

Brufau, Ramón Martín; Corbalán Berná, Javier; Brufau Redondo, Carmen; Ramirez
Andreo, Antonio; Limiñana Gras, Rosa M^a

Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis
Anales de Psicología, Vol. 26, Núm. 2, julio, 2010, pp. 335-340
Universidad de Murcia
España

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16713079018>



anales
psicología
DE

Anales de Psicología
ISSN (Versión impresa): 0212-9728
servpubl@fcu.um.es
Universidad de Murcia
España

¿Cómo citar?

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista

Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis

Ramón Martín Brufau^{1*}, Javier Corbalán Berná¹, Carmen Brufau Redondo², Antonio Ramirez Andreo³
y Rosa M^a Limiñana Gras¹

¹ Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia.

² Departamento de Dermatología. Universidad de Murcia. Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia).

³ Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia)

Resumen: La relación entre las enfermedades de la piel y los factores psicológicos ha sido ampliamente documentada en la literatura científica. Dentro de las enfermedades de la piel con claro componente psicológico se encuentra la psoriasis. La correlación entre el agravamiento de las lesiones cutáneas y un aumento de los niveles de psicopatología en respuesta a eventos estresantes ha sido descrita anteriormente en esta enfermedad. Sin embargo, los estudios que comparan personalidad en psoriasis y población normal mediante pruebas objetivas han sido escasos y no del todo concluyentes.

Objetivo: Comprobar si existe alguna variable de estilos de personalidad implicada en el desarrollo o mantenimiento de la enfermedad de psoriasis.

Método: Se comparó una muestra de 36 pacientes de psoriasis con población normal no dermatológica.

Resultados: Los pacientes de psoriasis presentaron diferencias en metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales características así como un índice de ajuste más bajo que la población normal.

Conclusiones: Este trabajo presenta datos que apoyan la existencia de un perfil de personalidad diferente a la población normal y que podrían actuar como factor de riesgo para el desencadenamiento y/o mantenimiento de la psoriasis.

Palabras clave: Psoriasis; psicodermatología; estilos de personalidad; psicósomática.

Title Personality styles in patients with psoriasis.

Abstract: The relationship between skin diseases and psychological factors has been well documented in scientific literature. Among the skin diseases with clear psychological component is the psoriasis. The correlation between the worsening of skin lesions and increased levels of psychopathology in response to stressful events has been described previously in this disease. However, studies comparing personality in psoriasis and normal population using objective tests have been limited and not conclusive.

Purpose: To determine whether any variable of personality styles involved in the development or maintenance of psoriasis disease.

Method: We compared a sample of 36 psoriasis patients with normal (non dermatological disease) population.

Results: Psoriasis patients showed differences in motivational goals, cognitive and interpersonal behavior characteristic modes and a lower setting rate than the normal population.

Conclusions: This study presents data supporting the existence of a personality profile different from the normal population and that could act as a risk factor for the onset and / or maintenance of psoriasis.

Key words: psychodermatology; personality styles; psychosomatic.

Introducción

Enfermedades de la piel y factores psicológicos

Las enfermedades de la piel han sido tradicionalmente asociadas a factores psicológicos en su desencadenamiento, desarrollo y mantenimiento (Alexander, 1951). Existe evidencia relacionando el estrés y la exacerbación de diferentes enfermedades de la piel (Kimyai-Asadi & Usman, 2001; Robles, 2007; Vileikyte, 2007) y una disminución de la calidad de vida en éstos (Hong, Koo, & Koo, 2008). En estudios longitudinales recientes realizados sobre población hospitalaria general, los datos revelan la implicación de factores psicológicos como estrés, depresión y ansiedad en las personas que presentan enfermedades de la piel (Magin, Sibbritt, & Bailey, 2009), quedando una vez más establecida la relación entre las variables psicológicas y las enfermedades dermatológicas.

