



---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

CENTRO DERMATOLÓGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”  
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA

## **SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS**

Presentado por: Dra. María Eugenia Sánchez Uriarte

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

Director: Dr. Fermín Jurado Santa Cruz

Asesor en Dermatología: Dr. Daniel Alcalá Pérez

Asesores en Psiquiatría: Dr. José Benjamín Guerrero López, Dra. Mónica Flores Ramos

Asesora Metodológica: Dra. María Luisa Peralta Pedrero





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.



*“No podemos seguir siendo productos de una educación “puramente biológica”.*

Panconesi, 2002

**SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD  
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS**

Dra. María Eugenia Sánchez Uriarte

Vo. Bo.

Dr. Fermín Jurado Santa Cruz

*Profesor Titular del curso de Especialización en Dermatología*

Vo. Bo.

Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez

*Directora de Enseñanza e Investigación*

## **CONTENIDO**

### **1. RESUMEN**

- 1.1. Introducción
- 1.2. Objetivo
- 1.3. Material y Métodos
- 1.4. Resultados
- 1.5. Conclusión

### **2. ANTECEDENTES**

- 2.1. Introducción
- 2.2. Epidemiología
- 2.3. Marco conceptual
  - 2.3.1. La mente y las enfermedades somáticas
  - 2.3.2. Teorías del desarrollo de la enfermedad
  - 2.3.3. Teoría psico-neuro-inmuno-endocrinológica
  - 2.3.4. Enfermedades psicocutáneas
  - 2.3.5. El impacto psicológico en las enfermedades dermatológicas
  - 2.3.6. Trastornos psicológicos en enfermos dermatológicos

### **3. PSICOPATOLOGÍA**

- 3.1. Definición
- 3.2. Clasificación
- 3.3. Síntomas psicopatológicos
  - 3.3.1. Somatización
  - 3.3.2. Obsesivo-compulsivo
  - 3.3.3. Sensibilidad interpersonal

**3.3.4. Depresión**

**3.3.5. Ansiedad**

**3.3.6. Hostilidad**

**3.3.7. Ansiedad fóbica**

**3.3.8. Ideación paranoide**

**3.3.9. Psicoticismo**

**3.4. Instrumentos de medición en psicopatología para las enfermedades dermatológicas**

**3.5. Symptom Check List – 90 (SCL-90)**

## **4. PERSONALIDAD**

**4.1. Definición**

**4.2. Rasgos de personalidad**

**4.3. El modelo de los cinco grandes (MCG)**

**4.3.1. Neuroticismo**

**4.3.2. Extroversión**

**4.3.3. Apertura**

**4.3.4. Afiliación**

**4.3.5. Responsabilidad**

**4.4. Instrumentos que miden personalidad en enfermedades dermatológicas**

**4.5. Inventario de personalidad NEO – 60 (NEO FFI-60)**

**4.6. Calificación y estandarización del NEO FFI-60**

**4.7. Análisis de evidencia**

## **5. DERMATOSIS MÁS FRECUENTES**

### **5.1. Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”**

## **6. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

### **6.1. Planteamiento del problema**

### **6.2. Pregunta de investigación**

### **6.3. Justificación**

### **6.4. Hipótesis**

### **6.5. Objetivo**

#### **6.5.1. General**

#### **6.5.2. Particular**

### **6.6. Metodología**

#### **6.6.1. Diseño de la investigación**

#### **6.6.2. Universo de estudio**

#### **6.6.3. Unidades de observación**

##### **6.6.3.1. Criterios de inclusión**

##### **6.6.3.2. Criterios de exclusión**

#### **6.6.4. Método de muestreo**

#### **6.6.5. Definición de variables**

#### **6.6.6. Descripción general del estudio**

### **6.7. Recursos**

#### **6.7.1. Humanos**

#### **6.7.2. Físicos**

#### **6.7.3. Materiales**

### **6.8. Cronograma de actividades**

**6.9. Resultados**

**6.10. Discusión**

**6.11. Conclusión**

**7. BIBLIOGRAFÍA**

**8. ANEXOS**

**8.1. Hoja de recolección de datos**

**8.2. Cuestionario NEO FFI-60**

**8.3. Cuestionario SCL-90**

## **1. RESUMEN**

### **1.1. Introducción**

Resulta habitual en la práctica dermatológica observar patología psiquiátrica asociada, pero estos factores psicológicos son ¿causa, consecuencia o simplemente un hallazgo accidental? <sup>1</sup>

Al revisar la literatura sobre la psicopatología asociada a enfermedades cutáneas, se encuentran muy pocos datos epidemiológicos; la mayoría de los estudios sólo investigan algunos trastornos psiquiátricos en diagnósticos dermatológicos específicos. Así mismo, existen escasos trabajos que abordan el tema de personalidad en dermatología a pesar de que ya existen modelos prácticos para explicar el comportamiento del individuo y más aún en pacientes dermatológicos. Esto justificaría la necesidad de disponer de estudios descriptivos de alta calidad sobre psicopatología y personalidad, realizados en pacientes con enfermedades cutáneas.

### **1.2. Objetivo**

Describir la frecuencia de síntomas psicopatológicos y los rasgos de personalidad de los adultos con dermatosis que acuden por primera vez al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

### **1.3. Material y Métodos**

Se invitó a participar a 556 pacientes que acudieron al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua a consulta de primera vez entre Junio y Agosto de 2014. Se les solicitó que respondieran dos cuestionarios: uno sobre sintomatología psicopatológica (Inventario de Síntomas Psicopatológicos de 90 (SCL-90)) y otro

sobre rasgos de personalidad (Inventario de Rasgos de Personalidad (NEO FFI-60)). Se incluyeron a los pacientes que padecieran alguna de las dermatosis más frecuentes con base en las estadísticas de la institución, de acuerdo a los datos del año 2013; posteriormente se englobaron en grupos. Se calificaron todos los cuestionarios después de incluirlos en la base de datos Access y SPSS/PC para obtener medidas de tendencia central. Finalmente se procedió a la evaluación y comparación de los resultados.

#### **1.4. Resultados**

Los síntomas psicopatológicos en pacientes con enfermedades dermatológicas más frecuentes fueron la ansiedad fóbica, somatización y depresión, siendo las mujeres el grupo con mayores puntajes. En cuanto a los rasgos de personalidad los pacientes se mostraron con bajos niveles de afiliación, apertura y responsabilidad.

#### **1.5. Conclusión**

La frecuencia de psicopatología en los adultos con dermatosis del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua es del 8%, siendo el síntoma psicopatológico más frecuente la ansiedad fóbica que traduce niveles altos de ansiedad asociado a miedos irracionales a situaciones, objetos o personas.

En cuanto a rasgos de personalidad, los pacientes dermatológicos tienen características muy particulares, son escépticos, introvertidos, rígidos y convencionales.

## 2. ANTECEDENTES

*“La piel, frontera con el exterior, el primer receptor de estímulos y emisor de emociones”.*<sup>2</sup>

### 2.1. Introducción

La enfermedad es el resultado de la interacción de cuantiosos factores, algunos externos y otros inherentes al organismo afectado; en este último grupo se incluyen los relativos a la esfera biopsicosocial, y resultan de la interacción de los sistemas nervioso, endócrino e inmunológico, que tienen impacto tisular e involucran a los sistemas límbico, hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, nervioso autónomo y, finalmente, a los órganos linfáticos, los linfocitos y los macrófagos.<sup>3</sup>

En ciertos pacientes, existe un vínculo entre la enfermedad cutánea y la esfera emocional, hecho que es del conocimiento de los especialistas en dermatología y psiquiatría, puesto que los signos que se expresan en la piel no suelen pasar desapercibidos. Sin embargo, de acuerdo con los datos reportados por los expertos de la Asociación Europea de Dermatología y Psiquiatría y la Asociación Española de Dermatología y Psiquiatría, son pocos los pacientes dermatológicos que reconocen el impacto psicológico de su enfermedad y son ellos quienes requieren de una adecuada atención multidisciplinaria.

Resulta habitual en la práctica dermatológica observar patología psiquiátrica asociada. De acuerdo con lo reportado en la literatura, uno de cada cuatro pacientes que consultan al dermatólogo tiene un trastorno emocional asociado. La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentes.<sup>4</sup> Pero, estos factores psicológicos son ¿causa, consecuencia o simplemente un hallazgo accidental?<sup>1</sup> De esta interrogante se parte y se debe decir que si no se es capaz de responder a ella es porque el conocimiento en este campo aún es deficiente.

El término “psicodermatosis” es un claro ejemplo de los esfuerzos por estudiar la relación que existe entre la psiquiatría y la dermatología. El beneficio de la “polinización” cruzada entre dermatólogos, psicólogos y psiquiatras ha quedado demostrado por el desarrollo de varias sociedades dedicadas al estudio de la psicodermatología. El trabajo conjunto de dermatólogos y psiquiatras en todo el mundo ha dado paso a avances significativos en la comprensión y el tratamiento de muchas enfermedades.<sup>5</sup>

Las enfermedades reconocidas dentro del grupo de las psicodermatosis son aquellas cuyas lesiones cutáneas resultan de un trastorno psiquiátrico subyacente. Sin embargo, existen otros aspectos de la psicodermatología que requieren ser estudiados, tal es el caso de los trastornos psicológicos que padecen algunos pacientes dermatológicos no afectados de una psicodermatosis reconocida como tal, cuyo abordaje constituye la finalidad de este trabajo.

La teoría psicosomática ha abierto las puertas de la historia para los estudiosos de la teoría multicausal. Con el advenimiento de la “psiconeuroinmunología” se han puesto de manifiesto los vínculos definitivos y recíprocos que existen entre el cerebro y la piel.<sup>3, 6</sup> Es muy posible que esta interrelación sea cada vez más evidente, de tal forma que se ampliará el conocimiento en este campo. Ya no es posible ignorar el gran volumen de cuadros psiquiátricos que se presentan ante nosotros como dermatólogos.<sup>7</sup>

La estrecha relación entre la piel y la mente pone de manifiesto la importancia de enfocar integralmente al paciente dermatológico y la necesidad de comprender al individuo más allá de su condición patológica.<sup>8</sup>

## 2.2. Epidemiología

Las enfermedades dermatológicas afectan de un tercio a una cuarta parte de la población y entre el 10 y el 15% de las consultas de medicina general son patologías cutáneas.<sup>9</sup> Las estadísticas más recientes son europeas y reportan que la consulta dermatológica en los centros de salud es del 5.4%, siendo la dermatitis atópica la patología más frecuente. Estos datos son semejantes a las estadísticas mexicanas. En un estudio retrospectivo realizado en México, se encontró que la consulta dermatológica en atención primaria representa el 5%.<sup>10</sup> En la población pediátrica la patología dermatológica cobra gran importancia, siendo el motivo de consulta hasta en el 11.2% de los casos.<sup>11, 12</sup>

Los trastornos mentales en pacientes con enfermedades cutáneas son más frecuentes que en la población general. Con respecto a la población general, se considera que el 40% es mentalmente sana, el 23% necesita atención psicológica básica, el 10% requiere psicoterapia a corto plazo, y el 15% requiere tratamiento a largo plazo. Sólo el 4% requieren hospitalización y 8% son intratables.<sup>13</sup>

En relación a los pacientes dermatológicos, ciertos estudios han reportado que entre el 30 y el 60% sufren de alguna patología mental.<sup>14, 15, 16</sup> 25.2%<sup>17</sup>, 30%<sup>18</sup>, 33.4%<sup>19</sup> y en pacientes hospitalizados en unidades dermatológicas el 21%<sup>20</sup>, 31%<sup>21</sup>, y tan alto como 60%<sup>18</sup>. De estas, la más frecuente es la depresión, que puede presentarse hasta en el 30% de los pacientes con patología cutánea, seguida de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos delirantes.<sup>4,</sup>  
<sup>22</sup> Hasta el 10% de los pacientes con psoriasis pueden manifestar depresión grave con ideaciones suicidas.<sup>22, 23</sup> De un 10 a un 15% de los pacientes con alguna

dermatosis pueden presentar neurosis obsesiva compulsiva, y más de un 10% presenta un trastorno dismórfico corporal.<sup>24</sup>

En resumen, comparado con la población sana que no padece de trastornos somáticos, la Frecuencia de los trastornos psicósomáticos en los pacientes dermatológicos es tres veces más alta <sup>18, 21</sup>; y comparado con pacientes afectados de otras enfermedades (neurológicas, oncológicas y cardíacas) es ligeramente mayor.<sup>25</sup>

En el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” de la ciudad de México, se atiende anualmente un gran volumen de pacientes con padecimientos dermatológicos. En 2013 se atendieron más de 30,000 pacientes de primera vez en la consulta de dermatología general, de estos, entre un 0.5 y un 3% padecían alguna psicodermatosis como dermatitis facticia, delirio de parasitosis, tricotilomanía y excoriaciones neuróticas que está bien establecido que cursan con un vínculo psiquiátrico determinado. Sin embargo, la frecuencia de trastornos psicológicos en enfermos dermatológicos no afectados de una psicodermatosis es desconocida y por lo tanto no existe un parámetro epidemiológico.

***¿Por qué es importante el estudio de los síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad en los pacientes con enfermedades dermatológicas?***

### **2.3. Marco conceptual**

#### **2.3.1. La mente y las enfermedades somáticas**

Desde la antigüedad, el médico se ha percatado de la influencia que los factores psicológicos tienen sobre la salud física, y desde entonces surgió el concepto de medicina psicósomática.<sup>26</sup>

En 1947 Friedman y Rosenman señalaron que los pacientes con historia de infartos cardiacos tienden a experimentar estrés emocional crónico por el paso del tiempo y albergan sentimientos hostiles de competitividad. La idea de causa y efecto fue cuidadosamente manejada por estos autores para evitar el fracaso de las técnicas terapéuticas que sólo se basan en la enfermedad primaria.<sup>26</sup>

Antes del inicio del siglo XX, la filosofía del dualismo cartesiano consideraba a la mente y al cuerpo como entidades separadas. El concepto de causalidad lineal culminó con los avances científicos de finales del siglo XIX, de los cuales el más sobresaliente son los postulados de Koch, quien consideró a la enfermedad como resultado de un factor etiológico directo, por ejemplo, las bacterias. Este concepto sobresimplificado de causa unitaria de enfermedad influyó en el desarrollo de la teoría psicosomática, iniciada por Canon.<sup>27</sup>

En 1974, Seyle, basado en las investigaciones de Canon, postuló que el organismo entero reacciona al estrés mediante una respuesta adaptativa, la cual ayudaría al organismo a afrontarlo, Sin embargo, si el periodo estresante se prolonga, la adaptación podría culminar en daño orgánico. La investigación ulterior del condicionamiento vegetativo sugiere que quizá sea difícil eliminar estas reacciones inapropiadas. Wolf también estudió esta respuesta adaptativa.<sup>26</sup>

En 1940, Dunbar comenzó a definir lo que llamaría “perfiles de personalidad”. Postuló que cada enfermedad se acompaña de un acúmulo específico de síntomas y formuló los patrones de conducta de pacientes con diabetes, artritis reumatoide e hipertensión arterial sistémica. La idea de que una personalidad específica tiene relación directa con cierta enfermedad está en *boga*.

Alexander es un buen representante de la teoría psicosomática. Abandonó el modelo de enfermedad basado en la causación unitaria directa y postuló una constelación de tres factores necesarios para la producción de la enfermedad:

- El individuo debe tener un grupo específico de conflictos psicológicos.
- Debe ocurrir una situación específica que desencadene la iniciación de la enfermedad.
- El individuo debe tener una vulnerabilidad constitucional, un factor que lo predispone biológicamente a una enfermedad específica.

Grinker y colaboradores en 1973, resaltaron que cada elemento del sistema humano, por ejemplo la personalidad o la constitución genética, está relacionado con el desarrollo de una enfermedad.<sup>26</sup>

### 2.3.2. Teorías del desarrollo de la enfermedad

Fue durante los años veinte cuando los investigadores soviéticos Melanikov y Chorine trabajaron en el condicionamiento de la respuesta inmunológica.<sup>28</sup> Bartop y colaboradores en 1977, observaron una disminución en las cifras de linfocitos en mujeres esposas de sobrevivientes de un descarrilamiento en Australia, a cinco semanas del hecho, en comparación con los testigos, quienes tenían cifras 10 veces más altas. Sin embargo, esta ciencia se estudió correctamente a partir de los trabajos de Ader y Cohen en los años setenta. En 1981, Ader publicó su trabajo monográfico, al que llamó "*Psiconeuroimmunology*" y dio continuidad al estudio de este campo.<sup>6, 28, 29</sup>

Los factores psicosociales como el duelo, el divorcio, la depresión y el estrés académico se acompañan de alteraciones en los parámetros de reactividad

inmune.<sup>30</sup> Los factores estresantes activan al Sistema Nervioso Central (SNC), al eje hipotálamo hipofisario y al Sistema Nervioso Autónomo (SNA), mismos que ejercen influencia sobre el sistema inmune. Lo anterior indica una clara relación entre los factores estresores y la participación de los circuitos neurales en la modulación de la respuesta inmunológica.<sup>31</sup>



**Psicogénico**

Miedo, furia, ira, frustración e impotencia



**Ambiental**

Frío o calor, ruido, contaminación, cambio en los ritmos diurnos



**Comportamiento**

Aislamiento conductual, hacinamiento, incapacidad física, hambre, cambio en la dieta y estrés laboral por desafío jerárquico

Figura 1: Estímulos producidos por el estrés.<sup>32</sup>

### 2.3.3. Teoría psico-neuro-inmuno-endocrinológica

Existe una teoría popular de la influencia de la mente en la progresión, resolución y curso de la enfermedad. De ahí las interrogantes: ¿Por qué los pacientes con depresión tienden a padecer enfermedades somáticas más graves? ¿La depresión está relacionada con el sistema inmune?

