

Periodo investigador 2007/2008.

# **La Piel: el lienzo de la personalidad.**

## **El factor modulador de la personalidad en Neurodermitis.**



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

Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

**Ramón Martín Brufau**

2008.

<b>1. <u>INTRODUCCIÓN.</u></b>	<b>4</b>
<b>2. <u>LA CONDUCTA DE RASCADO.</u></b>	<b>5</b>
2.2. Vías nerviosas del dolor-picor (rascado).	16
<b>3. <u>LA PIEL.</u></b>	<b>20</b>
<b>4. <u>LA PERSONALIDAD.</u></b>	<b>53</b>
<b>ALEXITIMIA Y PIEL</b>	<b>67</b>
<b>4.2. LA PSICOFISIOLOGÍA DE LA PIEL Y LA PERSONALIDAD.</b>	<b>72</b>
<b>5. <u>HIPÓTESIS</u></b>	<b>77</b>
<b>6. <u>MATERIAL Y MÉTODO.</u></b>	<b>82</b>
<b>7. <u>RESULTADOS</u></b>	<b>87</b>
<b>8. <u>DISCUSIÓN</u></b>	<b>106</b>
<b>8.1. DISCUSIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS OPERATIVA.</b>	<b>107</b>
8.1.1. Significado Psicológico de las Características de Personalidad de la Muestra.	107
8.1.2. UN POSIBLE DIAGNÓSTICO.	114
<b>8.2. DISCUSIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS OPERATIVA.</b>	<b>118</b>
<b>8.3. PROPUESTA DE UN MODELO TEÓRICO.</b>	<b>123</b>
<b>9. <u>CONCLUSIONES</u></b>	<b>127</b>
<b>9.1. CONCLUSIONES BASADAS EN LAS HIPÓTESIS OPERATIVAS.</b>	<b>127</b>
<b>9.2. PROPUESTAS DE FUTURO PARA INVESTIGACIONES RELACIONADAS.</b>	<b>129</b>

## PRIMERA PARTE. PARTE TEÓRICA.

# 1. Introducción.

¿Quien no se ha rascado alguna vez? No es raro observar a los chimpancés de los zoológicos 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 había planteado 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 conductas que aisladas llaman poco la atención y se consideran 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, 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 una personalidad que se rasque excesivamente? 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 muchos misterios (Ralf Paus 2006).

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. Este trabajo trata de reflexionar sobre el papel del rascado y de la relación entre piel-personalidad, y, más concretamente, de explorar algunas cuestiones sobre variables psicológicas de las personas que sufren esta enfermedad, si es que las hubiese.

## 2. La conducta de rascado.

Para entrar en esta conducta en el comportamiento humano bien valdría comenzar por una reflexión introductoria, pero no por eso menos rigurosa, sobre el rascado y el acicalamiento, y lo que se ha escrito sobre él en la literatura científica. 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 como 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 and 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** (Escobar 2004). (En las próximas páginas se desarrollará toda una interesante trayectoria investigadora sobre los cambios estructurales que el estrés genera en la piel y

como 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 recibir la estimulación necesaria para 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, 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. Una hipótesis de trabajo consistiría en conocer el sociograma de los individuos que se producen heridas como consecuencia de conductas de rascado (tricotilomanía, etc...) y suponer que se situarán en un lugar más bajo del sociograma. O comprobar si en momentos de desajuste al entorno (estrés) aumentan las conductas de rascado en estas personas.

La relación entre el contacto con el propio cuerpo y la cognición, queda más patente aún en un estudio 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 y 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 directamente, a través de modificación de refuerzos, con técnicas de modificación de conducta. A este respecto, resulta interesante recordar la reflexiones del Dr. F. Grimalt en su trabajo Dermatología y Psiquiatría (Grimalt and 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. En un principio no parece ser excluyente una revisión más profunda del tema, añadiendo la aplicación de técnicas más cognitivas de lo que en un principio se podría plantear, con la aplicación de principios conductuales sobre la conducta patológica de acicalamiento. Podrían resultar dos niveles o aspectos diferentes de una intervención, ambos complementarios y por lo visto relacionados íntimamente.

En el afán por describir más sistemáticamente este apartado de la conducta humana, se han realizado esfuerzos por ubicar las patologías que pudiesen tener que ver con el rascado. En este sentido, se ha propuesto la denominación 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 seguido de arrepentimiento, dolor físico o culpa” la denominación de *conductas repetitivas centradas en el cuerpo*. 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).

Podríamos preguntarnos, provisionalmente, si este puede ser el marco en el que se desarrolla la Neurodermitis.

A continuación intentaremos añadir más información a la aportada, para cubrir, en la medida de lo posible, la vasta información que exige la complejidad humana, en las variables que puedan estar relacionadas más directamente con esta conducta según los hallazgos que otros investigadores han aportado a la literatura científica.

## **2. 1. Psicopatología y rascado.**

### **2.1.1. El papel mediador de la Disociación.**

Como toda conducta humana, el rascado puede situarse entre un continuo entre lo patológico y lo normal, entre lo desadaptativo y lo adaptativo (lo interesante es como unos fenómenos pasan de un grado a otro arrastrando a otras conductas consigo hacia lo patológico). En este sentido, Gupta y Gupta examinaron la relación entre ciertas sensaciones cutáneas inexplicables por el médico y el fenómeno disociativo, encontrando que el 34% de los síntomas disociativos (medida a través del Dissociative Experiences Scale (DES) explicaban los síntomas cutáneos: sensaciones cutáneas tales como el rascado, el dolor y el entumecimiento (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 (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 inexplicables (que constituyen entre un 25% y un 60% de síntomas investigados en los centros de atención primaria)(Brown 2004) encontrando una reactividad psicofisiológica en la conductancia de la piel relacionada con la disociación.

Veamos un poco más de cerca el fenómeno de la disociación. La disociación se ha descrito como parte de un mecanismo de defensa adaptativo parecido al tipo de respuestas animales 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 un trauma 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 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 del cuerpo. E interpretan el picado y la disociación como un signo de que el cuerpo necesita atención (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, incluso en niveles medios de disociación que, dentro de un continuo, no generen normalmente psicopatología. Esto es coherente con nuestro interés en medir personalidad normal a una muestra de pacientes dermatológicos, teniendo en cuenta el principio de la continuidad entre lo normal y lo patológico ya que tratar de buscar patologías severas puede ser menos exitoso dado el carácter más o menos cotidiano de mecanismos de disociación. De nuevo sería el grado en el que se de o la frecuencia en la que se utilice lo que favorecería o no patología, no el que se de o no se de, siempre/nunca.

Haciendo hincapié en este mecanismo y su relación con la piel, 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 dónde 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 (dos personalidades), 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 misma 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 pensar. Luego me rasco.

### **2.1.2. 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 variables psicológicas.

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 (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).

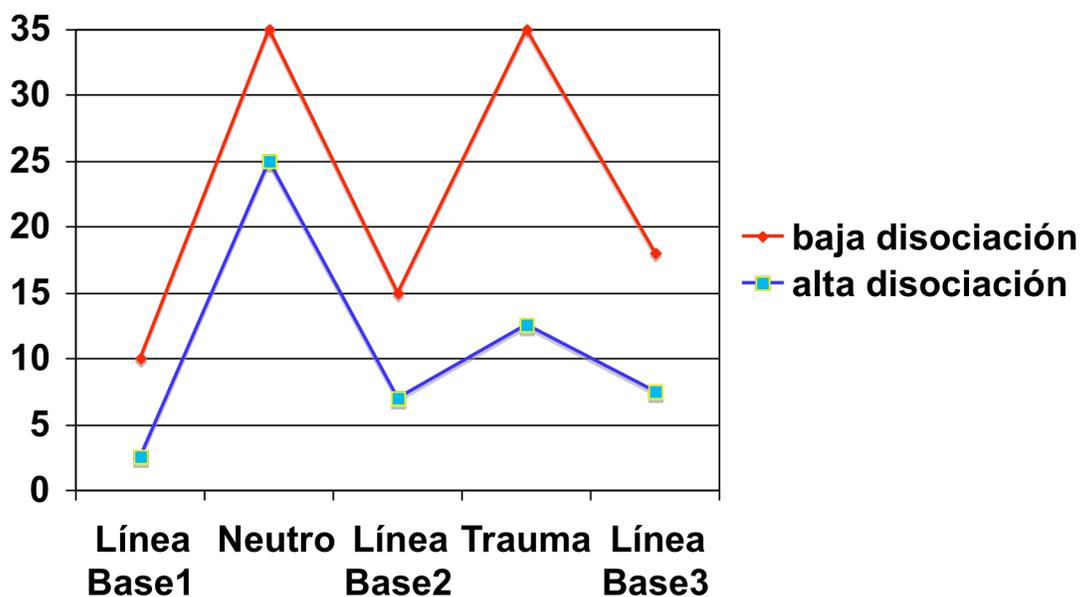
Dicho esto, algunos autores han relacionado la activación simpática, con la disociación (Peter-Bob 2007). Defendiendo que la medida de la disociación y la actividad límbica (muy ligada a los procesos emocionales) puede medirse mediante la actividad electrotérmica.

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 asociado al nivel de disociación de las personas, uniendo así la respuesta de la piel (lo físico) y la respuesta de los mecanismos mentales y el impacto emocional, (lo psíquico).

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.



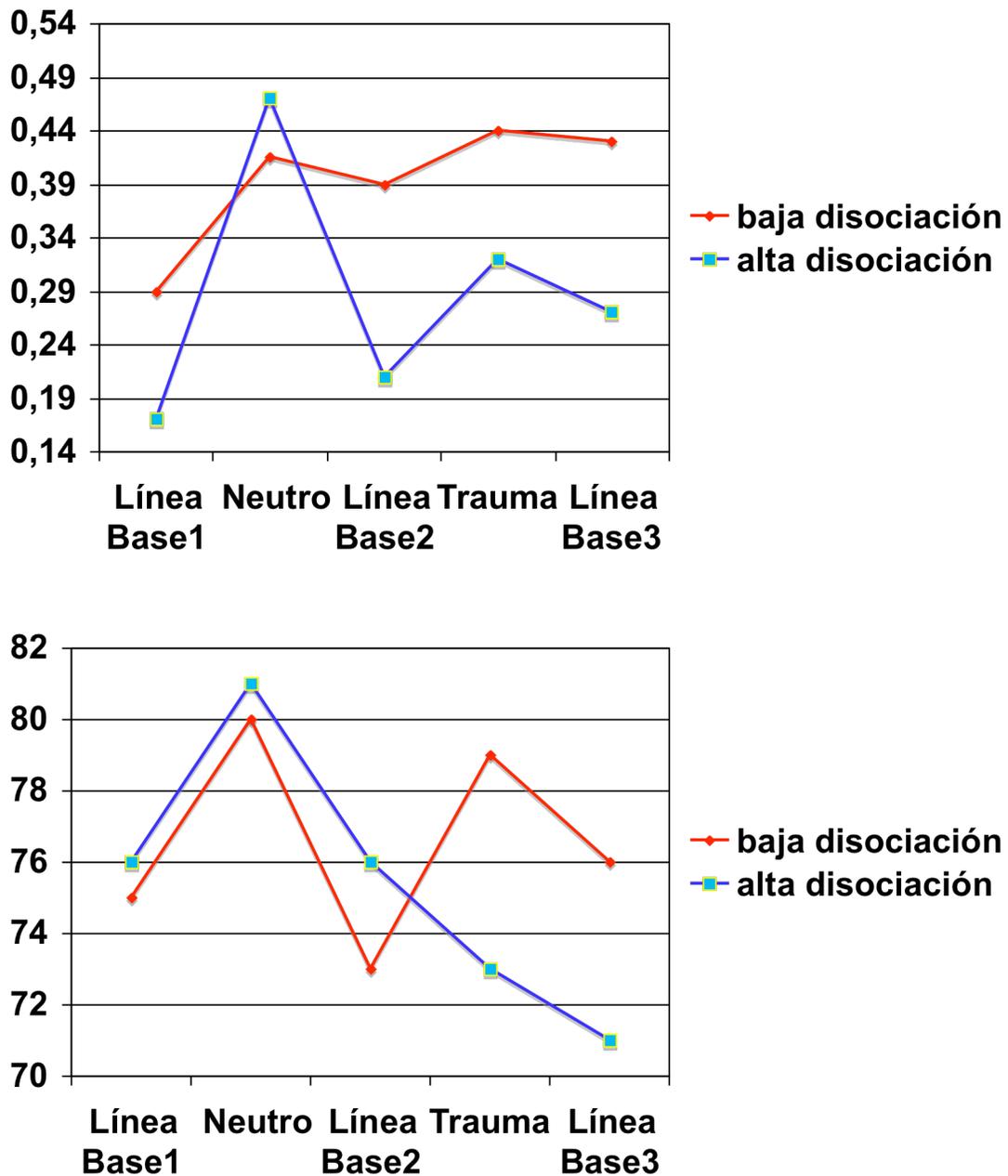


Fig. 1. a) Número de conductancia de la piel, b) Amplitud de respuesta de la conductancia de la piel, c) frecuencia cardíaca. Adaptado de Griffin, Resick y Mechanic. (Michael G Griffin 1997)

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 activación psicofisiológica (León-Sanabria 2007), lo que sin duda puede hacer extremadamente compleja su intervención.

Para nuestro caso, el uso repetido del mecanismo de disociación y su efecto en la piel podrían dar cuenta de los efectos crónicos del rascado en alguna medida. Quizá también, el rascado estimula la activación, el incremento de arousal en la piel ya de por sí bajo (como se muestra en la figura 1) uniéndose así el efecto de la disociación (bajada de arousal dérmico) y la necesidad de rascado, y la función apuntada anteriormente del rascado cumpliendo una función de estimulación (León-Sanabria 2007).

Podría ser interesante comprobar si los atópicos responden de una determinada manera y si siguen este patrón, incluso cómo los pacientes atópicos (que tienen una fuerte tendencia al rascado) se manejan en una situación estresante (por ejemplo inducida experimentalmente), ¿utilizarán más mecanismos de disociación que la media normal? ¿Y los pacientes con neurodermitis?

### **2.2.1. Estrés post-traumático y síntomas médicos inexplicables.**

Madulika Gupta, hace una interesantísima 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; 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) o desarrollan síntomas cutáneos o se exacerban ante un evento estresante.

Una de las hipótesis de este trabajo es que los pacientes de piel puede que presenten cierta predisposición basal a responder más intensamente a eventos estresantes. Esta predisposición, medida a través de variables de personalidad podría generar una mayor vulnerabilidad a eventos estresantes y llevaría a su vez, a estrategias de afrontamiento basadas en la regulación 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 factor de vulnerabilidad. Por lo tanto quizá compartan algunas características psico-fisiológicas con el trastorno de estrés post traumático. Si esto fuese cierto, no sería raro encontrar estudios que relacionan disociación y trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y síntomas cutáneos como el picor o el entumecimiento .

## **2.2. 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, de forma refleja a través del reflejo de rascado, que hayan invadido la piel. 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).

