

11241
1 ej 9

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON
NEURODERMATITIS DISSEMINADA

DR. JESUS MAYA MONDRAGON
RESIDENTE DE PSIQUIATRIA

DRA. SILVIA ORTIZ LEON
ASESOR

DRA. NORA CAVAZOS ORTEGA
ASESOR TECNICO

ENERO 1987

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Orly, 20-I-87



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

JUSTIFICACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

OBJETIVOS

METODOLOGIA

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.

El abordar el tema de las enfermedades de la piel, o enfermedades dermatológicas, es poco común en el campo de la psicología o psiquiatría, ya que como conocemos en forma científica y popular, este tipo de enfermedades es asociada a los especialistas en esta rama; en caso específico a los dermatólogos, quienes debido a su formación profesional y ética, son los responsables del cuidado y atención de este tipo de enfermedades, sin embargo, desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, a la piel no sólo se le confiere su función anatómo-fisiológica, sino que como sabemos la piel es un medio de contacto a través del cual el individuo, establece relación consigo mismo y con su medio que le rodea, es decir, con su medio ambiente externo. Ante este punto de vista, las enfermedades de la piel toman otra expectativa, ya que también pueden verse afectadas por los cambios psíquicos y/o emocionales que el individuo presenta ante su vida cotidiana y que pueden ser los responsables de las alteraciones que se producen en la piel.

Este punto de vista se da gracias a que la evolución de la medicina ha contribuido para que las perturbaciones psicosomáticas sean investigadas; de ahí que esta investigación surja ante la curiosidad de conocer a mayor profundidad las características de personalidad de este tipo de pacientes y sus posibles relaciones con la existencia de las alteraciones somáticas de su piel, las cuales tienen considerables repercusiones en la perspectiva social.

ANTECEDENTES

CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS.

Las investigaciones psicodinámicas explicativas se sitúan en el inicio de la vida, en las primeras relaciones, en el estadio preobjetal.

La escuela Kleiniana sostiene que las frustraciones precoces, el fracaso de la elaboración depresiva (posición) primitiva, necesaria para la organización de las primeras relaciones objetales, es lo que predispone a estas enfermedades.

Entre el proceso mental y los procesos somáticos existe una relación indirecta y heterogénea, por lo que el concepto de regresión no es aplicable en estos pacientes, ya que en estos enfermos existe una carencia de mentalización, que conduce a la pobreza de la vida imaginativa, y de relación, a una estructura en particular del superyo, separado de tal forma que los conflictos intrapsíquicos se hacen profundamente inconscientes e inaparentes. El pensamiento es operativo, tendiente a la práctica con represión de lo imaginario. El resultado de esta carencia es un sistema particular de la integración pulsional, que en lugar de escisión como se da en la patología mental, existe una escisión entre el yo y su reservorio energético.

Se puede concluir prematuramente que existen rasgos de personalidad característicos en estas enfermedades, pero no una personalidad bien estructurada, y mucho menos ninguna en particular para cada una de ellas.

En estos pacientes el pensamiento funciona cómodamente al abrigo de los conflictos prohibidos, que ejercen su acción directamente sobre los aparatos fisiológicos.

Se desconoce porque un sujeto presenta una u otra enfermedad y como se lleva a cabo la elección de órgano.

Franz Alexander, pionero de la medicina psicosomática, considera que los trastornos aparecen cuando los afectos o las emociones no pueden expresarse normalmente, y cuando la energía que permanece encerrada en el organismo de forma crónica, produce disfunción de los órganos.

Son las pulsiones rechazadas las que producen la disfunción y al mismo tiempo las construcciones psicológicas de defensa, que sirven para establecer perfiles de personalidad. Así la piel es el espejo de las influencias psíquicas ya que se ha observado que las alteraciones del potencial eléctrico en la piel son producidas por las emociones.

En general la enfermedad psicosomática implica una escisión de la personalidad del individuo, con una debilidad de la unión mente-cuerpo, o una escisión organizada en la mente, en defensa contra la persecución generalizada del mundo renuciado.

La situación que produce una tensión o que descarga la tensión, es de capital importancia en la medicina psicosomática. Esta se construye sobre tensiones no resueltas, creadas por frustraciones de necesidades y responde a reacciones de dependencia independencia.

Los trastornos psicosomáticos modifican de forma más completa y más traumática el medio ambiente. Estos trastornos pueden manifestarse como una protesta contra la forma de ser tratados.

La agrupación de los factores emocionales en cada caso es específico, en función de su estructura, de sus experiencias y de sus reacciones respecto al medio.