Estrés, piel y personalidad

Paralelamente, se han revisado trabajos que evidencian cómo ciertas variables de personalidad pueden modular la

respuesta al estrés. El estrés psicológico se ha descrito como variable desencadenante de una patología cutánea en numerosas publicaciones, asociado frecuentemente a niveles elevados de activación simpática y dificultades de regulación emocional (Arck & Paus, 2006; Berg, Svensson, Brandberg, & Nordlind, 2008; Gupta, 2008; Gupta, & Gupta, 2004; Mastrolonardo, Alicino, Zefferino, Pasquini, & Picardi, 2007; Morell-Dubois et al. 2008; Petra C. Arck, 2006; Picardi et al. 2005; Picardi, et al. 2003; Richards, Ray et al. 2005; Wright, Cohen, & Cohen, 2005). Así, los factores de vulnerabilidad psicológica pueden influenciar el impacto del estrés sobre una enfermedad dermatológica en los individuos predispuestos (Krejci-Manwaring, Kerchner, Feldman, Rapp, & Rapp, 2006). También se ha propuesto que las enfermedades de la piel presentan por lo general rasgos de personalidad que les harían más vulnerables al estrés (Buske-Kirschbaum et al. 2004; Cordan Yazici et al., 2006; Bahmer, 2007; Kilic, Gulec, Gul, & Gulec, 2008; Kim et al., 2006; L. Papadopoulos, 2003; Valverde, Mestanza, & Asenjo, 2005; Willemsen, Roseeuw & Vanderlinden, 2008), haciendo interesante el estudio de variables psicológicas estables en estos pacientes. Una de las enfermedades más relacionadas con el estrés en dermatología ha sido la psoriasis.

Psoriasis: Definición

Fue descrita en el año 400 AC por Hipócrates, quien la llamó "Psora" o "lepra", ya que entonces no se distinguían

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:
Ramón Martín Brufau. Dept. Psicología Básica y Metodología. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: ramonmail@gmail.com

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

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

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

Actualmente la psoriasis se considera una enfermedad inmunitaria. Los linfocitos T activados actúan regulando un complejo conjunto de reacciones inflamatorias en la piel, que se concretan en dos componentes: por un lado la hiperproliferación de la epidermis, que se renueva a una velocidad mucho mayor de lo normal, junto a una diferenciación alterada, lo que conduce a la aparición de escamas y por otro lado, la inflamación de la dermis.

Junto a estos dos componentes, hay otros factores ambientales que influyen en el curso de la psoriasis, desencadenando los brotes o agravando su intensidad, aunque también hay brotes esenciales, donde no existe ningún factor desencadenante conocido. Algunas infecciones, como el SIDA, intensifican los brotes y los hacen más resistentes al tratamiento, las infecciones estreptocócicas de vías altas, desencadenan un tipo especial de psoriasis, llamado "en gotas" sobre todo en niños y adolescentes. Algunos medicamentos también son capaces de desencadenar o agravar un brote de psoriasis. Factores hormonales, como el embarazo, el hipotiroidismo, la hipocalcemia. Factores metabólicos, como la diabetes o la obesidad. Factores digestivos: dieta. También el clima, con empeoramiento en invierno y mejoría en verano, especialmente si se toma el sol.

Dentro de los elementos que influyen en el desarrollo de la psoriasis, cobra especial importancia en este caso el estrés psíquico, uno de los factores desencadenantes mejor conocidos por los pacientes. Ellos mismos lo identifican sin dificultad como responsable de muchos de sus brotes de psoriasis y ha sido descrito en numerosas ocasiones relacionado a sufrimiento psicológico como sentimientos de vergüenza, timidez, baja autoestima, estigmatización (Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2009).

Otros autores han descrito mayor vulnerabilidad psiquiátrica asociada a psoriasis (Valverde et al., 2005) y encontrado una mayor reactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal en pacientes con esta enfermedad (Richards, Ray et al., 2005). Teniendo todo esto en cuenta, no es sorprendente

que algunos autores la propongan como una enfermedad psicósomática por el estrecho vínculo entre estrés y exacerbación de las lesiones de psoriasis (Kilic et al., 2008). También se les ha detectado mayor presencia de rasgos alexitímicos (Richards, Fortune, Griffiths, & Main, 2005).

Se ha dicho que se han encontrado relaciones entre la tendencia a experimentar emociones positivas o negativas y variables de personalidad (extraversión y neuroticismo, respectivamente) (Ng, 2009) que pueden estar modulando la respuesta a eventos estresantes. Recientemente se han publicado algunos estudios muy interesantes que utilizan medidas psicofisiológicas de la actividad de la piel en respuesta a diversos estímulos y las comparan con medidas de personalidad. Así se ha encontrado respecto a la variable Extraversión del EPQ de Eysenck (Carrillo, Ricarte, González-Bono, Salvador & Gómez Amor, 2003) que modulaba la respuesta de electroconductancia de la piel durante una situación estresante.