La hipótesis de que existe relación entre las esferas neurológica e inmunológica, se basa en su origen embriológico común y en el hecho de que son afectados por factores endócrinos similares.<sup>33, 34</sup>

El sistema neuropsiquiátrico se desarrolla a partir de la placa neural del ectodermo (neuroectodermo), que da origen tanto al sistema nervioso central

como al periférico, además, origina algunas estructuras cutáneas como los melanocitos y las células de Merkel.<sup>35</sup>

La comunicación entre los sistemas nervioso e inmune es bidireccional y se lleva a cabo mediante la interacción de receptores como hormonas, neurotransmisores, neuropéptidos (como la sustancia P y el polipéptido intestinal vasoactivo), quimiocinas y factores de crecimiento. La relación funcional entre la mente y el sistema inmune, se da por medio del sistema nervioso autónomo y el neuroendócrino a través del eje hipotálamo-hipofisario; probablemente, en esta vía participan mensajeros químicos como los neuropéptidos, que son liberados hacia los nervios y hacia tejidos vecinos como la piel.<sup>32</sup>

La neuropercepción sensitiva es bien conocida, se lleva a cabo a través de las fibras aferentes mediante receptores periféricos que perciben el dolor, la presión y la temperatura, algunos de estos receptores son los corpúsculos de Meissner, los corpúsculos de Pacini y terminales nerviosas libres. Algunos nervios craneales del tálamo y la corteza cerebral también participan en la vía aferente.<sup>32</sup>

Los neuropéptidos son aminoácidos que actúan a nivel intracelular como mensajeros aislados o en conjunto con otros para efectuar las actividades del sistema neuroendocrino e inmunológico ante la respuesta inflamatoria aguda y crónica.<sup>36</sup>

#### **2.3.4. Enfermedades psicocutáneas**

La hipótesis de la relación entre la mente y la piel se sustenta en el origen embriológico común y en el hecho de que ambas son afectadas por factores neurohormonales similares.<sup>33, 34</sup> Además, existe evidencia de los beneficios que generan en el paciente dermatológico, la psicoterapia, las técnicas de hipnosis y la relajación.<sup>37</sup>

Algunos autores han estudiado la dependencia etiológica de algunas dermatosis con diversos estados psicológicos comórbidos, desde Freud con su teoría sobre mecanismos de conversión de la enfermedad,<sup>38</sup> hasta Koblenzer, quien en 1983 propuso una clasificación categórica de las enfermedades psicocutáneas que posteriormente modificó en 1992.

Un gran estudioso de la dermatología y las enfermedades psicocutáneas fue Obermeyer, dermatólogo estadounidense que sugiere una clasificación y que aún tiene vigencia. Otra clasificación recientemente planteada y aceptada es la de Koo, Lee y cols., quienes dividen a las enfermedades psicodermatológicas en cuatro ramas:

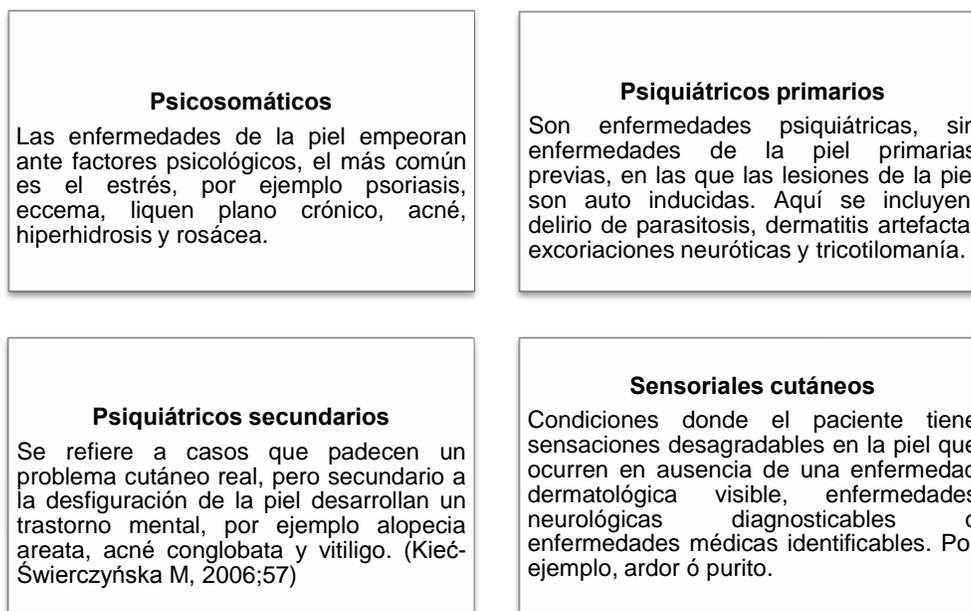


Figura 2: Clasificación de las enfermedades psicocutáneas por Koo, Lee y cols.<sup>39</sup>

La relación entre las enfermedades cutáneas y la psicopatología se conoce desde la década de los cincuenta. Ejemplo de ello es la teoría de Alexander propuesta en 1951, que enfatiza la concordancia entre el desarrollo y el mantenimiento de ciertas dermatosis con el perfil psicológico del paciente.<sup>40</sup>

En 1978, Griesemer relacionó al estrés emocional con el empeoramiento clínico de algunas dermatosis.<sup>41</sup> Sin embargo, Cullen en 1784 y Wilson 1867 detallaron la influencia del sistema nervioso en la función de la piel, que posteriormente culminó con el inicio de la psicodermatología.

González y Ferrer encontraron síntomas de somatización en más del 50% de los pacientes con rosácea; el 20% tenía rasgos depresivos.<sup>42</sup> Términos como el de *eritrofobia* se han propuesto para comprender el impacto emocional negativo de entidades como la rosácea, la cual suele provocar introversión y conductas fóbico compulsivas.<sup>42</sup>

Martín apoya la existencia de un perfil diferente al resto de la población en pacientes con psoriasis y sugiere que puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo o mantenimiento de la enfermedad.<sup>43</sup> Estudios más recientes como el de Kostyla, analizan la relación entre la aceptación de la enfermedad y la intensidad de los síntomas psicopatológicos; dicho autor aplicó el cuestionario SCL-90 a 54 pacientes con psoriasis.<sup>44</sup>

En 2006, Martínez dio seguimiento durante dos años a pacientes con enfermedades dermatológicas y comprobó que existen mayores niveles de ansiedad que en pacientes sanos, lo cual confirma la relación entre ansiedad y disfunción cutánea.<sup>1</sup>

En 2013, mediante el mismo cuestionario aplicado por Kostyla (SCL 90), se encontró correlación entre la severidad de diversos grados de acné con algunos síntomas obsesivos, fobia y ansiedad en 103 pacientes.<sup>45</sup>

A pesar de que las psicodermatosis son conocidas en la literatura dermatológica, el reto consiste en detectar los posibles trastornos psiquiátricos y psicológicos que en algún momento pudieran ser determinantes para el desarrollo y mantenimiento de una enfermedad cutánea, en pacientes sin psicodermatosis conocidas. La psicoimmunología y la psicoendocrinología pudieran explicar objetivamente la relación entre la psique y la piel y pueden ser motivo de estudios posteriores.

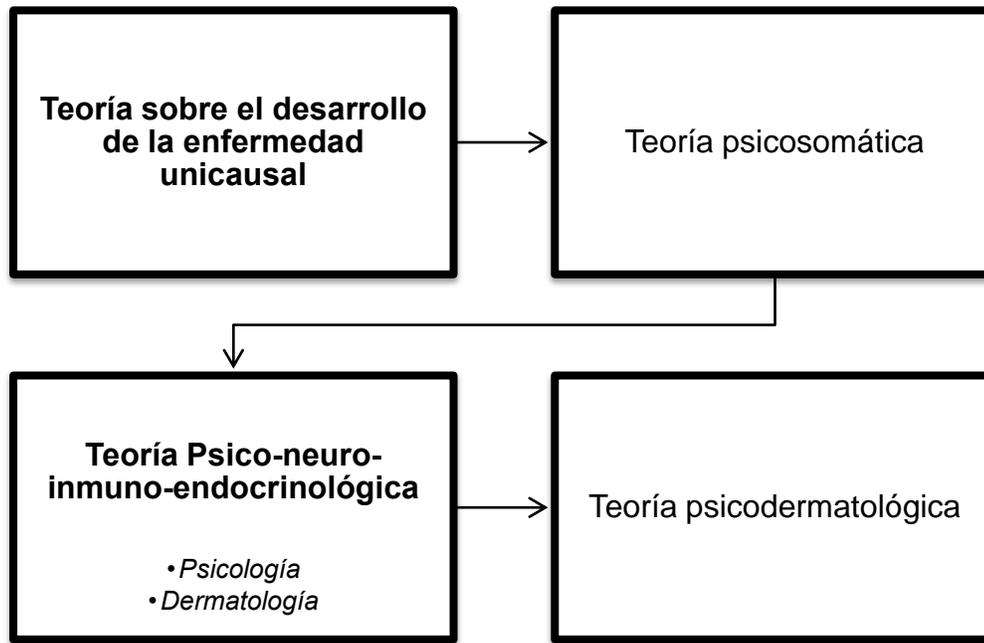


Figura 3: Evolución de las teorías sobre las entidades psicodermatológicas.  
 La relación entre los trastornos mentales y la patología cutánea es poli causal  
 (Teoría psico-neuro-inmuno-endocrinológica).

### 2.3.5. El Impacto psicológico en las enfermedades dermatológicas

La enfermedad cutánea suele ser evidente, por lo tanto, tiene un mayor impacto psicosocial que otras patologías. Por otro lado, existen mitos sobre la relación entre las enfermedades dermatológicas, los hábitos higiénicos y la posibilidad de contagio.<sup>46</sup> Esto genera rechazo y aislamiento social.

La evolución episódica de algunas dermatosis, obliga al paciente a adaptarse constantemente de acuerdo a los cambios en su apariencia física. Esto tiene un impacto sobre el concepto del paciente acerca de la causa de su condición y resulta en la creación de ideas sobre las razones que exacerban los síntomas. Esto puede generar que los individuos eviten algunos comportamientos, lugares, eventos que en realidad no tienen impacto real alterando la calidad de vida de los pacientes.<sup>47</sup>

Para comprender el impacto social y psicológico que los pacientes con enfermedad dermatológica experimentan, es esencial que los profesionales de la salud vislumbren la cognición de los pacientes sobre su enfermedad, desde su punto de vista, la manera en la que ellos representan su enfermedad. La “imagen” puede conceptualizarse como una “vista interior” que se compone del perfil en la que el individuo personaliza a través de sus experiencias su forma de verse. Para la mayor parte de las personas, la imagen corporal, se forma claramente de insatisfacción, descontento, motivo de preocupación constante lo cual contribuye a disturbios psicológicos importantes.<sup>47</sup> Es de esperarse que esta concepción se altere ante la presencia de dermatosis.

El estudio actual de los desórdenes psicocutáneos se ha acompañado del interés creciente del dermatólogo por la esfera psicosocial del paciente. Algunas de las características del enfermo con psicodermatosis y otros trastornos psiquiátricos asociados a patologías dermatológicas incluyen: tendencia a la depresión, imagen corporal devaluada, baja autoestima, altos niveles de estrés psicológico, así como alteraciones en las relaciones sociales y sexuales, lo que resulta en una disminución importante en la calidad de vida.<sup>48, 49, 50, 51</sup>

En un estudio realizado por Porter en 1990, los pacientes reconocieron que su patología dermatológica afectaba su vida diaria de diversas formas. Reportaron dificultad para establecer relaciones sociales y sexuales, disminución en las oportunidades de empleo y afección de la autoestima. Además, se detectaron problemas funcionales e interpersonales en el ámbito laboral.<sup>52</sup>

Por otro lado, existe evidencia de que un gran número de enfermedades dermatológicas están estigmatizadas por la sociedad. Ejemplo de ello es la

Oncocercosis, dermatosis parasitaria endémica en algunas regiones de África, cuyas complicaciones (que incluyen el desfiguramiento de la piel afectada y la ceguera) son consideradas como estigmas en varias poblaciones del territorio africano.<sup>53</sup>

### **2.3.6. Trastornos psicológicos en enfermos dermatológicos**

Los pacientes que acuden con una psicodermatosis reconocida como tal son un número pequeño. Además de ellos, de un 20% a un 30% (uno de cada cuatro pacientes) de los enfermos diarios acuden a consulta porque están deprimidos o ansiosos. Si no lo estuvieran, soportarían la misma dolencia cutánea sin sentir la necesidad de consultar por ella. Sin embargo, la mayoría no está consciente de su necesidad psicológica, el dermatólogo perceptivo debe considerar la búsqueda intencionada de estas condiciones.

Con la ayuda de un tratamiento psiquiátrico primario los pacientes son capaces de mejorar la calidad de vida de su condición dermatológica. Ante la sospecha de entidad psiquiátrica el dermatólogo puede hacer uso de instrumentos validados y entre ellos, los que se explicarán a lo largo de este trabajo.

### **3. PSICOPATOLOGÍA**

#### **3.1. Definición**

La psicopatología es el estudio del origen, el medio, las motivaciones y las particularidades de las enfermedades mentales. Deriva del griego: "*psique*" que significa "alma", y "*pathos*" que significa "sufrimiento". El "sufrimiento del alma" o enfermedad mental puede aplicarse desde distintos enfoques, como el biomédico, el psicodinámico, el sociobiológico y el conductual, entre otros.<sup>54</sup>

#### **3.2. Clasificación**

Tradicionalmente la enfermedad mental se adhiere a las clasificaciones internacionales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992), quienes sugieren un conjunto de criterios para el diagnóstico confiable de un "trastorno mental". Sin embargo, en los últimos años se han considerado los desórdenes mentales como motivo de discusión; la disfunción mental no necesariamente está relacionada con patología. La complejidad de la enfermedad mental y el contexto de su desarrollo, debe abordarse de lo general a lo particular. Esto significa que se debe reconocer primero, modelos psicopatológicos y en este sentido el significado de síntomas psicopatológicos cobraría gran importancia en el estudio del estrés de la mente.

#### **3.3. Síntomas psicopatológicos**

##### **3.3.1. Somatización**

La somatización es la tendencia a experimentar y manifestar el malestar psicológico en forma de síntomas somáticos.<sup>55</sup> Los pacientes con somatización,

buscan asistencia médica de manera constante y repetitiva, a pesar de que los abordajes diagnósticos resultan normales o negativos y no pueden ser explicados por alguna enfermedad conocida. Las somatizaciones suelen ser múltiples, vagas y referirse a uno o varios sistemas corporales. La presentación incluye quejas atribuidas a un origen dermatológico, cardiopulmonar, genitourinario, neurológico así como síntomas inespecíficos como dolor y fatiga.<sup>56, 57</sup>

La somatización forma parte de categorías diagnósticas del DSM-IV que incluyen al trastorno dismórfico corporal o hipocondría dermatológica, entidad vista con frecuencia, estimándose que el dermatólogo es consultado hasta en el 46% de los casos de pacientes con este trastorno y hasta el 38% recibe tratamiento. En un estudio turco publicado en este año, sobre la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes dermatológicos, se estimó que hasta el 8.6% de los pacientes de dermatología cosmética padecen trastorno dismórfico corporal o síntomas asociados.<sup>58, 59</sup>

González y Ferrer encontraron síntomas de somatización en más del 50% de los pacientes con rosácea; el 20% tenía rasgos depresivos.<sup>42</sup>

Algunas de las variantes específicas de los trastornos somatomorfos que pueden encontrarse en el entorno dermatológico son: el prurito generalizado, las disestesias y la hiperhidrosis.

### **3.3.2. Obsesivo-Compulsivo**

Los síntomas obsesivos se caracterizan por conductas recurrentes o de actos apremiantes. Suelen ser ideas, imágenes o impulsos que entran una y otra vez en la mente del sujeto de forma estereotipada. Los actos o rituales compulsivos son

comportamientos invariables que se repiten una y otra vez. Las obsesiones y compulsiones se combinan con frecuencia pero también pueden presentarse por separado.<sup>60</sup>

En los trastornos obsesivo-compulsivos son frecuentes los pensamientos intrusivos, irracionales y angustiantes (por ejemplo, los pensamientos de contaminación), que por lo general se asocian con actos compulsivos destinados a proporcionar una sensación de alivio de la idea obsesiva. (Por ejemplo, lavado de manos compulsivo).