### **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 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 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 vías neuronas receptoras del dolor, manden señales de forma espontánea (aún en ausencia de estímulo doloroso), y esta actividad suponga una actividad inhibitoria para las neuronas receptoras del picor. Es decir, 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).

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 (Niemeier, Kupfer et al. 1999; Grimalt and Cotterill 2002; Hironori Matusushima 2003; Roldan 2007).

### **¿Es el picor una emoción?**

Quizá sea interesante interrogarse sobre el papel del picor, y si tiene características propias de una emoción.

Una emoción se ha definido como:

“Reacciones complejas y estructuradas, de carácter rápido, difícil de controlar, con un fuerte contenido subjetivo y fisiológico, que alteran el comportamiento que se está realizando en ese momento y que preparan para la acción.” (Martinez-Selva 2008)

Según esta definición, tanto el dolor como el prurito podrían encajar en el patrón; el picor produce el deseo de rascarse, de carácter inmediato, difícil de controlar, con fuerte

contenido subjetivo y fisiológico y que altera el comportamiento que se está realizando en ese momento. Además está arraigada en la especie y cumple funciones de adaptación y supervivencia.

En concreto el prurito es fruto del complejo sistema cerebral y la activación de sus receptores evoca una sensación subjetiva que requiere atención inmediata al foco del picor. Y por lo tanto, como una emoción está sujeta a sus condicionamientos.

### 3. La Piel.

En este capítulo se pretende profundizar en las relaciones cuerpo-mente, respecto a la piel.

Numerosos estudios abordan recientemente la compleja relación entre los procesos psíquicos y la bio-química cutánea como mecanismo adaptativo: ¿Cómo una modifica la fisiología de la otra? ¿Qué factores producen un agravamiento de las lesiones cutáneas? ¿Qué tratamientos son más efectivos y cuales 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 se traducen en datos experimentales que los diversos autores han ido recabando en los últimos años.

Capítulo 1. En el primero de esta serie de capítulos dedicados a la piel, se reflexiona, a la luz de los artículos revisados, sobre el sentido adaptativo de la piel, en otras palabras... ¿Cual es la función de la piel?

Capítulo 2. Clasificaciones de las enfermedades de la piel relacionadas con el psiquismo: las psicodermatosis.

Capítulo 3. Neurodermitis o liquen simple crónico.

Capítulo 4. El estrés afecta a la piel y altera sus funciones de barrera.

### **3.1. ¿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, el 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 la 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 importante para mantener esta función también.

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 (C.M. Choung 2002).

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

### **3.1.1. Una visión evolutiva de la piel. Una mirada al pasado.**

¿Cuál es la verdadera función de la piel? Como una serie de autores responden, está pregunta está mal planteada. Ya que no hay una única función de la piel. Hay muchas y variadas funciones que se interrelacionan y complementan. 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 facilito 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. A través de sus glándulas, la piel se especializa en 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 bello en el cuerpo en los mamíferos, como los elefantes africanos

o los mamuts, o las ballenas que volvieron al medio acuático, tienen diferente cantidad de pelo 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 también 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 donde 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 y con más necesidad de atrapar la mayor cantidad de sol 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 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 cumplen, a su vez, una función para el mantenimiento de la homeostasis de este órgano y, por su localización especial, la homeostasis de todo el cuerpo. La piel no solo 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 regulación con el resto de órganos internos del cuerpo, sobre todo 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: el cerebro.

¿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 el sistema inmunológico cutáneo tiene numerosas innervaciones neurales, se podría comparar este sistema de caminos neuronales a través de la piel como 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 de este esfuerzo de investigación, pero abre enormes interrogantes que justifican el interés por las relaciones entre este órgano y la conducta.

Lo que queda patente es que la piel puede enfermar por alteraciones de la mente.

A continuación se presenta la clasificación de las enfermedades dermatológicas por influencia psíquica: las psicodermatosis.

## 3.2. Clasificación de las psicodermatosis.

### 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 antes de 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 como la piel puede reflejar el mundo emocional de la persona, no en vano son los dos órganos del cuerpo que derivan del ectodermo. Este origen embrionario común condiciona múltiples formas de enfermar conjuntamente, que clasificamos en tres grandes apartados (Tabla 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. 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 (F. 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 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. Algunos 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.

El tercer grupo de enfermedades psicocutáneas son dermatosis que 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, coloración de la piel, sobre todo de la cara pueden 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 dificultan 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. Esto puede asociarse al rechazo inconsciente en los padres y a alteraciones de la personalidad en los niños. En general pueden observarse respuestas psíquicas diversas ante el sufrimiento y frustración que producen las lesiones cutáneas.

Tabla I: Clasificación de las enfermedades psicocutáneas (F. 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-Dermatosis 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: atopia, Duhring, etc.

## 3.3. Neurodermitis.

### 3.3.1. 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 piel, 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.

### 3.3.2. 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.

### **3.3.3. 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)

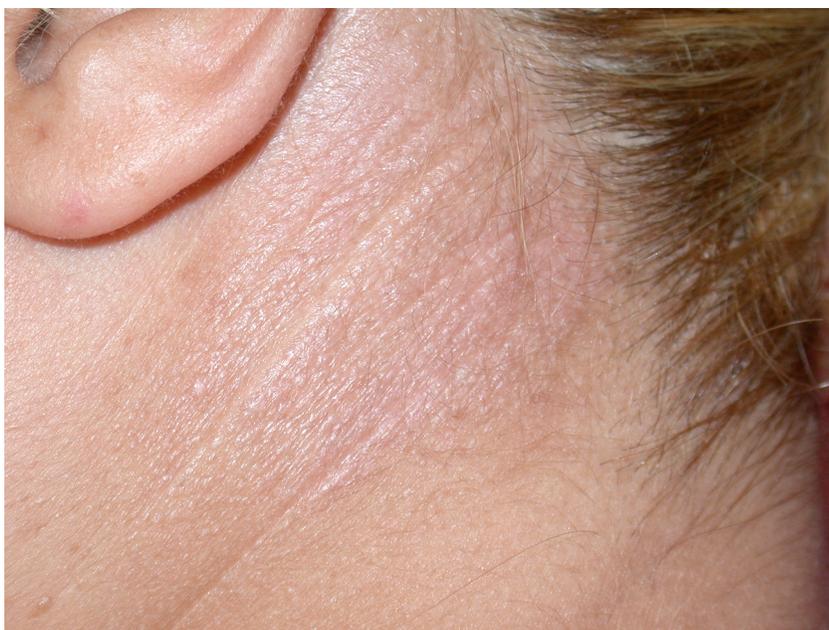


Fig 2. Placa de neurodermitis en la cara lateral izquierda del cuello de una mujer zurda de mediana edad, con bordes poco definidos. El engrosamiento de la piel y la exageración de los pliegues en este caso, delimitan zonas romboidales en unas zonas y lineales, paralelas a las arrugas, en otras.

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 sitio 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.



#### **3.3.4. 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.

### **3.3.5. Psicopatología asociada.**

La neurodermitis se incluyó inicialmente en la primera descripción de las 7 enfermedades psicosomáticas 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 y Handler, 1981; Konuk, 2007) ansiedad, tensión emocional, nerviosismo, (Mercan 2008), insomnio (Koca 2006)

Los pacientes con neurodermitis tienen un alto grado de síntomas psicopatológicos asociados, respecto al grupo control, según demuestran Konuk y colaboradores, 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 vuelve a plantear 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 sexo 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.

### **3.3.6. Tratamiento.**

#### 3.3.6.1. 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 and Cotterill 2002).

#### 3.3.6.2. Tratamiento Psicológico de las Neurodermitis.

El tratamiento psicológico que se ha efectuado para las neurodermitis ha sido, según se recoge en la literatura, el tratamiento mediante la técnica de la inversión del hábito y otras intervenciones basadas en las técnicas de modificación de conducta (Michael S. Rosenbaum 1981). También se han usado técnicas usando a los padres como co-terapeutas en algunas ocasiones para tratar el exceso de rascado en su hija con modificaciones también en los padres (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, 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 instruyó 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 disminuyó 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 se empezó a disminuir 7 días más tarde. De forma muy interesante, 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 estresante.

Otro caso reporta el uso de principios de condicionamiento para reducir y eliminar la conducta de rascado que 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 fé. 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.

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.

### **Evolución y pronóstico**

La neurodermitis suele ser de larga evolución, puede atenuarse espontáneamente e incluso curarse definitivamente con el tratamiento, pero es frecuente que las lesiones se intensifiquen o vuelvan a aparecer en épocas de la vida particularmente estresantes, con problemas o dificultades, lo cual puede continuar durante años.

## 3.4. Relación Psicología-piel.

### 3.4.1. 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 uso 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 interdisciplinarias y la psicósomática experimenta un notable desarrollo. Finalmente, se desarrolla la psicología de la salud.

Los autores que se han citado anteriormente tienen importancia en el desarrollo incipiente de la psicósomática aportando cada uno una pieza del puzzle psicósomático.

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 psicósomática.

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 hombre, 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 (Alexander 1962). Cómo 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 median 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 yagas 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 (Kiecolt-Glaser 1992; MA Aller 1996; Solomon 2001; Janic K. Kiecolt-Glaser 2002; Camelo-Roa 2005; Francisco Tausk 2008).

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, que es una propuesta de este documento.

En trabajos de 1950 y principios de 1960, se encontró como 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.

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 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 (Kiecolt-Glaser 1992; L Lorente 1996; MA Aller 1996; Solomon 2001; Janic K. Kiecolt-Glaser 2002; Nakano 2004; Camelo-Roa 2005; Francisco Tausk 2008). Sin embargo, de cara a establecer antecedentes relevantes para el tema que aquí se trata, y por motivos de brevedad, 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 aspecto de los mecanismos que traducen lo psicológico a lo orgánico, como también, por formar un eslabón parte del modelo explicativo sugerido.

#### **4.3.4. Definición del concepto de estrés:**

El estrés es una palabra tomada por Selye de la física, donde se utiliza para referirse a la fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar una determinada magnitud, produce la deformación, estiramiento y /o destrucción del objeto. Sin embargo, la definición para Selye incluye en la definición aquel proceso que ocurre ante condiciones negativas y positivas. Es decir, se trata de un proceso de origen adaptativo, que pone en marcha una serie de mecanismos de emergencia, necesarios para la supervivencia y solo durante determinadas condiciones sus consecuencias se vuelven negativas, aunque sea la faceta que más se conozca de éste.

En la literatura científica el estrés ha sido conceptualizado de cuatro formas diferentes: 1. Como los estímulos desencadenantes del proceso, 2. Como un conjunto de comportamientos habituales que conllevan una cierta activación del proceso, 3. Como procesos de valoración, toma de decisiones y afrontamiento de situaciones y 4. como respuesta final resultante de todo el proceso.

El estrés es un proceso adaptativo y de emergencia que genera emociones, pero no es una emoción en sí mismo. Se desencadena ante cualquier cambio en la estimulación o alteración en las rutinas cotidianas. Para Selye es una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia. (referencia).

Podemos entonces definir el estrés como: Un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene información para darle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo dar una respuesta adecuada a la demanda.

Los desencadenantes del estrés:

El procesamiento del estrés:

El estrés, como proceso psicológico lo conforman una serie de subprocesos que van entrando en funcionamiento en función del momento a medida que se procesa la información (del exterior o del interior del organismo). En un primer momento el procesamiento es automático mediado por los mecanismos pre-atencionales que son los encargados de poner en funcionamiento la respuesta emocional ante el estresor. A este primer momento le sigue otro en el que la información es dirigida por un procesamiento controlado, que identifica, valora y toma decisiones frente al estresor. Esta segunda parte se compone de funciones cognitivas que suponen un proceso perceptual individualizado

y vulnerable a predisposiciones biológicas, factores estructurales, historia personal de aprendizaje, experiencias previas y fuentes disponibles de afrontamiento.

La etapa de reacción afectiva consiste en una primera valoración automática o automatizada por el uso ( como el hábito de rascado puede llegar a serlo) de la situación en términos de amenazante o no amenazante. Es muy rápida, predominantemente afectiva y no consciente.

Ésta reacción afectiva está compuesta por el patrón de respuesta funcional orientación-defensa. En relación a esto debemos considerar los conceptos de respuesta de orientación y respuesta de defensa. La respuesta de orientación se corresponde a un proceso psicofisiológico de respuesta emocional de curiosidad o aceptación de los estímulos preparando al organismo para su recepción y análisis; la respuesta de defensa corresponde con una respuesta emocional negativa o de rechazo de los estímulos, preparando al organismo para defenderse de ellos.

La respuesta de orientación parece estar asociada a un incremento en la sensibilidad de los órganos sensitivos, para aumentar y optimizar la receptibilidad del organismo. La respuesta de defensa es una reacción de protección, que se pone en marcha ante estímulos presumiblemente peligrosos o estímulos de muy alta intensidad. La respuesta de defensa parece tener la función de limitar los efectos que puedan tener sobre los sistemas perceptivos y el propio organismo los estímulos intensos o peligrosos. Se produce ante estímulos de alta intensidad e implica sistemas de feedback negativos que limitan la acción de los estímulos.

La primera valoración, según Lazarus y Folkman (1984), es un proceso por el cual la persona evalúa la situación y realiza cambios en su forma de actuar en función de como él la ve. Esta evaluación implica ya un proceso controlado de identificación, valoración y aceptación o rechazo de la información que proviene del medio externo e interno.

Es de suponer que las personas con más recursos cognitivos y sociales tengan una percepción de los acontecimientos más benigna que aquellas personas que por su historia pasada no hayan tenido las oportunidades vitales de acumular la experiencia suficiente como para hacer frente a las exigencias de la vida. Este puede ser el caso de personas con un estilo de crianza sobreprotector, o un apego inseguro-evitativo, que minimiza las oportunidades de exposición y consiguiente aprendizaje de las habilidades sociales y cognitivas necesarias para aprender a resolver los problemas inherentes de la vida. En este sentido un factor de protección podría ser la creatividad tal como lo define Corbalán 2001, como la capacidad de resolver problemas y flexibilidad cognitiva.

Lazarus y Folkman distinguen tres tipos de valoración primaria del medio y sus demandas: la valoración irrelevante, la valoración benigno-positiva y la estresante. Estas tres categorías no son excluyentes sino que toda condición tendrá cierto grado de las tres.

La valoración de un estímulo como irrelevante produce una reacción emocional neutra. Se valora como irrelevante aquellos estímulos percibidos que no tienen consecuencias para el individuo. No implican a las personas o sus consecuencias no tienen interés para éstas. Este tipo de valoración no da lugar a más respuesta emocional.

La valoración de un estímulo como benigno-positiva de una condición estimular se produce en los casos en los que se evalúa el medio y a las demandas de este como favorables para lograr o mantener el bienestar personal. Esta valoración conlleva una respuesta emocional placentera, tal como alegría, felicidad, amor, etc... no desencadenando la respuesta de estrés.

La valoración de una condición estimular como estresante puede ser de tres formas:

1. Valoración estresante que implica daño o pérdida. Se produce cuando la persona tiene algún prejuicio ante esta condición por haber sufrido anteriormente algún tipo de lesión física, daño social o deterioro en su autoestima. La valoración de una condición dentro

de esta categoría supone la inmediata movilización del patrón de respuesta de estrés, sin que tenga que mediar ningún otro proceso cognitivo-emocional.