El stress no puede valorarse por sus efectos externos si no solamente por lo que significa para el paciente. Un mismo sujeto no adopta el mismo canal de expresión, incluso bajo un mismo stress similar. Por lo que varios autores se oponen a la

noción de tipo específico, de estructuras de la personalidad subyacente, a cada tipo de trastorno psicosomático. Así no parece existir una causa específica para un trastorno psicosomático determinado, ni un tipo de personalidad única, específica, propensa a un síndrome en particular.

La relación temprana madre-hijo, es determinante en la estructuración de los conflictos del hijo, ya que se ha visto que hay rasgos característicos en los padres de estos pacientes, como conflictos emocionales no resueltos de su propia infancia, que son proyectados en el niño. El niño, puede representar un hermano, una hermana, un padre odiado; proyección de una parte de la persona en el niño; necesidad intensa de dominar al niño, que en algunos casos es considerado y tratado como si fuera parte del propio cuerpo de la madre.

Los trastornos de la personalidad de la madre se reflejan en los trastornos del niño, siendo las relaciones madre-hijo inapropiadas e insuficientes.

El trastorno funcional ha sido también atribuido a determinados factores constitucionales, o a determinados conflictos específicos.

La elección de un órgano o de un canal determinado depende ampliamente de la cualidad de las relaciones precoces madre-hijo. Así determinados tipos de relación madre - hijo, orientan a la elección del canal, p. ej. algunas necesidades se gratifican a través de alguno de estos sistemas, algunos tipos de frustración harán que todas las emociones se introduzcan en un sistema fisiológico particular. Finalmente la elección de órgano depende de las características particulares del funcionamiento en un momento dado de la evolución, y de las características simbólicas que el órgano puede tomar durante esta evolución.

La aparición de la sintomatología psicósomática no depende únicamente del trastorno conflictivo, sino que debe relacionarse con la maduración del funcionamiento de los órganos, y con las características del desarrollo psicológico.

La emergencia de los fenómenos somáticos está relacionada con la función del yo, la regresión del yo, especialmente la prevalencia de los procesos primarios del pensamiento, que puede producir el fracaso de otra función esencial del yo; la facultad de neutralizar la agresión.

Parece que existe cierto paralelismo entre la prevalencia de los procesos del pensamiento primario, el fracaso de la neutralización y la somatización.

La regresión fisiológica y sus consecuencias dependen de los factores congénitos y del medio, que juntos determinan la constelación del desarrollo del ello y del yo, la predisposición a la angustia y la elección del órgano reaccionante.

Cuando las emociones no se manifiestan ni en la acción, ni en la verbalización, la expresión del conflicto se hará a través de la vida vegetativa, a través de determinadas actividades exageradas o anacrónicas. Así, aunque los órganos han tenido un sentido en su expresión, en un momento de la evolución, este significado se pierde más tarde; pero durante determinadas fases evolutivas, mediante un proceso de retrogénesis, pueden volver a situarse en un primer plano, mediante la vuelta a una somatización.

DERMATOLOGIA PSICOSOMATICA.

Los factores emocionales son importantes en el desarrollo de muchos desórdenes dermatológicos.

Los trabajos iniciales se atribuyen a E. Wilson que en 1867 describe la influencia nerviosa en el funcionamiento de la piel, en el prurito, en la alopecia, y la delación de parásitos. Un siglo más tarde otros médicos como Flandes, Dunbar, Wittcower, y otros, estudiaron en forma más profunda este tipo de enfermedades y les agregan el prefijo de psicodermatosis, y la relacionan con algún tipo específico de personalidad común en este tipo de pacientes.

Los cambios psicofisiológicos en la piel se dan como todo un proceso de respuesta a las emociones. Los fenómenos fisiológicos que son más importantes en la asociación a las emociones son los siguientes:

1.- sensibilidad de la piel.

el prurito resulta de la estimulación de las terminaciones nerviosas finas en la unión dermo-epidérmica, de la región del plexo cutáneo superficial. Si la intensidad del estímulo si incrementa, el prurito progresa a un dolor difuso tipo quemadura, pero cada sensación tiene un rango de intensidad y calidad diferentes, desde lo mínimamente perceptible hasta lo intolerable.

El prurito puede ser producido por agentes químicos que se liberan de las células dañadas, que al acumularse en gran cantidad producen el dolor, p. ej. histamina y polipéptidos. La histamina en áreas lesionadas causa prurito intenso, en comparación al que se produce en áreas sanas, además de que también el tiempo de duración es variable, y el prurito se incrementa si el paciente tiene un trastorno emocional.