A este respecto, si bien unos trabajos han encontrado características de personalidad asociadas al desarrollo o exacerbación de patologías dermatológicas (Judith A. Bahmer, 2007; Kilic et al., 2008; Krejci-Manwaring et al., 2006) otros estudios no encontraron diferencias de personalidad entre pacientes atópicos, psoriasis y una muestra de sujetos sanos (Magin, Pond, Smith, Watson, & Goode, 2008). Tampoco se encontraron diferencias entre la población normal y población de enfermedad dermatológica en estudios realizados en población española (Pérez et al., 2000). En un artículo de revisión sobre Alexitimia no se encontraron datos concluyentes sobre esta relativamente estable variable psicológica (Willemsen et al., 2008). Y otros, subrayan que se necesita más investigación sobre el modo en que los perfiles de personalidad afectan a las enfermedades dermatológicas (Verhoeven et al., 2008).

Daría la impresión de que los resultados sobre el rol de las variables de personalidad en pacientes de piel no ha quedado establecido de forma concluyente. El objetivo de este trabajo, por lo tanto, es estudiar la presencia de perfiles de personalidad diferenciales entre la población dermatológica afectada de psoriasis y la población normal no dermatológica.

Método

Participantes

Se seleccionó a 36 sujetos con psoriasis en el Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. Para formar parte de la muestra, los sujetos debían estar diagnosticados de psoriasis por un especialista en dermatología. La recolección de información fue realizada desde Octubre del 2005 hasta Junio 2009.

Debido a que este instrumento está diseñado para evaluar personalidad en población mayor de 18 años, se excluye del estudio aquellos datos incompatibles con la corrección de sus perfiles en dichos cuestionarios. Así como el índice de

consistencia con el que cuenta el cuestionario MIPS igual a 5, el máximo, por invalidar la prueba.

A continuación se exponen de manera esquemática los criterios de inclusión-exclusión para participar en el estudio. Criterios de inclusión: Personas diagnosticadas de Psoriasis por un dermatólogo, que aceptasen participar en el estudio. Criterios de exclusión: Trastornos Psicológicos severos: Psicosis, Trastornos facticios o simulación, Trastornos neurológicos, etc.

Respecto a la comorbilidad, en poblaciones de patología cutánea suelen encontrarse síntomas depresivos, y de ansiedad superiores a la población normal (Numan Kounk, 2007), sin embargo los pacientes no tenían un diagnóstico clínico de depresión o trastornos de ansiedad. Por otro lado, los participantes de la muestra estudiada nunca habían tenido un ingreso psiquiátrico por trastornos de ansiedad o depresión, por lo que los datos obtenidos no deberían ser atribuidos en mayor medida a los síndromes psiquiátricos.

Medidas

Para evaluar los estilos de personalidad se empleo el cuestionario Míps de estilos de personalidad (MIPS). Una prueba que mide personalidad normal. Analiza 24 dimensiones de personalidad y cuenta con un índice de ajuste que informa del grado de adaptación de una persona a su entorno.

Procedimiento

La muestra fue formada por 34 pacientes de Psoriasis. Los participantes de la muestra del estudio fueron seleccionados sobre población clínica del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

Los cuestionarios fueron presentados a los participantes por el dermatólogo quien les explicó el fin de la investigación y los requerimientos e implicaciones para los pacientes. Asimismo les ofreció su inclusión en el estudio tras consentimiento previo.

El MIPS cuenta con un baremo estandarizado en población española de 2300 personas que se ha utilizado como

Respecto a los estilos cognitivos que presentan los pacientes de psoriasis encontramos que la escala de intuición está disminuida, lo que indica que son personas más orientadas cognitivamente hacia los aspectos concretos, más que los abstractos. Y una menor tendencia a utilizar los esquemas cognitivos de formas novedosas o creativas.