2. La valoración de una situación como generadora de amenaza. Se produce por la anticipación de daños o pérdidas, que aún no han ocurrido en la persona, pero que ésta prevé que pueden ocurrir si no hace algo para evitarlo. Implica, por tanto una valoración del potencial lesivo del estresor y moviliza emociones negativas y una segunda valoración para buscar un afrontamiento anticipativo.

3. La valoración de una situación como desafío. Supone una anticipación de daños o pérdidas pero en este caso valorando los recursos necesarios para dominar la situación. Implica por tanto una valoración de la capacidad de control de la situación, al tiempo que moviliza emociones positivas y la segunda valoración.

La segunda valoración o valoración de recursos, corresponde con la apreciación del repertorio de comportamientos o habilidades necesarias para hacer frente a la situación estresante. La valoración se centra en evaluar si puede hacer algo para enfrentarse con éxito a la situación, es decir se anticipa la capacidad de los recursos de afrontamiento. Por lo tanto esta valoración está condicionada por las capacidades y recursos, que la persona posee: al tiempo, que el resultado de esta valoración está muy determinado por la valoración primaria, pues el que la persona valore que puede controlar o no una situación de estrés depende directamente de las demandas percibidas en ésta.

El resultado de esta segunda valoración puede ser que la persona posea estrategias eficaces para evitar el daño, en cuyo caso se movilizará la siguiente fase del proceso que es la selección de las propias respuestas; o bien, que no posea estrategias eficaces para evitar el daño anticipado, lo cual movilizará la respuesta de estrés y agotará el proceso cognitivo-afectivo. Se procede por tanto a un proceso de reevaluación en función de los recursos que existen para hacer frente a la situación.

La selección de respuesta consiste en la elección que la persona realiza, de acuerdo con las valoraciones que ha hecho anteriormente, de entre las posibles respuestas que puede utilizar, la que estima más adecuada para hacer frente a las demandas percibidas. Las respuestas escogidas pueden ser específicas para esa situación o generales para una amplia gama de situaciones. Si no se dispone de ninguna respuesta de estos dos tipos, el sujeto o bien despliega una nueva respuesta o permanece pasivo desencadenando la respuesta de estrés.

El afrontamiento sería la respuesta anticipatoria, que intenta evitar los daños del estresor. El afrontamiento es un conjunto de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Estrategias de afrontamiento utilizadas frente al estrés:

Estrategias

Características

Reevaluación positiva

Estrategias de afrontamiento activo enfocadas a crear un nuevo significado de la situación problema, intentando sacar todo lo positivo que tenga la situación.

Reacción depresiva

Ser pesimista acerca de los resultados que se esperan de la misma

Negación

Ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración.

Planificación

Movilización de estrategias de afrontamiento para alterar la situación, implicando una aproximación analítica y racional al problema

Conformismo

Tendencia a la pasividad, percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y aceptación de las consecuencias que puedan producirse

Desconexión mental

Uso de pensamientos distractivos para evitar pensar en la situación problema

Desarrollo personal

consideración del problema de una manera relativa, de auto-estímulo y de un positivo aprendizaje de la situación, centrándose sobre todo en el desarrollo personal

Control emocional

Movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos

Distanciamiento

Supresión cognitiva de los efectos emocionales que genera el problema

Supresión de las actividades distractoras

Esfuerzo para paralizar todo tipo de actividades, para centrarse activamente en la búsqueda de información para valorar el problema

Refrenar el afrontamiento

Aplazamiento de todo tipo de afrontamiento hasta que no se produzca una mayor y mejor información sobre el problema.

Evitar el afrontamiento

No hacer nada en previsión de que cualquier tipo de actuación puede empeorar la situación o por valorar el problema como irresoluble

Resolver el problema

Se caracteriza por decidir una acción directa y racional para solucionar las situaciones problema

Apoyo social al problema

Tendencia a realizar acciones encaminadas a buscar en los demás información y consejo sobre cómo resolver el problema

Desconexión comportamental

Evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema

Expresión emocional

Canalizar el afrontamiento hacia las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional causada por el problema

### Apoyo social

Búsqueda en los demás de apoyo y comprensión para la situación emocional en que se encuentra envuelto

### Respuesta paliativa

Incluir en su afrontamiento elementos que buscan la evitación de la situación estresante, es decir, intenta sentirse mejor fumando, bebiendo o comiendo

Independiente del afrontamiento empleado, este proceso psicológico conlleva fatiga, cuyos efectos, si se acumulan, pueden tener las mismas consecuencias que el propio estresor desencadenante. Las demandas prolongadas de respuestas de afrontamiento agotan esa energía psíquica y limitan los recursos del aparato psíquico. Mayor aún es el efecto cuando la exposición es prolonga y ante un estresor incontrolable e impredecible ya que aumenta las demandas atencionales y la toma de decisión sobre las respuestas de afrontamiento, reduciendo la capacidad de otros procesos psicológicos. De tal manera que independientemente del éxito que se obtenga, la reiterada utilización de estos mecanismos psicológicos causa efecto negativo de fatiga mental y limitación de las capacidades de procesamiento, y dificultades para adaptarse al entorno en el que se vive. Limitando las posibilidades y empeorando la calidad de vida. También el afrontamiento puede ser perjudicial: el tipo de afrontamiento que se lleve a cabo puede no ser compatible con un el temperamento del individuo siendo, en ocasiones, contraproducente su empleo. Este es el caso de los pacientes coronarios que emplean el afrontamiento activo. En otras ocasiones tratar de conseguir aumentar el control de la situación cuando ese control es difícil de conseguir puede provocar frustración y decepciones aumentando la sensación de que el la situación no puede ser controlada y por lo tanto dificultando la adaptación. Es decir, no hay un estilo de afrontamiento que sirva para todo, más bien parecería que la capacidad humana para la adaptación consiste en exhibir un amplio rango de posibles estrategias y ser lo suficientemente flexible como para emplearlas en el momento adecuado. Aquellos que, ya sea por una falta de oportunidades de aprendizaje, o situaciones vitales fuera de la capacidad natural del ser humano, no consiguen desplegar hábilmente los recursos suficientes pueden estar en situación de vulnerabilidad

y tener más posibilidad de desarrollar las patologías en las que el eje neuro-endocrino está implicado. Entre ellas las enfermedades de la piel.

Quizá el estudio de patologías dermatológicas relacionadas con el estrés haya primado aquellas, que por su frecuencia o por su inexplicabilidad desde el punto de vista médico, hayan resultado más llamativas como el caso de la psoriasis, la dermatitis atópica o la alopecia areata ( referencias de estudios de estas patologías y su relación con el estrés).

Este podría ser la vía por la que los pacientes dermatológicos disminuyen su calidad de vida y aumentan el estado de activación y tal vez, la consecuente reacción de(referencia). Habría que comprobar cual es el mecanismo por el cual estos enfermos llegan a estas situaciones. Cómo es que disminuye tanto su calidad de vida. Quizá sea por estrategias de afrontamiento inadecuadas o por eventos estresantes crónicos. Esto se podría comprobar con medidas de cortisol en estos pacientes.

#### **3.4.2. El estrés afecta a la piel y altera sus funciones de barrera.**

Para establecer la relación entre la personalidad y la patología cutánea, es necesario descender a niveles más bajos en una escala de abstracción. Y en lugar de personalidad, quizá sea necesario hablar de cómo ésta influye (quizá a través del manejo del estrés), al funcionamiento de la piel.

La variable (el estrés) que se ha descrito como variable desencadenante de una patología cutánea en numerosas publicaciones. Hay varios artículos recientes que describen los efectos del estrés en el desencadenamiento de las lesiones cutáneas. Estos mecanismos no tienen porque 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 la mente afecta al cuerpo (y el cuerpo a la mente). 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.

Éste es el caso de un artículo cuyo nombre es muy descriptivo, se titula *Mechanisms by Which Psychologic Stress Alters Cutaneous Permeability Barrier Homeostasis and Stratum Corneum Integrity*

La capa cornea de la piel y su función, así como la permeabilidad de la piel fueron alteradas por mecanismos generadores de estrés, generalmente glucocorticoides. 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 respuesta al estrés.

En otro estudio con un título también muy sugerente llamado “Stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis” (Mitsuhiko Denda 2000), se subraya el mecanismo del estrés psicológico, como desencadenante de las lesiones cutáneas en ratones. Por lo que se conoce, es posible que esta alteración sea debida en gran parte al factor mediador de los glucocorticoides, tan estudiados 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 mantenerlos 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 1).

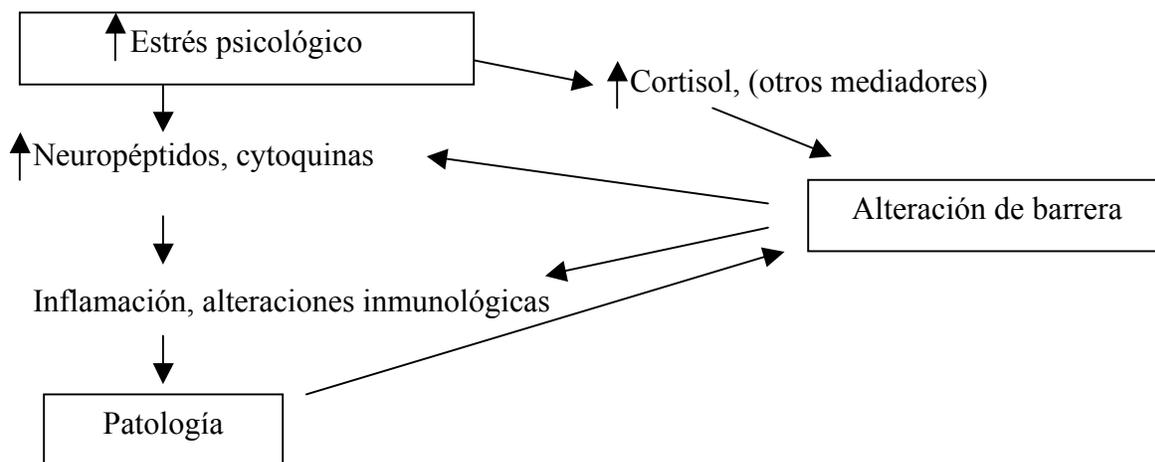


Tabla 1. Diagrama adaptado de Amit G Arg reflejando la posible interrelación entre el estrés psicológico, los glucocorticoides, la homeostasis de la barrera cutánea y la patología cutánea (Amit GArg 2001).

En relación a esto Alexander preconizaba ya a mediados de siglo sobre la necesidad de que para que se diese una enfermedad psicosomática debía existir un conflicto preexistente, una vulnerabilidad del órgano afectado y que el sujeto esté inmerso en una situación de estrés (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 estos casos (salvo quizás el factor de la personalidad premórbida).



## 4. La Personalidad.

### **4.1. Teoría evolutiva de Millon.**

[Breve nota biográfica: El profesor Theodore Millon dirige el Instituto de Estudios Avanzados en Personología y Psicopatología y trabaja como profesor emérito en las universidades de Miami y Harvard. Y ha escrito varios libros relacionados con la personalidad considerándose uno de los teóricos de la personalidad más afamados y activos en la actualidad. También destaca el hecho de que Millon tiene gran influencia en el desarrollo de los manuales diagnósticos psiquiátricos DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV.]

Theodore Millon ha desarrollado una trayectoria espectacular en el estudio de 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, comprehensiva, 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)(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.

#### 4.1.1. 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 (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 darviniana. 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 normales o supuestos. 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 (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 (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 (Millon 1999).

#### 4.1.2. 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 de la persona 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, social 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 2001), como el temperamento, entendido como predisposición biológica a un patrón de actividad y

emotividad determinados y patrones constitucionales y hormonales característicos de una persona.

Para ilustrar este eje Millon recuerda la diferencia entre Hardware y Software. Lo biológico correspondería al hardware (o parte dura de un ordenador: pantalla, teclado, toma de corriente, chips, microprocesadores, etc...) y en función de este hardware se darían unas funciones del software.

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(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.

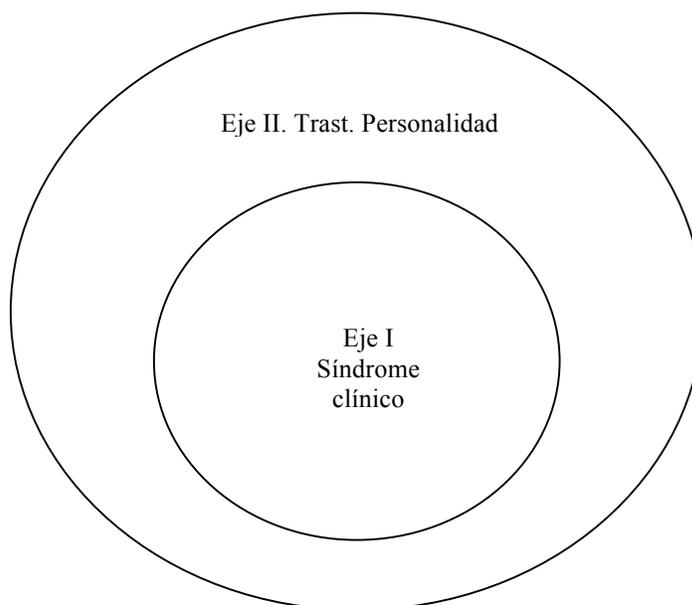
Las que no tienen flechas serían dimensiones neutras en el perfil. Así nos encontramos con las categorías diagnósticas que sigue el DSM en cuanto a los trastornos de personalidad, entendiendo que las diferentes personalidades responden de manera exacerbada en las direcciones establecidas por Millon. 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.

#### 4.1.3. 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 (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, que responde 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 2001). 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 organizan para proteger al individuo de los traumas, el estrés y la estimulación externa.

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 a través de la respuesta al estrés también están conceptualizados 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.

#### 4.1.4. 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 podamos 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.

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 (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 (Davidson).

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 (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.

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

##### 4.1.5.1. 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 biofísica y las experiencias pasadas (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 como se genera el carácter del niño y como 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 podía clasificar los desajustes en los estilos de vida que pudiesen producirse a raíz de la preferencia del sujeto a 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).

#### 4.1.5.2. Modelo Evolucionista de Millon.

En 1990, Millon redefinió su modelo de personalidad y sus desajustes (Davis 1999). El cambio más importante de Millon fue cambiar 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 como 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; Millon 2001).

#### 4.1.6. 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 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 (Millon 2001). Esto podría estar relacionado con conductas diferentes de hombres y mujeres en las relaciones con los demás (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 orientados a satisfacer sus necesidades de vínculo y necesidades sociales y son más protectores de los demás, incluso llegando a ocuparse de las necesidades de aquellos que les son importantes antes que las suyas propias.

#### 4.1.7. 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 2001), 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).