Los mismos resultados produce la tripsina, los ácidos débiles y los álcalis, que también pueden dar sensación de quemadura. El prurito de la piel inflamada se explica por un sinérgismo farmacológico de prostaglandinas, que por sí mismas no producen el prurito, pero que potencializan el efecto de la histamina o de otros agentes químicos.

b) cambios vasculares.

se desconoce el mecanismo preciso por el cual la ansiedad y otros trastornos emocionales producen cambios vasculares en la piel, sin embargo, los factores hormonales si son muy importantes.

Las emociones que se generan en la corteza cerebral llevan a cambios en la piel, por medio de la neurohipófisis, que libera agentes como la vasopresina, que dan la palidez asociada al miedo. El eje pituitaria suprarrenales tiene un papel muy importante, en la preparación del individuo ante situaciones adversas.

El eritema resulta de la vasodilatación debida a la liberación de mediadores en la terminal nerviosa. Esto se ha comprobado por la abolición del reflejo de axon posterior a la degeneración neuronal.

El reflejo de axón depende de conexiones centrales y de la médula espinal, ya que algunos individuos tienen un alto grado de control voluntario de estos procesos automáticos, que involucran la regulación de la temperatura de la piel, y también este fenómeno es abolido por medio de simpatectomía.

Se ha visto que la acetilcolina está aumentada en forma importante en la piel de pacientes con dermatitis atópica, y es posible que potencia los efectos de la histamina, que también se encuentra aumentada en la piel, además estos agentes pueden activar la liberación de activadores del plasminógeno del endotelio vascular.

La urticaria colinérgica de la piel es aumentada o precipitada por calor y por las emociones, así como las sustancias colinérgicas como la pilocarpina, por lo que también se ha pensado que las emociones provoquen la liberación de acetilcolina en la piel.

e) sudoración.

En general la sudoración provocadas por las emociones ocurre preferentemente en axilas y plantas, mientras que la sudoración producida por el calor ocurre básicamente en la cara y en la superficie del cuerpo, sin embargo, la nuca responde al stress y a la ansiedad.

La inervación de las glándulas sudoríparas es colinérgica por lo que se inhibe con anticolinérgicos como la atropina. En contraste las glándulas apócrinas responden a las catecolaminas, así la diferencia entre la sudoración écrina y apócrina es por mecanismos colinérgicos y adrenérgicos, por lo que responden a las emociones.

ALERGIA Y ATOPIA

Von Piquet, propuso el término de alergia en 1906 para designar a una desviación inmunitaria del estado original, o una reactividad cambiada, es decir, el sujeto alérgico es el que se desvía de la respuesta inmunitaria esperada.

Piquet, incluía todas las formas de respuesta inmunitaria alterada, incluyendo reacciones a las toxinas, bacterias y otros agentes infecciosos.

Coca, en 1923 acuña la palabra atopia (no común) para denotar un estado anormal de hipersensibilidad diferente de las respuestas de hipersensibilidad en los individuos normales; p. ej. dermatitis por contacto, enfermedad por suero, anafilaxis e infección por bacilo tuberculoso.

Tipos clínicos de atopia.

En los individuos genéticamente susceptibles a la atopia puede afectar uno o más de los órganos primarios de choque; sistema respiratorio (mucosa nasal, bronquios y la mucosa del oído), puede causar fiebre del heno, asma y otitis serosa. En la piel como órgano de choque se presenta; urticaria, edema angioneurótico y dermatitis atónica. Los sistemas digestivo y respiratorio sensibilizados reaccionan con los antígenos provocando vómito, dolor abdominal, diarrea, polaquiuria, disuria,. La afección del sistema vascular central puede producir dolor de cabeza, cambios en la personalidad, y otras manifestaciones del sistema nervioso central.

Bases genéticas de la atopia

La fiebre del heno y el asma pueden heredarse, si ambos progenitores tienen atopia, la probabilidad es del 75% y de un 50% si solo uno de los dos lo tiene. El 38% de pacientes atóxicos no tienen antecedentes genéticos de atopia.

Sistema nervioso autónomo en las reacciones alérgicas.

Las catecolaminas (epinefrina, norepinefrina, dopamina) son agonistas del sistema nervioso simpático y la acetilcolina es agonista del sistema parasimpático.

Modulan la intensidad de las reacciones alérgicas, regulando la cantidad del mediador liberado en las células blanco y el grado de respuesta en los órganos de choque.

Entre el sistema simpático adrenérgico y el parasimpático colinérgico se mantiene la homeostasis en las células; la estimulación colinérgica da contracción y la adrenérgica relaja. Los receptores alfa adrenérgicos responden a la norepinefrina y los beta adrenérgicos al isoproterenol.

