

ARTÍCULOS

Aspectos psicológicos de los enfermos con dermatitis atópica: una revisión

Psychological aspects of patients with atopic dermatitis: A review

SUSANA ANTUÑA BERNARDO
ELENA GARCIA-VEGA
ANA GONZALEZ MENÉNDEZ

RESUMEN

En el presente artículo se realiza una revisión de las investigaciones publicadas sobre las características psicológicas de los enfermos con dermatitis atópica. Esta revisión permite constatar la ausencia de investigación básica sobre este tema. Las investigaciones han girado fundamentalmente en torno a las siguientes características psicosociales de estos enfermos: personalidad, ansiedad y depresión, relaciones materno-filiales, estrés y calidad de vida. Las impresiones clínicas parecen conceder un papel importante a los aspectos psicológicos en el desarrollo de este trastorno, pero las conclusiones de la literatura son poco consistentes.

ABSTRACT

A review of literature on psychological features of patients with atopic dermatitis was made, to find out the lack of basic research on the topic. Research concerns mainly the following psychosocial characteristics: personality,

¹ Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

anxiety, depression, mother-child relationship, stress and quality of living. The clinical perspective emphasizes the role of psychological aspects throughout the evolution of this dermatological disorder, even though conclusions in literature show a lack of consistency.

PALABRAS CLAVE

Dermatitis atópica, Personalidad, Ansiedad, Depresión, Estrés, Calidad de vida.

KEY WORDS

Atopic Dermatitis, Personality, Anxiety, Depression, Stress, Quality of living.

Los factores psicológicos en la etiología de diversas enfermedades de la piel y/o su posible relación e influencia como agentes precipitantes o de exacerbación del trastorno han sido ampliamente referidos, y sin embargo escasamente investigados. Ya a mediados del siglo XX, Alexander (1952) incluyó las manifestaciones cutáneas como enfermedades con un marcado componente psicológico. Sin embargo, la falta de rigor en la investigación en este campo y la ausencia de explicaciones fisiopatológicas, han sido el caldo de cultivo que ha favorecido la formulación de hipótesis causales de tipo funcional, psicológico o neurótico que ha creado en el enfermo un sentimiento de culpabilidad y una notoria sensación de desamparo.

El objeto de interés de la presente revisión se ha centrado en conocer que se ha hecho desde la psicología en la investigación de la dermatitis, observándose que no hay líneas claras de investigación, sino más bien evaluaciones puntuales que abordan principalmente las características de personalidad de estos enfermos, trastornos de ansiedad y depresión, relaciones materno-filiales, estrés y calidad de vida.

Antes de proceder a comentar los estudios, nos referiremos a algunas características clínicas de la dermatitis atópica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por lesiones crónicas o con recurrencias crónicas, con prurito o escozor intenso y presencia de excoriaciones o huellas de rascado, así como lesiones papulovesiculares eccematosas, con formación de costras y liquenificación (engrosamiento y aparición de zonas escamosas en la piel) siendo el prurito, el síntoma predominante en DA. Puede localizarse en cualquier parte de la superficie cutánea, pero de preferencia en la cara (cejas, párpados, alrededor de la boca), los dorsos de las manos, la región cervical y áreas de flexión.

La dermatitis atópica es un trastorno común que afecta al 5-15% de los niños en edad escolar y entre 2-10% de los adultos. Entre el 10 y el 20 % de las consultas dermatológicas son de dermatitis atópica, y en torno al 30% de las consultas dermatológicas en atención primaria (McHenry, Williamson y Bingham, 1995).

Existen además numerosos casos de dermatitis en el lactante, de los cuales se estima que en el 50% de los mismos, los más afortunados, la dermatitis más o menos desaparece poco después de que el niño cumple el primer año de

vida. Puede haber en todo caso, signos menores, de piel delicada o seca, y algo de escozor o enrojecimiento en las áreas de flexión. En el otro 50% de los casos, persiste la dermatosis pronunciada.

La expresión clínica de la dermatitis atópica probablemente sea el resultado de la combinación de agentes genéticos, inmunológicos y ambientales (Vega, 1999).

Hay evidencias de la existencia de afección familiar en 2/3 de enfermos, dado que en el 60% de los casos se sitúa el inicio en los primeros meses de edad, asociada a otras manifestaciones de atopia: asma, alergias, rinitis, piel seca y descamativa e hiperlineidad palmar. La piel tiene un umbral muy bajo para el picor, que aparece después de estímulos no pruritosos en individuos no atópicos (Vega, 1999). Así mismo, algunos estudios señalan el alto riesgo de desarrollar asma (43%) y rinitis alérgica (45%), asociado a los siguientes factores: historia familiar de DA, edad de inicio y severidad de los síntomas, reacción temprana a las comidas y propensión a las infecciones (Gustafsson, Sjöberg y Foucard, 2000).