## Alexitimia y piel

### ALEXITIMIA Y PIEL

En una revisión de los hallazgos encontrados en las relaciones entre las enfermedades dermatológicas y la variable alexitimia se encuentran interesantes argumentos a favor de entender la alexitimia como la base de la desregulación emocional y las consecuencias de sobreactivación de los pacientes de piel.

Los hallazgos encontrados entre variables de Personalidad en los pacientes de piel encontradas parecen explicar de alguna forma la desregulación emocional que, en estos pacientes lleva a un aumento de la activación simpática con los subsiguientes efectos psicofisiológicos.

Ya se ha descrito el funcionamiento del eje neuro-endocrino y su implicación en las enfermedades de la piel (referencia). Es por esto que la desregulación emocional juega un papel muy importante en el desarrollo de las patologías cutáneas.

En relación a la regulación emocional el concepto de alexitimia parece un lugar de parada obligado. Es decir, entendiendo la alexitimia como un factor de riesgo para desarrollar problemas emocionales se podría pensar que la alexitimia y los problemas de piel podrían encontrar una fuente común, ya sea psicológica, neurológica, endocrina o psiconeruoimmunoendocrinológica. Vamos a desarrollar el concepto de alexitimia con previsión de que encontraremos relaciones interesantes entre el funcionamiento psicológico de la persona con alta puntuación en alexitimia y los pacientes de la piel.

Concepto:

La alexitima ha sido definida como un rasgo de personalidad caracterizado por una reducción del pensamiento simbólico, pocas fantasías y una habilidad limitada para para

identificar y expresar emociones. (referencia).

Definición del concepto, relación con la dermatología, necesidad de más investigación en el área. Relación entre alexitimia y la personalidad encontrada por nosotros con el mips. (¿QUÉ correlación existe entre el mips y la alexitimia? qué variables reportan alexitimia?).

La definición actual de alexitimia incluye los siguientes factores: 1. dificultad para identificar los sentimientos y diferenciarlos de sensaciones físicas o activación emocional, 2. dificultad en describir emociones a otros, 3. limitada capacidad imaginativa, 4. estilo cognitivo orientado hacia el exterior. En definitiva, las personas con alta alexitimia tienen dificultad en construir representaciones mentales de las emociones. (referencia: Alexithymia and dermatology).

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. 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. Al parecer el aparato psíquico, de nuevo, parece tener implicaciones en más de un sistema biológico.

Se ha relacionado el apego como posible etiología o coadyuvante en el desarrollo de la Alexitimia. Al parecer un apego inseguro puede aumentar la percepción de una situación como amenazante y puede afectar a la intensidad o duración de la respuesta psicofisiológica al estrés. (referencia: 26 en alexitimia y dermatología).

La alexitimia se ha medido mayoritariamente con la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Existe una adaptación española de la escala realizada por Martínez-Sánchez (referencia: Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Clínica y Salud 7(2), 19-32). Que se ha utilizado en las investigaciones realizadas utilizadas en el artículo de revisión mencionado más arriba.

En general, los resultados de los estudios evaluados utilizan la TAS-20 en población con psoriasis y alopecia areata. También hay estudios de urticaria crónica, vitíligo y prurigo nodularis que muestran una alta puntuación de alexitimia comparados con los grupos de control. Sin embargo, siguen faltando en los estudios de psicodermatología evaluación sobre Neurodermitis.

En la revisión podemos ver los siguientes resultados respecto al nivel de alexitimia:

Referencia	Grupo de estudio	Grupo control	REsultados	Relevancia estad.al 0,05
Sayar et al.	Alopecia Areata	Sujetos sanos	AA(58%) Ctrol(35%)	vs. si
Cordan Yazici et al.	Alopecia Areata	Sujetos Sanos	AA(44.2&)vs Ctrol(23.3%)	si
Picardi et al	Alopecia Areata	Otras patologías de la piel	de AA(33,3%)vs. Ctrol (19,6%)	No
Fava et al	Psoriasis	Urticaria/fungal	no diferencias	no
Rubino et al.	Psoriasis	Suejtos sanos	mayor alexitimia en psoriasis	no
Aeganti et al.	Psoriasis	Sanos	Psoriasis(15,6%)vs. Ctrol(9,1%)	si
Picardi et al.	Psoriasis	Otras patologías de la piel	de Psoriasis(25%)vs. Ctrol(19%)	No
Richards et al.	Psoriasis	Sin grupo control	Psoriasis(35%)	
Picardi et al.	Psoriasis	Otras patologías de la piel	de Psoriasis(51,5%)vs. Ctrol(24,7%)	si

Consoli et al.	Psoriasis	Sin grupo control	Psoriasis(35%)
Tantam et al.	Picor	Sujetos Sanos	Atopic dermatitis no más alexitimia
Maniaci et al.	Urticaria crónica	sin grupo control	Urticaria crónica 50% alexitimia
Calikusu et al.	Urticaria Crónica	Excoriaciones psicógenas	excoriaciones psicógenas más alexitimia
Schneider et al.	Prurigo nodularis	Psoriasis	no diferencias no
Picardi et al.	Vitiligo	Otras patologías de la piel	vitiligo(35,5%)vs. Ctrol(19%) si
Picardi et al.	Enfermedades de la piel	sin control	alexitimia en rango normal.

Al parecer los resultados apuntan hacia la existencia de tendencia, en ciertas patologías de la piel a presentar puntuaciones altas en alexitimia si bien los resultados no son concluyentes.

Cierto estudio reciente, realizado en población normal, examinó la respuesta psicofisiológica a estímulos visuales utilizando imágenes que provocaban respuestas emocionales (referencia: Alexithymia and Physiological Reactivity to Emotion-Provoking Visual Scenes.). Los autores de este estudio encontraron la tendencia opuesta a la esperada, es decir, frente a la hipótesis por la cual los sujetos más alexitímicos responden de manera aumentada al estrés, encontraron una tendencia a que a mayor alexitimia menor respuesta de activación fisiológica, medida a través de la tasa cardíaca y la conductancia de la piel.

Por estos motivos no debe darse la relación entre alexitimia y activación psicofisiológica por zanjado, ya que todavía queda mucha investigación que hacer a este respecto. Una posible investigación que podría dar interesantes frutos sería la de estudiar en qué

patologías de la piel puede producirse en mayor medida la influencia de la alexitimia y en cuales menos, ante el peligro de estar midiendo variables que se distribuyen selectivamente entre poblaciones y el riesgo de que al tomar al grupo de enfermedades de la piel en su conjunto estemos enmascarando los efectos que en algunas enfermedades en concreto puedan estar jugando un papel relevante. Como de hecho así sugieren los estudios realizados y comentados un poco más arriba.

O tal vez, la población dermatológica se comporte de forma particular y halla diferencias entre ésta y la población normal (sobre la que se realizó el experimento). Si esto fuese así, habría que pensar, a la luz de los artículos que encuentran correlaciones altas entre alexitimia y patología de la piel, en la dificultad de regular las emociones como un factor de riesgo más y no necesariamente necesario. Mientras, deberíamos esperar más de un factor, por ejemplo variables de personalidad, para comprender más globalmente el entramado psicofisiológico que da lugar a las lesiones de la piel. Hasta que sepamos qué peso tiene cada una de las variables y su influencia sobre la piel, parece que las implicaciones de regulación psicofisiológica asociadas a la alexitimia siguen siendo una prometedora línea de investigación para relacionar un mundo emocional desajustado y niveles elevados de glucocorticoides quienes alterarían las funciones de barrera que terminan provocando las lesiones visibles en la piel.

En este sentido, viene muy a colación el artículo publicado por Picardo en *Journal of Psychosomatic Research*, que relaciona alexitimia con el funcionamiento psicológico general en 545 pacientes de piel (referencia: *Alexithymia and global psychosocial functioning: A study on patients with skin disease*). En este estudio los autores encuentran una esperable relación inversa entre alexitimia y funcionamiento psicosocial global, o podríamos decir, la adaptación psicosocial del individuo al medio, en la terminología de Millon y llevándolo a nuestro terreno.

## 4.2. La Psicofisiología de la Piel y la Personalidad.

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. 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 enfermedades de la piel y sobre todo de las variables individuales que dan cuenta de las diferencias entre distintas personas a la hora de enfermar.

Medir la actividad de la piel recuerda a las frases populares, ponérsele a uno la piel de gallina y ponérsele a uno los pelos de punta ante alguna emoción intensa y cómo esto verifica la autenticidad de la emoción, probando que no es simulada. Es decir, se podría interpretar como una intuición sobre la reacción eléctrica de la piel a estímulos emocionales por parte del observador corriente.

Ya 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 resaltan 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 2005; 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 (C. R. Cloninger 1993; Aihide Yoshino 2005).

Por otro lado, el modelo de Gray y su dimensión BIS (Behavioural Inhibition System) relacionada con el sistema de inhibición conductual y con la 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 (puntuán alto 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 puntuán alto en la escala de evitación del dolor. En ella, se relaciona esta tendencia con una mayor atención al entorno, como en estado de vigilancia, sin embargo, 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 al 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 medida 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 en el de Gray, miden aspectos de personalidad muy ligados al concepto de temperamento. Las respuestas autonómicas, como es el caso de las respuestas 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 (CARMEN BAYON 1996). Como dice el propio Millon, curiosamente, “los trastornos de personalidad que genera el modelo de Cloninger se corresponden vagamente con los del DSM-IV[de quien Millon es en buena parte responsable], pero existen varios trastornos de personalidad que no aparecen en absoluto en el modelo” (Theodore Millon 2001). 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. Este debate tan interesante y rico se llevara a cabo en la discusión de los resultados de la parte empírica de este mismo trabajo.

El modelo de Eysenck también ha sido utilizado para formular hipótesis y también utilizando 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, si 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, que no se obtuvieran diferencias significativas, dada la relación de las psicopatologías con las enfermedades de la piel y de otros descubrimientos que relacionan el funcionamiento de la piel y la personalidad..

SEGUNDA PARTE: PARTE EMPÍRICA.

## 5. Hipótesis

### 5.1.1. Antecedentes de la hipótesis.

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

Como se ha descrito, hace ya algunos unos años que se viene prestando especial atención a la psicósomática de la piel (y a todos los fenómenos coadyuvantes). Se plantea, por lo tanto, una relación entre el sistema psicológico y su interacción con el cuerpo, en concreto con la piel (la división entre sistema psicológico y cuerpo es *arbitraria* y se divide por razones de investigación). Pero hasta ahora no se ha demostrado objetivamente esta relación en términos de que una enfermedad pueda presentar diferencias con respecto a la población normal en términos psicológicos. Es decir, no hemos encontrado en la literatura pruebas suficientemente definitorias que empleen una metodología objetiva-estandarizada que demuestre que la personalidad está, relacionada con la patología cutánea. Sí se han encontrado relaciones moduladoras de la personalidad con la respuesta de la conductancia de la piel (Aihide Yoshino 2005; MARDAGA Solange 2006; Daniel Hart 2007), lo cual refuerza el interés de esta investigación.

Sí se han hecho esfuerzos en comparar aspectos de personalidad de nivel de abstracción inferior (estrés, ansiedad, depresión, mecanismos disociativos, respuestas electrodermales, hormonales, etc...) Michael G Griffin 1997; Nijenhuis ER 1998; Mitshuhiro Denda 2000; Critchley 2002; Grimalt and Cotterill 2002; Hironori Matusushima 2003; Brown 2004; MA ALLER 2004; Nijenhuis 2004; Rabung, Ubbelohde et al. 2004; Eung-Ho Choi 2005; Madhulika A. Gupta 2006; Mine Ozmen 2006; Numan Kounk 2007; Peter-Bob 2007) y de ahí podría inferirse su relación. 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 a través de una prueba objetiva, aunque si se han investigado estas posibles relaciones (Susana Antuña-Bernardo 2000).

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. Unos autores hablan de psico-dermatología, otros entienden que este esfuerzo integrativo debería llamarse psico-neuro-inmuno-endocrinología (MA Aller 1996; Niemeier, Kupfer et al. 1999; Solomon 2001; Torello Lotti 2002; Nakano 2004; Camelo-Roa 2005; Ralf Paus 2006; Roldan 2007), englobando un mayor número de elementos intervinientes y por lo tanto la importancia de la personalidad ha quedado difuminada en la investigación. Puede 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 Ulnik del 2004, donde analiza el estado del arte 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 (Ulnik 2004).

Sea por estas o por otras cuestiones, no se han encontrado artículos que relacionen personalidad, entendida como conjunto de dimensiones que engloba el funcionamiento completo del ser humano, con las patologías cutáneas directamente.

### 5.1.2. Revisión bibliográfica.

La literatura revisada a lo largo de estas páginas, establece constantemente relaciones, entre variables psicológicas y el agravamiento de lesiones cutáneas mediadas por el estrés y, según nuestra tesis, mediada a su vez por la personalidad. Así, desde una metodología psicobiológica se han encontrado cambios en la piel de sujetos sometidos a estrés y se han descrito los mecanismos cutáneos que se alteran para dar lugar a una

lesión de la piel (Mitshuhiro Denda 2000; Nakano 2004; Eung-Ho Choi 2005; Lonner-Rahn SB 2008; SB Lonner-Rahn 2008). En estos tres estudios se han descrito los mecanismos que alteran la barrera cutánea, en respuesta al estrés en animales. Se da una desregulación de las funciones cutáneas, una disminución de la respuesta inmunológica en la piel e incluso una menor proliferación de células y su consiguiente disfunción estructural.

Al parecer el estrés produce efectos en la transmisión sináptica, en la segregación de hormonas y en el nivel de activación simpático. Todo esto está mediado por el eje hipotalámico-hipófisis-adrenal que regula las respuestas neurales, hormonales y endocrinas. De tal manera que las sustancias que se segregan como respuesta al estrés comparten funciones con la piel alterando su homeostasis. Por lo tanto, es de esperar que la piel responda de manera positiva a psicoterapia. Y así es (Kiecolt-Glaser 1992), quizá por sus implicaciones en la mejora de la respuesta inmunitaria (Janic K. Kiecolt-Glaser 2002).

En 2006 Mardaga, demostró que la personalidad modulaba la respuesta de conductancia de la piel al ver imágenes emocionales (MARDAGA Solange 2006). Así que esta tesis pretende comprobar si los pacientes con neurodermitis presentan alteraciones de la piel moduladas por la personalidad y en concreto su forma particular de responder al estrés emocional. Esta investigación de Mardaga supone un precedente muy importante para nuestro trabajo de investigación, ya que sienta las bases que justifican la extensión de sus investigaciones a las patologías cutáneas.

Teniendo presente lo dicho anteriormente, podemos decir que se han encontrado diferencias en el funcionamiento psicofisiológico en relación a la piel. Lo que hasta ahora no se ha demostrado es que los pacientes de piel tengan una personalidad que pueda llevar al desencadenamiento una patología cutánea. Es decir que la personalidad tenga tanto peso como para modular o no la aparición de patología cutánea. Este sería un importante paso para la confirmación de las teorías que dotan a la psique del papel modulador de las respuestas físicas, en nuestro caso hasta el punto de ser la pieza clave

en esta relación mente-cuerpo hipotetizada en la explicación de la neurodermitis. Estas futuras implicaciones se discuten a la luz de los datos obtenidos en el estudio.