En cuanto a las conductas interpersonales encontramos que estas personas presentan menos discrepancia que la muestra de referencia. Son personas menos dominantes y más aquiescentes. Globalmente podemos decir que son personas que presentan tendencia a buscar la unión con los

grupo control para establecer la comparación con la muestra de ND. El test se corrige mediante software informatizado.

El baremo de población adulta normal fue empleado para las comparaciones de medias entre las muestras. En esta muestra de referencia el número de pacientes totales fue de 1184 (643 Mujeres; 541 Varones). No hay porque suponer diferencias socioculturales ya que parte de la muestra fue tomada de población murciana para la construcción del baremo del cuestionario. Esta metodología ya se ha empleado anteriormente para evaluar los estilos de personalidad en otras situaciones de enfermedad (Limiñana Gras, Corbalán Berná & Sánchez López, 2009).

Análisis de datos

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

Resultados

Los resultados pueden comprobarse en las tablas 1 y 2. En la Tabla 1 se pueden encontrar los datos sociodemográficos de la muestra en comparación con la muestra de psoriasis.

Se encontraron diferencias en personalidad entre la muestra normal y la psoriasis en las siguientes variables: Individualidad, Protección, Intuición, Innovación, dominio y Aquiescencia. Los resultados numéricos del perfil pueden encontrarse en la Tabla 2 y gráficamente en la Figura 1.

Dentro de la dimensión de metas motivacionales encontramos que las personas con psoriasis presentan tendencia a mostrar refuerzo externo, orientados a los deseos de los demás, más que a los suyos propios. Esta tendencia queda reforzada por encontrarse disminuida su orientación a sus propias metas y a basarse más en los deseos de los demás.

demás, el acuerdo y a presentar poca discrepancia o disonancia con las opiniones de los demás con el fin de buscar puntos de unión con el otro. Pudiendo resultar dependientes, poco dominantes y sin iniciativa u opiniones propias.

Índice de ajuste psicológico

Los resultados indican un perfil de personalidad más desajustado, lo que se ha relacionado con una menor satisfacción con la vida (Díaz Morales & Sánchez López, 2002).

Tabla 1: Características sociodemográficas (edad y sexo) de las muestras.

Característica	Media o porcentaje en Psoriasis N=36	Media o porcentaje del grupo normal N=1.184
Género, femenino; n (%)	22 (59.5%)	634 (54.31%)
Edad media/rango (años)	42.59/(24-86)	37.60/(18-65)

Tabla 2: Diferencias en Estilos de Personalidad entre la muestra normal y la de psoriasis.

Variable de Personalidad	Media Psoriasis	Media Normal	Prueba t Student	p
Expansión	57.67	62.05	-1.155	.256
Preservación	43.75	39.86	0.981	.333
Modificación	44.56	50.52	-1.371	.179
Adecuación	55.89	51.63	0.980	.334
Individualidad*	41.72	52.14	-2.390	.022
Protección	60.19	51.64	1.916	.064
Extraversión	46.41	48.59	-0.482	.633
Introversión	48.67	51.45	-0.570	.572
Sensación	61.42	58.39	0.859	.396
Intuición*	35.22	42.82	-2.529	.016
Pensamiento	44.25	49.46	-1.251	.219
Sentimiento	57.83	51.36	1.486	.146
Sistematización	49.67	50.30	-0.155	.878
Innovación*	33.22	42.67	-2.396	.022
Retraimiento	55.83	50.60	1.379	.177
Sociabilidad	44.36	51.04	-1.680	.102
Indecisión	49.47	46.32	0.672	.506
Decisión	44.44	50.89	-1.554	.129
Discrepancia*	36.97	43.62	-2.170	.037
Conformismo	59.31	51.93	1.739	.091
Sumisión	45.92	45.33	0.162	.872
Dominio*	34.47	44.65	-2.436	.020
Descontento	39.5	44.62	-1.06	.296
Aquiescencia***	77.58	59.18	5.269	.000
Índice de ajuste**	43.13	50.69	-3.111	.004

p> .05; ** p>.01; ***p>.000.