Dentro de la expresión cutánea de la patología obsesiva figuran: pérdida de cabello (alopecias), fealdad facial (que puede limitarse a una queratosis seborreica, verruga vulgar, nevo melanocítico, etc.), miedo a enfermedades de transmisión sexual o a cualquier otra infección, cáncer de piel, infestación, cicatrices de acné, etc.<sup>60</sup>

Otra expresión cutánea de este grupo de síntomas psicopatológicos son las “conductas repetitivas orientadas al cuerpo” que forman parte de los trastornos relacionados al control de los impulsos. Entre ellas se encuentra la tricotilomanía, onicofagia, *morsicatio buccarum*, onicodistrofia por tic, etc.<sup>61</sup>

Sheikhmoonesi F y cols (2014), encontraron una frecuencia del 9.1% de Trastorno Obsesivo Compulsivo de acuerdo a los criterios del DSM IV en 265 pacientes dermatológicos y donde los síntomas más frecuentes fueron duda patológica, miedo a la contaminación y lavado de manos excesivo.<sup>62</sup>

### **3.3.3. Sensibilidad interpersonal**

La sensibilidad interpersonal se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. Marcada incomodidad ante el contacto con otros, esto puede desarrollar fobia social.<sup>63</sup>

La sensibilidad interpersonal, puede ir acompañada o no de otros síntomas psicopatológicos y va de la mano con otros cuadros sobretodo de depresión. Es bastante frecuente encontrar síntomas de sensibilidad interpersonal en los cuadros de depresión o depresión enmascarada.<sup>7</sup>

### **3.3.4. Depresión**

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.<sup>64</sup>

La depresión es la expresión de una dolencia clínica. El término significa “hundimiento” o “abatimiento”. Existe incapacidad para sentir placer, sentimiento disminuido de autoestima y soledad. Los pacientes suelen referir infelicidad, abatimiento, desmoralización y desánimo.<sup>7</sup>

En dermatología, hay diversas formas clínicas de depresión. Grimalt y cols., hacen hincapié en que la mayor parte de los cuadros depresivos en enfermedades cutáneas corresponden al estado de “depresión enmascarada” en donde el paciente no se siente fundamentalmente triste y somatiza su alteración anímica.<sup>7</sup>

Si se sospecha de síntomas depresivos concomitantes, es importante evaluar toda la constelación de un cuadro depresivo, tal como ánimo bajo, fatiga fácil, anhedonia, alteraciones del sueño, exceso de culpabilidad inapropiada, agitación psicomotora y pensamientos recurrentes de muerte con o sin ideación suicida. Aunque no en todos los casos, algunos de estos síntomas pueden tener relación con la patología dermatológica. Los trastornos del sueño por ejemplo, pueden exacerbar síntomas como el prurito y la agitación psicomotriz.<sup>7, 65</sup>

González y Ferrer encontraron que el 20% de los pacientes con rosácea tenían rasgos depresivos.<sup>42</sup> Gupta y Gupta (1998) encontraron que en pacientes con psoriasis y acné moderado existe un riesgo elevado de suicidio y depresión destacado la importancia de detectar depresión en enfermedades dermatológicas sobre todo en aquellas que cursen con desfiguramiento facial. Frecuencia del 5.6 en psoriasis y 7.2 en acné.<sup>65</sup>

### **3.3.5. Ansiedad**

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.<sup>64</sup>

Corresponde a sentimientos de angustia, aflicción. Supone la pérdida del autocontrol, pérdida de la libertad, en el que el individuo reacciona de manera inadecuada, ante un fenómeno en distinta intensidad. La ansiedad puede presentarse en cualquier trastorno mental, en particular, está íntimamente relacionada con los estados y trastornos depresivos.<sup>60, 66</sup>

La ansiedad y depresión son los estados psiquiátricos comórbidos más frecuentes en dermatología. Sin embargo, es importante mencionar lo que dice

Musalek y Hobl (2002) en su capítulo sobre ansiedad, trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos: “Al revisar la literatura dermatológica sobre los trastornos de ansiedad, encontramos muy pocos datos epidemiológicos. La mayoría de los estudios sólo investigan ansiedad en diagnósticos dermatológicos específicos. Todavía están sin responder las preguntas que relacionan las alteraciones psicodermatológicas y los trastornos de ansiedad, ya que no disponemos de estudios epidemiológicos de alta calidad realizados en pacientes dermatológicos o psicodermatológicos”.<sup>60</sup>

Algunas enfermedades de la piel que se asocian frecuentemente con trastornos de ansiedad son: dermatitis atópica, dermatitis numular, dishidrosis, dermatitis seborreica, acné vulgar y rosácea. (Harth W, 2009) Sellami y colaboradores encuentran una Frecuencia alta de ansiedad en pacientes con alopecia areata con respecto a un grupo control de pacientes sanos 62% (p 0.005).<sup>67</sup>

### **3.3.6. Hostilidad**

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo o de un estado irascible.<sup>64</sup>

La hostilidad es un síntoma de naturaleza impulsiva en donde en conjunto con la ira desempeñan un papel importante en la conducta agresiva y la agresión hostil. Es un síntoma que conlleva una naturaleza arrebatada, precedida por la experiencia de rabia y cuya intención directa es hacer daño a personas u objetos, o reparar una injusticia percibida.<sup>68</sup>

### 3.3.7. Ansiedad fóbica

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.<sup>64</sup>

Los síntomas de ansiedad fóbica que pueden desencadenar trastornos de ansiedad fóbica (CIE-10), se definen como aquellos disturbios caracterizados por la aparición de una ansiedad exacerbada únicamente ante determinados objetos o situaciones denominadas fobias. Los pacientes habitualmente evitan estos escenarios, o, si acaso, se enfrentan a ellos con temor, y la ansiedad no se alivia por saber que las demás personas no consideran que la situación en cuestión sea peligrosa. Dentro de las subclases se incluye a la “agorafobia” (definida con un significado más amplio, que incluye los miedos no sólo a los espacios abiertos, sino también todos los aspectos relacionados, como es la presencia de multitudes y la dificultad de escapar inmediatamente o de buscar un lugar seguro). “Fobias sociales” (definidas como el miedo a ser observado por los demás en el seno de un grupo comparativamente pequeño, con la evitación de situaciones sociales) y “fobias específicas” (fobias limitada a circunstancias específicas como la proximidad de determinados animales, las alturas, los truenos, la oscuridad, viajar en avión, espacios cerrados, uso de baños públicos, comer ciertos alimentos, el dentista, visión de la sangre y heridas, o el miedo a la exposición de enfermedades concretas). La mayoría son más frecuentes en mujeres y la ansiedad fóbica coexiste a menudo con la depresión.<sup>60</sup>

### **3.3.8. Ideación paranoide**

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.<sup>64</sup>

La evaluación de la conducta paranoide desde una perspectiva sindromática, indica la sospecha o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante. Se considera una idea delirante cuando el sostenimiento de la misma está basada en fantasías que se convierten para el paciente en certeza absoluta contrariando toda lógica y credibilidad, ejemplo de ello es el “Delirio de parasitosis”.<sup>69</sup>

### **3.3.9. Psicoticismo**

Esta dimensión se ha construido con la intención de representar el constructo en la dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.<sup>64</sup>

Síntomas que pueden presentarse en diferentes conductas psicóticas. Las conductas psicóticas se han descrito como una escisión o pérdida de contacto con la realidad. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.<sup>69, 70</sup>

Las alucinaciones y los delirios pueden acompañar a estos síntomas. Los delirios constituyen creencias caracterizadas por una enorme afirmación subjetiva e incorregible.

En dermatología no se dispone de datos exactos sobre la frecuencia de los síndromes delirantes. De acuerdo a la experiencia de quienes intencionadamente los estudian, los más frecuentes son las parasitosis delirantes y los delirios de infestación. Con una frecuencia menor se observa, en unidades dermatológicas, otros tipos de delirios, como los de dismorfia, olfatorios, venéreos, cancerígenos y delirios hipocondriacos.<sup>60</sup>

Los padecimientos delirantes que acuden a los dermatólogos, pueden corresponder a una paranoia, depresión y/o demencia. Por el hecho de que los pacientes rechazan la visita al psiquiatra, se debe estar preparados para que el dermatólogo trate a estos enfermos. Pontificar en ellos, después de haberlos oído, que no tienen nada en la piel, y que se es dermatólogo y no psiquiatra, es un proceder no ético, que equivale a abandonar al enfermo a su suerte.<sup>60</sup>

#### **3.4. Instrumentos de medición en psicopatología para las enfermedades dermatológicas**

Al menos al comienzo del aprendizaje, es necesario que el dermatólogo use métodos sistemáticos de interrogatorio, de tipo psiquiátrico. El estudio de los síntomas sugestivos de un trastorno mental incluye el uso de herramientas que simplifican la comprensión de la psicopatología y que se basan en la constante evaluación y comparación de individuos afectados y no afectados.<sup>69</sup> Dichas herramientas incluyen a las pruebas psicométricas, las cuales deben de ser rápidas y sencillas de calificar.

Los cuestionarios más utilizados para valorar psicopatología en población no psiquiátrica y que han sido validados en población de habla hispana son los siguientes:

Cuestionario	Objetivo	Características	Puntos de Corte
Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ)	Detección de casos psiquiátricos en la población general	Intensidad de la sintomatología ansiosa	0-6:No caso
			17-28:Caso
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)	Evaluación de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades médicas	Autoaplicado	0-7:No caso
		14 ítems	18-10:Caso dudoso
		Escala <i>Likert</i> de 0-4	11-56:Caso
Inventario de Síntomas Psicopatológicos	Evaluación de síntomas psiquiátricos en la población general o psiquiátrica	Autoaplicado,90 ítems	Tabla de baremos
(SCL-90)		Escala <i>Likert</i> de 0-4	
		Nueve subescalas de síntomas psicopatológicos	
Escala de Depresión de Hamilton	Intensidad de la sintomatología depresiva en pacientes deprimidos	Heteroaplicada, 24 ítems Puntuación de 0 a 3- 5 (según versión)	
(HRSD)			
Inventario de Depresión de Beck	Intensidad de la sintomatología depresiva en la población general y psiquiátrica	Autoaplicado,21 ítems Puntuación de 0-3	10-4:No caso
(BDI)			15-7:Depresión leve
			18-15:Depresión moderada
			16-63:Depresión grave
Escala para Evaluar Ansiedad de Hamilton (HRSA)	Intensidad de la sintomatología ansiosa	Heteroaplicado,14 ítems	
		Puntuación 0-4	

Tabla 1. Modificado de J.M.Peri y F.Gutiérrez, en Manual de Interconsulta Psiquiátrica.<sup>71</sup>

### 3.5. Symptom Check List - 90 (SCL-90)

Constituye una de las pruebas más empleadas en el estudio de la psicopatología en población psiquiátrica y no psiquiátrica.<sup>63</sup> Por medio de una escala autoaplicable, tiene como finalidad la detección de la intensidad de estrés referido por síndromes psicopatológicos, tales como ansiedad, depresión, psicosis, hipocondriasis y obsesivo-compulsivo en un periodo que comprende una semana previa al día de su aplicación.<sup>63, 64</sup>

Propuesto por Derogatis Lipman y Covi en 1973,<sup>64</sup> el SCL-90 se ha empleado en el estudio de pacientes ambulatorios y en el abordaje diagnóstico de trastornos incluidos en las principales clasificaciones de trastornos mentales (DSM-IV y CIE-10).

Está compuesto por 90 reactivos que deben responderse de acuerdo a una escala tipo *Likert*, es decir, en base a cinco posibles respuestas que se enumeran del 0 al 4 y que constituyen, cada una, un grado de intensidad. Estos grados de intensidad van de mínimo a máximo, siendo “para nada” la forma de designar al valor 0, y “demasiado” el calificativo del valor 4. Los reactivos están subdivididos en nueve grupos de síntomas.<sup>63</sup>

Ha sido traducido a varios idiomas y se ha utilizado en diversos países hispanoparlantes, destacando Argentina<sup>70</sup> y España.<sup>72</sup> En México, Cruz, Lara y Sánchez de Carmona consideran al SCL-90 como un instrumento útil para la evaluación psicométrica en investigación clínica.<sup>69, 73, 74,</sup>

El SCL-90 tiene un carácter multidimensional, dada su eficacia y el breve tiempo requerido para su aplicación (12 a 15 minutos). Ha sido utilizado para el

estudio poblacional de diversos trastornos prevalentes en ciertas entidades geográficas.<sup>75, 76, 77</sup> También se ha empleado en el estudio de pacientes con epilepsia<sup>78</sup> y como complemento de evaluación en estudios que involucran trastornos físicos, cambios psicológicos<sup>79</sup> y abordajes farmacológicos.<sup>80</sup>

Para calificar el SCL-90, se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve categorías de síntomas, se suman los valores asignados a cada ítem, y el total se divide entre el número de ítems respondidos, con lo cual se obtienen puntuaciones directas.<sup>64</sup>

Estos puntajes directos deben de convertirse en puntajes “T” para ser normalizados. Estos puntajes son distintos en hombres y mujeres y se presentan a continuación.

Valores “T” en adultos para hombres y mujeres del cuestionario SCL-90

FEMENINO adultos													MASCULINO adultos															
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T	T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T	
30	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.15	9.00	1.12	30	30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	5.60	1.05	30
35	0.17	0.20	0.11	0.23	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.28	15.00	1.25	35	35	0.00	0.20	0.00	0.08	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	10.00	1.22	35
40	0.25	0.40	0.22	0.38	0.30	0.17	0.00	0.17	0.10	0.37	21.12	1.43	40	40	0.08	0.30	0.11	0.23	0.20	0.17	0.00	0.17	0.00	0.29	16.00	1.36	40	
45	0.42	0.70	0.44	0.62	0.60	0.33	0.00	0.33	0.20	0.52	29.00	1.59	45	45	0.25	0.50	0.33	0.38	0.40	0.33	0.00	0.33	0.20	0.41	23.80	1.56	45	
50	0.75	1.00	0.67	0.85	0.80	0.67	0.29	0.67	0.40	0.73	37.00	1.85	50	50	0.42	0.80	0.56	0.69	0.60	0.67	0.14	0.67	0.30	0.61	32.00	1.75	50	
55	1.00	1.40	1.11	1.23	1.20	1.00	0.57	1.17	0.70	1.04	47.00	2.12	55	55	0.75	1.30	0.89	1.02	0.90	1.00	0.29	1.17	0.50	0.88	41.20	2.00	55	
60	1.49	1.80	1.44	1.77	1.60	1.50	0.86	1.67	1.00	1.36	57.00	2.41	60	60	1.08	1.70	1.33	1.38	1.30	1.33	0.57	1.50	0.90	1.10	52.00	2.25	60	
63	1.83	2.10	1.67	2.00	1.80	1.67	1.14	2.00	1.10	1.62	62.00	2.53	63	63	1.25	1.90	1.56	1.62	1.60	1.67	0.86	1.83	1.20	1.32	57.00	2.40	63	
65	2.00	2.20	1.89	2.23	2.13	1.83	1.29	2.17	1.30	1.74	66.00	2.67	65	65	1.42	2.20	1.67	1.77	1.70	1.83	1.00	2.07	1.40	1.49	61.00	2.53	65	
70	2.36	2.90	2.60	2.80	2.50	2.56	2.00	3.00	1.97	2.18	74.00	2.99	70	70	1.75	2.60	2.38	2.42	2.28	2.57	1.43	2.67	1.74	1.84	75.00	2.91	70	
75	2.87	3.41	3.00	3.31	3.04	3.17	2.63	3.78	2.57	2.46	77.71	3.15	75	75	2.31	3.40	3.00	2.88	2.67	3.17	1.88	2.95	2.17	2.17	79.72	3.30	75	
80	3.00	3.50	3.00	3.69	3.10	3.33	3.14	4.00	2.70	2.54	82.00	3.27	80	80	2.50	3.60	3.22	3.15	2.70	3.83	2.71	3.17	2.30	2.22	85.00	3.65	80	

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años. Casullo – Pérez (2008)

Figura 4. SCL-90-R.Casullo, 2008.

Los valores “T” deben ser una puntuación igual o superior a 65 que indicaría que el paciente tiene riesgo de padecer el trastorno estudiado. Por otro lado, una puntuación igual o superior a 80 indica patología severa.

Las subescalas de sintomatología que estudia el SCL-90 son somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.<sup>64</sup>

## 4. PERSONALIDAD

*“La personalidad no es un concepto que se pueda cambiar, encontrar o adquirir, y resultaría estéril hablar de personalidad sin entender realmente qué significa o qué se desea expresar”.*<sup>81</sup>

Desde el principio, el individuo posee y desdobra su personalidad, características distintivas que con el tiempo y la influencia de diversos factores se irá estructurando y modificando. Las habilidades de un individuo y su integración a la sociedad dependerán de la personalidad que desarrolle. La personalidad por tanto, permanecerá constante y definirá al individuo como un ser “distinto a los demás”.<sup>75, 81</sup>

### 4.1. Definición

La personalidad es la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; compuesta de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales.<sup>81</sup> Está formada por el carácter y el temperamento, el primero determinado por la expresión del individuo, adquirido por el medio y el segundo expresado genéticamente por las características de cognición, comportamiento y emociones.

Históricamente, las investigaciones respecto a la personalidad se han realizado mediante tres aproximaciones posibles, el enfoque situacional (condicionada por el ambiente), el modelo interaccionista (condicionada por factores internos y externos) y la teoría del rasgo (considera la existencia de rasgos estables que predicen el comportamiento).<sup>82</sup>

## 4.2. Rasgos de Personalidad

Los rasgos de personalidad, constituyen patrones de conducta, características inherentes que el individuo posee y que no constituyen un comportamiento patológico. En psicología, los rasgos de personalidad constituyen un modelo explicativo del comportamiento humano que supone la existencia de características estables en la estructura de la personalidad de los individuos.<sup>83</sup> De este punto de vista, la personalidad está formada por una jerarquía de rasgos estables y consistentes que determinan, explican y, hasta cierto punto, permiten predecir el comportamiento individual, en la medida en que guían la forma en que cada individuo piensa e interpreta la realidad.<sup>84</sup>

Desde la aproximación de la teoría del rasgo de Allport y Odbert en 1936, se han identificado más de 4504 rasgos y a través del tiempo se han agrupado en categorías más amplias. Thurstone en 1933, propone la existencia de “cinco grandes” rasgos de personalidad en contraposición al modelo de los “super factores” de Eysenk y Eysenk y en 1991 Costa, McCrae y Dye postulan cinco grandes rasgos: El “Modelo de los Cinco”, para explorar la personalidad desde un punto unidimensional, y facilitando su uso conceptual.<sup>85</sup>

## 4.3. El modelo de los cinco GRANDES (MCG) (Costa, Mcrae, Dye 1991)

En los años ochenta, después de la crisis de los grandes modelos de personalidad basados en el concepto de rasgo, se produce un resurgir de los enfoques que plantean el estudio de la personalidad mediante el análisis factorial. Allport y Odbert ya habían realizado intentos de captar y analizar en el diccionario los términos con los que las personas explicamos nuestro comportamiento. El

resultado de este resurgir del estudio factorial del léxico es la formulación del modelo de los cinco factores.<sup>86</sup> Basándose en estas aportaciones convergentes McCrae y Costa han propuesto este modelo como la estructura o taxonomía básica en psicología de la personalidad y que evalúa los siguientes rasgos: Apertura, Extraversión, Afiliación, Responsabilidad y Neuroticismo.<sup>85</sup>

#### 4.3.1. Neuroticismo

El neuroticismo, supone la tendencia a experimentar emociones negativas como ansiedad, ira, depresión y vulnerabilidad. Se caracteriza por la falta de homogeneidad en la conducta, baja tolerancia al estrés, poca sociabilidad, etc.<sup>87</sup>

- Polo negativo (niveles altos)

Las personas altas en esta dimensión son proclives al malestar psicológico, con ideas poco realistas, necesidades excesivas o dificultades para tolerar la frustración. Se define por términos como preocupado, inseguro, con tendencia a las emociones negativas como ansiedad, depresión, desconcierto. Se relaciona también con comportamientos impulsivos<sup>88</sup> como fumar o beber en exceso y la dificultad para controlarlos. Junto con extroversión, son las dimensiones de personalidad más estudiadas.<sup>86</sup>

- Polo positivo (niveles bajos)

Corresponde a la estabilidad emocional.