Los receptores beta uno aumentan la frecuencia cardiaca, la fuerza, movilizan ácidos grasos libres, elevan los lípidos en sangre.

Los receptores beta dos relajan el músculo liso, inhiben la captación periférica de glucosa, aumentan la glucogenólisis en músculo.

Clasificación.

Esta clasificación es en base al estado emocional.

a) primer grupo.

es en este grupo donde los factores emocionales son más importantes que los dermatológicos: escoriaciones neuróticas, tricotilomania, dermatitis facticia y delusiones parasitarias.

Escoriación neurótica: los pacientes se producen ulceraciones por el rascado, generalmente en la cara o en los brazos, y es evidente que se presentan las lesiones en zonas accesibles al rascado del individuo.

Tricotilomania: consiste en áreas de alopecia en la cual los pelos cortos se entremezclan con los pelos largos en disposición lineal o circular. Generalmente se inicia en la infancia sin dejar secuelas psicológicas, sin embargo, puede persistir hasta la vida adulta, representa una condición psiconeurológica compleja, que va desde una compulsión, a hábitos compulsivos inconscientes.

Dermatitis facticia: los pacientes se dañan así mismos en forma deliberada, se ve con mayor frecuencia en personalidades obsesivas, en mujeres. Las lesiones están en áreas circunscritas, también pueden ser provocadas por sustancias corrosivas, cigarros y el paciente niega que se autolesione.

Delusión de parásitos: el paciente tiene la firme creencia de estar infectado y trata de que el médico lo crea, con frecuencia traen frascos con pedazos de piel, indicando que esas son las criaturas que habitan en su cuerpo.

b) segundo grupo.

en este grupo la influencia de los factores emocionales es menos importante, que los factores orgánicos. Incluye problemas de piel causados por emociones, infecciones, alergias, intoxicaciones o causas físicas. La edad del paciente y la naturaleza

de las lesiones son variables. Si el padecimiento es de origen congénito, los padres son quienes originan los problemas emocionales.

Dentro de este grupo se incluye al Von Recklinghausen y la micosis fungoide.

c) tercer grupo.

Las causas orgánicas y emocionales contribuyen en diversos grados a producir las alteraciones de la piel, pero hasta la actualidad no se comprende bien la interacción de estos dos factores.

Psoriasis: enfermedad crónica determinada genéticamente, recurrente, de evolución variable, de causa desconocida, afecta al 2% de la población de los E.E.U.U., no es una enfermedad contagiosa, o que ponga en grave peligro la vida, sin embargo las alteraciones estéticas si producen serios trastornos psicológicos. La mayoría de los pacientes refieren que se encuentran bajo una gran tensión que les conduce a la depresión.

Dermatitis atópica: enfermedad multifactorial, hereditaria, que cursa con una alteración del sistema inmunológico, el prurito es el sintoma sobresaliente de la enfermedad, y no se ha relacionado con algún trastorno psíquico en especial, ni una predisposición de alguna personalidad en especial. En la actualidad es muy importante la polémica en cuanto a la influencia de los factores emocionales en esta enfermedad.

Eczema Dishidrotico: enfermedad crónica, recurrente caracterizada por lesiones vesiculo-bulosas en palmas y plantas, sin embargo muchos autores la consideran un trastorno de la función glandular sudorípara, lo que no ha sido confirmado en histopatología. El stress es uno de los factores exacerbantes

ya que se consideran a estos individuos que padecen con rasgos de personalidad compulsiva, angustiado en forma crónica.

Urticaria: enfermedad sistémica caracterizada por ronchas de aparición brusca, duración variable, de diversos tamaños, aisladas o confluentes. Se considera que los factores emocionales tienen un rol importante que puede ser de un 25 a un 50%. Los trastornos emocionales dan cambios vasomotores mediados por el sistema nervioso autónomo, hipotálamo, hipófisis, suprarrenales. También en un gran número de casos se encuentran implicadas las reagentes IgE, y también recientemente se han descubierto lesiones tipo III (IgG).

Acne: es una condición común al inicio de la pubertad por incremento de la actividad de las glándulas sebáceas, las cuales reflejan aumentos de andrógenos. Se comenta que no hay otra enfermedad que cause más trauma psíquico que ésta, con desajustes en las relaciones interpersonales, sentimientos de inferioridad y depresión.

En algunos estudios se ha demostrado que el grado de ansiedad con que cursan estos pacientes es demasiado alto, pero hasta ahora no se ha podido demostrar que rol juega la psique en el proceso.