Los factores que hay que considerar en los brotes de dermatitis son múltiples:

- irritantes (agua caliente, lana, polvo y suciedad).
- calor excesivo con sudoración que incita el prurito.
- factores psicológicos.
- infecciones.

El prurito parece ser el síntoma fundamental de la enfermedad y la posible causa de su cronificación: esta condición de la piel parece comenzar partiendo de una pequeña infección o lesión de la piel, que produce picor y consecuentemente la reacción de rascado. El rascado alivia el picor y produce en una sensación placentera, lo que incrementa la posibilidad de posteriores respuestas de rascado en presencia del picor (Bâr y Küypers, 1973). De esta manera se inicia el ciclo "*picor-rascado-alivio-rascado*", que puede llegar a mantenerse durante un largo periodo de tiempo.

Aunque parecen existir evidencias sobre la influencia de las variables psicológicas sobre las manifestaciones de la piel, las investigaciones son escasas y los resultados poco concluyentes, como detallamos a continuación. Para su mejor comprensión se han agrupado por temas las investigaciones:

ESTUDIOS QUE VERSAN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Las investigaciones parecen coincidir en la imposibilidad de determinar la existencia de características premórbidas de personalidad, aunque sí se evidencian unas características propias de pacientes con dermatitis atópica. La dermatitis atópica es de las alteraciones dermatológicas que mayor morbilidad psiquiátrica acumulan (Pulimood, Rajagopalan y Rajagopalan et al. 1996).

En general, se ha notado que los pacientes con dermatitis atópica experimentan más perturbaciones emocionales que los sujetos normales, tienden a ser más irritables, resentidos, agobiados por la culpa y hostiles, que las personas que no presentan este problema dermatológico (Jordan y Whitlock, 1972). Estas afirmaciones defendidas por Jordan y Whitlock, se ven ratificadas en el estudio de Ginsburg, Prystowsky, Kornfeld et al. (1993) en el que compararon una muestra de pacientes atópicos con sujetos sanos y pacientes psoriásicos, obteniendo que las personas aquejadas de dermatitis atópica son más ansiosos, menos asertivos, tienen una menor habilidad para el manejo de sus emociones y se exaltan con mayor rapidez que los controles y que las

personas diagnosticadas de psoriasis.

Se han emitido numerosos informes que se refieren de manera específica a la personalidad del niño con dermatitis atópica. Típicamente es irritable, demandante e infeliz, y necesita más mimos y contacto cutáneo que el niño sano (Kirshbaum, 1982). Según este autor el orgullo y júbilo de los padres por su descendencia quedan comprometidos por la erupción ecematososa persistente y muy visible. Cuando a la necesidad de seguir un tratamiento médico complicado se agrega el hecho de que el niño es "difícil y no atractivo", parece manifestarse cierto grado de resentimiento y vergüenza de los progenitores. Este hecho podría desencadenar una adaptación inadecuada (relación interpersonal difícil entre el progenitor y el niño, y después con su entorno social), y el niño responde a las necesidades no satisfechas con autoestimulación y rascado abusivo. Se crearía así un círculo vicioso en el cual la ansiedad generaría prurito y el prurito y el rascado agravarían la ansiedad del paciente (Kirshbaum, 1982).

A medida que el niño crece, aumentan los problemas relacionados con la dermatitis atópica. Otras personas tienden a evitar al niño, al parecer porque temen el

contagio (el efecto del leproso), y hay alteraciones en la creación de relaciones con compañeros. Los problemas escolares comprenden aumento de absentismo, deterioro del sueño, y menor habilidad para concentrarse, lo cual disminuye la capacidad de aprendizaje (Fritz, 1982).

Ya en los años cuarenta, Stokes (1940) afirmaba que a menudo el paciente con dermatitis atópica está tenso, se siente inseguro, y se muestra agresivo, o presenta la mayor parte de las características que siguen o todas ellas: sentimientos de inferioridad o inadecuación, hostilidad reprimida hacia la figura de los progenitores, hipersensibilidad afectiva, inestabilidad emocional, dificultades sexuales , y un nivel alto de inteligencia. Lo que parecen señalar todas las investigaciones, es que la mayoría de los enfermos con dermatitis atópica muestra alguna forma de alteración emocional (Obermayer, 1955; Brown, 1967; Faulstich y Williamson, 1985; Hashiro y Okumura, 1998). Por lo general, son personas con problemas para expresar sus emociones, que internalizan sus problemas y expresan su ansiedad y hostilidad mediante el rascado de sus lesiones (McLaughlin, Shoemaker y Guy, 1953; Kirshbaum, 1982;).Whitlock (1976), así como Champion y Parish (1979), han indicado que los

sujetos con dermatitis atópica tienen perfiles de personalidad "conflictivos".