Discusión

La enfermedad de psoriasis ha sido relacionada frecuentemente con alteraciones emocionales, dificultades en expresar emociones y vulnerabilidad al estrés. Se ha encontrado que los pacientes de psoriasis muestran más ansiedad rasgo y más vulnerabilidad al estrés comparados con sujetos normales al igual que los sujetos de dermatitis atópica (Buske-Kirschbaum et al., 2004). Existe evidencia que subraya el temor de los pacientes de psoriasis a ser rechazados o a ser objeto de evaluación negativa, algo que podría estar modulado por variables de personalidad, como en otras patologías dermatológicas como el acné (Krejci-Manwaring et al., 2006).

En la muestra que hemos estudiado encontramos la tendencia a tratar de disminuir el grado de distancia o disonancia lo cual podría explicarse como una tendencia protectora a ser rechazados o discriminados por los demás. El conjunto de puntuaciones como alta aquiescencia, bajo descontento, baja dominancia apuntan en este sentido, quizá en respuesta a ese miedo a ser rechazados. Esta tendencia se ve reflejada también en una mayor inclinación a estar orientado hacia los demás, como en otros trabajos donde se encuentran los mismos resultados relacionados con menores puntuaciones en rasgos narcisistas en los pacientes de psoriasis, más altruismo, más inclinados a los demás haciéndoles más altruis-

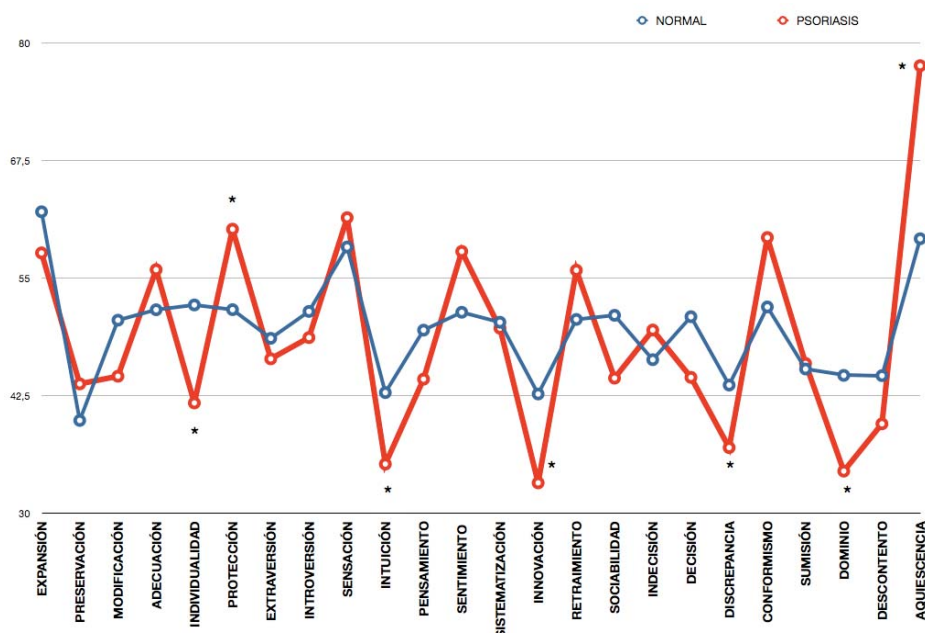


Figura 1: Perfiles de personalidad de la muestra normal (azul) y psoriasis (rojo).

tas y no respondiendo a las críticas con agresividad (Bahmer, 2007). Los pacientes podrían estar actuando así con el fin de disminuir los conflictos emocionales e interpersonales que pu-

diese causar una ruptura con las relaciones con los demás. Una alta vulnerabilidad al estrés en estos pacientes (Valverde et al.,

2005), podría estar sustentando esta tendencia a evitar conflictos interpersonales con los demás.

Esta tendencia es coherente con estudios de personalidad en pacientes con psoriasis que encuentran puntuaciones más altas en evitación del dolor (harm-avoidance) y menores puntuaciones en la variable estar orientado a uno mismo (self-directedness), dando como resultado individuos dependientes, sociables y fácilmente influenciados por los otros (Kilic et al., 2008), en coherencia con nuestros resultados. Respecto a la evitación del dolor nuestros resultados no encuentran diferencias estadísticamente significativas aunque apuntan en la misma dirección que el estudio de Kilic. Algunos autores han explicado estas diferencias en pacientes de psoriasis como una forma de suplir una mala regulación emocional (Picardi et al., 2005). Las puntuaciones en escalas de alexitimia, una variable relacionada con la dificultad de regular emociones también son mayores en psoriasis (Richards et al., 2005; Willemsen et al., 2008). Sugiriendo que independientemente de los eventos estresantes, lo que afectaría negativamente a la psoriasis sería una dificultad estable en regular las emociones.