Alopecia areata: se caracteriza por la aparición súbita de zonas alopecias, ocurre a cualquier edad, pero se ha visto que en los jóvenes es más severa y crónica. En un 10 a un 20% de los pacientes se tienen antecedentes familiares, o asociación con vitiligo, o enfermedad tiroidea. También se ha visto que la mayoría de los pacientes enferma después de una experiencia traumática, pero esto no se ha demostrado en forma concluyente. En la actualidad se duda si debe permanecer dentro de esta categoría o en los trastornos autoinmunes.

Herpes simple: causado por una infección del herpes virus (DNA) es recurrente, interviene el sistema inmune, y se presenta como

resultado de una gran variedad de estímulos; fiebre, traumatismos, luz solar, stress, alimentos.

Se ha mencionado mucho que los trastornos inmunológicos sean resultado del stress, que crea un círculo vicioso en el paciente.

Verrugas vulgares: es una infección por papovavirus en las células epidérmicas, en las que induce su proliferación.

En base al tratamiento se ha visto que hay una gran influencia psicológica, pero aún no se comprende cual es el mecanismo psíquico de la naturaleza de las lesiones.

JUSTIFICACION.

La presente investigación surge ante la inquietud que me motiva el conocimiento más profundo sobre las enfermedades de la piel, ya que como es conocido comunmente es un tema, que la mayoría de las veces es sólo estudiado por el dermatologo. Siendo frecuente que los profesionistas del ramo de la salud en general (psiquiatría psicología) y se les deje a un lado por considerar que no poseen los conocimientos necesarios y específicos, para manejar adecuadamente este tipo de enfermedades, por considerar que estas tienen una base puramente biológica.

Este tema lo considero fascinante por la implicación de los factores orgánico, psicológicos en el desarrollo de la enfermedad y frustrante por no abordar estas enfermedades en una forma integral ya que nontinuamos manejando el dualismo mente-cuerpo.

Ha través de la experiencia clinica se ha observado que con frecuencia este padecimiento se hace presente en todas las ramas de la medicina, y aún desde el punto de vista psiauiátrico y psicológico no se le ha dado la importancia necesaria para tratar de explicar, si la existencia de algunos factores emocionales pueden ser los responsables o desencadenantes de estos padecimientos.

La finalidad de realizar esta investigación es el tratar de llegar a entender a las enfermedades de la piel (dermatológicas), desde un punto de vista integral (cônceto de medicina integral), ya que como sabemos el individuo es un ente bio-psico-social. Factores que con suma frecuencia son olvidados dentro de este campo, ya que se maneja un enfoque unidireccional tradicional.

Cabe señalar que en ocasiones la relación entre el médico y el paciente se ha bloqueado, ante las exigencias y necesidades de las instituciones, y ante la necesidad de cumplir con los requerimientos de las mismas ante la sociedad. Ante estas circunstancias los pacientes vienen a representar un número más de expediente, olvidandose así la relación humana médico-paciente. La cual al estable

cerse adecuadamente permitiría proporcionar una mayor eficacia en los tratamientos de esta enfermedad; de ahí la necesidad de hacer hincapie en que dentro del campo de la psiquiatría haya una mayor motivación y un mayor impulso a investigar estos padecimientos, ya que constatamos que a través de la bibliografía en nuestro país son escasas estas investigaciones, razón por la cual con esta investigación pretendo motivar a futuros profesionistas (dermatología, psicología, psiquiatría) a abordar temas de esta índole, en el enfoque integral de la medicina moderna, en donde todos los problemas de la medicina deben ser abordados como problemas psicósomáticos y por lo tanto manejados por el equipo multidisciplinario de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación pretende conocer los rasgos de la personalidad que tienen los individuos que padecen neurodermatitis diseminada, ya que a través del predominio de uno u otro rasgo, podemos llegar a explicarnos la influencia que tienen los factores psicológicos en la presentación de esta enfermedad, confirmandose de esta manera que el individuo es un ente bio-psico-social, y que no puede ser estudiado desde un sólo punto de vista.

