisondi, P., Melchi, C., Amerio, P., Girolomoni, G., & Abeni, D. (2004). Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 151(3), 594.
- Sánchez, F., & Serrano, J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea Stroop. *Psicothema*, 9(3), 519-527.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico USF*, 8(2), 167-173.
- Sanyal, S., Chattopadhyay, P., Biswas, D., Mukhopadhyay, P., & Biswas, S. (1998). Electro-Dermal Arousal and Self-Appraisal in Patients with Somatization Disorder. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25, 144-148.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B., & Rooijmans, H. (2000). Patients'illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*, 142(5), 899.
- Schmelz, M., Hilliges, M., Schmidt, R., Orstavik, K., Vahlquist, C., Widner, C., et al. (2003). Active "itch fibers" in chronic pruritus. *Neurology*, 61, 564-566.
- Schmelz, M., Schmidt, R., Bickel, A., Handwerker, H., & Torebjork, H. (1997). Specific C-receptors for itch in human skin. *Journal of Neuroscience*, 17(20), 8003-8008.
- Schneider, G., Driesch, G., Heuft, G., Evers, S., Luger, T. A., & Stander, S. (2006). Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. *Clinical dermatology*, 31(6), 762-767.
- Schneider, G., Hockmann, J., Stander, S., Luger, T., & Heuft, G. (2006). Psychological factors in prurigo nodularis in comparison with psoriasis vulgaris: results of a case-control study. *British Journal of Dermatology*, 154(1), 61.

- Schoenberg, B., & Carr, A. C. (1963). An investigation of criteria for brief psychotherapy of neurodermatitis. *Psychosom Med*, 25, 253-263.
- Sharpe, M., Mayou, R., & Walker, J. (2006). Bodily symptoms: New approaches to classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 353-356.
- Shenefelt, P. (2008). Therapeutic management of psychodermatological disorders. *Expert Opin. Pharmacother.*, 9(6), 973-985.
- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *The Psychiatric clinics of North America*, 11(3), 287-292.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22(2), 255-262.
- Smith, R. C., Gardiner, J. C., Lyles, J. S., Sirbu, C., Dwamena, F. C., Hodges, A., et al. (2005). Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. *Psychosom Med*, 67(1), 123-129.
- Smulevich, A. B., Ivanov, O. L., L'Vov A, N., & Dorozhenok, I. (2004). [Psychodermatology: current state of the problem]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 104(11), 4-13.
- Solomon, G. F. (2001). Psiconeuroinmunología: Sinopsis de su Historia, Evidencia y Consecuencias.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371.
- Sperber, J., Shaw, J., & Bruce, S. (1989). Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychotherapy and psychosomatics*, 51(3), 135-141.
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K., John, O., & Gross, J. (2009). The Social Costs of Emotional Suppression: A Prospective Study of the Transition to College. *Journal of personality and social psychology*, 96(4), 883.
- Stangier, U., & Ehlers, A. (2000). Stress and anxiety in dermatological disorders. *The management of stress and anxiety in medical disorders*, 68, 304.
- Stangier, U., Ehlers, A., & Gieler, U. (2004). Predicting long-term outcome in group treatment of atopic dermatitis. *Psychother Psychosom*, 73(5), 293-301.
- Stefanopoulou, E., Argyropoulos, S., & Frangou, S. (2007). Time course of emotional responses: the effects of subjective ratings of emotional intensity and voluntary suppression. *European Psychiatry*, 22, 317-317.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*: Cambridge University Press.
- Teng, E., Woods, D., Twohig, M., & Marcks, B. (2002). Body-focused repetitive behavior problems: Prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behavior modification*, 26(3), 340.
- Torello Lotti, B. B., Ilaria Ghersetich (2002). Can the brain inhibit inflammation generated in the skin? The lesson of alfa-malonocyte-stimulating hormone. *Journal of Dermatology*, 41, 311-318.
- Torello Lotti, G. B., Francesca Prignano (2008). Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. *Dermatologic Therapy*, 21, 42-46.
- Twycross, R., Greaves, M., Handwerker, H., Jones, E., Libretto, S., Szepletowski, J., et al. (2003). Itch: scratching more than the surface. *QJM*, 96(1), 7-26.