Kirshbaum (1982) afirmaba que la dermatitis atópica altera la personalidad. Debido a los cambios cutáneos desagradables, son entendibles las dificultades que se encuentran en la relación personal. Se juzga injustamente al enfermo, debido al aspecto poco agradable de sus lesiones, lo que puede suponer un riesgo emocional. El insomnio debido al prurito también influye de manera negativa sobre la disposición del paciente y la personalidad del mismo.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA DERMATITIS ATÓPICA

Algunos de los trastornos más frecuentemente relacionados con la dermatitis atópica, y que se encuentran en la literatura científica, son los síntomas de ansiedad y depresión que se observan en ella frente al resto de los pacientes dermatológicos y sujetos controles sanos (Ahmar y Kurban, 1976). Más recientemente, Hashiro y Okumura (1996) han especificado que en la dermatitis atópica los síntomas depresivos son más intensos que los síntomas ansiosos, al comparar a estos pacientes con sujetos controles sanos, y que esa diferencia se aprecia más cuando la sintoma-

tología es moderada que cuando es grave o ligera.

Las personas con dermatitis atópica tienen más probabilidades de responder con prurito y rascado a señales y estímulos bastante menores que los sujetos sanos, y algunas de esas señales tienen más importancia en términos psicofisiológicos de lo que pudiera parecer superficialmente. La excitabilidad y la excitación del sistema nervioso central por una perturbación emocional puede intensificar las respuestas vasomotora y de sudoración de la piel, y conducir a la diada prurito-rascado. Esto es compatible con la observación de que muchos pacientes experimentan un fenómeno que genera una respuesta de ansiedad antes de un brote de dermatitis atópica (Whitlock, 1976). La ansiedad disminuye el umbral de prurito, y desencadena la respuesta de rascado (Beerman, 1962; Jordan y Whitlock 1972; Jordan y Whitlock 1974).

La mayoría de los estudios encuentran que, tanto los niños como los adultos afectados de dermatitis atópica, tienen niveles de ansiedad más elevados que los controles sanos (Garrie, Garrie y Mote, 1974; Al-Ahmar y Kurban, 1976; Garrie y Garrie, 1978; Ginsburg, Prystowsky, Kornfeld y Wolland, 1993; Daud, Garralda y

David, 1993; Ehlers, Stangier y Gieler, 1995; Hashiro y Okumura, 1996). El nivel de ansiedad se reduce con la mejoría de la piel y ésta podría mejorar con tratamiento psicológico. Ehlers, Stangier y Gieler (1995) obtuvieron una reducción significativa en los síntomas físicos y psicológicos, a través de la comparación de cuatro programas de tratamiento psicológico con el tratamiento médico estándar.

De otro lado, Linnet y Jemec (1999) afirman que la severidad de los síntomas y la ansiedad son factores importantes en la dermatitis atópica, y consideran que la evaluación psicológica es relevante en este trastorno. Sugieren que la mejoría de las lesiones cutáneas y de la ansiedad estado puede llevar a una mejoría de la calidad de vida dermatológica, y la intervención psicológica puede resultar efectiva, como sugieren los resultados obtenidos por Ehlers, Stangier y Gieler (1995), anteriormente comentados.

Se sabe que la ansiedad excesiva se correlaciona con la facilidad de condicionamiento, y los enfermos con dermatitis atópica quedan condicionados con mayor facilidad a respuestas de rascado que los sujetos normales (Garrie, Garrie y Mote, 1974; Jordan y Whitlock, 1974). Cabe aquí mencionar la evidencia de que en momentos de

frustración o vergüenza, muchas personas sanas también tienden a rascarse en sitios típicamente afectados por la dermatitis atópica.

En todo caso, aún no se ha podido esclarecer completamente la vía que relaciona los factores emocionales (que exacerban la intensidad de los síntomas de la dermatitis atópica) con el desencadenamiento de las diversas fases del fenómeno morboso típico de dermatitis atópica, que los autores tratan de describir (Faulstich y Williamson, 1985; Koo, 1995).