### 4.3.2. Extroversión

La extroversión, implica la energía, emociones positivas, la tendencia a buscar atención y compañía de otros. Se caracteriza por alta sociabilidad, atrevimiento en situaciones sociales, tendencia a evitar la soledad.

- Polo positivo (niveles altos)

Las personas altas en esta dimensión tienden a experimentar emociones positivas tales como alegría, satisfacción, excitación, etc. Son individuos asertivos y habladores, necesitan constante estimulación (sensaciones nuevas).<sup>87</sup>

- Polo negativo (niveles bajos)

Lo opuesto es la introversión. Las personas bajas en esta dimensión reflejan personalidad cohibida, retraída. Son personas quietas, amantes de la lectura, con pocos amigos, muy escogidos. Les gusta hacer planes a largo plazo, piensan las cosas antes de hacerlas y tienen un régimen ordenado de vida entre otras cosas.<sup>87</sup>

### 4.3.3. Apertura

La apertura, corresponde a la dimensión que más confusiones y desacuerdos ha originado en el modelo de los cinco factores; sin embargo, sus elementos constituyentes son la imaginación activa, la sensibilidad estética, la atención a las vivencias internas, gusto por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio.

- Polo positivo (niveles altos)

El individuo abierto es original e imaginativo, curioso por el medio externo e interno, interesado por ideas nuevas y valores no convencionales.

- Polo negativo (niveles bajos)

Las personas bajas en esta dimensión tienden a ser convencionales en su conducta y apariencia, prefieren lo familiar a lo novedoso y son social y políticamente conservadores. Son ensimismados y rígidos.<sup>88</sup>

#### **4.3.4. Afiliación**

También denominada agradabilidad. Refleja tendencias interpersonales.

- Polo positivo (niveles altos)

En su polo positivo, el individuo es altruista, considerado, confiado y solidario. Es dócil, con gran capacidad de establecer relaciones interpersonales amistosas; y su polo negativo, al establecer relaciones hostiles.<sup>87, 88</sup>

- Polo negativo (niveles bajos)

Su polo opuesto es la antipatía. En su polo opuesto el individuo es egocéntrico, escéptico y competitivo. Los individuos expresan su enojo con pocos miramientos. Pese a que social y psicológicamente se ve más saludable el polo positivo, esto no es necesariamente así ya que la "no agradabilidad" en sus componentes de escepticismo y pensamiento crítico, es necesaria para el desarrollo de muchos ámbitos del quehacer humano, como por ejemplo en la ciencia.<sup>88</sup>

#### **4.3.5. Responsabilidad**

Otra forma de denominarla es la conciencia. Esta dimensión tiene sus bases en el auto-control, no sólo de impulsos sino que también en la planificación, organización y ejecución de tareas. Por esta razón a este factor también se le ha

denominado como "voluntad de logro", ya que implica una planificación cuidadosa y persistencia en sus metas.<sup>88</sup>

- Polo positivo (niveles altos)

Está asociado el compromiso, confiabilidad, puntualidad y escurpulosidad. Es voluntarioso y determinado, de propósitos claros.

- Polo negativo (niveles bajos)

El polo opuesto es más laxo, informal y descuidado en sus principios morales.<sup>88</sup> Corresponde a la desorganización, el individuo muestra poco cuidado en el trabajo y prefiere no planear.

#### **4.4. Instrumentos que miden personalidad en enfermedades dermatológicas**

La evaluación de la personalidad es una de las áreas de trabajo más extensas en psicología.

Para muchos autores, la clasificación de los trastornos de personalidad publicada en el DSM-IV, carece de homogeneidad y es poco práctica. Aunque ampliamente aceptado por la comunidad médica, el sistema de diagnóstico de los trastornos de la personalidad del DSM-IV, ha sido criticado por tener un alto índice de comorbilidad y una clasificación heterogénea de las psicodermatosis, así como por la falta de fiabilidad de diagnóstico y de utilidad clínica. (William R. Calabrese, 2012).

Esto ha llevado a algunos autores a proponer modelos de "Conceptualización unidimensional de la personalidad" Estos modelos de conceptualización incluyen

algunos instrumentos que midan rasgos de personalidad a los que se les pueda otorgar utilidad clínica. Y dentro de esos instrumentos existen los denominados inventarios.<sup>89</sup>

Los inventarios de personalidad constan de reactivos que evalúan las características personales, los pensamientos, los sentimientos y la conducta. Al igual que en un inventario de intereses, una escala de calificación o una lista de verificación, el paciente que es evaluado mediante un inventario de personalidad elige y marca los reactivos que considera como descriptivos de su persona o, en ciertos casos, de alguien que los conoce bien.<sup>89</sup>

El “Modelo de Los Cinco” fue propuesto para reordenar la clasificación de los rasgos de personalidad, y es evaluado mediante cuestionarios validados como el “Revised Neo Personality Inventory”<sup>88</sup>

El interés en el Modelo de los Cinco Factores se ha incrementado en las últimas décadas debido a la evidencia contundente y al consenso creciente de que la personalidad se organiza alrededor de cinco grandes dimensiones o rasgos, que estarían presentes en todos los seres humanos, por lo cual tienen carácter universal (Digman, 1990; Goldberg, 1993; McCrae, 2001, McCrae & Costa, 1987, 1989, 1998; McCrae & Terracciano, 2005; Ter Laak, 1996). Ha sufrido algunas modificaciones desde su creación.

#### **4.5. Inventario de personalidad NEO - 60 (NEO FFI-60)**

Constituye el modelo más usado para la de evaluación de los rasgos de personalidad. Ha sido traducido, validado en múltiples culturas desde 1992, demostrándose índices de consistencia y congruencia teórica, válidos y confiables

en diversos estudios transculturales realizados con al menos 72 países distintos de culturas colectivistas e individuales incluyendo nuestro país, en donde también se han propuesto otros modelos de evaluación.<sup>69</sup>

Se trata de una versión corta del NEO-PI propuesto por Costa y McRae en 199 que evalúa el modelo de los cinco factores de personalidad utilizando solo los primeros 60 ítems del cuestionario original.<sup>88</sup> Es aplicable a pacientes mayores de 17 años de edad y se responde en 15 minutos. Los factores que evalúa el NEO FFI-60 se basa en el modelo de los cinco grandes rasgos de personalidad: neuroticismo, extroversión, apertura, afiliación y responsabilidad.<sup>69</sup>

#### **4.6. Calificación y estandarización del NEO FFI-60**

El puntaje del NEO FFI-60 se obtiene de la sumatoria de las respuestas de los 12 *ítems* de cada factor de personalidad evaluado y posteriormente es comparado con una tabla de baremo y se convierte en valores "T". Estos puntajes son diferentes en hombres y mujeres.<sup>90</sup> De acuerdo al Baremo: Neuroticismo (polo negativo corresponde a un puntaje alto, valores arriba de 46), Extraversión (polo negativo corresponde a un puntaje bajo, valores debajo de 45), Apertura (polo negativo, corresponde a puntajes bajos, valores menor a 45), Afiliación (polo negativo, corresponde a puntajes bajos, valores menores a 45), Responsabilidad (polo negativo, corresponde a puntajes bajos, valores menores a 45).

Valores “T” en adultos para hombres y mujeres del cuestionario NEO FFI-60.

Per- Centil	Mujeres					T	Per- centil	Hombres				
	Apertura	Responsabilidad	Extraversión	Afiliación	Neuroticismo			Apertura	Responsabilidad	Extraversión	Afiliación	Neuroticismo
99	42-45	48	45-48	46-48	45-48	73	99	42-46	47-48	44-46	46-48	42-47
98	41	47	44	45	43-44	71	98	41	46	42-43	45	40-41
97	40	46	43	45	41-42	69	97	41	45	41	44	37-39
96	39	46	42	44	40	68	96	40	45	41	43	36
95	37-38	44-45	39-41	43	36-39	66	95	37-39	43-44	39-40	42	32-35
90	36	42-43	38	42	34-35	63	90	35-36	41-42	38	41	30-31
85	35	41	37	41	32-33	60	85	34	40	36-37	40	27-29
80	33-34	40	36	40	30-31	59	80	32-33	38-39	35	39	26
75	32	39	34-35	39	29	57	75	31	37	34	38	25
70	31	38	33	39	27-28	56	70	30	36	34	38	24
65	30	37	33	38	26	54	65	29	35	33	37	22
60	29	36	32	37	25	53	60	28	34	31-32	36	21
55	28	36	31	37	23-24	51	55	27	33	30	35	20
50	28	35	29-30	36	22	50	50	26	32	29	34	18-19
45	27	34	28	35	21	49	45	25	30-31	28	33	17
40	26	33	27	34	20	48	40	24	29	27	32	16
35	25	31-32	26	33	19	46	35	23	28	26	31	15
30	24	30	25	32	18	44	30	21-22	26-27	25	31	14
25	23	28-29	23-24	31	17	43	25	20	25	24	30	13
20	21-22	27	21-22	29-30	15-16	42	20	19-20	23-24	22-23	28-29	11-12
15	20	24-26	19-20	28	13-14	40	15	17-18	21-22	19-21	26-27	9-10
10	17-19	21-23	16-18	25-27	10-12	37	10	15-16	18-20	16-18	25	7-8
5	16	20	15	23-24	9	33	5	14	17	15	24	6
4	16	18-19	14	22	8	32	4	13	16	13-15	23	5
3	14-15	16-17	13	20-21	6-7	31	3	13	15	11-12	21-22	5
2	12-13	15	11-12	17-19	5	29	2	9-12	11-14	7-10	17-20	4
1	0-11	0-14	0-10	0-16	0-4	27	1	0-8	0-10	0-6	0-16	0-3

Figura 5. Valores normalizados del cuestionario NEO FFI-60 y percentiles.

#### 4.7. Análisis de evidencia

Autor/año	Diseño de estudio	Características de los pacientes	Lugar donde se realizó el estudio	Variables principales	Instrumentos de medición	Limitaciones	Resultados
Moosavi Z, Sadrzadeh, Khajeddin N. 2013. <sup>97</sup>	Estudio prospectivo de casos consecutivos.	193 pacientes con historia de prurito de más de 6 semanas de evolución, hombres y mujeres de más de 14 años de edad, con padecimientos dermatológicos múltiples.	Departamento de Dermatología de la Universidad Médica de Ciencias en Ahvaz, Irán.	1. Síntomas psicopatológicos : somatización, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo.	1. SCL-	1. No muestran los resultados en puntuaciones T. 2. Sólo reportan el porcentaje de psicopatología en las dermatosis más frecuentes descartando a toda muestra estudiada. 3. Se requiere una muestra más amplia. 3. Se deben evaluar todas las dermatosis que originen prurito.	1. La frecuencia de psicopatología fue de 55.4%. 2. En mujeres predominó la ideación paranoide y en hombres el psicoticismo. 3. Síntomas psicopatológicos por enfermedad: Psoriasis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización (M: 45.45%, H: 45.5%)</li> <li>• Obsesivo Compulsivo (M: 36.36%, H: 36.4%)</li> <li>• Sensibilidad Interpersonal (M: 36.36% H: 40.91%)</li> <li>• Depresión (M: 50%, H: 59.10%)</li> <li>• Ansiedad (M: 40.9%, H: 63.6%)</li> <li>• Hostilidad (M:36.36%, H: 54.5%)</li> <li>• Ansiedad fóbica (M: 54.5%, H: 59.1%)</li> <li>• Ideación Paranoide (M: 40.91%, H: 40.9%)</li> <li>• Psicoticismo (M: 53.30%, H: 54.5%)</li> </ul> Dermatitis atópica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización (M: 54.2%, H: 66.7%)</li> <li>• Obsesivo Compulsivo (M: 54.2%, H: 51.9%)</li> <li>• Sensibilidad Interpersonal (M: 54.2% H: 0%)</li> <li>• Depresión (M: 50%, H: 55.6%)</li> <li>• Ansiedad (M: 50%, H: 66.7%)</li> <li>• Hostilidad (M: 45.8%, H: 44.4%)</li> </ul>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad fóbica (M: 58.3%, H: 63%)</li> <li>• Ideación Paranoide (M: 62.5%, H: 59.3%)</li> <li>• Psicoticismo (M: 62.5%, H: 59.3%)</li> </ul> <p>Liquen simple crónico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización (M: 47.4%, H: 59.1%)</li> <li>• Obsesivo Compulsivo (M: 47.4%, H: 40.9%)</li> <li>• Sensibilidad Interpersonal (M: 63.2%, H: 33.3%)</li> <li>• Depresión (M: 42.1%, H: 54.5%)</li> <li>• Ansiedad (M: 63.2%, H: 68.2%)</li> <li>• Hostilidad (M: 52.6%, H: 54.5%)</li> <li>• Ansiedad fóbica (M: 63.2%, H: 63.6%)</li> <li>• Ideación Paranoide (M: 68.4%, H: 63.6%)</li> <li>• Psicoticismo (M: 63.2%, H: 59.1%)</li> </ul> <p>Dermatitis Seborreica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización (M: 18.2%, H: 43.8%)</li> <li>• Obsesivo Compulsivo (M: 45.5%, H: 43.8%)</li> <li>• Sensibilidad Interpersonal (M: 36.4% H: 31.3%)</li> <li>• Depresión (M: 36.4%, H: 37.5%)</li> <li>• Ansiedad (M: 63.6%, H: 56.3%)</li> <li>• Hostilidad (M: 45.5%, H: 43.8%)</li> <li>• Ansiedad fóbica (M: 18.2%, H: 37.5%)</li> <li>• Ideación Paranoide (M: 27.3%, H: 31.3%)</li> <li>• Psicoticismo (M: 27.3%, H: 31.3%)</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	---

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

<p>E. Vargas Laguna M.L. Peña Payero y A. Vargas Márquez. 2006.<sup>1</sup></p>	<p>Estudio de casos y controles. Muestreo no probabilístico.</p>	<p>152 adultos entre 18-65 años con patología dermatológica, obtenidos de la asistencia a consulta de Dermatología del Hospital Clínico San Carlos y en el ambulatorio de la Avda. de Portugal.</p> <p>152 sujetos sanos de control que acudieron a chequeo médico</p> <p>5 grupos:  a) Control y psoriasis  b) Control y urticaria crónica  c) Control y urticaria aguda  d) Control y dermatitis atópica  e) Control y otros padecimientos dermatológicos</p>	<p>Hospital Clínico San Carlos. IECP. Madrid, España.</p>	<p>1. Ansiedad Estado  2. Ansiedad Rasgo  3. Eventos estresantes</p>	<p>1. Inventario de Ansiedad Estado (AE): 20 ítems  2. Inventario de Ansiedad Rasgo (AR) de Personalidad de Spielberger (STAI): 20 ítems</p>	<p>2. Algunos pacientes estuvieron sujetos a factores estresantes previo al estudio, lo que pudo condicionar que la muestra resultara patológica.</p> <p>3. No se utiliza una clasificación dermatológica específica.</p> <p>4. Antecedentes psiquiátricos sólo en anamnesis por lo que puede estar subestimado.</p>	<p>El grupo dermatológico obtuvo mayores puntajes de AE y AR que el grupo control.</p> <p>AE obtuvo puntajes más altos en:</p> <p>Psoriasis:  AE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n=29</li> <li>• Media= 26,21</li> <li>• Desviación típica=13,63</li> </ul> <p>AR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Media= 20,93</li> <li>• Desviación típica= 12,99</li> </ul> <p>Dermatitis atópica:  AE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n=18</li> <li>• Media= 31,06</li> <li>• Desviación típica=11,73</li> </ul> <p>AR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Media= 22,22</li> <li>• Desviación típica= 11,64</li> </ul>
<p>Magdalena Kostyła, Klaudia Tabała, Józef Kocur. 2013.<sup>44</sup></p>	<p>Estudio descriptivo, prospectivo y transversal.</p>	<p>54 pacientes adultos de 18-77 años con psoriasis, (23 hombres, 31 mujeres).</p>	<p>Departamento psicosocial y rehabilitación de la Universidad de Lodz, Polonia.</p>	<p>1.- Grado de aceptación de la enfermedad.  2.- Presencia de síntomas psicopatológicos</p>	<p>1. Escala de Aceptación de la Enfermedad.  2. SCL-90.</p>	<p>1. No se considera la gravedad de la enfermedad estudiada.</p>	<p>A mayor grado de aceptación de la enfermedad, menor porcentaje de síntomas psicopatológicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.007</li> </ul> </li> <li>• Obsesivo compulsivo <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.010</li> </ul> </li> <li>• Sensibilidad interpersonal <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.002</li> </ul> </li> <li>• Ansiedad <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.017</li> </ul> </li> <li>• Psicoticismo <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.002</li> </ul> </li> </ul> <p>1.Las puntuaciones del SCL 90 fueron</p>
<p>Kamal M. A.</p>	<p>Estudio de</p>	<p>150 pacientes (102</p>	<p>Hospital de la</p>	<p>1. Calidad de</p>	<p>1. Índice de Calidad</p>		<p>1.Las puntuaciones del SCL 90 fueron</p>