HIPOTESIS

- 1.- existe alguna relación entre los rasgos de la personalidad y la neurodermatitis diseminada, y el vitiligo, así como un mayor nivel de psicopatología detectado a través del MMPI (inventario multifasico de la personalidad), y una tendencia a la elevación de las escalas 1,3,4,7,8 .
- 2.- Existe mayor presentación de neurodermatitis diseminada en personas del sexo femenino.
- 3.- Existe mayor frecuencia de neurodermatitis diseminada en los hijos primogénitos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

determinar si existe alguna relación entre los rasgos de la personalidad en particular con la neurodermatitis diseminada y el vitiligo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) obtener mediante la aplicación del MMPI los rasgos predominantes de la personalidad en los pacientes con neurodermatitis diseminada.
- b) obtener mediante la aplicación del MMPI los rasgos predominantes de la personalidad en los pacientes con vitiligo
- c) establecer si existe algún rasgo de personalidad más frecuente en los pacientes con neurodermatitis diseminada según el MMPI.
- d) establecer si existe algún rasgo de personalidad más frecuente en los pacientes con vitiligo según el MMPI
- e) continuar el seguimiento de estos pacientes con motivo de la referencia de estos pacientes al servicio de psiquiatría
- f) manejar en forma conjunta (dermatología-psiquiatría) estos padecimientos, para entender al enfermo en forma integral.

METODOLOGIA.

Se decidió hacer un estudio transversal, comparativo con el fin de determinar si existen rasgos de la personalidad más frecuentes en pacientes con neurodermatitis diseminada en comparación a los pacientes que presentan vitiligo.

Se eligieron pacientes que fueron referidos por el servicio de dermatología, diagnosticados bajo sus criterios.

La forma de referencia es por medio de interconsulta al servicio de psiquiatría, en donde se les asigna una cita, ya que generalmente el motivo de referencia, es la presencia de un trastorno psiquiátrico, detectado por el dermatólogo, por lo que el caso requiere seguimiento posterior.

Los rasgos de la personalidad según el MMPI encontrados en los pacientes con neurodermatitis diseminada, se compararon con los rasgos de la personalidad encontrados según el MMPI en pacientes con vitiligo.

Las variables a manejar fueron:

a) neurodermatitis diseminada; padecimiento diagnosticado por el dermatólogo bajo los siguientes criterios; topográficos, morfológicos; dermatosis diseminada a cabeza, tronco, y extremidades (puede variar la distribución). De la cabeza afecta cara, del tronco el tercio inferior, de las extremidades superiores afecta brazos y antebrazos y dorso de las manos, y de las extremidades inferiores la cara anterior de muslos y huecos poplíteos.

Es bilateral con tendencia a la simetría. Constituida por eritema, escama, exudado, fisuras, costras hemáticas, y huellas de rascado. Crónica, pruriginosa.

- b) Vitiligo: padecimiento diagnosticado por el dermatólogo bajo los siguientes criterios, topográficos y morfológicos; dermatosis diseminada a cuello del que afecta la cara posterior y lateral, de los miembros torácicos afecta la cara anterior de brazo, antebrazo y manos, y de los miembros pelvicos la cara anterior.

Dermatosis de aspecto monomorfo constituido por numerosas manchas acrómicas, de forma y tamaño variable, algunas con discreto eritema en su centro, con tendencia a confluir.

- c) MMPI (inventario multifásico de la personalidad), interpretación automatizada, versión corta.

La estructura del MMPI es bastante firme y permite su aplicación de manera individual y a grandes grupos de población, razón por la cual se seleccionó esta prueba para nuestra investigación, consta de 383 preguntas, ya que es una versión corta del original, y es interpretada por medio de computadora, las preguntas estan en forma de afirmación positivas, o negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad, incluyendò la salud general, funciones fisiológicas en particular, hábitos, familia, actitudes sexuales, religión, actitudes políticas, y muchos ítems psicopatológicos importantes para el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico.

En la aplicación del MMPI se le pide al sujeto que conteste a cada ítem de cada una de estas dos formas: cierto o falso. Las escalas básicas utilizadas son cuatro de validez y nueve clinicas, las cuales fueron mencionadas anteriormente.

La calificación y obtención del perfil se lleva a cabo después de que se obtiene la hoja de respuestas contestadas adecuadamente por los paciente (en este caso tarjetas IBM-preperforadas), el perfil se obtiene a través de la interpretación automatizada, y esto necesariamente debe ser completado.

- d) formatos de historia clinica: dermatológica-psiquiátrica.

UNIDADES DE OBSERVACION

Se definieron dos grupos de pacientes: enfermos de neurodermatitis diseminada y vitiligo, en donde se incluyeron aquellos pacientes referidos al servicio de psiquiatría, con diagnóstico de neurodermatitis diseminada y vitiligo; estos diagnósticos hechos por el dermatólogo que hace la referencia al servicio de psiquiatría.

A ambos grupos de pacientes se les aplicó el MMPI versión corta. Se decidió no tomar en cuenta el diagnóstico psiquiátrico, ya que no se consideró como una variable en la investigación, e implicaría, el definir bajo que criterios o clasificaciones se está llegando a tal diagnóstico, ya que no se puede hacer en base a la experiencia personal, porque sería algo muy subjetivo, y además no es la finalidad de la investigación.