Contrastando con este hallazgo de diferencias de personalidad en pacientes con psoriasis, otros autores afirman que en general no se ha encontrado hasta el momento un perfil de personalidad distintivo en pacientes de piel en general (Verhoeven et al., 2008). En una investigación con población española sobre variables de personalidad en población dermatológica (Antuña-Bernardo, 2000), se estudiaron las variables de personalidad a través del cuestionario EPQ de Eysenck y tampoco encontraron diferencias entre la población normal y todas las patologías cutáneas, incluida la psoriasis. Sin embargo, sí encontraron menor calidad de vida y puntuaciones de neuroticismo por encima de la media en su muestra. Esta variable de personalidad está relacionada con un papel modulador en la respuesta de estrés, tal como muestran estudios sobre la respuesta autonómica en situaciones de hablar en público en población española (Carrillo et al., 2003). Puede que, al tomar todas las enfermedades dermatológicas en conjunto, las enfermedades de la piel menos asociadas a variables psicológicas puedan haber atenuado la influencia de patrones distintivos de personalidad dificultando la detección de diferencias entre la población normal y la dermatológica o quizá puede que el MIPS sea un instrumento más adecuado para evaluar diferencias entre la población normal y la dermatológica.

Finalmente, el índice de ajuste, que como grupo, presentan estas personas es excesivamente bajo y podría correlacionar con medidas de ansiedad y depresión y problemas sexuales encontradas en otras publicaciones (Mercan, 2008) y puesto que se ha relacionado con una menor satisfacción vital (Díaz Morales & Sánchez López, 2002), consistentemente con otras publicaciones en las que la calidad de vida en pacientes con psoriasis era menor que la de la población normal (Van Voorhees & Fried, 2009), todo ello podría estar indicando que las variables de personalidad medidas por el MIPS son desajustadas o más desadaptadas en la población dermatológica que en la normal. Las personas con psoriasis suelen presentar problemas asociados a su enfermedad, presentando baja calidad de vida y numerosas bajas laborales a causa esa baja calidad de vida, más que a las intensidad de las lesiones que padecen (Hong et al., 2008),

haciendo necesario evaluar las variables psicológicas en estos pacientes.

Conclusiones

Los resultados confirman la hipótesis de que hay diferencias de personalidad no debidas al azar entre las poblaciones sin patología cutánea y con psoriasis siendo el índice de ajuste un indicador de riesgo o vulnerabilidad del perfil de personalidad encontrado. Lo cual es un hallazgo a tener en cuenta a la hora de tomar en consideración la dimensión global de los pacientes dermatológicos en general y de psoriasis en particular, por el posible papel que pueda jugar en el desencadenamiento, mantenimiento y agravamiento de la enfermedad. Así como el papel que pudiese jugar como factor modulador de las experiencias estresantes y calidad de vida.

Nuevas líneas de investigación que comprobasen el efecto de la personalidad en la piel podrían arrojar más luz sobre la terapéutica de las enfermedades de la piel con posible influencia de causas psíquicas. El hecho de que se hayan encontrado diferencias de medias entre las muestras normal y psoriasis, no aporta información determinante sobre una relación causal de la personalidad sobre la enfermedad de psoriasis. Aunque nos inclinamos a pensar de esta manera bajo el supuesto de que la personalidad actúa de variable moduladora de los acontecimientos vitales. De qué manera el estudio de la personalidad puede establecer diferencias de elección en las prácticas terapéuticas es todavía una incógnita que debe ser desarrollada en futuros trabajos. Lo que sí podemos aportar son datos que apoyan la relación que existe entre unas determinadas dimensiones de personalidad y la enfermedad dermatológica estudiada.

Aunque consideramos que el número de sujetos incluidos en este estudio permite establecer diferencias entre la muestra de psoriasis y la muestra normal y que a su vez es coherente con los hallazgos de otras investigaciones, relaciones estadísticas más potentes podrían deducirse con una población mayor. Así como una comparación entre diferentes enfermedades cutáneas para dilucidar la existencia de un perfil dermatológico común a los enfermos de piel como sugieren algunos autores (Buske-Kirschbaum et al., 2004).