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

<p>Hafez, Ayman M. M. Mahran, Khaled A. Mohammed, Eman R. Mohammed, Alaa M. Darweesh, Ahmed A. Aal. 2006.<sup>97</sup></p>	<p>casos y controles.</p>	<p>mujeres, 40 hombres) con diagnóstico de acné.  50 controles sanos (27 mujeres, 23 hombres) voluntarios.</p>	<p>Universidad de Assiut, Egipto.</p>	<p>Vida 2. Síntomas psicopatológicos: Autoestima</p>	<p>de Vida en Dermatología (DLQI). 2. SCL-90 3. Culture Free Self-Esteem Inventories para adultos (CFSEI – AD).</p>	<p>mayores en los pacientes con acné que en controles sanos en todas las dimensiones y estadísticamente significativas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obsesivo compulsivo             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.01</li> </ul> </li> <li>• Depresión             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.001</li> </ul> </li> <li>• Sensibilidad interpersonal             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.01</li> </ul> </li> <li>• Ansiedad             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.01</li> </ul> </li> <li>• Ideación paranoide             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.02</li> </ul> </li> <li>• Psicoticismo             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Significancia 0.03</li> </ul> </li> </ul> <p>2. Hombres con mayores puntajes de Obsesivo-compulsivo que las mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Significancia 0.001</li> </ul> <p>3. Las tasas de pacientes con alto riesgo y que requieren intervención psiquiátrica son significativamente más altas que los controles en todas las dimensiones.</p> <p>4. Las mujeres obtuvieron mayores puntajes de riesgo a evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización 35,3% (p = 0,01)</li> <li>• Obsesivo-compulsivo 23,5% (p = 0,05)</li> <li>• Depresión 23,5% (p = 0,02)</li> <li>• Ansiedad 25,5% (p = 0,03)</li> <li>• Asiedad fóbica 29,4% (p = 0,01)</li> <li>• Ideación paranoide 28,4% (p = 0,02)</li> <li>• Psicoticismo 29,4% (p = 0,03)</li> </ul> <p>5. Los pacientes hombres tienen mayores puntajes de riesgo al evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilidad 27,1% (p = 0,05)</li> <li>• Hostilidad 37,5% (p = 0,01)</li> </ul>
--	---------------------------	--	---------------------------------------	--	---	---

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

<p>Behnam B, Taheri R, Ghorbani R, Allameh P. Indian J Dermatol. 2013.<sup>45</sup></p>	<p>Estudio de casos y controles.</p>	<p>103 pacientes con diagnóstico de acné sin historia de enfermedades psiquiátricas, tabaquismo ni alcoholismo que acudieron al servicio de dermatología de la ciudad de Semnan en 2008.</p> <p>103 controles, familiares de los pacientes sin historia de enfermedad dermatológica ni padecimiento psiquiátrico.</p>	<p>Clínica de dermatología de la ciudad de Semnan, Irán.</p>	<p>1. Síntomas psicopatológicos .</p>	<p>1. SCL-90.</p>	<p>1.No hacen comparativo entre puntuaciones T en hombres y mujeres, tomando en cuenta que las puntuaciones son diferentes.</p>	<p>1. Las puntuaciones del SCL-90 fueron mayores en pacientes con acné que en población sana.</p> <p>2. La severidad y el tiempo de duración fueron determinantes en los resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización 1.9% acné vs 0.9 control (p:0.53)</li> <li>• Obsesivo compulsivo 0% acné versus 0.9% control p=(0.33).</li> <li>• Sensibilidad interpersonal 3.9% versus 0% p=(0.04)</li> <li>• Depresión 31.1% versus 1.9% p=(0.001)</li> <li>• Ansiedad 1% versus 0.9% p=(0.94)</li> <li>• Hostilidad 3.9% versus 0% p=(0.040)</li> <li>• Ideación paranoide 2.9% versus 1.9% p=(0.63)</li> <li>• Psicoticismo 34% versus 1.9% p=(0.001)</li> </ul> <p>3. Hubo diferencias significativas en depresión y ansiedad entre el grupo de acné y el de los controles sanos</p>
<p>Konuk N, Koca R, Atik L, Muhtar S, Atasoy N, Bostanci B. 2007.<sup>99</sup></p>	<p>Estudio prospectivo de casos y controles.</p>	<p>30 pacientes con diagnóstico de liquen simple crónico.</p> <p>30 controles que correspondían a casos de tiña.</p>	<p>Departamento de Psiquiatría de la Universidad Zonguldak, Turquía.</p>	<p>1. Síntomas psicopatológico. 2. Puntajes de HAM-D. 3. Puntajes de DES.</p>	<p>1.SCL-90 2.Escala de depresión de Hamilton (HAM-D). 3.Escala de experiencia disociativa (DES).</p>	<p>1.La muestra fue muy pequeña 2.El tiempo de evolución entre los dos grupos tenía mucha variación (7.3 años LSC versus 1.1 años en pacientes control).</p>	<p>1.Los pacientes con LSC tuvieron puntajes más altos que el grupo control en cuanto a síntomas psicopatológicos. Únicamente depresión, ansiedad e ideación paranoide no fueron significativos entre grupos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización 1.8 (pacientes), 0.8 (controles) p=(&lt;0.001)</li> <li>• Obsesivo compulsivo 1.8 (pacientes)1.1 (controles) p=(&lt;0.05)</li> <li>• Sensibilidad Interpersonal</li> </ul>

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

							<p>1.7 versus 1.0 p=(<math>&lt;0.05</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> </ul> <p>1.5 versus 0.8 p=(<math>&gt;0.05</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> </ul> <p>1.4 versus 0.7 p=(<math>&gt;0.05</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hostilidad</li> </ul> <p>1.5 versus 0.8 p=(<math>&lt;0.05</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad Fóbica</li> </ul> <p>0.7 versus 0.3 p=(<math>&lt;0.05</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideación Paranoide</li> </ul> <p>1.3 versus 0.7 p=(<math>&gt;0.05</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoticismo</li> </ul> <p>2.0 versus 0.5 p=(<math>&lt;0.05</math>)</p>
<p>Staubach P, Dechene M, Metz M, Magerl M, Siebenhaa F, Weller K, Zezula P, Eckhardt A, Maurern M. 2011.<sup>100</sup></p>	<p>Estudio descriptivo, prospectivo, transversal.</p>	<p>100 pacientes con diagnóstico de Urticaria Crónica referidos al servicio de dermatología.</p>	<p>Hospital de la Universidad de Johannes Mainz, Alemania.</p>	<p>1.Presencia de desorden mental 2.Ansiedad 3.Depresión 4. Síntomas psicopatológicos</p>	<p>1.Entrevista con psiquiatra MINI DIPs. 2.Hospital Anxiety and Depression Scale German version (HADS) 3.SCL-90</p>	<p>1.No se consideró personalidad, percepción de la enfermedad, satisfacción con el tratamiento ni adherencia, que pudieran influenciar también en los resultados.</p>	<p>1.Desórdenes mentales 48% de los pacientes con UC presentaron 1 o más desórdenes mentales de acuerdo a la evaluación, siendo la más común ansiedad y las mujeres obtuvieron mayor porcentaje que los hombres. 2.Síntomas psicopatológicos El síntoma psicopatológico más frecuente fue la somatización en el 23% de los casos.</p>
<p>Chung M, Symons C, Gilliam J, Haminski E. 2010.<sup>101</sup></p>	<p>Estudio de casos y controles.</p>	<p>100 pacientes con diagnóstico de Urticaria Idiopática Crónica.  100 pacientes con múltiples alergias.</p>	<p>Universidad de Plymouth, Departamento de Inmunología y Alergia, UK.</p>	<p>1. Rasgos de personalidad: Neuroticismo, extraversión, afiliación, hostilidad, responsabilidad.</p>	<p>1. Escala de estrés post-traumático (PTSD). 2.NEO FFI-60</p>	<p>1.- No se evaluaron subgrupos en los pacientes con estrés post-traumático. 2.- Se requiere una mayor muestra. 3.- El hecho de que los pacientes hayan salido con puntajes bajos de PTSD no significa que no hayan padecido</p>	<p>1. Los puntajes del NEO FFI fueron mayores en pacientes con estrés post-traumático que en aquellos que no lo padecían, tanto en los pacientes con Urticaria crónica como en el grupo control. 2.Neuroticismo 23.7 versus 22.6 3.Extraversión 26.3 versus 29.26 4.Apertura 26.4 versus 26.5 5.Afiliación 32.7 versus 32 6.Responsabilidad 33 versus 32.8  2. El puntaje más alto lo obtuvo afiliación.</p>

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

						síntomas de estrés post-traumático.	
Schut C, Bosbach S, Gieler U, Kupfer J. 2014 <sup>104</sup>	Estudio de casos y controles.	27 pacientes con dermatitis atópica.  28 controles sanos.  *Se les indujo prurito al mostrar video con insectos.	Instituto Médico de Psicología de la Universidad de Gieben, Alemania.	1. Intensidad del prurito. Rasgos de personalidad: Neuroticismo, extraversión, afiliación, hostilidad, responsabilidad.	2. NEO FFI-60	1. La muestra es muy pequeña. 2. La intensidad del prurito se midió subjetivamente, de acuerdo a la percepción del paciente.	1.- Depresión fue predictor de prurito. 2.- Afiliación y responsabilidad predictor de rascado inducido.

## **5. DERMATOSIS MÁS FRECUENTES**

### **5.1. Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”**

En el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua de la ciudad de México (CDP), un gran volumen de pacientes con padecimientos dermatológicos es atendido anualmente. Las estadísticas superan los 30,000 pacientes de primera vez de acuerdo a lo registrado en 2013. De Junio de 2013 a Junio de 2014, se reportan las siguientes dermatosis más frecuentes en adultos: Acné, Melasma, Dermatitis seborreica, Verrugas virales, Vitiligo, Rosácea, Dermatitis atópica, Queratosis seborreicas, Dermatitis de contacto por irritantes, Nevos melanocíticos, Psoriasis, Alopecia areata, Alopecia androgenética y Otros tumores benignos de la piel.

## **6. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

### **6.1. Planteamiento del problema**

Por un lado, es bien sabido que los trastornos mentales son muy frecuentes en la población general. En las personas que tienen enfermedades de la piel esta cifra aumenta considerablemente de acuerdo a lo reportado en la literatura. Por el otro, existe un grupo de dermatosis a las que se ha asociado su etiología con la presencia de trastornos mentales. Todo esto destaca la importancia de estudiar intencionadamente psicopatología en los pacientes dermatológicos.

La frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes que sufren enfermedades dermatológicas fluctúa entre un 30 a un 60%. Los estudios que hablan sobre psicopatología y dermatosis, evalúan de manera aislada esta relación. Ejemplo de ello son estudios sobre vitíligo, urticaria, rosácea, alopecia androgenética, etc. Así mismo, existen reportes donde se estudia depresión y ansiedad asociado a enfermedades cutáneas y el impacto de esto sobre la evolución de la enfermedad. Sin embargo, en nuestro país han sido pobremente estudiados y no existe una publicación sobre la frecuencia global de psicopatología en enfermedades dermatológicas; más aún los rasgos de personalidad que también pudieran relacionarse y que en este sentido hay poco en la literatura internacional.

Por lo anterior es de nuestro interés conocer:

## **6.2. Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y cuál es la frecuencia de psicopatología en los adultos con dermatosis que acuden por primera vez al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua?

## **6.3. Justificación**

En el campo de la dermatología existe un grupo de padecimientos conocidos como psicodermatosis que se caracterizan por la relación estrecha entre trastornos psiquiátricos y enfermedades de la piel. Este hecho ha justificado históricamente el estudio de la relación entre la psiquiatría y la dermatología. Las nuevas clasificaciones han evidenciado que la gran mayoría de las dermatosis más frecuentes corresponden a psicodermatosis y ello justificaría la detección rutinaria de psicopatología y rasgos de personalidad en el quehacer cotidiano de los hospitales dermatológicos.

Conocer la frecuencia de psicopatología en los pacientes que sufren enfermedades dermatológicas permitiría reconocer la importancia de la identificación oportuna de factores psicopatológicos o determinados rasgos de personalidad que pudieran influir en el curso de las enfermedades dermatológicas, ya sea inicio más temprano, agravamiento de la dermatosis o pobre respuesta al tratamiento. En este último aspecto, el impacto económico que tienen las enfermedades crónicas de la piel es substancial. Por ello, el esfuerzo de las farmacéuticas será mucho más encaminado a las características individuales de

los pacientes dermatológicos y en el caso del dermatólogo a modificar la terapéutica al proporcionar manejo integral y no solamente físico.

Como un primer acercamiento al problema es importante realizar un estudio descriptivo que permita reconocer los rasgos de personalidad y síntomas psicopatológicos más frecuentes en pacientes con enfermedades dermatológicas y de qué manera se relacionan estos rasgos con determinados padecimientos.

#### **6.4. Hipótesis**

Los síntomas psicopatológicos más frecuente en pacientes dermatológicos serán la depresión y la ansiedad. Así como, el rasgo de personalidad más frecuente, será el neuroticismo.

#### **6.5. Objetivos**

##### **6.5.1. General**

Describir la frecuencia de síntomas psicopatológicos y los rasgos de personalidad de los adultos con dermatosis que acuden por primera vez al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

##### **6.5.2. Particular**

Describir la relación entre síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad con el tipo de enfermedades dermatológicas.

#### **6.6. Metodología**

##### **6.6.1. Diseño de la Investigación**

Estudio en área clínica, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

### **6.6.2. Universo de estudio**

Se consideraron todos los pacientes adultos, hombres y mujeres que acudieron por primera vez al área de consulta externa del Centro Dermatológico Pascua, entre Junio y Agosto de 2014.

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

### **6.6.3. Unidades de observación**

#### **6.6.3.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años, hombres y mujeres.
- Pacientes que de manera voluntaria decidieron participar en el estudio.
- Pacientes con una enfermedad dermatológica.

#### **6.6.3.2. Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no supieran leer o escribir como para responder a los cuestionarios.
- Pacientes con retraso mental (criterio clínico) que les impidiera la comprensión de los instrumentos de evaluación.

### **6.6.4. Método de muestreo**

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

### 6.6.5. Definición de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Nivel de Medición
<i>Edad</i>	Periodo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el día de la evaluación.	Se registró la edad en años cumplidos hasta el momento del estudio.	Años (números)	Cuantitativa Discreta
<i>Sexo</i>	Particulares biológicas que definen a una persona como hombre o mujer.	Misma.	Femenino	Cualitativa Nominal
			Masculino	
<i>Ocupación</i>	Labor actual del individuo, perciba o no remuneración.	Misma.	Hogar	Cualitativa Nominal
			Estudiante	
			Profesionista	
			Empleado de oficina	
			Vendedor	
			Educador	
			Otro	
			Obrero	
			Campesino	
Desempleado				
<i>Estado Civil</i>	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo responsabilidades y derechos.	Misma.	Soltero	Cualitativa Nominal
			Casado	
			Unión Libre	
			Divorciado	
			Viudo	
<i>Escolaridad</i>	Grado de preparación académica. Puede ser realizada en instituciones de	Grado de preparación académica alcanzado.	Primaria	Cualitativa
			Secundaria	Ordinal
			Bachillerato	

	educación pública o privada.		Técnico	
			Licenciatura	
			Posgrado	
<i>Diagnóstico Dermatológico</i>	Enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición que se encuentre en la rama de la dermatología y por el cual consulte el paciente.	Misma.	1. Acné 2. Melasma 3. Dermatitis Seborreica 4. Verrugas Virales 5. Vitiligo 6. Rosácea 7. Dermatitis Atópica 8. Dermatitis de Contacto 9. Nevos 10. Psoriasis 11. Tumores Benignos 12. Alopecia 13. Otras Dermatosis	Cualitativa Nominal
<i>Tiempo de evolución</i>	Periodo comprendido desde el inicio del cuadro dermatológico hasta el día del estudio.	Misma.	1 a 3 meses 4 a 6 meses 7 a 12 meses Más de 12 meses	Cualitativa Ordinal
<i>Topografía</i>	Plano en el que se encuentra la dermatosis.	Topografía o plano de la dermatosis.	Localizada Diseminada Generalizada	Cualitativa Nominal
<i>Segmento alterado</i>	Localización por segmentos de la entidad dermatológica.	Segmentos corporales alterados.	Cabeza Cuello Tronco Extremidades Genitales	Cualitativa, Nominal
<i>Enfermedades médicas crónicas</i>	Aquellas enfermedades no dermatológicas por la	Misma.	No Diabetes	Cualitativa Nominal

	cuales el paciente deba tener un manejo de sustento (farmacológico, dietético, etc.).		Hipertensión Arterial Dislipidemia Obesidad Otras	
<i>Atención previa por algún profesional de la salud mental</i>	Se refiere a si el paciente ha acudido en algún momento de su vida a algún profesional de la salud mental ya sea psicólogo o psiquiatra.	Misma.	Sí No	Cualitativa Dicotómica
<i>Síntomas psicopatológicos</i>	Son la expresión de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Pueden desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.	Se obtuvo del puntaje del Cuestionario SCL-90.	Somatización Obsesivo – compulsivo Sensibilidad interpersonal Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica Ideación paranoide Psicoticismo	Cualitativa Nominal
<i>Rasgos de personalidad</i>	Componentes afectivo-dinámicos del comportamiento del hombre. Implica rasgos tal como aparecen en el fenotipo, es decir, en el individuo tal como se construye, progresivamente, bajo la influencia combinada de los factores hereditarios y de la acción de la experiencia personal y del medio.	Se obtuvo de acuerdo al puntaje del cuestionario NEO FFI que evalúa el modelo de los cinco rasgos de personalidad.	Neuroticismo Extraversión Apertura Amabilidad Responsabilidad	Cualitativa Nominal