Los criterios de selección se llevaron a cabo bajo los siguientes parámetros:

CRITERIOS DE INCLUSION

- a) ambos sexos
- b) edad comprendida entre 15 y 35 años (MMPI)
- c) escolaridad mínima de secundaria (MMPI)
- d) que acudan por primera vez al servicio de psiquiatría referidos por la consulta dermatológica.
- e) que presenten diagnóstico de neurodermatitis diseminada o vitiligo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) que presenten otros diagnósticos dermatológicos y/o enfermedad física
- B) que presenten trastornos psiquiátricos mayores (psicosis, retraso mental, farmacoddependencia, etc.).

RESULTADOS

Una vez obtenidas las muestras de los dos grupos de estudio, constituidas por 23 pacientes con diagnóstico de neurodermatitis diseminada y 21 pacientes con diagnóstico de vitiligo. Se observo que en el grupo de neurodermatitis diseminada el 82% de los pacientes esta entre los 15 y 25 años de edad, el 78% es soltero, y el 60% es estudiante, tambien se encontro que el 40% de los enfermos son hijos primogénitos, y es más frecuente en el sexo femenino en un 70%

En cuanto a las escalas clinicas del MMPI se encontro que las más elevadas son la 2,4,7,8, . 70% esta en C min 1,2 Y el 91% de la muestra relaciona el inicio de su enfermedad con una situación difícil, que nunca habia enfrentado y que representa un cambio importante en la vida del sujeto.

Y tambien es importante el que el 65% de la muestra tiene una evolución de su padecimiento de 0 a 5 años.

En el grupo con vitiligo el 52% de los pacientes estan en el grupo de edad de 26 a 30 años de edad. El 62% de los pacientes es soltero del total de la muestra.

El lugar que ocupa el enfermo entre los hermanos es variable ya que ^{no} caen dentro de un lugar predominante.

El padecimiento es más frecuente en el sexo femenino 90% solamente el 66% de la población refiere que inicia su padecimiento posterior a una situación crítica.

El tiempo de evolución del padecimiento va de 0 a 10 años

El 62% de la población se encuentra en el grado tres, según la escala de patologia del MMPI, la tres corresponde a normalidad. las escalas mas elevadas son la 1,2,3,4,6.

DISCUSION

En el grupo con neurodermatitis se confirma la relación que existe entre los hijos primogenitos, del sexo femenino y la mayor frecuencia de esta enfermedad, y se encuentra mayor psicopatología en este grupo de pacientes, detectado a través del MMPI, ya que el 70% de los pacientes se encuentra en los grados 1,2, de acuerdo a la escala de calificación y patología del MMPI, y además más del 90% de las pacientes asocia el inicio de su enfermedad al enfrentar una situación crítica:

en comparación con grupo de vitiligo vemos que no hay una relación entre el número que se ocupa entre los hermanos y la enfermedad, se vio que es más frecuente en el sexo femenino en un 90%, y también que se tiene menor psicopatología entre estos pacientes ya que 62% de los pacientes se encuentran en el grado tres de la escala de psicopatología del MMPI, y por lo tanto las escalas que se elevan son diferentes a las que se elevan en grupo de neurodermatitis.

También en cuanto a la distribución por edades vemos que el vitiligo predomina en personas mayores o adultos jóvenes, mientras que la neurodermatitis en adolescentes o inicio de la vida adulta. incluso en tiempo de evolución de la enfermedad es más prolongado en el grupo de vitiligo ya que es de más de diez años, mientras que en la neurodermatitis la mayoría se encuentra en menos de cinco años.

Lo anterior nos lleva a confirmar las hipótesis de que en la neurodermatitis influyen más los factores psicológicos o tienen mayor peso en la presentación de la enfermedad, ya que si es en los primogenitos en quienes se presenta con mayor frecuencia, y en el sexo femenino, además de que se encuentra por esta razón mayores alteraciones psicopatológicas.

En comparación con el grupo de vitiligo en donde no influye en la presentación de la enfermedad la distribución entre los hermanos, y por lo tanto los factores psicológicos tienen menos peso en

ESTA TESIS HA SIDO APROBADA

la presentación de la enfermedad, además de que el tiempo mayor de enfermedad les lleva ad desarrollar mecanismos adaptativos y a no presentar mayores alteraciones psicológicas.

CONCLUSIONES

a las conclusiones que llegamos es que en la neurodermatitis diseminada hay mayor riesgo o mayor influencia de los factores emocionales en la presentación de la enfermedad y por lo tanto al tener mayor peso los factores psicológicos, hay mayor riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos, así como la mayor frecuencia de la enfermedad se explica por la influencia de nuestra cultura que da mayores responsabilidades a los primogénitos.