- Ulnik, J. (2004). *El psicoanálisis y la piel: Síntesis*.
- Ulnik, J. C. (2004). *Distancias Afectivas en Pacientes con Psoriasis*. Granada: Universidad de Granada.
- Valverde Lopez, J. C., Mestanza, M., & Asenjo, C. (2005). Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica. *Folia dermatol. peru*, 16(3), 119-122.
- van den Berg, B., Grievink, L., Yzermans, J., & Lebret, E. (2005). Medically Unexplained Physical Symptoms in the Aftermath of Disasters. *Epidemiol Rev*, 27(1), 92-106.
- Verhaak, P., Meijer, S., Visser, A., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414-420.
- Verhoeven, E. W. M., De Klerk, S., Kraaimaat, F. W., Van De Kerkhof, P., De Jong, E., & Evers, A. W. M. (2008). Biopsychosocial Mechanisms of Chronic Itch in Patients with Skin Diseases: a Review. *Acta Dermato-Venereologica*, 88(3), 211-218.
- Verhoeven, E. W. M., Kraaimaat, F. W., van de Kerkhof, P. C. M., van Weel, C., Duller, P., van der Valk, P. G. M., et al. (2007). Prevalence of physical symptoms of itch, pain and fatigue in patients with skin diseases in general practice. *British Journal of Dermatology*, 156(6), 1346-1349.
- Verhoeven, L., Kraaimaat, F., Duller, P., van de Kerkhof, P., & Evers, A. (2006). Cognitive, Behavioral, and Physiological Reactivity to Chronic Itching: Analogies to Chronic Pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(3), 237-243.
- Waller, E., & Scheidt, C. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 239-247.
- Watson, D., & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234-254.
- Wearden, A., Cook, L., & Vaughan-Jones, J. (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 341.
- Wearden, A., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 279-288.
- Weiner, I.B., Freedheim, D.K., Millon, T., Schinka, J.A., Lerner, M.J., Velicer, W.F. (2003). *Handbook of Psychology: Personality and social psychology*. John Wiley and Sons.
- Weiss, M., Raguram, R., & Channabasavanna, S. (1995). Cultural dimensions of psychiatric diagnosis. A comparison of DSM-III-R and illness explanatory models in south India [published erratum appears in Br J Psychiatry 1995 Jul;167:119]. *The British Journal of Psychiatry*, 166(3), 353-359.
- Weldon, D. R. (2006). Quality of life in patients with urticaria. *Allergy and Asthma Proceedings*, 27(2), 96-99.
- Wileman, L., May, C., & Chew-Graham, C. A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam. Pract.*, 19(2), 178-182.
- Willebrand, M., Low, A., Dyster-Aas, J., Kildal, M., Andersson, G., Ekselius, L., et al. (2004). Pruritus, personality traits and coping in long-term follow-up of burn-injured patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 84(5), 375-380.

- Willebrand, M., Low, A., Dyster-Aas, J., Kildal, M., Andersson, G., Ekselius, L., et al. (2004). Pruritus, personality traits and coping in long-term follow-up of burn-injured patients. *Acta Derm Venereol*, 84(5), 375-380.
- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol*, 47(9), 903-910.
- Williams, P., & Wiebe, D. (2000). Individual differences in self-assessed health: gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 28(5), 823-835.
- Wise, T., Mann, L., & Shay, L. (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. *Comprehensive psychiatry*, 33(3), 147-151.
- Woodruff, P., Higgins, E., Du Vivier, A., & Wessely, S. (1997). Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *General hospital psychiatry*, 19(1), 29-35.
- Woods, D. (2002). Introduction to the special issue on repetitive behavior problems. *Behavior modification*, 26(3), 315.
- Wright, R. J., Cohen, R. T., & Cohen, S. (2005). The impact of stress on the development and expression of atopy. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 5(1), 23.
- Wu Pai-Lu, & Chiou, Wen.-Bin. (2008). Postformal thinking and creativity among late adolescents: a post-Piagetian approach. *Adolescence*, 43(170), 237-251.
- Yelsma, P. (2007). Associations among alexithymia, positive and negative emotions, and self-defeating personality. *Psychol Rep*, 100(2), 575-584.
- Yosipovitch, G. (2004). *Itch: basic mechanisms and therapy*: Informa Health Care.
- Yosipovitch, G., Greaves, M., & Schmelz, M. (2003). Itch. *The lancet*, 361(9358), 690-694.
- Yosipovitch, G., & Samuel, L. (2008). Neuropathic and psychogenic itch. *Dermatologic Therapy*, 21(1), 32-41.
- Yoshino, A., Kimura, Y., Yoshida, T., Takahashi, Y. y Nomura, S. (2005a). Relations between temperament dimensions in Personality and Unconscious Emotional Responses. *Biol Psychiatry*, 57, 1-6.
- Yzermans, C. J., Donker, G. A., Kerssens, J. J., Dirkzwager, A. J., Soeteman, R. J., & ten Veen, P. M. (2005). Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. *Int. J. Epidemiol.*, 34(4), 820-826.
- Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork, C., et al. (2004). Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 18(1), 27-36.