En definitiva, el perfil de personalidad encontrado en este estudio subraya la hipótesis de que la personalidad de los pacientes de Psoriasis podría actuar modular los efectos producidos por los estresores diarios o sea resultado de una mala regulación emocional. Esto tiene interesantes implicaciones para el trabajo que se lleva a cabo aquí, ya que pone en juego variables de personalidad y el funcionamiento de la piel, lo que puede aportar información relevante a la hora de comprender el fenómeno de la psicósomática de las lesiones de la piel: qué mecanismos regulan su aparición y, sobre todo, qué influencias juegan las variables individuales a la hora de dar cuenta de las diferencias entre distintas personas a la hora de enfermar. Y como pueden ser aliviados los síntomas que puedan presentar estos pacientes a través de una comprensión más profunda de su situación psicológica.

Todo esto cobra especial importancia ya que hasta el momento no se tienen en cuenta suficientemente las variables de personalidad a la hora de comprender y tratar a estos pacientes en la práctica clínica diaria.

Referencias

- Alexander, E. J. (1951). Psychosomatic Medicine-Its Principles and Applications. *American Journal of Psychiatry*, 108(4), 318-318.
- Arck, P., & Paus, R. (2006). From the brain-skin connection: the neuroendocrine-immune misalliance of stress and itch. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6), 347-356.
- Berg, M., Svensson, M., Brandberg, M., & Nordlind, K. (2008). Psoriasis and stress: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 22(6), 670-674.
- Buske-Kirschbaum, A., Ebrecht, M., Kern, S., Hollig, H., Gierens, A., & Hellhammer, D. (2004). Personality characteristics and their association with biological stress responses in patients with atopic dermatitis. *Dermatol Psychosom*, 5(1), 12-16.
- Carrillo, E., Ricarte, J., González-Bono, E., Salvador, A., & Gómez Amor, J. (2003). Efectos moduladores de la personalidad y la valoración subjetiva en la respuesta autonómica ante una tarea de hablar en público en mujeres sanas. *Anales de Psicología*, 19(2), 305-314.
- Cordan Yazici, A., Basterzi, A., Tot Acar, S., Ustunsoy, D., Ikizoglu, G., Demirseren, D., Kanik, A. (2006). Alopecia areata and alexithymia. *Türk Psikiyatri Derg*, 17(2), 101-106.
- Díaz Morales, J. F., & Sánchez López, P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14(1), 100.
- Grimalt, F., & Cotterill, J. A. (2002). *Dermatología y Psiquiatría*. Grupo Aula Médica, 329.
- Gupta, M. (2008). Stress and Urticaria. *Neuroimmunology of the Skin: Basic Science to Clinical Practice*, 209.
- Gupta, M., & Gupta, A. (2004). Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 18, 560-565.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther*, 21(1), 54-59.
- Bahmer, J. A., Kuhl, J., Bahmer F. A. (2007). How Do Personality Systems Interact in Patients With Psoriasis, Atopic Dermatitis and Urticaria? *Acta Derm Venerol*, 87, 317-324.
- Kilic, A., Gulec, M. Y., Gul, U., & Gulec, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 22(5), 537-542.
- Kim, T. S., Pae, C. U., Jeong, J. T., Kim, S. D., Chung, K. I., & Lee, C. (2006). Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol*, 33(1), 10-15.
- Kimyai-Asadi, A., & Usman, A. (2001). The role of psychological stress in skin disease. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery: Incorporating Medical and Surgical Dermatology*, 5(2), 140-145.
- Krejci-Manwaring, J., Kerchner, K., Feldman, S. R., Rapp, D. A., & Rapp, S. R. (2006). Social Sensitivity and Acne: The Role of Personality in the Integrative Social Consequences and Quality of Life. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 121-130.
- Papadopoulos, L., Walker, C. (2003). Personality, Coping and Sex as Psychosocial Aspects of Psoriatic Arthropathy. *Dermatol Psychosom*, 4(1), 27-32.
- Lázaro-Ochaita, P., & Martínez, R. C. (2008). Psoriasis. In M. J. M. (Ed.), *Pautas de diagnóstico y terapéutica en Dermatología*. Barcelona: Mayo Ediciones.