Hemos escogido la neurodermitis porque es una enfermedad dermatológica de un comportamiento: el rascado. Es posible pensar que la personalidad del paciente podría condicionar la aparición de dicho comportamiento como reacción a factores estresantes. Ya F. Alexander, psicopatólogo de la escuela de Chicago la clasificó como una enfermedad psicósomática y supusimos que este era un buen antecedente para responder nuestras preguntas.

Es por esto que tiene sentido establecer las siguientes hipótesis:

### 5.1.3. Hipótesis General:

Existe relación entre la personalidad y la patología cutánea.

Subhipótesis:

1. Existen ciertas dimensiones de personalidad con características diferentes a la personalidad normal en un grupo de pacientes dermatológicos concretos.
2. Existen ciertas dimensiones de personalidad que modulan la respuesta al estrés y que pueden incluso favorecer una psicopatología cutánea.
3. La Personalidad de los pacientes con neurodermitis es una variable moduladora-causal de las patologías cutáneas.

#### 5.1.4. Hipótesis Operativas:

1. La prueba de personalidad MIPS, encontrará diferencias significativas en algunas variables de personalidad entre la población general y los pacientes con neurodermitis.
2. Estas variables de personalidad serán coherentes con una sensibilidad-vulnerabilidad al estrés.

## 6. Material y Método.

### 6.1. Participantes.

En total se obtuvieron datos de 55 personas diagnosticadas de Neurodermitis. Los participantes de la muestra del estudio fueron seleccionados de población clínica del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. Para formar parte de la muestra, los sujetos debían estar diagnosticados de Neurodermitis por un especialista y no debían tener otras patologías físicas asociadas. Desde Octubre del 2005 hasta Junio 2008.

Respecto a la comorbilidad, en poblaciones de patología cutánea suelen encontrarse síntomas depresivos, y de ansiedad, superior a la muestra 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. Por otro lado, los participantes de nuestra muestra nunca habían tenido un ingreso psiquiátrico por crisis de ansiedad o depresión, por lo que los resultados obtenidos no deberían ser atribuidos en mayor medida a los síndromes psiquiátricos.

#### 6.1.1. Criterios de inclusión y exclusión:

##### 6.1.1.1. Criterios de inclusión:

- Personas diagnosticadas neurodermitis (o liquen simple crónico) por un dermatólogo.

##### 6.1.1.2. Criterios de exclusión:

- Menores de edad.
- Patología Psicológica severa.
- Presencia de otras enfermedades de la piel.
- Pacientes no conformes con realizar el estudio.

## 6.2. Medidas.

Los materiales que se utilizaron fueron:

- **Inventario de estilos de Personalidad de Millon (MIPS)**(Millon 2001).

El inventario de estilos de Personalidad de Millon mide personalidad normal. Está baremado para población española y cuenta con varios baremos de comparación (adultos general, adultos universitarios, hombres, mujeres, hombres universitarios y mujeres universitarios). Sus escalas están construidas a modo de bipolaridades.

El test de Millon de estilos de personalidad está fundamentado en la teoría evolutiva de la personalidad de Millon, donde 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 Test se divide en tres dimensiones:

1. 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. 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. Relaciones 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:

*Metas motivacionales:*

1A: Expansión, 1B: Preservación.

2A: Modificación, 2B: Adecuación.

3A: Individualidad, 3B: Protección.

*Modos Cognitivos:*

4A: Extraversión, 4B: Introversión.

5A: Sensación, 5B: Intuición.

6A: Pensamiento, 6B: Sentimiento.

7A: Sistematización, 7B: Innovación.

*Comportamientos Interpersonales:*

8A: Retraimiento, 8B: Sociabilidad.

9A: Indecisión, 9B: Decisión.

10A: Discrepancia, 10B: Conformismo.

11A: Sumisión, 11B: Dominio.

12A: Descontento, 12B: Aquiescencia.

La descripción del significado Psicológico según el MIPS pueden verse en el anexo 1.

- **Cuestionario demográfico (auto-elaborado).**

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.

- Escala de percepción de salud.

### 6.3. Procedimiento.

Estos tres cuestionarios fueron presentados por el dermatólogo que les explicó, siempre bajo el consentimiento de los participantes, el fin de la investigación y las implicaciones de este.

Se les facilitaron las pruebas para que se las llevaran a sus casas y las trajeran en la siguiente visita. Se les explicó detenidamente en que consistía cada una de las pruebas diciéndoles que era una prueba de personalidad, un cuestionario demográfico y una prueba de percepción de la conducta de salud. Ya que se consideraba que los factores psicológicos podrían tener influencia en la patología cutánea que presentaban.

Los pacientes fueron informados de las condiciones en las que debían contestar el cuestionario: contestar lo que cada uno pensase de sí mismo sin consultar a nadie acerca de las respuestas.

## 6.4. Análisis estadístico.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 16.0 para Windows.

La prueba estadística utilizada 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. De tal manera que se obtuvieron los valores T de comparación de medias para las 24 escalas de personalidad del MIPS.

## 7. Resultados

Los resultados de la prueba T de comparación de medias se presentan en las páginas siguientes. Los resultados son directamente las salidas del visor de datos del SPSS 16.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Expansión	55	55,8000	24,58199	3,31463

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 62.05					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Expansión	-1,886	54	,065	-6,25000	-12,8954	,3954

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Expansión en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste. Siendo menor que la media de la población normal.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Preservación	55	51,5636	25,63690	3,45688

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 39.86					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Preservación	3,386	54	,001	11,70364	4,7730	18,6343

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Preservación en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste. Siendo mayor que la media de la población normal.

#### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Modificación	55	47,6727	27,54865	3,71466

#### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 50.52					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Modificación	-,766	54	,447	-2,84727	-10,2947	4,6002

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Modificación en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

#### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Adecuación	55	59,3091	24,83715	3,34904

#### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 51.63					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Adecuación	2,293	54	,026	7,67909	,9647	14,3935

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Adecuación en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Individualidad	55	46,5273	24,55067	3,31041

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 52.14					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Individualidad	-1,695	54	,096	-5,61273	-12,2497	1,0242

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Individualidad en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Protección	55	65,0727	24,02996	3,24020

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 51.64					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Protección	4,146	54	,000	13,43273	6,9365	19,9289

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Protección en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

## Modos Cognitivos.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Extraversión	55	50,6909	25,51534	3,44049

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 48.59					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Extraversión	,611	54	,544	2,10091	-4,7969	8,9987

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Extraversión en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Introversión	55	51,3818	25,35342	3,41865

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 51.45					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Introversión	-,020	54	,984	-,06818	-6,9222	6,7858

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Retraimiento en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

**Estadísticos para una muestra**

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sensación	55	59,3636	25,01064	3,37243

**Prueba para una muestra**

	Valor de prueba = 58.30					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Sensación	,315	54	,754	1,06364	-5,6977	7,8250

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Sensación en la muestra de Neurodermitis y el baremo de población normal tomada como contraste.

**Estadísticos para una muestra**

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Intuición	55	44,2364	21,72979	2,93004

**Prueba para una muestra**

	Valor de prueba = 42.82					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Intuición	,483	54	,631	1,41636	-4,4580	7,2907

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Intuición en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Pensamiento	55	43,8000	23,53673	3,17369

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 49.46					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Pensamiento	-1,783	54	,080	-5,66000	-12,0229	,7029

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Pensamiento en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sentimiento	55	64,6727	21,99836	2,96626

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 51.36					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Sentimiento	4,488	54	,000	13,31273	7,3657	19,2597

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Sentimiento en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sistematización	55	51,6909	23,87380	3,21914

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 50.30					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Sistematización	,432	54	,667	1,39091	-5,0631	7,8449

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Sistematización en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Innovación	55	36,8000	22,63674	3,05234

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 42.67					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Innovación	-1,923	54	,060	-5,87000	-11,9896	,2496

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Innovación en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

## Conductas Interpersonales

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Retraimiento	55	53,2000	25,44740	3,43133

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 50.60					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Retraimiento	,758	54	,452	2,60000	-4,2794	9,4794

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Retraimiento en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sociabilidad	55	51,3455	26,40021	3,55980

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 51.04					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Sociabilidad	,086	54	,932	,30545	-6,8315	7,4424

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Sociabilidad en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

**Estadísticos para una muestra**

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Indecisión	55	50,9273	24,72055	3,33332

**Prueba para una muestra**

	Valor de prueba = 46.32					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Indecisión	1,382	54	,173	4,60727	-2,0756	11,2902

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Indecisión en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

**Estadísticos para una muestra**

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Decisión	55	49,5091	27,90053	3,76211

**Prueba para una muestra**

	Valor de prueba = 50.89					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Decisión	-,367	54	,715	-1,38091	-8,9235	6,1617

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Retraimiento en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Discrepancia	55	39,8545	24,31843	3,27910

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 43.62					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Discrepancia	-1,148	54	,256	-3,76545	-10,3396	2,8087

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Discrepancia en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conformismo	55	67,0182	25,91117	3,49386

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 51.93					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Conformismo	4,318	54	,000	15,08818	8,0834	22,0930

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Conformismo en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

**Estadísticos para una muestra**

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sumisión	55	50,3636	26,81857	3,61622

**Prueba para una muestra**

	Valor de prueba = 45.33					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Sumisión	1,392	54	,170	5,03364	-2,2164	12,2837

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Sumisión en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

**Estadísticos para una muestra**

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dominio	55	37,3818	24,23992	3,26851

**Prueba para una muestra**

	Valor de prueba = 44.65					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Dominio	-2,224	54	,030	-7,26818	-13,8212	-,7152

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Dominio en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Descontento	55	48,9455	30,05083	4,05205

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 44.62					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Descontento	1,067	54	,291	4,32545	-3,7984	12,4493

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Descontento en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

### Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Aquiescencia	55	67,3455	22,28952	3,00552

### Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 59.18					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Aquiescencia	2,717	54	,009	8,16545	2,1398	14,1912

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Aquiescencia en la muestra de Neurodermitis y la población normal tomada como contraste.

**Cuadro Resumen de niveles de significación de las variables de personalidad estudiadas.**

A continuación se describen los niveles de significación alcanzado por las 24 variables de personalidad:

Expansión

<i>Variable de Personalidad</i>	<i>Media N<sup>1</sup></i>	<i>Media C<sup>1</sup></i>	<i>Prueba T;</i>	<i>Nivel Significación</i>
Expansión*	55,80	62,05	-1,886	0,065
Preservación***	51,56	39,86	3,386	0,001
Modificación	47,67	50,52	-,766	0,447
Adecuación**	59,30	51,63	2,293	0,026
Individualidad*	46,52	52,14	-1,695	0,096
Protección***	65,07	51,64	4,146	0,000
Extraversión	50,69	48,59	,611	0,544
Introversión	51,38	51,45	-,020	0,984
Sensación	59,36	58,39	,315	0,754
Intuición	44,23	42,82	,483	0,631
Pensamiento*	43,80	49,46	-1,783	0,080
Sentimiento***	64,67	51,36	4,488	0,000
Sistematización	51,69	50,30	,432	0,667
Innovación*	36,80	42,67	-1,923	0,060
Retraimiento	53,20	50,60	,758	0,452
Sociabilidad	51,34	51,04	,086	0,932
Indecisión	50,92	46,32	1,382	0,173
Decisión	49,50	50,89	-,367	0,715
Discrepancia	39,85	43,62	-1,148	0,256
Conformismo***	67,01	51,93	4,318	0,000
Sumisión	50,36	45,33	1,392	0,170
Dominio**	37,38	44,65	-2,224	0,030
Descontento	48,94	44,62	1,067	0,291
Aquiescencia***	67,34	59,18	2,717	0,009

\* p próxima a  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,05$  ; \*\*\*  $p < 0,01$

Tabla 1. Tabla resumen.<sup>1</sup> N: Grupo de Neurodermitis; C: Grupo control de personalidad normal.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (\*próximo a  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,05$  ; \*\*\*  $p < 0,01$ ) en 11 de las 24 variables de personalidad analizadas por la herramienta empleada. Los resultados pueden verse con más claridad en la tabla 1. Las diferencias agrupadas según las 3 dimensiones del test son las siguientes:

- En Metas Motivacionales:

Expansión( $p=0,065$ )\*, Preservación( $p=0,001$ )\*\*\*, Adecuación( $p=0,026$ )\*\*,  
Individualidad( $p=0,096$ )\*, Protección( $p=0,000$ )\*\*\*.

- En Modos Cognitivos:

Pensamiento( $p=0,080$ )\*, Sentimiento( $p=0,000$ )\*\*\*, Innovación( $p=0,060$ )\*.

- En Comportamientos Interpersonales:

Conformismo( $p=0,000$ )\*\*\*, Dominio ( $p=0,030$ )\*\*, Aquiescencia( $p=0,009$ )\*\*\*.

## Índice de ajuste. (iaj)

El índice de ajuste (iaj) que incorpora el MIPS es un índice construido a partir de fundamentos teóricos(Millon 2001) y que hace referencia al grado de adaptabilidad de la persona en relación a su grupo de referencia.

Para obtener dicho índice se utiliza la siguiente fórmula:

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

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.

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 las prevalencias de los rasgos que considera desadaptativos. Y operacionaliza este índice de ajuste en la fórmula matemática expuesta.

En nuestro caso, sustituyendo los valores de cada uno de los factores en la ecuación, el índice de ajuste de estas personas tomado como grupo sería:

$$\begin{aligned} I_{aj}(\text{neurodermitis}) &= \{ 55,8 + [(51,34 + 49,50 + 67,01 + 37,38 + 67,34) / 5] \} / 2 - \\ &- \{ 51,56 + [(53,20 + 50,92 + 39,55 + 50,36 + 48,94) / 5] \} / 2 = \\ &= [(55,8 + 54,514) / 2] - [(51,56 + 48,594) / 2] = 55,157 - 50,077 = 5,08 \end{aligned}$$

El índice de ajuste es igual a 5,08, lo que para Millon significa un ajuste al medio muy bajo. Este índice de ajuste está contemplado con una transformación en puntuación *t* de donde se obtienen percentiles. En concreto estas personas tomadas como grupo están por debajo del percentil 10 tomando como referencia las puntuaciones del grupo de adultos totales del baremo del manual del MIPS (Millon 2001).