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES MATERNO-FILIALES Y EL AMBIENTE FAMILIAR EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

Desde una perspectiva biopsicosocial, y por tratarse de una patología de inicio en la primera infancia (50% de los casos), es obligado abordar cuestiones relacionadas con las relaciones parentofiliales. Muchos investigadores han estudiado la relación entre madre e hijo, que parece alterada con demasiada frecuencia en el caso de los niños con dermatitis atópica (DA). Obermayer (1955), hizo hincapié en que muchos lactantes quedaron separados en etapas tempranas del seno materno, un suceso traumatizante durante el desarrollo psicológico

del niño, que podría causar un grave daño en la estabilidad emocional. El extremo es la madre que rechaza al niño atópico, y que incluso rehusa tocarlo, con consecuentes enojo, ansiedad y hostilidad del niño hacia la madre en sí, o hacia los sustitutos de la misma. Ya en 1950, se informó que hasta el 98% de los niños con DA tenían madres que los rechazaban, en tanto que pocos niños en un grupo control sin DA sufrieron rechazo materno (Miller y Baruch, 1950). En algunas circunstancias el rechazo materno es una reacción a la DA del niño, es decir, una vez que surge el padecimiento cutáneo, la madre tiende a rechazar al niño (Slany, 1975; Kirschbaum, 1982). La relación alterada entre progenitor e hijo agrava la dermatosis existente. Con el rascado y la autoexcoriación, el niño se hace a sí mismo feo e incapaz de inspirar cariño, indigno de amor; las excoriaciones modifican la autoimagen, y también son el resultado de la desobediencia a la solicitud regular de que no se rasque (Kirschbaum, 1982). Según afirma Slany (1975), los niños con DA a menudo están en conflicto con una madre desatenta, no afectuosa e inadecuada; esto origina un desencadenamiento inconsciente del mecanismo que conduce al inicio de la enfermedad. De acuerdo con la hipótesis de Panconessi (1984, 1992), durante la fase de desprendimiento de la

madre, el sujeto con dermatitis atópica no inventa o encuentra un objeto de transición, y la dermatitis sustituye al objeto; de este modo, la dificultad o inhabilidad del niño para progresar a lo largo de la vía normal de desarrollo se expresa en la forma de una enfermedad cutánea (Panconesi, 1984, Panconesi y Hautmann, 1992).

Se sabe que la relación padres - hijos tiene una gran influencia, si no es el factor principal, en el desarrollo emocional y social del niño (Tronick, 1982). En la infancia el desarrollo del autocontrol emocional tiene una importancia capital, siendo esencial para su desarrollo el soporte paterno. Este soporte interaccional de la conducta consiste en una respuesta reactiva sensible y gradual a las señales del niño. Bajo condiciones favorables, los padres muestran esta actitud hacia sus hijos de modo intuitivo (Papoušek y Papoušek, 1983). De todos modos, el proceso temprano de intercambio emocional entre los padres y el niño es susceptible a diferentes trastornos. Del lado de los padres: depresión, ansiedad y cansancio, irritación, que pueden tener consecuencias negativas (Cohn y Tronick, 1982). Del lado del niño, problemas conductuales que causados por algún trastorno orgánico de cualquier tipo, pueden interferir con la relación parentofamiliar (Tronick, 1982).

En el caso de la DA infantil, las influencias desfavorables en la relación padres - niño pueden provenir de ambos lados. De acuerdo con las impresiones clínicas, los niños con DA frecuentemente muestran un comportamiento inquieto, lloran de modo persistente y tienen alteraciones en el sueño relacionadas con el picor y el rascado (Yamamoto y Korstanje, 1992). En estudios recientes, se encuentran resultados contradictorios, los padres se describen como emocionalmente tensos, presentan sentimientos de culpa, y una mayor tendencia a mostrar o bien sobreprotección o bien actitudes de rechazo hacia sus hijos (Gil et al. 1987; Liedtke, 1990; Yamamoto y Korstanje, 1992).

Son pocos los estudios empíricos sobre DA infantil que se centran en estas cuestiones concernientes a las relaciones entre los progenitores y los niños, y a pesar del hecho de que la edad típica de inicio o aparición de la DA es la etapa de lactancia y la primera infancia, la mayoría de los estudios examinan adolescentes o niños en edad escolar y a sus padres.