- Limiñana Gras, R. M., Corbalán Berná, J., & Sánchez López, P. (2009). Thinking Styles and Coping when Caring for a Child with Severe Spina Bifida. *J Dev Phys Disabil*, 21, 169-183.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychology, Health and Medicine*, 14(2), 150-161.
- Magin, P., Pond, C., Smith, W., Watson, A., Goode, S. (2008). A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 22(12), 1435-1444.
- Magin, P., Sibbritt, D., Bailey, K. (2009). The Relationship Between Psychiatric Illnesses and Skin Disease: A Longitudinal Analysis of Young Australian Women. *Archives of Dermatology*, 145(8), 896.
- Mastrolonardo, M., Alicino, D., Zefferino, R., Pasquini, P., Picardi, A. (2007). Effect of psychological stress on salivary interleukin-1beta in psoriasis. *Arch Med Res*, 38(2), 206-211.
- Mercan, S., Altunay, I. K., Demir, B., Akpinar, A., Kayaoglu, S. (2008). Sexual Dysfunctions in Patients with Neurodermatitis and Psoriasis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 160-168.
- Morell-Dubois, S., Carpentier, O., Cottencin, O., Queyrel, V., Hachulla, E., Hatron, P., Delaporte, E. (2008). Stressful life events and pemphigus. *Dermatology*, 216(2), 104-108.
- Ng, W. (2009). Clarifying the relation between neuroticism and positive emotions. *Personality and Individual Differences*, 47, 69-72.
- Kouk, N., Koca, R., Atik, L., Muhtar, S., Atasoy, N., Bostanci, B. (2007). Psychopathology, depression and dissociative experiences in patients with lichen simplex chronicus. *General Hospital Psychiatry*, 29, 232-235.
- Pérez, E., Manuel, J., Curto Iglesias, J. R., Antuña Bernardo, S., García Vega, E., González Menéndez, A., Secades Villa, R. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 12(2), 30-34.
- Arck P. C., Slominski, A., Theoharides, T.C., Peters, E. M. J., Paus, R. (2006). Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol*, 126(8), 1697-1704.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M., Baliva, G., Melchi, C., Biondi, M., Pasquini, P. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Acad Psychosom Med*, 46, 556-564.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Melchi, C., Baliva, G., Camaioni, D., Tiago, A., Abeni, D., Biondi, M. (2003). Stressful Life Events, Social Support, Attachment Security and Alexithymia in Vitiligo A Case-Control Study. *Psychother Psychosom*, 72, 150-158.
- Richards, H., Fortune, D., Griffiths, C., Main, C. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 89-96.
- Richards, H., Ray, D., Kirby, B., Mason, D., Plant, D., Main, C., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M. (2005). Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 153(6), 1114-1120.
- Robles, T. F. (2007). Stress, Social Support, and Delayed Skin Barrier Recovery. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 807-815.
- Antuña-Bernardo, S., García-Vega, E., González Menéndez, A., Secades Villa, R., Errasti Pérez, J., Curto Iglésias, J.R. (2000). Perfil Psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 12(2), 30-34.
- Valverde, J., Mestanza, M., Asenjo, C. (2005). Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica. *Folia Dermatol*, 16(3), 119-122.
- Van Voorhees, A., Fried, R. (2009). Depression and quality of life in psoriasis. *Postgraduate medicine*, 121(4), 154.
- Verhoeven, E. W. M., De Klerk, S., Kraaimaat, F. W., Van De Kerkhof, P., De Jong, E., Evers, A. W. M. (2008). Biopsychosocial Mechanisms of Chronic Itch in Patients with Skin Diseases: a Review. *Acta Dermatologica*, 88(3), 211-218.
- Vileikyte, L. (2007). Stress and wound healing. *Clinics in Dermatology*, 25(1), 49-55.
- Willemssen, R., Roseeuw, D., Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol*, 47(9), 903-910.
- Wright, R. J., Cohen, R. T., Cohen, S. (2005). The impact of stress on the development and expression of atopy. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 5(1), 23.

(Artículo recibido: 1-12-2009; revisado: 22-12-2009; aceptado: 23-12-2009)