<i>Uso previo de psicofármacos</i>	Se refiere si el paciente ha sido manejado con algún psicofármaco prescrito o no por médico.	Misma.	Sí	Cualitativa Dicotómica
			No	
<i>Consumo de drogas</i>	Se refiere a si el paciente ha consumido a lo largo de su vida alguna sustancia ilegal.	Misma.	Sí	Cualitativa Dicotómica
			No	
<i>Abuso de alcohol</i>	Se refiere a si el paciente ha abusado del alcohol en el último año.	Misma.	Sí	Cualitativa Dicotómica
			No	
<i>Maltrato derivado del padecimiento dermatológico</i>	Se refiere al hecho de que el paciente haya sufrido maltrato o burlas a causa del padecimiento dermatológico.	Misma.	Sí	Cualitativa Dicotómica
			No	
<i>Afección asociada</i>	Se refiere a si el paciente ha sufrido prurito intenso o dolor que le impida dormir por las noches o realizar sus actividades.	Misma.	Sí	Cualitativa Dicotómica
			No	
<i>Rasgo de Timidez</i>	Se refiere a la auto percepción del paciente con respecto a si se considera o lo han considerado tímido.	Misma.	Sí	Cualitativa Dicotómica
			No	
<i>Rasgo de Nerviosismo</i>	Se refiere a la auto percepción del paciente con respecto a si se considera o lo han considerado nervioso.	Misma.	Sí	Cualitativa Dicotómica
			No	

#### **6.6.6. Descripción general del estudio**

Se consideraron a todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) que acudieron por primera vez al área de consulta externa del Centro Dermatológico Pascua de Junio a Agosto de 2014. En conjunto con el servicio de “Archivo” el dermatólogo investigador tuvo acceso al número de expediente y al nombre de los pacientes adultos, a quienes invitó personalmente a participar en el estudio. Se les entregó un cuestionario inicial donde se integraron los factores clínicos y psicosociales de interés para este estudio, con la presencia de enfermedades dermatológicas (ver cuestionario anexo). De igual manera se les solicitó que llenaran el cuestionario SCL-90 sobre síntomas psicopatológicos y el cuestionario NEO FFI-60 sobre rasgos de personalidad. El llenado de los cuestionarios tardó aproximadamente de 10 a 20 minutos por cuestionario, por lo que pudo llevarse a cabo mientras el paciente esperaba ser atendido en la consulta. Durante el llenado de los instrumentos el investigador principal estuvo presente para aclarar cualquier duda tanto de la forma de responder, como sobre la investigación; de tal forma que los pacientes podían decidir voluntariamente y en cualquier momento abandonar el estudio. Los cuestionarios fueron aplicados por el médico dermatólogo responsable de la investigación y fueron evaluados y calificados en conjunto con un médico psiquiatra.

## 6.7. Recursos

### 6.7.1. Humanos

- Investigador:

Dra. Ma. Eugenia Sánchez Uriarte

- Tutor principal de la investigación y adscrito al Centro Dermatológico

Pascua:

Dr. Daniel Alcalá Pérez

- Tutor de la investigación y coordinador de la Clínica del programa de salud mental de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México:

Dr. José Benjamín Guerrero López

- Tutor de la investigación y jefe del Departamento de Neurociencias del Instituto de Perinatología:

Dra. Mónica Flores Ramos

- Asesor Metodológico:

Dra. Ma. Luisa Peralta Pedrero

### **6.7.2. Físicos**

- En el área de consulta externa del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

### **6.7.3. Materiales**

- Hoja de recolección de datos generales y socio demográficos. Ver anexos.
- Cuestionarios:
  - NEO FFI – 60
  - SCL-90
- Lápices, borradores y plumas

## **6.8. Cronograma de actividades**

- Definición de la población de estudio.
- Definición de la muestra de acuerdo a prevalencia del centro.
- Revisión de la literatura y selección de las fuentes de información.
- Objetivos y definición del fenómeno objeto de estudio.
- Obtención de las plantillas SCL-90 y NEO FFI y adaptación para su impresión junto con instrucciones legibles para los pacientes.
- Aplicación de los cuestionarios.

- Realización de la base de datos de los cuestionarios y de las hojas de recolección de datos.
- Calificación de los cuestionarios.
- Análisis de los resultados.
- Redacción del informe final.

## **6.9. Resultados**

Se incluyeron 556 pacientes a quienes se les entregaron los dos instrumentos de interés (SCL-90 y NEO FFI-60) de los cuales, los cuestionarios de 56 sujetos estaban incompletos por lo que fueron eliminados. La muestra final incluyó 500 pacientes de los que presentan los siguientes resultados:

### **a. Características sociodemográficas:**

#### **▪ Edad**

Rango de edad de 15 a 89 años; mediana 37 años.

#### **▪ Género**

Mujeres 343 (68.6%) y hombres 157 (31.4%).

#### **▪ Lugar de procedencia**

DF y área metropolitana 407 (81.4%) e interior de la república 93 (18.6%).

## b. Características clínicas:

### ▪ Diagnóstico Dermatológico

	Frecuencia	Porcentaje %
Acné*	75	15
Tumores benignos*	53	10.6
Melasma*	46	9.2
Dermatitis seborreica*	32	6.4
Dermatitis de contacto*	32	6.4
Verrugas virales*	31	6.2
Dermatitis atópica*	25	5
Alopecia*	18	3.6
Nevos*	17	3.4
Rosácea*	13	2.6
Vitiligo*	13	2.6
Psoriasis*	12	2.4
Otras**	133	26.6
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

\*Se incluyen todas las variantes clínicas así como los distintos grados de severidad.

\*\*Se incluyen todas las dermatosis que no figuran dentro de la lista de las más frecuentes según las estadísticas del centro.

## c. Afección asociada\*

	Frecuencia	%
No	341	68.2
<b>Sí</b>	<b>159</b>	<b>31.8</b>
Total	500	100

\*Hace referencia a si el paciente sufría afección en sus actividades o en el sueño por la enfermedad dermatológica.

**d. Empeora con el estrés\***

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	286	57.2
No sabe	18	3.6
<b>Sí</b>	<b>196</b>	<b>39.2</b>
Total	500	100

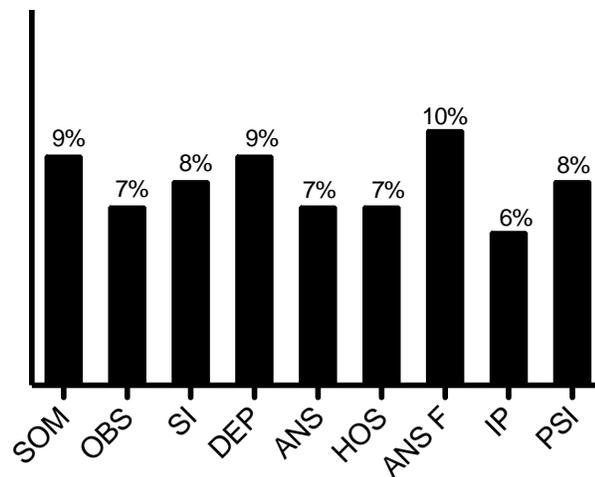
\*Hace referencia a la auto percepción del paciente con respecto a si el estrés empeoraba la dermatosis.

**e. Instrumentos**

▪ **Síntomas psicopatológicos SCL-90**

Se obtuvieron los siguientes porcentajes por cada dimensión del SCL-90 en todas las dermatosis.

Gráfica 1. Porcentaje de psicopatología por dimensión obtenido en la muestra de pacientes dermatológicos.



**% Síntomas Psicopatológicos**

\*SOM (Somatización), OBS (Obsesivo compulsivo), SI (Sensibilidad interpersonal), DEP (Depresión), ANS (Ansiedad), HOS (Hostilidad), ANS F (Ansiedad fóbica), IP (Ideación paranoide), PSI (Psicoticismo).

Tabla 1. Puntajes medios obtenidos y desviación estándar (s) por dimensión de acuerdo al género.

	Mujeres n=343 x	s	Hombres n=147 x	S
<b>Somatización</b>	0.71	(±0.68)	0.5	(±0.48)
<b>Obsesivo-Compulsivo</b>	0.81	(±0.70)	0.72	(±0.60)
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0.62	(±0.63)	0.54	(±0.57)
<b>Depresión</b>	0.77	(±0.72)	0.63	(±0.57)
<b>Ansiedad</b>	0.55	(±0.63)	0.44	(±0.48)
<b>Hostilidad</b>	0.51	(±0.65)	0.45	(±0.54)
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0.34	(±0.54)	0.21	(±0.54)
<b>Ideación Paranoide</b>	0.56	(±0.61)	0.65	(±0.62)
<b>Psicoticismo</b>	0.36	(±0.47)	0.41	(±0.44)

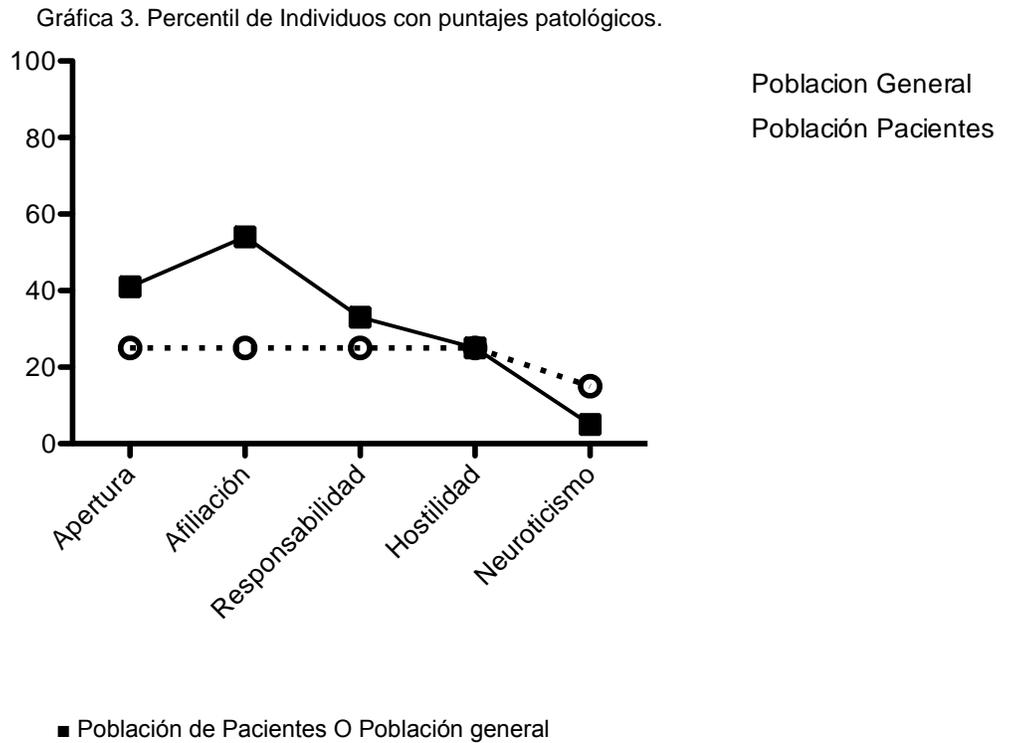
Gráfica 2. Distribución de puntajes medios por género.



\*La tendencia es a tener diferencias mínimas entre género, con puntajes relativamente más altos en las mujeres.

▪ Rasgos de personalidad NEO FFI-60

Se analizó el modelo de los cinco grandes rasgos de personalidad y se obtuvieron los siguientes resultados. Se presentan los resultados de los polos negativos o patológicos de cada una de las dimensiones.



\*Los percentiles de la población general se establecen de acuerdo al baremo establecido para la puntuación de las dimensiones del NEO FFI-60 en cada población.

Tabla 2. Puntajes medios obtenidos y desviación estándar (s) por rasgo de personalidad de acuerdo al género.

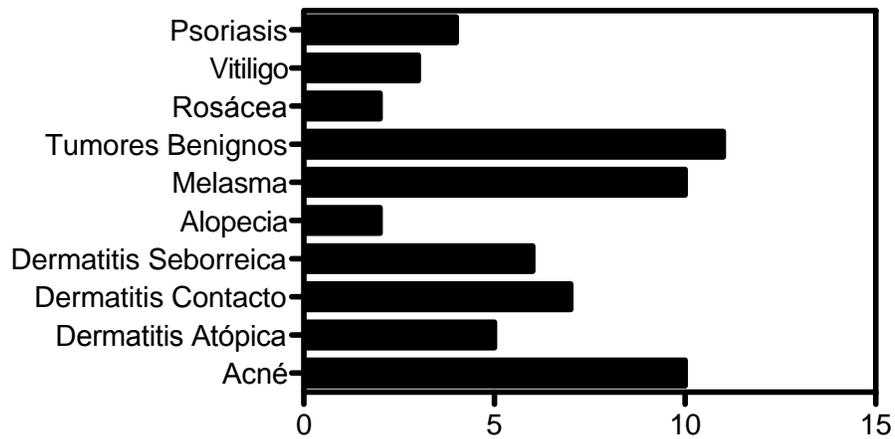
	<b>Mujeres n=343</b>		<b>Hombres n=147</b>	
	<b>x</b>	<b>s</b>	<b>x</b>	<b>S</b>
<b>Neuroticismo</b>	18.03	( $\pm$ 5.280)	16.88	( $\pm$ 5.178)
<b>Extraversión</b>	28.65	( $\pm$ 5.829)	29.42	( $\pm$ 6.645)
<b>Apertura</b>	24.71	( $\pm$ 5.133)	25.82	( $\pm$ 5.445)
<b>Afiliación</b>	31.14	( $\pm$ 5.479)	29.93	( $\pm$ 5.815)
<b>Responsabilidad</b>	30.46	( $\pm$ 6.922)	32.93	( $\pm$ 6.730)

## 1. Apertura

Tabla 3. Frecuencia de rasgos de “Apertura” (patológica) en 500 pacientes con enfermedades dermatológicas.

	<b>Polo negativo (puntuaciones bajas)</b>	Puntuaciones medias	<b>Polo positivo (Puntuaciones altas)</b>
<b>No. de pacientes</b>	<b>203</b>	265	32
<b>Porcentaje</b>	<b>41%*</b>	53%	6%

Gráfica 4. Distribución de puntuaciones bajas en “Apertura” por diagnóstico dermatológico.



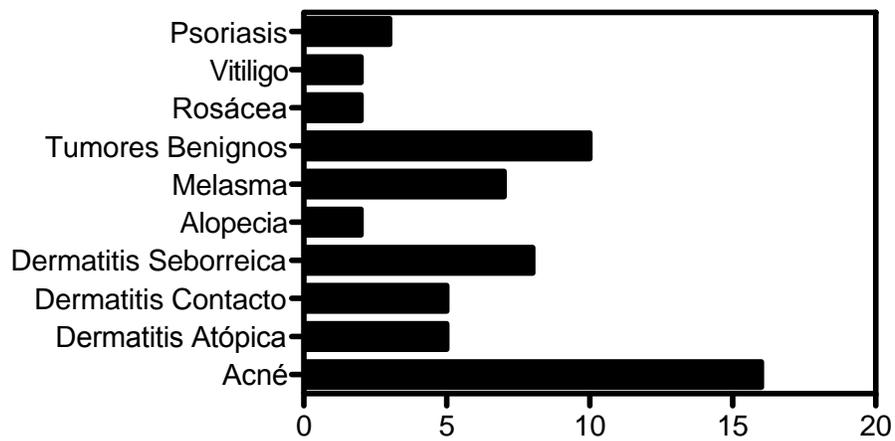
\*Los pacientes con tumores benignos, acné y melasma son los que menos apertura tienen. Es decir, son los más convencionales y rígidos, tienen pocos intereses, están ensimismados y tienen escasa experiencia.

## 2. Responsabilidad

Tabla 4. Frecuencia de rasgos de “Responsabilidad” (patológica) en 500 pacientes con enfermedades dermatológicas.

	<b>Polo negativo (puntuaciones bajas)</b>	Puntuaciones medias	Polo positivo (Puntuaciones altas)
<b>No. de pacientes</b>	<b>184</b>	266	50
<b>Porcentaje</b>	<b>37%*</b>	53%	10%

Gráfica 5. Puntuaciones bajas en “Responsabilidad patológica” por diagnóstico dermatológico.

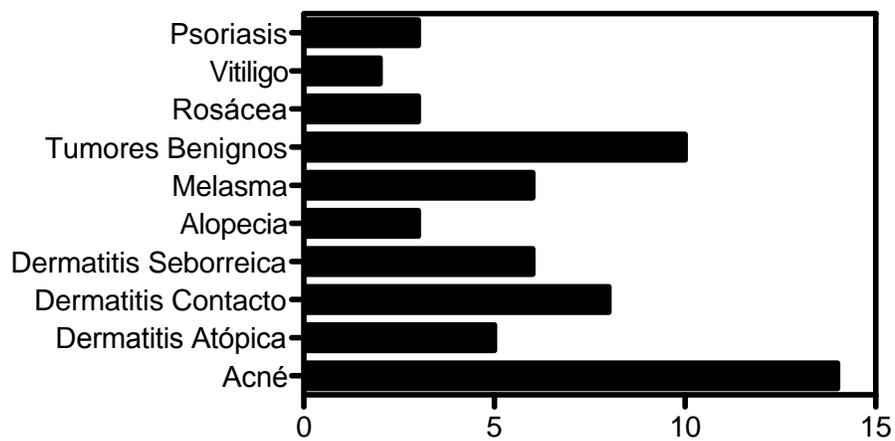


\*Los pacientes acné y tumores benignos son los que menos responsabilidad tienen. Es decir, no se organizan, muestran poco cuidado en su trabajo y prefieren no planear.