## Datos socio-demográficos.

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
sexo	53	,00	2,00	,9245	,43186
edad	53	13,00	85,00	46,5472	15,80721
estado civil	45	1,00	5,00	2,8444	1,04350
nivel estudios	44	1,00	4,00	2,6136	,94539
número hermanos	36	,00	8,00	3,4444	2,03462
orden hermano	36	1,00	6,00	2,1667	1,32017
hermanos varones	23	,00	5,00	2,1304	1,21746
hermanas mujeres	23	1,00	3,00	1,8261	,83406
número hijos	45	,00	6,00	1,8889	1,51090
edad 1 hijo	36	,90	50,00	21,9000	15,08557
edad 2 hijo	26	4,00	47,00	23,1154	13,38156
edadh3	10	1,00	45,00	28,8000	14,44376
edad 3 hijo	6	10,00	44,00	25,8333	12,78150
edadh5	4	24,00	39,00	29,2500	6,84957
edadh6	2	25,00	29,00	27,0000	2,82843
mayores a su cargo	44	1,00	2,00	1,7841	,40916
nivel socio-económico	44	1,00	2,00	1,4091	,49735
situación laboral	42	1,00	4,00	1,8571	1,11686
cuanto tiempo en paro	7	3,00	6,00	4,8571	,89974
profesión	32	1,00	9,00	4,5312	2,12488
especificar profesión	0				
relación conyugal	33	1,00	5,00	2,3333	,95743
datos salud física	36	,00	28,00	9,0833	7,48856
visitas al médico	0				
visitas gastroenterólogo	8	1,00	4,00	2,1250	1,24642
visitas urólogo	2	1,00	2,00	1,5000	,70711
visitas ginecólogo	19	1,00	6,00	1,6842	1,20428
visitas traumatólogo	7	2,00	12,00	4,7143	3,54562
visitas dermatólogo	33	1,00	10,00	1,9394	1,91930

visitas	2	2,00	3,00	2,5000	,70711
otorrinolaringólogo					
visitas oftalmólogo	9	1,00	3,00	1,3333	,70711
visitas neurólogo	4	1,00	15,00	5,0000	6,68331
visitas nefólogo	1	3,00	3,00	3,0000	.
visitas dentista	15	1,00	5,00	2,0667	1,53375
visitas conólogo	2	1,00	2,00	1,5000	,70711
visitas podólogo	4	1,00	3,00	2,2500	,95743
visitas cardiólogo	11	1,00	5,00	1,9091	1,30035
visitas neumólogo	0				
visitas como acompañante	19	,00	20,00	6,2368	5,10002
presencia dolencias diversas	0				
mareo	33	1,00	4,00	1,9242	1,03169
dolor de cabeza	36	1,00	4,00	1,9861	,89830
dolor de espalda	35	1,00	4,00	2,0429	,94224
dolor de piernas	31	1,00	4,00	2,3226	1,01282
otros dolores	30	1,00	4,00	1,7000	,95231
nauseas	31	1,00	4,00	1,4032	,80020
cansancio	36	1,00	4,00	2,3750	1,11082
problemas respiratorios	29	1,00	3,50	1,4655	,68048
problemas digestivos	32	1,00	4,00	1,8906	,99786
otros problemas	25	1,00	3,50	1,3000	,67700
dolor en el pecho	30	1,00	3,50	1,3500	,70893
dolores musculares	33	1,00	4,00	2,0758	1,10483
sudores frios o sofocos	30	1,00	4,00	1,4500	,76957
hormigueo	33	1,00	4,00	1,6515	,85225
debilidad ciertas partes cuerpo	31	1,00	4,00	1,9194	1,18390
pesadez brazo o piernas	33	1,00	4,00	2,1212	1,16613
salud general 1	44	1,00	11,00	3,1364	1,62239
salg2	44	1,00	4,00	2,4773	1,22927
salg3	43	1,00	4,00	2,9535	1,13292

salg4		44	1,00	4,00	3,4091	,87120
salg5		44	1,00	21,00	2,4318	3,02238
salg6		44	1,00	4,00	2,2273	,96119
salg7		44	1,00	4,00	2,8182	,92190
salg8		43	1,00	4,00	3,2558	,87541
salg9		44	1,00	4,00	2,1591	1,14004
salg10		44	1,00	4,00	1,7045	1,02480
salg11		40	1,00	4,00	2,1000	1,05733
salg12		44	1,00	4,00	2,9318	,92504
presencia gastroentest	enferm	40	1,00	2,00	1,7750	,42290
enfc2		39	2,00	2,00	2,0000	,00000
enfc3		40	1,00	2,00	1,8750	,33493
enfc4		40	1,00	2,00	1,7000	,46410
enfc5		41	1,00	2,00	1,4878	,50606
enfc6		39	1,00	2,00	1,7949	,40907
enfc7		39	1,00	2,00	1,6667	,47757
enfc8		40	1,00	2,00	1,8250	,38481
enfc9		39	1,00	2,00	1,9487	,22346
enfc10		40	1,00	2,00	1,8000	,40510
enfc11		39	1,00	2,00	1,9744	,16013
enfc12		39	1,00	2,00	1,7949	,40907
enfc13		40	1,00	2,00	1,8250	,38481
enfc14		39	2,00	2,00	2,0000	,00000
enfc15		29	1,00	2,00	1,7931	,41225
antecedentes misma enf		40	1,00	2,00	1,6000	,49614
hace cuanto tiempo		32	,50	288,00	33,9063	67,36952
evimp1		17	1,00	2,00	1,7647	,43724
evimp2		16	1,00	2,00	1,8750	,34157
evimp3		19	1,00	2,00	1,6842	,47757
evimp4		16	1,00	2,00	1,9375	,25000
evimp5		16	1,00	2,00	1,7500	,44721
evimp6		17	1,00	2,00	1,5882	,50730
eventos importantes		14	1,00	2,00	1,7143	,46881

cambio en su vida raíz enferm	32	1,00	2,00	1,7500	,43994
dedica suficiente tiempo y esf	38	1,00	5,00	2,3684	1,19506
valoración global salud física	33	1,00	10,00	6,5758	2,70740
vgsf	35	1,00	4,00	2,4000	,94558
N válido (según lista)	0				

## 8. Discusión

Para someter a análisis los datos se comenzará con una revisión basada en las hipótesis, que se vuelven a exponer a continuación.

### A. Hipótesis General:

Existe relación entre la personalidad y la patología cutánea.

#### Subhipótesis:

1. Existen ciertas dimensiones de personalidad con características diferentes a la personalidad normal en un grupo de pacientes dermatológicos concretos
2. Existen ciertas dimensiones de personalidad que modulan la respuesta al estrés y que pueden incluso favorecer una psicopatología cutánea.
3. La Personalidad de los pacientes con neurodermitis es una variable moduladora-causal de las patologías cutáneas.

### B. Hipótesis Operativas:

1. La prueba de personalidad MIPS, encontrará diferencias significativas en algunas variables de personalidad entre la población general y los pacientes con neurodermitis.
2. Estas variables de personalidad serán coherentes con una sensibilidad-vulnerabilidad al estrés.

## 8.1. Discusión de la primera hipótesis operativa.

Respecto a la primera hipótesis operativa, los niveles de significación encontrados en 11 de las 24 variables de personalidad de la muestra de pacientes encontrada, establecen una diferencia de estas variables de personalidad frente a la población normal tomada como contraste. Por lo tanto, podemos dar por falsa la hipótesis de que no hay diferencias entre las poblaciones comparadas y por tanto, aceptar provisionalmente que hay diferencias entre las dos poblaciones. Así, las personas diagnosticadas de Neurodermitis poseen una personalidad diferente de la personalidad tomada como normal. Entendida ésta como la propuesta por la muestra estudiada que conforma el baremo del test MIPS.

Pasamos a analizar las características de personalidad encontradas en esta muestra de Neurodermitis.

### 8.1.1. Significado Psicológico de las Características de Personalidad de la Muestra.

Dado que en el perfil de personalidad que hemos obtenido, las polaridades contrastan en dirección, es decir, tienen direcciones opuestas, se procederá, para la explicación del significado psicológico del perfil, a analizar las escalas por su agrupación bipolar, siguiendo la teoría personológica que sustenta la construcción de este test. El significado psicológico según las polaridades de Millon puede verse en el anexo 1.

#### **Metas Motivacionales.**

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

Para Millon, 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.

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 reaccionase de un modo más pesimista, centrados en sus problemas, toleren mal las decepciones y se muestren más preocupados por la vida que los sujetos comparación.

Los resultados de la muestra puntúan muy alto en la escala preservación y bajo en la escala expansión, comparado con la población normal, lo que refuerza la tendencia a evitar el dolor más que a la búsqueda de experiencias placenteras. Esto significa que son personas que suelen evitar situaciones arriesgadas y que suelen disfrutar poco de la vida.

Pareciera que estos sujetos están más sintonizados con las emociones negativas. 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 (Adam K. 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.

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

En la muestra se observa la tendencia de estas personas a adecuarse pasivamente a las circunstancias de la vida, haciendo poco por cambiar su entorno. Se sitúan dentro del polo de pasividad que establece Millon y que según su descripción de la escala describe que *las personas que obtienen una puntuación alta en la escala de Adecuación hacen poco por dar forma a sus vidas o modificarlas. Y reaccionan antes 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.* Esto está reforzado por una menor puntuación

en la escala opuesta Modificación que expresa la tendencia contraria a mostrarse activo para conseguir los objetivos que se proponen y cambiar activamente su entorno.

Quizá esta tendencia a no modificar el ambiente puede perpetuar la presencia de estímulos estresantes a los que simplemente se acostumbran, pero no acaban de adaptarse. 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.

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).

## **Modos Cognitivos.**

- **Extraversión/Extraversión(fuente de información externa/interna).**

En esta variable 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.

- **Sensación/Intuición(Tangible/Intangible).**

Tampoco se han encontrado diferencias en ésta bipolaridad.

- **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 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.

Si relacionamos la tendencia a reaccionar a los eventos externos de forma negativa (según apuntaba la escala de preservación), y a resolver los conflictos o problemas de manera emocional, podremos suponer que estas personas utilizan estrategias basadas en la emoción para la resolución de problemas, sin embargo, puede que tengan tendencia a un estado de embotamiento afectivo o de inundación afectiva y les sea difícil tomar decisiones, y ser vulnerables al estrés. Por otro lado, puede 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 del estrés.

Estas personas son, ellas mismas, las que pueden estar generando, por como responden ante las dificultades, su propio estrés. 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 tener un “ansiolítico” natural en forma de rascado para afrontar la sobre-activación emocional. Si pudiesen utilizar herramientas cognitivas, es decir, si cambiasen su forma de adaptarse al entorno, quizá pudieran evitar la tentación, o la tendencia a rascarse para disminuir su nivel de activación-estrés.

- **Sistematización/Innovación(Asimilación/Imaginación).**

Los datos obtenidos de la población indican una baja innovación. Es decir, que serían personas, que comparadas con el resto de la población serían personas poco creativas, arriesgadas o dispuestos 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. Lo cual es coherente con los datos hallados en este estudio.

## **Comportamientos Interpersonales.**

- **Retraimiento/sociabilidad(Distanciamiento físico-emocional/Gregarismo).**

No se han encontrado diferencias entre la población normal y la muestra de neurodermitis. Por lo que no representan un cambio sustancial que pueda dar cuenta de un patrón de personalidad diferencial.

- **Indecisión/Decisión(Inseguridad/Seguridad).**

No se han encontrado diferencias en la muestra estudiada en comparación con el baremo normal.

- **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 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.

Uno esperaría que hubiesen puntuado alto en la escala de Sumisión. Sin embargo, se encuentran en la media de esta escala. Esto pueda ser debido a la tendencia a querer presentarse ante los demás de forma socialmente agradable o como alguien agradable( esto puede apoyarse en la elevada puntuación de la escala de aquiescencia que pasamos a analizar a continuación). Y quizá cabría pensar, que la puntuación baja en la escala de Dominio, en realidad es una muestra de la 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(escala de preservación), acatan y tienden a rebajarse a los demás(escala de adecuación y conformismo), con su comportamiento dejan sin efecto cualquier esfuerzo que los demás hagan para ayudarlos(escala de protección).

Este dato puede ser interpretado de otras maneras y será reinterpretado a la luz que Millon otorga a las tendencias estadísticamente significativas halladas, donde podrá valorarse este modo de entender un dato que de entrada puede parecer paradójico.

- **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 personas que suelen agrandar 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 agrandar.

En otras palabras, son personas que están en función de los deseos de los demás y necesitan de los otros, adoptando un comportamiento sumiso y dócil. Sin solicitar ayuda a los demás, ni imponer su criterio. Más bien son personas que respetan la autoridad sin expresar descontento ni desacuerdo, sobre todo cuando esto implique ir en contra de lo socialmente aceptable. En otras palabras, son personas que tienen dificultad en imponer su identidad. Son personas lábiles, que utilizan las emociones como brújula orientarse

para sus vidas. Son personas que tienden a actuar de forma ansiosa y tienen una alta vulnerabilidad al estrés y a las situaciones difíciles para las cuales creen no tener recursos.

Millon utiliza las escalas de las metas motivacionales, de las que se derivan el resto de escalas, para diagnosticar las tendencias de personalidad del eje II. Así se forman 8 trastornos de personalidad. Es importante subrayar que lo que se ha encontrado aquí, 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 y que resulta en dificultades de ajuste al medio “aceptables” culturalmente. Además, en la literatura no se han encontrado personalidades patológicas de estos pacientes. Por lo que podríamos decir que se encuentran hacia un extremo de una bipolaridad normal-patología. Quizá más cerca de lo patológico, pero no lo suficientemente grave como para que la personalidad de estas personas sea considerada para un diagnóstico de trastorno de personalidad.

### 8.1.2. Un posible diagnóstico.

Las diferencias obtenidas dentro de las diferentes dimensiones de personalidad podrían apuntar a un tipo de personalidad o clasificación de personalidad según los estándares diagnósticos actuales y más en concreto los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, obra vigente en la actualidad. 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, tiene sentido aventurar un posible diagnóstico de personalidad que, sin perder la idiosincrasia individual y de características que los definen, pueda ser de utilidad para establecer relaciones entre este trabajo y otros que puedan surgir y que utilicen la metodología de diagnóstico Standard. Sería como pasar las personalidades de la muestra estudiada al Standard para que pudiese ser entendida y compatible con los distintos modelos teóricos en psicología y/o psiquiatría.

Como se puede ver en el apartado dedicado a la personalidad y el DSM, 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).

Así, se 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 a un grupo diagnóstico tal. Más bien, con este “ajuste”, se quiere entender hacia que 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:**

<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>
		↑	↑	↓	↑

Esta configuración de personalidades pasivas determina según Millon un patrón de personalidad dependiente. Millon describe 5 subtipos de personalidad dependiente (Theodore Millon 2001):

- Inmaduro (variante del patrón puro).
- Torpe (con características esquizoides).
- Inquieto (con características evitadoras).
- Acomodaticio (con características histriónicas).
- Sin identidad (con características masoquistas).

Si el objetivo de este trabajo fuese establecer un diagnóstico de personalidad de estos pacientes, tendría sentido desarrollar cada una de estas subdivisiones de la personalidad dependiente. Pero no siendo así, y máxime cuando lo que interesa es relacionar la

personalidad encontrada con un diagnóstico médico, solo por interés en futuras investigaciones y en relación a otras investigaciones en psicopatología podría establecerse un diagnóstico, teniendo en cuenta que el MIPS no es un instrumento pensado para tal fin.

En concreto se sugiere un patrón de *personalidad dependiente sin identidad*. 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.

Dicho lo anterior, hay que decir que los mecanismos psicológicos y fisiológicos por los cuales este tipo de personalidad está relacionada con las alteraciones cutáneas queda todavía por dilucidar. Quedando esta posible relación en un nivel inferencial que puede resultar interesante para futuras investigaciones donde las relaciones entre las dimensiones obtenidas en la muestra y este diagnóstico de personalidad queden establecidas con una metodología apropiada para demostrar tales hipótesis. Queden apuntadas aquí estas hipotéticas relaciones sin más pretensiones que reflexionar sobre las posibilidades de investigación futuras.