En contraste con el grupo de vitiligo en donde los factores psicológicos tienen menor influencia en la presentación de la enfermedad, y por lo tanto menor riesgo de presentar trastornos psicopatológicos, además de que no incluye la distribución que se tiene entre los hermanos, y la mayor frecuencia en las mujeres en esta muestra, puede deberse a razones de orden estético en que las mujeres se muestran más preocupadas por la presencia física.

de lo anterior se desprende que el enfoque de tratamiento ser diferente en ambos padecimiento ya que en el primero se debe establecer una mejor relación médico paciente, incidir más sobre los aspectos psicológicos y en la segunda no, claro sin descuidar por esa razón los aspectos de la relación médico paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Aceves, R.: El factor psicógeno en las dermatosis y su tratamiento psicoterápico.
Memorias del I congreso mexicano de dermatología. México, D.F. 1961
- 2.-Barriera H ;Litona p ;Bureau B ;Stalder JF ;Serger M;Planchou B
Eczematoid dermo-epidermitis
Ann Dermatol Venercol 1980 May;107(5):397-400
- 3.-Carpas, F.J.: La neurodermatitis diseminada. Investigación de su aspecto psicossomático. Tesis, Universidad de México, 1964
- 4.-Carrichael M;Stankler L;White M
alcohol intake of patients with psoriasis and dermatitis
Health Bull (Edinb) 1984 Sep;42(5):258-62
- 5.-De Baranchuk JZ;Dayan A;Gómez A;Grimaldi S;Morra A
Gestalt therapy of complaints
Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1980 Mar;26(1):54-9
- 6.-Eletskii V
Dynamics of neuropsychiatric disorder in psoriasis and patients taking the performance of hemisorption into account
Zh Nevropatol Psikiatr 1983;83(11);1687-91
- 7.-Fisher AA
Dermatologic Aspects of disulfiram (antabuse) use
Cutis 1982 Oct;30(4):461,464,466 passim
- 8.-Fishan HC
Pigmented purpuric Lichenoid dermatitis of Congerot Blum
Cutis 1982 Mar;29(3):260-1,264
- 9.-Fruegsaard K
Neurotic excoriations A controlled psychiatric examination
Acta psychiatr Scand (suppl) 1984;342:1-52
- 10.-Godley MD;Lutzker JR;Lazar EA;Martin JA
Advances in behavioral approaches to adolescent health care
Prog Behav Modif 1984;10:227-60
- 11.-González, S.: Las neurodermatosis en México. Aspectos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento. Tesis, Universidad de México, 1967
- 12.-Hansen O;Kuehler T;Lutz GR;Richter R;Milckens A
My fingers itch, but my hands are bound An exploratory psychosomatic study of patients with dyhidrosis of the hands
Z Psychosom Med Psychoanal 1981 jul-sep;27(3):275-90
- 13.-Hendin SS

- 13.-Hardin FF
Grease eruption:result of addiction to a physical agent
Cutis 1984 Mar;33(3):304-6
- 14.-Jorizzo JL;Subrt P;Smith EB;King CA;Henry JC;Archer E
frictional dermatitis of Onan (letter)
JAMA 1983 Jul,15;250(3):362
- 15.-Kligman AH;Frosch PJ
Steroid addiction
Int J Dermatol 1979 Jan-Feb;18(1):23-31
- 16.-Murray JE
New Trends in psychosomatic research
Genet psychol Monogr 1977 Aug;96(first Half):3-74
- 17.-Obermayer, H.F.: Psychocutaneous medicine. Ch.C. Thomas,
Springfield, III, 1955
- 18.-Ordoñez, B.R.: La neurodermatitis infantil y su problema etiológico.
Tesis Universidad de México, 1957.
- 19.-Shafer N;Shafer R
Factitious diseases including Munchausen's syndrome
NY State J med 1980 Mar;80(4):594-604
- 20.-Slazinski L;Knox DW
Fixed drug eruption due to methacualone
Arch Dermatol 1984 Aug;120(8):1073-5
- 21.-Lanter D;Malucy R;Drown DG
Sleep Scratching and Dreams in eczema. A new approach to alexithymia
Psychother Psychoabn 1982;37(1):26-35
- 22.-Van Hoffaert H;Vermander F;Hint A
Dermatitis artefacta
Int J Dermatol 1985 May;24(4):236-8
- 23.-Waldman GD
Onan's act (letter)
JAMA 1984 Feb;251(8):1026