### 3. Extraversión

Tabla 5. Frecuencia de rasgos de “Extraversión” (patológica) en 500 pacientes con enfermedades dermatológicas.

	<b>Polo negativo (puntuaciones bajas)</b>	Puntuaciones medias	Polo positivo (Puntuaciones altas)
<b>No. de pacientes</b>	<b>145</b>	253	102
<b>Porcentaje</b>	<b>29%*</b>	51%	20%



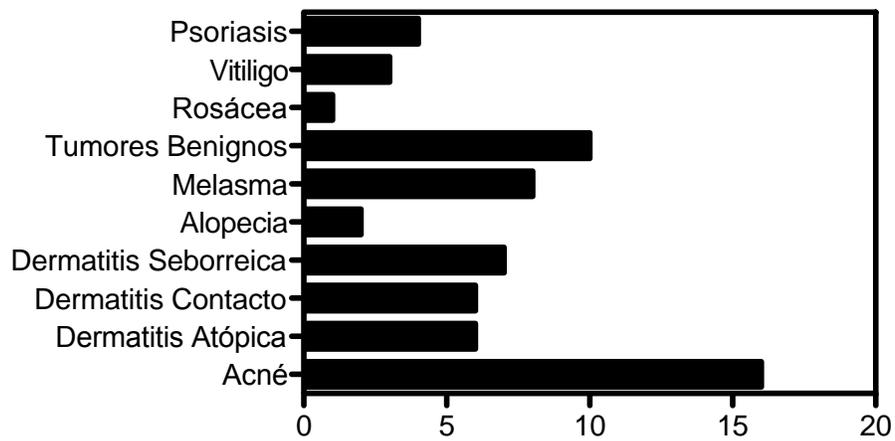
\*Los pacientes acné son los que menos extraversión tienen. Es decir son retraídos, quietos, con pocos amigos, muy escogidos, piensan las cosas antes de hacerlas y tienen un régimen ordenado de vida.

#### 4. Afiliación

Tabla 6. Puntuaciones obtenidas en “Afiliación” (patológica) en 500 pacientes con enfermedades dermatológicas.

	<b>Polo negativo (puntuaciones bajas)</b>	Puntuaciones medias	Polo positivo (Puntuaciones altas)
<b>No. de pacientes</b>	<b>269</b>	207	24
<b>Porcentaje</b>	<b>54%*</b>	41%	5%

Gráfica 7. Puntuaciones bajas en “Afiliación” por diagnóstico dermatológico.



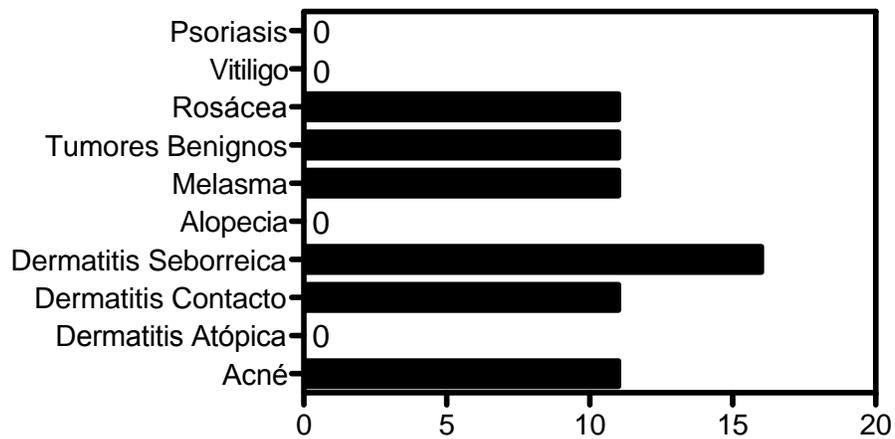
\*Los pacientes acné son los que menos afiliación tienen. Es decir, son orgullosos, escépticos y competitivos.

## 5. Neuroticismo

Tabla 7. Frecuencia de rasgos de “Neuroticismo” (patológico) en 500 pacientes con enfermedades dermatológicas.

	Polo positivo (puntuaciones bajas)	Puntuaciones medias	Polo negativo (Puntuaciones altas)
<b>No. de pacientes</b>	263	218	<b>19</b>
<b>Porcentaje</b>	0.53	43%	<b>4%*</b>

Gráfica 8. Puntuaciones altas en “Neuroticismo” por diagnóstico dermatológico.



\*Los pacientes con dermatitis seborreica son los más neuróticos. Es decir, son inestables emocionalmente, ansiosos, preocupados, malhumorados, frecuentemente deprimidos, puede que duerman mal, y que sufran trastornos psicósomáticos. Son excesivamente emocionales.

## 6.10. Discusión

*“Hay momentos en la vida, también en la esfera profesional, en los que resulta indispensable plantearse si uno es capaz de cambiar de manera de pensar y de percibir el mundo, si es que uno desea seguir mirando y reflexionando”* Panconesi, 2002<sup>4</sup>

Hay un creciente interés en el papel que juegan los factores psicológicos, como parte de un modelo multifactorial, en la precipitación y prevención de la enfermedad física. Las enfermedades dermatológicas tienen un contexto psicológico importante que ya ha sido descrito a través de la historia y los diferentes estudios de esta relación han podido objetivar estas suposiciones. Este es otro trabajo que busca encaminar los esfuerzos por tratar de ir más allá de la condición meramente biológica.

Se incluyeron 556 pacientes, de los que 56 fueron eliminados porque los instrumentos estaban incompletos. Del total de 500 pacientes para el análisis, la mayoría no presentó dificultades para la resolución del cuestionario; sólo 3 pacientes solicitaron apoyo para la resolver las preguntas 20 (tengo mucha autodisciplina) y 38 (tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o la condición humana) del NEO FFI-60. El tiempo promedio que se tardó para resolver ambos cuestionarios fue de 24 minutos y pocos pacientes se negaron a participar en el estudio. Sólo 2 pacientes solicitaron que se les explicaran nuevamente las instrucciones de los cuestionarios y algunos mostraron interés por conocer los resultados del estudio. La mayoría dejó sus números telefónicos.

La mayor parte correspondió al sexo femenino 343 (68.6%) con una edad promedio de 39 años.

Las dermatosis más frecuentes en el estudio fueron en orden de frecuencia: Acné 15%, tumores benignos 10.6% y de éstos las queratosis seborreicas, melasma 9.2%, dermatitis seborreica 6.4%, dermatitis de contacto 6.4%, verrugas virales 6.2% y de estas las verrugas vulgares, dermatitis atópica 5%, alopecias 3.6% y de estas la alopecia areata, nevus 3.4%, rosácea 2.6%, vitiligo 2.6% y psoriasis 2.4%. Estos datos concuerdan con las dermatosis más frecuentes ya reportadas en las estadísticas del centro.

La frecuencia de psicopatología en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua fue del 8%. El síntoma psicopatológico más frecuente dentro de las dimensiones del cuestionario SCL-90, fue la ansiedad fóbica con una frecuencia del 10% siendo el más bajo la ideación paranoide con frecuencia del 6%. Estos resultados son similares a los reportados en otros estudios. Moosavi y colaboradores<sup>97</sup>, obtuvieron también el mayor porcentaje de síntomas psicopatológicos en ansiedad y ansiedad fóbica en pacientes con psoriasis, liquen simple crónico, dermatitis atópica y dermatitis seborreica. Kamal y colaboradores<sup>98</sup>, quienes estudiaron a una muestra de pacientes con acné, encontraron los puntajes más altos al evaluar el SCL-90 en hostilidad, seguido de ansiedad fóbica.

La ansiedad fóbica, alude a una respuesta persistente de miedo a personas específicas, lugares, objetos, situaciones y habría que indagar porqué tanto en

esta tesis como en otras publicaciones, esta dimensión es frecuente en los pacientes dermatológicos.

En relación al sexo, las mujeres obtuvieron mayores puntajes en todas las dimensiones con respecto a los hombres, excepto en psicoticismo. Estos datos coinciden con el estudio de Kamal y colaboradores<sup>97</sup> donde los puntajes del SCL-90 en mujeres con acné, fueron mayores en las dimensiones de somatización, obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Estos resultados, son interesantes, es probable que no solamente las estadísticas de consulta dermatológica sean mayores en las mujeres sino que además tengan mucho mayor impacto psicológico en su enfermedad.

La mayoría de los estudios sobre psicopatología y dermatosis, hacen alusión a la depresión y a la ansiedad como síntomas predominantes de los pacientes dermatológicos. Se considera que la importancia de este trabajo en el contexto de la psicopatología es observar que cualquiera de estas dimensiones psicopatológicas pueden presentarse en los pacientes dermatológicos, que realmente son pocas las diferencias porcentuales de su frecuencia y que estos porcentajes no son muy distintos a los que encontramos en la población general. Esto puede plantearse tomando en cuenta los estudios realizados en nuestro país. De acuerdo al trabajo de validación del SCL-90 en México realizado por Cruz y colaboradores<sup>69</sup>, en sujetos sanos, los resultados de las medias obtenidas en cada dimensión son similares a los resultados obtenidos en este estudio y no existe gran diferencia en las dimensiones por género. Por otra parte, sería importante

comparar estos resultados con un grupo de pacientes sanos que compartan características similares a la muestra para poder objetivar lo anterior.

Al reflexionar las características de personalidad de los pacientes, se puede concluir que estas son muy particulares y favorecen la manifestación de sintomatología dermatológica.

Los rasgos de personalidad patológicos más frecuentes en la muestra de estudio fueron la bajos niveles de afiliación y apertura. En el caso de la afiliación el nivel de rasgo anómalo es inclusive mayor que las puntuaciones normales (54%). Esto coincide con el trabajo de Chung y colaboradores<sup>101</sup>, quienes aplicaron el cuestionario NEO FFI-60 en sujetos con urticaria crónica y encuentran también bajos niveles de afiliación 32.7%. Schut y colaboradores<sup>104</sup>, reportan a la afiliación y a la responsabilidad como predictores de rascado inducido en pacientes con dermatitis atópica. Esto señala que los pacientes de este estudio son escépticos, orgullosos y competitivos y que esta conducta pudiera tener un impacto sobre el cual los pacientes valoran diversas situaciones de la vida con subsecuentes reacciones emocionales como la creación de estrategias inadecuadas de afrontamiento que pudieran prolongar eventos estresantes.<sup>102</sup>

Así mismo, el 41% de la muestra presentó rasgos de personalidad patológicos en apertura mostrando bajos niveles, 37% bajos niveles de responsabilidad y 29% bajos niveles de extraversión. A diferencia de otros estudios se encontraron bajos niveles de neuroticismo en la muestra de pacientes dermatológicos (4%). Esto se puede deber a que la mayoría de las publicaciones solo investigan dermatosis de

manera aislada mientras que esta muestra estuvo compuesta por una gran variedad de enfermedades cutáneas.

En este sentido, la personalidad constituyó el ámbito más interesante del trabajo, en donde hemos podido concluir que lo que se observaba en el comportamiento de los pacientes dermatológicos de manera subjetiva, es ahora una probabilidad existente y más aún, motivo de investigaciones posteriores.

Babinska y colaboradores<sup>103</sup> estudian la relación entre la personalidad “D” y la psoriasis, la cual se caracteriza por una elevada sensibilidad interpersonal y marcada tendencia a sentimientos negativos. A pesar de que en el estudio no se evaluó la personalidad “D”, los pacientes de este trabajo si tienen un comportamiento retraído con una marcada sensibilidad interpersonal. La personalidad “D” también ha sido vinculada con trastornos cardiovasculares y con vitiligo.

### **6.11. Conclusión**

Los pacientes con enfermedades dermatológicas incluidos en el presente estudio tuvieron con más frecuencia elevados niveles de ansiedad fóbica, seguida de somatización y depresión. En relación a los rasgos de personalidad predominaron altos niveles de introversión, bajos niveles de afiliación, responsabilidad y amabilidad.

El presente estudio nos sugiere que los pacientes dermatológicos tienen características de personalidad particulares las cuales pueden ser un factor asociado al inicio de la enfermedad dermatológica o a la evolución del

padecimiento. Sería conveniente replicar los datos del estudio, a fin de esclarecer la relación entre ciertos rasgos de personalidad y las dermatosis. Nuestros resultados no avalan la hipótesis de que existe mayor psicopatología en los pacientes dermatológicos ni que la ansiedad será mucho mayor en los mismos, sin embargo, cuando se analiza la muestra por patologías específicas se observó que ciertos síntomas psicopatológicos si fueron más comunes en algunas de ellas. Por otra parte tampoco pudimos avalar la hipótesis de que el neuroticismo es el más frecuente de los rasgos de personalidad de acuerdo al modelo evaluado, sino todo lo contrario, pero en este sentido, los resultados sobre personalidad si tuvieron gran relevancia. Consideramos que sería conveniente tener un tamaño de muestra mayor a fin de aumentar la evidencia de esta conclusión.

***Tres años de residencia han bastado para saber lo sustancial de los aspectos humanos en mi área tan amada: la dermatología. Estoy profundamente convencida que hay componentes psicológicos en la complejidad de las enfermedades así que seguiré “mirando y reflexionando”.***

***Quién diría que pudiera extasiarme de la profundidad de la psique en la pintura del ser humano: la piel.***

Ma. E. Sánchez 2014

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas E, P. V. (2006). Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. *Actas Dermosifiliogr*, 97: 637-43.
2. E, Z. (2004) Sospecha de depresión en la consulta de atención primaria; depresión y patología dermatológica. *Edika Med*, 1-24.
3. Gómez, B. E. (2002) Psiconeuroinmunología: bases de la relación del sistema nervioso, endócrino e inmune. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 45(1): 22-6.
4. Picardi, A. P. P. (2005). Psychosomatic Assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychoter Psychosom*, 74: 315-22.
5. Grimalt F, J. C. (2002). Introducción. In C. J. Grimalt F, *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas España: Aula Médica*, 22-23.
6. Ader R, C. N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med*, 37(4): 330-340.
7. F, G. (2002). Trastornos depresivos y depresión enmascarada. In C. J. Grimalt F, *Dermatología y psiquiatría: historias clínicas comentadas. España: Aula Médica*, 71-90.
8. Carl Walker, L. P. (2005). *Psychodermatology*. U.K.: Cambridge University Press, 6-12.
9. Santos Jr., M. A. (2010). Evaluación de conocimientos médicos: diagnóstico de afecciones dermatológicas prevalentes. *Educ Méd*, 13(1).

10. Ortiz A, H. T. (1992). Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en atención primaria. *Rev San Hig Púb*, 66: 71-82.
11. Wenk C, I. P. (2003). Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau. Switzerland *Pediatr Dermatol*, 20(6): 482-7.
12. Torrelo FA, Z. Z. (2002). Frecuencia de las enfermedades cutáneas en la consulta pediátrica. *Actas Dermosifiliogr*, 93: 369-78.
13. Franz M, L. I. (1999). A decade of spontaneous long-term course of psychogenic impairment in a community population sample. *SocPsychiatryPsychiatr Epidemiol*, 34(12): 651–56.
14. Kieć-Świerczyńska M, D. B. (2006). The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases. *Med Pr*, 56: 551-555.
15. Jenerowicz D, S. W.-P. (2012). Environmental factors and allergic diseases. *Ann Agric Environ Med*, 19: 475–481.
16. Steuden S, J. K. (2000). Dermatological diseases and mental disorders. *Przegl Dermatol*, 257–61.
17. Picardi A, A. D. (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *BrJ Dermatol*, 143: 983–91.
18. Hughes J, B. L. (1983). Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Brit J Psychiat*, 143: 51-54.
19. Aktan S, O. E. (1998). Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology*, 197:230–34.

20. Schaller CM, A. L. (1998). Psycho-somatische Störungen in der Dermatologie—Häufigkeiten und psychosomatischer Mitbehandlungsbedarf. *Hautarzt*, 49: 276–79.
21. Windemuth D, S. M. (1999). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik . *Hautarzt*, 50: 338–343.
22. Gupta MA, G. A. (2005). Psychiatric evaluation of dermatology patients. *Dermatol Clin*, 23: 591-9.
23. JA, C. (1995). Skin and the psyche. *Proceedings of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 25: 29-33.
24. Phillips KA, D. J. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Ac Dermatol*, 42: 436-441.
25. W., H. (2008). Psychosomatics CME . *Dermatol*, 3(2): 66–76 .
26. Start J. Eisendrath, M. (2002). La mente y las enfermedades somáticas: Factores psicológicos que afectan a las enfermedades físicas. In G. H. H, *Psiquiatría General*. UNAM, México D.F.: Manual Moderno: 35-60.
27. JR., G. D. (1984). Teoría y práctica de la psicósomática. *Monografías de Psiquiatría*, 2: 1-4.
28. Metalnikov S, C. V. (1928). Role des reflexes conditionnels dans l'immunité. *Ann Ins Pasteur (Paris)*, 40: 803-900.
29. R., A. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.

30. Kemeny ME, G. T. (2000). Affect, cognition, the immune system and health. *Prog Brain Res*, 122: 291-308.
31. Felten DL, C. N. (1991). Central neural circuits involved in neural immune interactions. En *Psychoneuroimmunology*, NY: 2ª Ed, New York: Academic Press, 3-25.
32. Millard, L. (2005). *Psychoneuroimmunology*. En L. P. Carl Walker, *Psychodermatology*. UK.: Cambridge University Press: 15-20.
33. Basavaraj KH, N. M. (2010). Relevance of psychiatry in dermatology: Present Concepts. *Indian J Psychiatry*, 52: 270-5.
34. CS., K. (1983;119). Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol*, 501-12.
35. Bernstein, J. (1983). *Neuropeptides in the skin*. New York: Goldsmith.
36. Panconesi, E. H. (1996). Pathophysiology of stress in dermatology. *Dermatologic clinics*, 14: 319-341.
37. PD, S. (2005). Complementary psychocutaneous therapies in Dermatology. *Dermatol Clin*, 23: 723-34.
38. Strachey, J. (2001). A case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works. En: *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*.
39. Wong JW, F. K. (2013). Psychopharmacological Therapies in Dermatology. *Dermatology Online Journal*, 19(5): 735-44.