## 8.2. Discusión de la segunda hipótesis operativa.

La segunda hipótesis operativa somete a prueba un tipo de personalidad más vulnerable al estrés. En las publicaciones comentadas en otros apartados (Susana Antuña-Bernardo 2000; Aihide Yoshino 2005; S. Mardaga 2006; Catherine J. Norris 2007) se ha demostrado que las personalidades neuróticas tienen más dificultad para reponerse de estímulos emocionales negativos. Estos estudios han sido examinados más detenidamente en el apartado de personalidad de la parte teórica. 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.

Según la teoría de Eysenck, el neuroticismo está asociado con un incremento en la reactividad del sistema límbico y una menor tolerancia al estrés y estímulos aversivos. Relacionando este apunte con el hecho de que se haya propuesto un mecanismo por el cual la sobreactivación autonómica en respuesta a las emociones negativas provoque cambios en el funcionamiento de la piel que pueden dar lugar al agravamiento de lesiones cutáneas, cabe preguntarse si estos pacientes que hemos analizado no tendrán también dimensiones de personalidad neuróticas. Es decir, teniendo en cuenta la afirmación de Eysenck, ¿no serán más vulnerables al estrés? (que es la segunda hipótesis operativa que se quiere someter a prueba en esta investigación). Para apoyar la segunda hipótesis operativa podemos comparar la personalidad encontrada en los diferentes artículos que encuentran una sobreactivación a los estímulos emocionales (predominantemente aversivos) y compararlas con el perfil de personalidad que hemos encontrado en la investigación de personalidad de pacientes con Neurodermitis.

Para esto podemos establecer relaciones entre los estudios que comparan la personalidad neurótica mediante el cuestionario de los 5 grandes de personalidad y los resultados en la actividad dérmica (Catherine J. Norris 2007) y comprobar si el perfil que hemos encontrado se corresponde con el perfil de Neuroticismo.

Para llevar a cabo este análisis contamos con las tablas de correlación que comparan el MIPS, el BFQ y el NEO-FI en el propio cuadernillo del MIPS (Millon 2001).

Los autores que usaron el test de los cinco grandes de personalidad se sirvieron de la escala de Estabilidad emocional para medir las correlaciones negativas con neuroticismo (Catherine J. Norris 2007). Y esta correlaciona con:

- Expansión (-0.27),
- Protección (-0.49),
- Sensación (-0.29),
- Intuición (0.43),
- Sistematización (-0.44),
- Conformismo (-0.44)
- Aquiescencia (-0.28).

Es decir, a más estabilidad emocional menor puntuación en Expansión, Protección, Sensación, Sistematización, Conformismo, Aquiescencia y más puntuación Intuición. Por lo que para considerar una personalidad neurótica siguiendo este criterio se tendría que tener puntuaciones altas en las primeras las escalas de Expansión, Protección, Sensación, Sistematización, Conformismo y Aquiescencia y baja en la escala de Sensación.

De estas 7 escalas que correlacionan con neuroticismo, 4 coinciden en dirección con nuestra muestra de Neurodermitis con una puntuación más elevada que la media normal, 1 apunta en la dirección contraria y 2 no son diferentes a la población normal.

- Protección, Sistematización, Conformismo y Aquiescencia coinciden en dirección y apoyan que los pacientes analizados tengan características más neuróticas que la población normal.
- La escala de Expansión con un peso menor en la correlación(-0.27), es menor que la media pero no así baja (con media de 55,8 frente a 62,05 tiene un nivel de significación que se aproxima a 0,05), siendo este un dato poco coherente con la

capacidad de obtener placer de las personas que puntúan alto en la escala de expansión del MIPS.

- Respecto a Sensación e Intuición, no se han obtenido diferencias entre la población normal y la muestra de neurodermitis. Por lo que no aporta información sobre si los sujetos son más o menos neuróticos que la población normal.

Otro análisis que compara las correlaciones del MIPS con el NEO-FI obtiene una puntuación de -0,50 entre el factor Neuroticismo y Expansión y una correlación de 0.61 con Preservación, lo que es más coherente con el significado psicológico de estas escalas. Adecuación también puntúa alto (0.30) junto con la escala de Sentimiento (0.31) datos que junto con los de las escalas de expansión y preservación que presenta a los sujetos de Neurodermitis como neuróticos. En definitiva, parece que la puntuación de Preservación más elevada en la población de Neurodermitis que en la población normal (que según la alta correlación con el NEO-FI estaría indicando rasgos neuróticos), estaría apuntando de nuevo a que los sujetos estudiados tienen más rasgos neuróticos que la población normal.

Estos datos podrían hacer pensar que en estos sujetos se da una mayor respuesta a eventos aversivos, 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 (Kiecolt-Glaser 1992; Niemeier, Kupfer et al. 1999; Mitshuhiro Denda 2000; Torello Lotti 2002; Hironori Matusushima 2003; Brown 2004; Nakano 2004; Eung-Ho Choi 2005).

Índice de ajuste (iaj) del Mips.

Para apoyar la segunda hipótesis operativa también se utilizará el índice de ajuste hallado matemáticamente en el apartado de Resultados denominado Índice de ajuste (iaj).

Suponiendo que este índice de ajuste deberá ser más bajo, ya que los sujetos neuróticos tienen un nivel de satisfacción y una adaptación vital menor (A. Fierro 2003).

Este índice presenta el grado de ajuste al entorno del sujeto. Y 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, 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 (Numan Kounk 2007; Mercan 2008; Torello Lotti 2008).

Es interesante poner en relación las relaciones con el perfil de personalidad encontrado y el neuroticismo y este índice con la segunda hipótesis:

Segunda hipótesis operativa (referida al papel de las dimensiones de personalidad encontradas en la muestra y la vulnerabilidad al estrés, o dicho de otro modo, el grado de ajuste al medio):

2. Estas variables de personalidad serán coherentes con una sensibilidad-vulnerabilidad al estrés.

Si se entiende el bajísimo grado de ajuste al entorno como una dificultad a adaptarse al ambiente, y de hecho Millon la entiende así (Millon 2001), esto apoya también la segunda hipótesis operativa donde se predecía que las personas con Neurodermitis diferirían en dimensiones de personalidad que suponen un desajuste a su entorno, y esto

se relaciona directamente con el grado de estrés que presentan estas personas y a su vez supone un apoyo a la existencia de dimensiones de personalidad neuróticas en estos pacientes. Es decir, estos datos son coherentes con una sensibilidad-vulnerabilidad al estrés. Quizá la hipótesis debía haber rezado “ Las dimensiones de personalidad de estos pacientes serán tales que estos pacientes responderán de una manera desajustada a su entorno”. Y se podría añadir como coletilla, “lo que tiende a producir emociones negativas y estrés”.

Yendo un poco más allá, se podría pensar en los mecanismos por los cuales se produce estrés, mecanismos que han sido ya esbozados en el apartado anterior referidos a la primera hipótesis operativa. Es decir, cómo se traduce esta personalidad en una vulnerabilidad al estrés, cuales son los procedimientos por los cuales esta personalidad puede dar lugar a estrés. Al parecer el nexo está en la tendencia a experimentar emociones negativas de los neuróticos (Catherine J. Norris 2007). Este análisis de una personalidad que genera estrés no pretende ser exclusivo de las dimensiones de personalidad encontradas, pero sí que éstas en particular lo desencadenan.

El que presenten rasgos neuróticos puede explicar en cierto modo, que puedan tener cierta vulnerabilidad al estrés por los mecanismos que propone Eysenck en su teoría y por las medidas psicofisiológicas que correlacionan con las medidas de personalidad. Sin embargo, cada personalidad es diferente y todavía queda por explicar qué características de personalidad en concreto y junto con qué evento vital, hacen que una personalidad desarrolle una patología cutánea, gástrica, alérgica o de otro tipo. Aquí es interesante la reflexión de Alexander donde se incluye un posible modelo explicativo de porque esto pasa así y no de otra manera. Se propone un modelo a través del cual a una vulnerabilidad del órgano se suma una personalidad y algún evento estresante que desencadene el círculo. Esto podría aplicarse también a las Neurodermitis. Queda por saber hasta que punto existe una vulnerabilidad del órgano. Lo que podemos discutir aquí es que hay una personalidad y que ésta está relacionada con la vulnerabilidad al estrés.

## 8.3. Propuesta de un modelo teórico.

### **Modelo de Picor-Rascado: Factores psicológicos en la emergencia del picor.**

Dadas las citadas interrelaciones encontradas entre los distintos elementos recogidos de la literatura científica, a continuación se describe una propuesta de modelo del rascado en Neurodermitis. El esquema general puede verse en la Figura 2.

Las relaciones entre los elementos que se proponen en el modelo son hipótesis, sugeridas en la literatura revisada, la importancia atribuida al modelo no es destacar qué viene antes o qué después, sino la posible dirección de la interrelación de acuerdo con los datos recogidos, de las variables en un orden lógico que pueda servir para comprender qué ocurre en la Neurodermitis (y quizá en general en un número importante de patologías cutáneas). Seguramente el debate de qué elemento es primero y cual después no sea, siendo estrictos, verdaderamente adecuado, ya que todos los elementos del modelo podrían actuar a la vez. Sin embargo, y aún aceptando esto, la personalidad seguiría siendo un factor que redirige todo el proceso de arriba abajo, de ahí su papel y el lugar otorgado encima de la jerarquía.

Una vez aclaradas estas cuestiones se describe el modelo con los siguientes elementos: Personalidad, mecanismos de defensa o modos de adaptación, cambios psicofisiológicos, alteraciones de las sensaciones cutáneas, reacciones inmunológicas, estrés, picor y rascado.

Ante un evento emocionalmente aversivo, la personalidad encontrada actuaría de factor modulador y en caso de no responder adecuadamente daría lugar a un desajuste al medio. Es decir, no estaría ejerciendo su papel de amortiguador de los eventos aversivos. Las personas con un tipo de personalidad más vulnerable, responderían con mecanismos psicológicos, o estados psicológicos, desadaptados (Theodore Millon 2001) con el consiguiente desarrollo de psicopatología (Mercan 2008; Torello Lotti 2008) y esto

conllevaría a mecanismos disociativos en los casos más graves (Numan Konuk 2007). De esta manera se entiende la disociación como un factor mediador, incluido como parte de respuesta de una personalidad al medio y que debería emerger de forma “lógica” o coherente con un perfil de personalidad dado. Esta respuesta a su vez, llevaría a alteraciones de las sensaciones cutáneas y provocaría el picor (Madhulika A. Gupta 2006), y el círculo de picor-rascado propio de la enfermedad de Neurodermitis descrito.

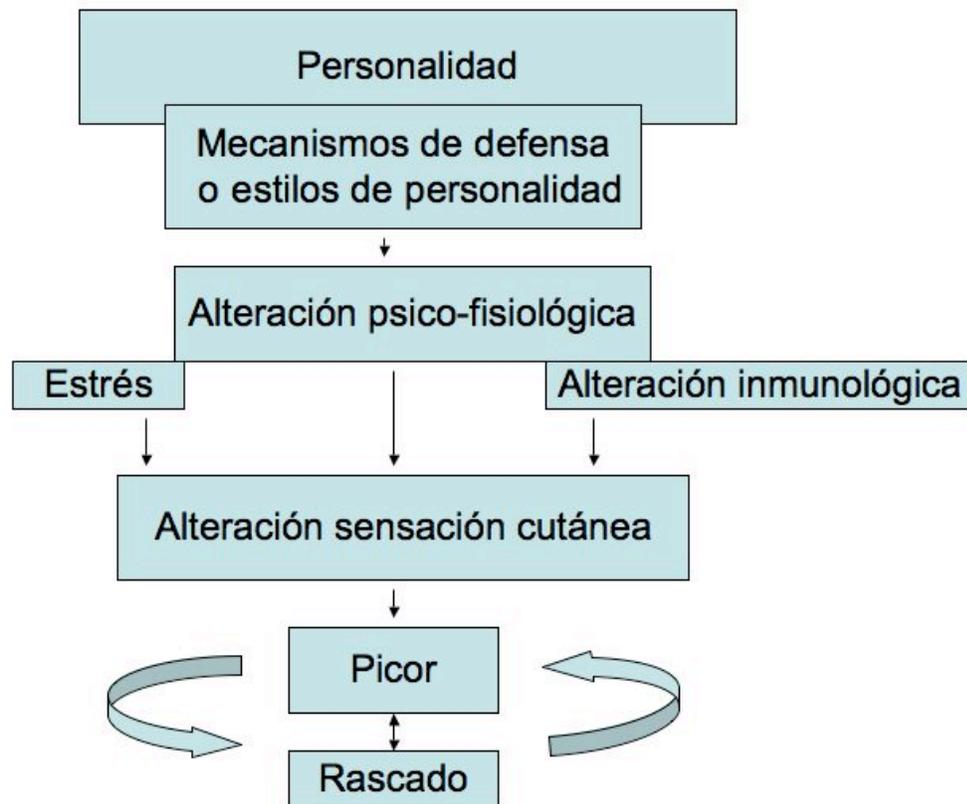


Figura 2. Propuesta de modelo explicativo del picor en psicodermatología (Para la enfermedad de Neurodermitis).

Esta explicación supondría que hay personalidades más proclives a unos tipos de mecanismos de defensa, y cierta forma de adaptación y de afrontamiento a los eventos emocionalmente negativos. Como así propone Millon (Theodore Millon 2001). El planteamiento sería que, de igual modo que una personalidad depresiva puede tender a

una reacción, antes o con más intensidad, con sentimientos de desesperanza cuando se encuentra sin un apoyo, o ante una situación estresante, por ejemplo el de una pérdida, , habría un cierto, ( o unos ciertos), factor (o factores), de personalidad que propiciarían o harían más probables unas respuestas que otras, incluso respuestas somáticas. Se tendría por tanto una visión continuista de la personalidad y de sus influencias sobre la conducta tal como propone Millon (Theodore Millon 2001).

La personalidad por lo tanto, actuaría como un patrón que conferiría coherencia al comportamiento, ejerciendo una influencia del tipo up-to-down, de arriba a abajo pero no necesariamente jerárquica, ya que podría ser influenciada a su vez, por procesos más básicos que actuarían de abajo a arriba. La personalidad sería un constructo que permitiría explicar de forma coherente el comportamiento de un individuo visto de una manera global, única, idiosincrásica a lo largo del tiempo en condiciones normales y bajo los efectos de situaciones amenazantes. Actuaría de un amortiguador, una interfaz que media entre las influencias externas o macro-influencias (ambiente exterior, estrés, circunstancias socio-culturales, interpersonales,etc..) e internas micro-influencias (arousal, conflictos intra-psíquicos, expresión genética, ciclos hormonales, etc..).

En resumen, se ha propuesto un modelo de interacción entre factores de personalidad, mecanismos de defensa disociativos y alteración de las sensaciones cutáneas, que serían el factor desencadenante próximo del círculo vicioso de picor-rascado. A este modelo habría que sumar una cierta predisposición genética o constitucional que pueda estar influyendo en el desarrollo de la enfermedad de la piel de forma enteramente hipotética pues no se ha sido hallado ningún autor que postule la existencia de gen o grupo de genes influyendo en el desarrollo de la Neurodermitis hasta el momento.

Lo interesante de este modelo es que en cualquier momento, al detener o disminuir la influencia de uno de los factores, se podría incidir en el círculo picor-rascado. Sin embargo, no todos los factores tienen el mismo peso teóricamente. Así, el círculo picor-rascado podría propiciar por sí mismo, por influencia con el resto de factores, el mantenimiento del hábito ya que influye en la tensión emocional experimentada, en los

cambios fisiológicos, etc... Como así se ha establecido en el apartado dedicado al tratamiento de la Neurodermitis. Pero también es de destacar que los métodos de modificación de conducta empleados no siempre sirvieron a los sujetos para evitar el comportamiento de rascado en momentos que excedían la capacidad de control del medio de los sujetos. Desde este modelo se explicarían esas recidivas en respuesta a una situación emocionalmente tensa atribuyendo a la personalidad el papel de modulador de las influencias del medio. 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, a través de la personalidad, seguiría ejerciendo su influencia, hasta que podría volver a ser útil el tratamiento con modificación de conducta. Es decir, como se apuntaba al principio, en el apartado de la conducta de rascado, serían dos niveles de intervención diferentes. Estas hipótesis deberán ser demostradas experimentalmente en un futuro, por ahora solo sirven como un intento de comprender lo que ocurre en estos pacientes a la luz de las investigaciones consultadas.

Hay que insistir en el carácter hipotético y provisional de la propuesta de este modelo y que su fin no es otro que ordenar la información en una constelación de interrelaciones que ofrecen coherencia y pueden a la vez, sugerir hipótesis experimentales contrastables en un futuro.

## 9. Conclusiones

### 9.1. Conclusiones basadas en las hipótesis operativas.

Las conclusiones que se pueden establecer a partir de los datos obtenidos de este estudio son las siguientes:

1. Primero, hay dimensiones de personalidad diferentes en los pacientes analizados y por lo tanto se puede deducir una relación entre la personalidad y las patologías cutáneas denominada Neurodermitis, como se proponía en la primera hipótesis operativa.
2. Como segunda conclusión, se puede establecer que estas dimensiones de personalidad correlacionan con dimensiones de personalidad con rasgos neuróticos y un índice de ajuste muy bajo. Lo que puede tener implicaciones en la vulnerabilidad al estrés en estos pacientes y provocar el inicio de la cadena de eventos que acaban generando una alteración cutánea con el aumento del picor y su consecuente rascado.

Durante el desarrollo de este trabajo se han establecido diferentes relaciones entre la personalidad y la patología cutánea que pueden servir de puente explicativo entre las diferentes dimensiones de la enfermedad de neurodermitis. Así mismo, se ha propuesto un modelo cuyos eslabones deberán ser demostrados en futuros estudios pero cuyo fundamento teórico ha sido establecido a lo largo del desarrollo de las hipótesis de trabajo y fruto de los artículos científicos revisados para la elaboración del mismo. Este esfuerzo puede aportar una visión integrativa a los diferentes componentes presentes en la neurodermitis, y quizá en general en las enfermedades psico-cutáneas que faciliten la labor terapéutica y comprensiva de las personas inmersas en la enfermedad dermatológica.

Otras conclusiones que pueden derivarse de los datos recogidos y su interpretación es la importancia de desarrollar un trabajo psico-terapéutico que pueda modificar, en el grado que sea posible, la dirección de la influencia que las dimensiones de personalidad establecidas puedan estar jugando en el desencadenamiento, mantenimiento y agravamiento del comportamiento de rascado que se da en la neurodermitis.

Por esto último, 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 rasgos de personalidad y como consecuencia ayudarles a enfrentar mejor las dificultades de la vida con la consiguiente mejora de su calidad de vida y de sus lesiones de piel.

## 9.2. Propuestas de futuro para investigaciones relacionadas.

Sería interesante comprobar si las personas con patología cutánea presentan también estas mismas dimensiones de personalidad o diferentes. Y si así fuese, que implicaciones puede tener en la formación de la enfermedad, su curso y tratamiento.

A la luz de las aportaciones en relación a su personalidad podría proponerse la pregunta de qué tratamiento psicoterapéutico resulta más eficaz, y si tendría eficacia a corto, medio o largo plazo. Quizá, y dado el diagnóstico propuesto, 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 el tipo de personalidad. O, 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 y que repercusiones tendría para la psico-somática.

El modelo propuesto también necesita verificar si cada uno de los eslabones del modelo propuesto establecen diferencias entre unas poblaciones y otras o si es éste u otro el mecanismo causal por el que sucede 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 actividad de la piel (que supuestamente generan las alteraciones debidas al estrés), puedan ser quizás capaces de mejorar sus lesiones de piel.

En este sentido también podría resultar interesante realizar experimentos psicofisiológicos para comprobar si los sujetos más proclives a la disociación tienen un patrón de activación de la piel como el propuesto al inicio de este trabajo, es decir, disminuyendo la actividad eléctrica de la piel, o bien, como los sujetos clasificados de neuróticos cuya activación es mayor en respuesta a eventos emocionales aversivos que la población normal. Y ver que implicaciones puede tener para la emergencia del picor.

También se podría investigar la posible intervención mediante técnicas conductuales que han resultado útiles anteriormente y qué influencia puede tener en el cambio de los patrones de personalidad, si es que tiene alguno. 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 consecuencia de la personalidad.

## 10. Bibliografía.

A. Fierro, J. A. J., C. Fierro-Hernández (2003). "Bienestar personal y adaptación social: correlatos en variables de personalidad, cognitivas y clínicas." Rev. de Psicol. Gral. y Aplic. **56**(3): 281-295.

Adam K. Anderson, Y. Y., Wojtek Grabski and Dominika Lacka (2006). "selective memory enhancement Emotional memories are not all created equal: Evidence for selective memory enhancement " Learn. Mem **13**: 711-718.

Aihide Yoshino, Y. K., Takeshi Yoshida, Yoshitomo Takahashi, and Soichiro Nomura (2005). "Relations between temperament dimensions in Personality and Unconscious Emotional Responses." Biol Psychiatry **57**: 1-6.

Aihide Yoshino, Y. K., Takeshi Yoshida, Yoshitomo Takahashi, and Soichiro Nomura (2005). "Relationships Between Temperament Dimensions in Personality and Unconscious Emotional Responses." BIOL PSYCHIATRY(57): 1-6.

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.

American Psychiatric Association (1994). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. ." Washintong (DC)a: American Psychiatric Association: 445-69.

Amit GArg, M.-M. C., Laura P. Sands, Mary S. Matsui, Kenneth D. Marenus, Kenneth R. Feingold, Peter M. Elias (2001). "Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis." Arch Dermatol **137**: 53-58.

Armijo, F. C. (1998). "Dermatitis nerviosas y Psicósomáticas." Tratado de Dermatología. Aula Médica. Madrid: pp. 1031-51.

Brown, R. (2004). "Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model." Sychol Bull **130**: 793-812.

Cloninger, C. R., D. M. S. a. T. R. P. (1993). "A psychobiological model of temperament and character." Archives of General Psychiatry **50**(12).

C.M. Choung, B. J. N., P.M. Elias, L.A. Goldsmith, E. Macher, P.A. Maderson, et al (2002). "What is the "true" function of skin?" Experimental Dermatology **11**: 159-187.

Camelo-Roa, S. M. (2005). "Psiconeuroinmunología: breve panorámica." Diversitas **1**(2).

Cardona López, D. X. (2003). "Conductas estereotipadas de dos grupos cautivos de *Ateles fusciceps robustus* con diferente grado de enriquecimiento ambiental." 6

CARMEN BAYON, K. H., DRAGAN M. SVRAKIC, THOMAS R. PRZYBECK and C. ROBERT CLONINGER (1996). "DIMENSIONAL ASSESSMENT OF PERSONALITY IN AN OUT-PATIENT SAMPLE: RELATIONS OF THE SYSTEMS OF MILLON AND CLONINGER " J. psychiat. Res. **30**(5): 341-352.

Catherine J. Norris, J. T. L., John T. Cacioppo (2007). "Neuroticism is associated with larger and more prolonged electrodermal responses to emotionally evocative pictures." Psychophysiology **44**: 823-826.

Choca, J. P. (1999). "Evolution of Millon's Personality Prototypes." Journal of Personality Assessment **73**(3): 353-364.

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.

Critchley, H. D. (2002). "Electrodermal responses: What happens in the brain. ." Neuroscientists **8**: 132-142.

Daniel Hart, N. E., Carlos Valiente (2007). "Personality Change at the Intersection of Autonomic Arousal and Stress." Psychology Science **18**(6): 492-497.

Darwin, C. (1894). "The expression of emotions in animal and man." N.Y. Appleton. Traducción al castellano en Madrid: Alianza

Davidson, R. J. "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.

E. Quiroga, J. B. F. (2003). "El significado psicológico y metapsicológico de los Modelos Biosocial y Evolucionista de Theodore Millon." Psicothema **15**(2): 190-196.

Ernesto Quiroga, J. B. F. (2003). "El significado psicológico y metapsicológico de los Modelos Biosocial y Evolucionista de Theodore Millon." Psicothema **15**(2): 190-196.

Escobar, A. M. L. (2004). "IDENTIFICACIÓN DE LOS PATRONES DE COMPORTAMIENTO Y CONFORMACIÓN DE UN GRUPO SOCIAL DE TITÍ-GRIS (*Saguinus leucopus*) EN PROCESO DE REHABILITACIÓN."

Eung-Ho Choi, B. E. B., Debra Crumrine, Sandra Chang, Mao-Quiang Man, Peter M. Elias, Kenneth R. Feingold (2005). "Mechanisms by which psychologic stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity." J Invest Dermatol **124**: 587-595.

F. Grimalt (1998). "Aspectos psicológicos de los enfermos dermatológicos de consulta diaria, no afectos de psicodermatosis." Monogr Dermatol **11**: 285-292.

Francisco Tausk, I. E., Jan Moynihan (2008). "Psychoneuroimmunology." Dermatologic Therapy **21**: 23-31.

Freud, S., Ed. (1973). Los instintos y sus destinos. Obras completas 3ª ed. Madrid, Biblioteca Nueva.

Grimalt, F. and J. A. Cotterill (2002). "Dermatología y Psiquiatría. ." Grupo Aula Médica, S.A.: 329.

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.

Janic K. Kiecolt-Glaser, L. M., Theodore Robles, Ronald Glaser (2002). "Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future ." Psychosomatic Medicine **64**: 15-28.

K. Eillen Allen, F. R. H. (1966). "Elimination of a child's excessive scratching by training the mother in reinforcement procedures. ." Behav Res Ther **4**(2): 79-84.

Kiecolt-Glaser, J. K. G., Ronald (1992). "Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity?" Journal of Consulting and Clinical Psychology. **60**(4): 569-575.

L Lorente, J. A., GJ Arias (1996). "Psycho-neuro-immune-endocrine system: a three-phase-old response." Journal of Internal Medicine **239**: 89-94.

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.

Lonne-Rahn SB, H. R., H El-Nour, P Marin, EC Azmitia, K Nordlind (2008). "Neuroimmune mechanisms in patients with atopic dermatitis during chronic stress." JEADV **22**: 11-18.

MA ALLER, J. A., MP NAVA, J ARIAS (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.

MA Aller, L. L. (1996). "The psycho-neuro-immune endocrine response a physiological and pathological way of life." Psicothema **8**(2): 375-381.

Madhulika A. gupta (2006). "Somatization disorders in dermatology." International Review of Psychiatry **18**(1): 41-47.

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.

Mardaga, S., L. 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.

Martinez-Aguayo Juan Carlos, C. G.-L., Eduardo Correa-Donoso "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.

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 G Griffin, P. A. R., Mindy B Mechanic (1997). "Objective Assesment of Peritraumatic Dissociation: Psychophysiological Indicators." Am J Psychiatry **154**(8).

Michael S. Rosenbaum, T. A. (1981). "The Behavioral Treatment of Neurodermtatitis Through Habit-Reversal." Behav. Res & Therapy **19**: 313-318.

Millon, T., Ed. (1969). Modern Psychopathology. Philadelphia, Saunders.

Millon, T. (1999). "Reflections on Psychosynergy: A Model for Integratin Science, Theory, Classification, Assesment, and Therapy." Journal of Personality Assessment **72**(3): 437-456.

Millon, T. (2001). "Mips, inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual." Tea Ediciones.

Mine Ozmen, M. O., Ayten Erdogan, Ertugrul H. Aydemir, Oya Oguz (2006). "Dissociative idntity disorder presenting as dermatitis artefacta." International Journal of Dermatology **45**: 770-771.

Mitshuhiro Denda, T. T., Peter M Elias, Kenneth R Feingold (2000). "Stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis." Am J Physiol Regulatory Integrative comp. Physiol **278**: 367-372.

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.

Niemeier, V., J. Kupfer, et al. (1999). "From neuropeptides and cytokines to psychotherapy. Skin diseases between psychoneuroimmunology research and psychosomatic treatment." Forsch Komplementarmed **6 Suppl 2**: 14-8.

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.

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. Braun-Falco, P. G., Wolff HH (1991). "Dermatology." Springer-Verlag. Berlin: pp. 348 y 678-679.

Peter-Bob (2007). "Hypnotic abreaction releases chaotic patterns of electrodermal activity during dissociation." Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis **55**(435-456).

Rabung, S., A. Ubbelohde, et al. (2004). "[Attachment security and quality of life in atopic dermatitis]." Psychother Psychosom Med Psychol **54**(8): 330-8.

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.

Richard G. Ratliff, N. H. S. (1968). "Treatment of neurodermitis by behaviour therapy: a case study." Behav. Res & Therapy **6**: 397-399.

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.

Sánchez, R. O. (2003). "Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología." Psico USF **8**(2): 167-173.

SB Lonne-Rahn, H. R., H El-Nour, P Marin, EC Azmitia, K Nordlind (2008). "Neuroimmune mechanisms in patients with atopic dermatitis during chronic stress." JEADV **22**: 11-18.

Solomon, G. F. (2001). "Psiconeuroinmunología: Sinopsis de su Historia, Evidencia y Consecuencias."

Susana Antuña-Bernardo, E. G.-V., Ana González Menéndez, Roberto Secades Villa, José Errasti Pérez, J. R. Curto Iglésias (2000). "Perfil Psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas." Psychothema **12**(2): 30-34.

Silvan, M. (2003). "Psyche and soma." Cutis **71**: 267.

Theodore Millon, R. D. (2001). "Trastornos de la personalidad en la vida moderna." Masson: 2.

Theodore Millon, R. D., Ed. (2001). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona, Masson.

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.

Ulnik, J. C. (2004). Distancias Afectivas en Pacientes con Psoriasis. Granada, Universidad de Granada.