40. Alexander, E. J. (1951). Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. *American Journal of Psychiatry*, 108(4): 318-318.
41. RD, G. (1978). Emotionally triggered disease in a dermatology practice. *Psychiatr Ann*, 8: 49-56.
42. González BS, F. I. (2006). Repercusiones Psiquiátricas y Psicológicas de la Rosácea. *Cad Aten Primaria*, 13: 81-86.
43. Martin BR, C. B. (2010). Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de psicología*, 26(2): 325-340.
44. Kostyla M, T. K. (2013). Illness acceptance degree versus intensity of psychopathological symptoms in patients with psoriasis. *Postep Derm Alergol*, 3: 134-139.
45. Behnam B, T. G. (2013). Psychological impairments in the patients with acne. *Indian J Dermatol*, 58(1): 26-9.
46. A, K. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books. Inc.
47. Papadopolus L., & W. (2003). *Understanding Skin Problems*. John Wiley & Sons Ltd.
48. Dungey R, K. B. (1982). Medical and Psychosocial aspects of psoriasis. *Health and Social Work*, 5: 140-147.
49. Orbermeyer, A. (1985). *Psychoses and Disorders of the Skin: Psychocutaneous Medicine*. Illinois: Thomas Publishing. (faltan páginas)

50. Porter, J. B. (1987). Respond to cosmetic disfigurement: patients with vitiligo. *Cutis*, 39: 493-494.
51. Papadopoulos, L. B. (1999). *Psychological Approaches to Dermatology*. Leicester, U.K.: BPS Books.
52. Porter, J. B. (1990). The effect of vitiligo on sexual relationships. *Journal of American Academy of Dermatology*, 22: 221-222.
53. Vlassoff, C. W. (2000). Gender and the stigma on onchocercal skin disease in Africa. *Social Science & Medicine*, 50: 1353-1368.
54. Belloch A, S. B. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid, España: Mc GrawHill.
55. ZJ, L. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31: 13–21.
56. Servan-Sreiber D, K. R. (1999). The somatizing patient. *Primary Care*. 26: 225– 42.
57. Servan-Schreiber D, K. N. (2000). Somatizing patients: part I. Practical diagnosis. *Am Fam Physician*, 61: 1073– 8.
58. Kacar D, O. P. (2014). The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: a study from Turkey. *Clin Exp Dermatol*, 39(4): 433-8.
59. Association, A. P. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric.

60. M. Musalek, B. H. (2002). Ansiedad, estados fóbicos y trastornos obsesivo-compulsivos. In C. J. Grimal F, Dermatología y psiquiatría: historias clínicas comentadas. España: Aula Médica: 57-67.
61. Martinez JC, G. C. (2004). Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. Revista Latinoamericana de Psiquiatría, 40: 44.
62. Sheikhmoonesi F, H. Z. (2014). Prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder and their relationships with dermatological diseases. Acta Med Iran, 52(7): 511-4.
63. Derogatis LR. (1994). Symptom checklist 90. Administration Scoring and Procedures Manual. National Computer Systems Inc.
64. Derogatis LR. (1973). SCL-90: an out- patient psychiatric rating scale preliminary report. Psychopharmacol Bull, 9: 13-28.
65. Gupta MA, G. A. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol, 139(5): 846-50.
66. Goldman, H. H. Capítulo: Mente y enfermedades somáticas . En Psiquiatría General. Ed MM. Seg Edición, 35-48.
67. Sellami R, M. J. (2014 ). The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. Indian J Dermatol, 59(4): 421.

68. García L, R. P. (2004). Revisión de autoinformes para la medida del constructo hostilidad/agresión.
69. Cruz FC, L. L. G. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la symptom check list (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28: 72-81.
70. Bonicatto S, D. M. (1997). Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL90) in an Argentine population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32: 332-338.
71. Peri JM, G. F. (1997). Abordaje Psicológico. In C. E. Rojo JE, *Interconsulta Psiquiátrica*. . Barcelona: Masson S.A. Barcelona.
72. González de la Rivera JL, D. I. (2002). Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90 de Derogatis, L. Adaptación Española. TEA Ediciones Madrid.
73. González SL, M. R. (2007). Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 (SCL 90) y del Inventario de temperamento y carácter (ITC), *Salud Mental*, 30: 4.
74. Lara MC, E. d. (2005 ). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28: 3.
75. Góngora VC, V. D. (2004). Personality disorders, depression, and coping styles in Argentinean bulimic patients. *J Personal Disord*, 18: 272-285.

76. Graff-Guerrero A, D. L.-S.-M. (2005). Frontal and limbic metabolic differences in subjects selected according to genetic variation of the SLC6A4 gene polymorphism. . *Neuroimage*, 25:1197-1204.
77. Renneberg B, S. R. C. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: development and validation of a self-report inventory. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 36: 173-182.
78. Cunha I, B. S. (2003). Comparison between the results of the Symptom Checklist-90 in two different populations with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*, 4:733 -739.
79. De Leeuw R, B. E. (2005). Prevalence of traumatic stressors in patients with temporomandibular disorders. *J Oral Maxillofac Surg*, 63: 42-50.
80. Gouvier WD, P. J. (2004). Neuropsychological and emotional changes during simulated microgravity: effects of triiodothyronine alendronate, and testosterone. *Arch Clin Neuropsychol*, 19: 153-163.
81. González, G. A. (2013). *Teorías de la Personalidad. Tercer Milenio.*
82. Guillén García, F. (2007). Diferencias de personalidad entre deportistas y no deportistas, a través del 16PF. *Revista de Psicología UCA*, 3(6): 1-24.
83. López-Ibor, J. J., Ortiz Alonso, T., & López-Ibor Alcocer, M. I. (1999). *Personalidad desde la teoría de los rasgos. Lecciones de psicología médica.* España: Masson. p.137. ISBN 8445808109. Consultado el 04-03-11.

84. Polaino-Llorente, A., Cabanyes Truffino, J., & del Pozo Armentia, A. (2003). Introducción a los principales modelos teóricos de la personalidad. *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp: 94–103.
85. Costa, R. R. (2011). Cross-Cultural Research on the Five Factor Model of Personality. *Online Readings in Psychology and Culture*, Unit 4. Recuperado de: <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol4/iss4/I> .
86. LC., H. (2012). *Psicología de la Personalidad y Diferencial*. Madrid, España: CEDE.
87. Cruz M, R. A. (2013). Tipos de personalidad del Mexicano: Desarrollo y validación de una escala. *Acta de Invest psicol*, 3(2): 1180-1197.
88. Costa, P. M. (1991). Facet scales for Agreeableness and Conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12: 887-898.
89. William R. Calabrese, M. M. (2012). Development and Validation of Big Four Personality Scales for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality-2nd Edition (SNAP-2). *Psychol Assess*, 24(3): 751–763.
90. Evaluación del Test NEO-PI-R . (2008). Colegio General de Colegio de Psicólogos.
91. Endler, N. &. (1976). “Toward an inteactional psychology of personality”. *Psychological Bulletin* . faltan páginas

92. Gieler U, K. J. (2000). Atopic eczema prevention programs - a new therapeutic concept for secondary prevention. *Dermatol Psychosom*, 1: 138-147.
93. Harth W, G. U. (2009). Co-morbidities, Anxiety Disorders. En *Clinical management in dermatology*, editor. 1 st ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 131.
94. Musalek M, H. B. (2002). Síndromes delirantes. In C. J. Grimalt F, *Dermatología y psiquiatría: historias clínicas comentadas*. España: Aula Médica: 85-90.
95. OMS. (2000). *Clasificación de los Trastornos Mentales del Comportamiento: con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación: CIE-10*. Madrid. Médica Panamericana .
96. DSM-IV-TR, A. P. (2000. text revision). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: 4 ed.
97. Moosavi Z, S. K. (2013). Mental Health Evaluation in Dermatologic Outpatients with Chronic Pruritus. *J Health Res*, 5(2): 1-8.
98. Kamal M, M. M. (2006). Quality of Life in Acne Vulgaris Patients. *Egypt J. Neurol. Psychiat. Neurosurg*, 44 (1) : 301-12.
99. Konuk N, K. A. (2007). Psychopathology, depression and dissociative experiences in patients with lichen simplex chronicus. *General Hospital Psychiatry*, 29: 232-35.

- 100.** Staubach P, D. M. M. (2011). High Prevalence of Mental Disorders and Emotional Distress in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. *Acta Derm Venereol*, 91: 557-61.
- 101.** Chung M, S. G. H. (2010). The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. *J Compr Psychiatry*, 51(1): 55-63.
- 102.** Cohen, F. (1979). Personality, stress, and the development of physical illness. In G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler, & Associates. *Health psychology. A handbook. Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the healthcare system*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 103.** Babinska M, W. (2013). The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol*, 30(6): 381–87.
- 104.** Schut T. B. G. (2014). Personality traits, depression and itch in patients with atopic dermatitis in an experimental setting: a regression analysis. *Acta Derm Venereol*, 94(1): 20-5.

## 8. ANEXOS

### 8.1. Hoja de recolección de datos

**ESTOS CUESTIONARIOS Y LOS DATOS SON CONFIDENCIALES CON FINES DE INVESTIGACIÓN.  
LA PARTICIPACIÓN EN LA RESOLUCIÓN DE ESTOS INSTRUMENTOS ES VOLUNTARIO.**

Expediente y NS: \_\_\_\_\_

#### Datos generales

Iniciales: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: **Maque con X**  
Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo

Lugar de Origen y  
Residencia \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

#### Responda las siguientes preguntas

¿Se conoce enfermo de algo ó toma algún medicamento en casa todos los días? (Ejemplo: diabetes, hipertensión, aumento del colesterol, obesidad etc.)

¿Cuánto tiempo (en meses) ha tenido el problema de piel por el que consulta?

¿Qué tratamientos le han dado para el problema de piel y por cuánto tiempo?

¿El problema de piel le provoca comezón intensa, ardor o dolor que no le deja dormir ó le afecta en sus actividades?

¿Usted ha notado que con el estrés, su problema de piel empeore o piense usted que sea la causa?

#### Responda SI ó NO a lo siguiente

¿Alguna vez ha sido tratado por algún profesional de la salud mental (psicólogo, psiquiatra)?

¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados por un psiquiatra?

¿Ha sufrido burlas ó maltrato a causa de su padecimiento dermatológico?

¿Le han dicho sus familiares o personas de confianza que usted es muy tímido?

¿Le han dicho sus familiares o personas de confianza que usted es muy nervioso?

¿Consume ó ha consumido alguna droga ó sustancia ilícita?

¿Ha abusado del alcohol en el último año?

#### **ESTE APARTADO ES PARA RESPONDERSE POR EL INVESTIGADOR**

Diagnóstico Dermatológico:

Topografía:

Morfología:

## 8.2. Cuestionario NEO FFI-60



CUESTIONARIO NEO – FFI

En relación a su forma de ser habitual, le pedimos conteste de la manera más honesta las siguientes preguntas. Recuerde que **no existen respuestas buenas ni malas**. Señale con una X.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
	A	B	C	D	E
1. A menudo me siento inferior a los demás					
2. Soy una persona alegre y animosa					
3. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación					
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente					
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme					
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso					
7. Disfruto mucho hablando con la gente					
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí					
9. A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero					
10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada					
11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores					
12. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente					
13. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales					
14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero					
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas					
16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada					
17. No me considero especialmente alegre					
18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza					
19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear					
20. Tengo mucha autodisciplina					
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza					
22. Me gusta tener mucha gente a mi alrededor					
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas					
24. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar					
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias					
26. Cuando estoy bajo una fuente de estrés, a veces siento que me voy a desmoronar					
27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas					
28. Tengo mucha fantasía					

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
	A	B	C	D	E
29. Mi primera reacción es confiar en la gente					
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez					
31. A menudo me siento tenso e inquieto					
32. Soy una persona muy activa					
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía, y dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades					
34. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador					
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago					
36. A veces me he sentido amargado y resentido					
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros					
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o la condición humana					
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana					
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo					
41. Soy bastante estable emocionalmente					
42. Huyo de las multitudes					
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas o teóricas					
44. Trato de ser humilde					
45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo					
46. Rara vez estoy triste o deprimido					
47. A veces rebose felicidad					
48. Experimento una gran cantidad de emociones o sentimientos					
49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna					
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso					
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento					
52. Me gusta estar donde está la acción					
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países					
54. Puedo ser sarcástico y mordaz de ser necesario					
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna					
56. Es difícil que yo pierda los estribos					
57. No me gusta mucho charlar con la gente					
58. Rara vez experimento emociones fuertes					
59. Los mendigos no me inspiran simpatía					
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer					

## 8.3. Cuestionario SCL-90



CUESTIONARIO SCL-90-R

A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione en cada caso su respuesta, marcando la letra que mejor describa: **HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY.**

No olvide que debe contestar el cuestionario completo

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
	A	B	C	D	E
1. Dolores de cabeza	0	0	0	0	0
2. Nerviosismo o agitación interior	0	0	0	0	0
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se le van de su mente	0	0	0	0	0
4. Sensaciones de desmayo o mareo	0	0	0	0	0
5. Pérdida del deseo o del placer sexual	0	0	0	0	0
6. El hecho de juzgar a otras personas crítica o negativamente	0	0	0	0	0
7. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	0	0	0	0	0
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	0	0	0	0
9. Dificultad para recordar las cosas	0	0	0	0	0
10. Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	0	0	0	0
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado	0	0	0	0	0
12. Dolores en el corazón o en el pecho	0	0	0	0	0
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle	0	0	0	0	0
14. Sentirse bajo de energías o decaído	0	0	0	0	0
15. Pensamientos o ideas de acabar con su vida	0	0	0	0	0
16. Oír voces que otras personas no oyen	0	0	0	0	0
17. Temblores	0	0	0	0	0
18. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	0	0	0	0
19. Falta de apetito	0	0	0	0	0
20. Llorar fácilmente	0	0	0	0	0
21. Timidez o incomodidad con el sexo opuesto	0	0	0	0	0
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	0	0	0	0
23. Tener miedo de repente y sin razón	0	0	0	0	0
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	0	0	0	0
25. Miedo a salir de casa solo	0	0	0	0	0
26. Culparse a sí mismo de lo que pasa	0	0	0	0	0
27. Dolores en la parte baja de la espalda	0	0	0	0	0
28. Sentirse incapaz de lograr cosas	0	0	0	0	0
29. Sentirse solo	0	0	0	0	0
30. Sentirse triste	0	0	0	0	0
31. Preocuparse demasiado por las cosas	0	0	0	0	0
32. No sentir interés por las cosas	0	0	0	0	0
33. Sentirse temeroso	0	0	0	0	0
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	0	0	0	0

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
	A	B	C	D	E
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	0	0	0	0
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	0	0	0	0
37. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no les gusta	0	0	0	0	0
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	0	0	0	0
39. Que el corazón le palpita o le vaya muy deprisa	0	0	0	0	0
40. Náuseas o malestar en el estómago	0	0	0	0	0
41. Sentirse inferior a los demás	0	0	0	0	0
42. Dolores musculares	0	0	0	0	0
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted	0	0	0	0	0
44. Dificultad para conciliar el sueño	0	0	0	0	0
45. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace	0	0	0	0	0
46. Encontrar difícil el tomar decisiones	0	0	0	0	0
47. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	0	0	0	0	0
48. Dificultad para respirar	0	0	0	0	0
49. Sentir calor o frío de repente	0	0	0	0	0
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que le dan miedo	0	0	0	0	0
51. Que se le quede la mente en blanco	0	0	0	0	0
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	0	0	0	0
53. Sentir un nudo en la garganta	0	0	0	0	0
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	0	0	0	0
55. Tener dificultad para concentrarse	0	0	0	0	0
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	0	0	0	0
57. Sentirse tenso o agitado	0	0	0	0	0
58. Pesadez en los brazos o las piernas	0	0	0	0	0
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir	0	0	0	0	0
60. El comer demasiado	0	0	0	0	0
61. Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	0	0	0	0
62. Tener pensamientos que no son suyos	0	0	0	0	0
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	0	0	0	0
64. Despertarse de madrugada	0	0	0	0	0
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar, etc.	0	0	0	0	0
66. Sueño inquieto o desvelarse fácilmente	0	0	0	0	0
67. Tener fuertes deseos de romper algo	0	0	0	0	0
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	0	0	0	0
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas	0	0	0	0	0
70. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, p.ej. en el cine, en las tiendas	0	0	0	0	0
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	0	0	0	0
72. Ataques de terror o pánico	0	0	0	0	0
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	0	0	0	0
74. Tener discusiones frecuentes	0	0	0	0	0
75. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo	0	0	0	0	0

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
	A	B	C	D	E
76. El que otros no reconozcan adecuadamente sus logros	0	0	0	0	0
77. Sentirse solo aunque esté con más gente	0	0	0	0	0
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	0	0	0	0
79. La sensación de ser inútil o de no valer nada	0	0	0	0	0
80. Pensamientos de que va a pasar algo malo	0	0	0	0	0
81. Tener deseos de gritar o de tirar cosas	0	0	0	0	0
82. Tener miedo de desmayarse en público	0	0	0	0	0
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara	0	0	0	0	0
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	0	0	0	0
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados	0	0	0	0	0
86. Pensamientos o imágenes estremeedoras que le dan miedo	0	0	0	0	0
87. La idea de que algo anda mal en su cuerpo	0	0	0	0	0
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie	0	0	0	0	0
89. Sentimientos de culpabilidad	0	0	0	0	0
90. La idea de que algo anda mal en su mente	0	0	0	0	0