Mientras que algunos estudios concuerdan en que los padres de los niños con DA están emocionalmente tensos (Daud, Garralda y David, 1993), los resultados relacionados con el estilo educativo y las

actitudes de crianza de las madres muestran una débil consistencia (Ring y Palos, 1986; Daud, Garralda y David, 1993; Langfeldt, 1995; Solomon y Gagnon, 1987). Existen evidencias de que el comportamiento materno y sus actitudes: estilo autoritario, rigidez y distanciamiento, no satisfacen las necesidades del niño (Daud et al., 1993); aunque también hay evidencias de lo contrario, lo cual es probablemente debido a una falta de control sobre la edad y condición social de las familias, a la hora de seleccionar la muestra. En un estudio más actual, las madres de niños con DA se describen ellas mismas como más depresivas y desesperanzadas, así como más ansiosas y sobreprotectoras con sus hijos y más tendentes a caracterizarlos de modo más negativo a nivel emocional que las madres del grupo control (Pauli-Pott, Darui y Beckmann, 1999).

Algunos clínicos refieren la elevada dificultad de los niños con DA para portarse bien; en la actualidad poco conocemos de cómo perciben los padres de niños con DA a estos. Sólo en algunos estudios se apunta que los niños con DA en edad preescolar y escolar son percibidos por sus padres, como "poco adaptativos" (Daud et al., 1993), y como "agresivos y difíciles" (Ring y Palos, 1986).

Desde estudios precedentes del ámbito del desarrollo infantil, se sabe que cuando los padres perciben y describen a sus hijos como difíciles, implica un riesgo para el desarrollo emocional de los niños. Una falta de adecuación entre las expectativas paternas y las características del niño puede consolidarse en el tiempo y finalmente provocar alteraciones emocionales en el niño (Papouseck y Papouseck, 1982; Thomas y Chess, 1990).

Hemos también de prestar atención al ambiente familiar, como anteriormente citamos, la dermatitis atópica nos proporciona un buen modelo en el cual examinar los posibles efectos de los factores psicológicos en algunos trastornos dermatológicos. Su curso clínico es periódico y durante los brotes de exacerbación del trastorno la inflamación superficial de la piel puede ser claramente observada. El componente conductual de este trastorno, el rascado, puede provocar la liquenificación de la piel, excoriaciones y serias infecciones en la piel (Buckley, 1984; Sampson y McCaskill, 1985).

En cuanto a la conducta de rascado, podría aquí comentarse el estudio de Gil et al. (1988) en el que se observa directamente la conducta de rascado del niño con DA cuyos resultados evidencian que la respuesta de atención de los

padres determina la conducta de rascado de los niños. Gil et al. en 1987 realizaron un estudio en el que examinaban sistemáticamente la posible relación existente entre el estrés y el ambiente familiar con los diferentes índices de severidad de la DA infantil, partiendo de las siguientes hipótesis: i) niveles elevados de estrés podrían estar asociados con algunos de los síntomas de la DA y ii) ciertas dimensiones familiares previas, asociadas a estrés, podrían también guardar relación con algunos de los síntomas de la DA. Los autores concluyeron que la medida del nivel de estrés y el ambiente familiar son importantes predictores de la severidad de los síntomas en niños con DA, y quizás el hallazgo más destacable fuera la relevancia del ambiente familiar en la predicción de la severidad de los síntomas; en concreto dos dimensiones están relacionadas: independencia y organización (I/O) familiar, así como moral y religión (M/R). Parece ser que a mayores puntuaciones en la dimensión (I/O), menor sintomatología presenta el niño, y que a mayores puntuaciones en (M/R), mayor sintomatología presenta el menor. Estos resultados sugieren que las familias más independientes y organizadas tienden a enfatizar cualidades como una mayor disciplina, responsabilidad y clara asignación de las tareas familiares; y los resultados parecen sugerir que estas cualida-

des promueven la reducción de los síntomas de la DA. Una de las posibles explicaciones dadas por los autores es que los padres, en un modelo de familia independiente y organizada, dan unas pautas más claras, coherentes y consistentes con respecto a las consecuencias de la conducta de rascado y que este tipo de familias cumplen mejor con el tratamiento y posiblemente conciencian a los niños de que deben ser más responsables del cuidado médico de la DA.

EL ESTRÉS, EL SISTEMA INMUNITARIO Y LA DERMATITIS ATÓPICA

Cuando el organismo se activa ante una situación estresante, entre los numerosos cambios que se observan cabe destacar la inhibición en la actividad del sistema inmunitario, que prepara al organismo para enfrentarse, ocasionalmente, a situaciones de emergencia en las cuales el medio demanda del sujeto todos sus recursos para afrontar en las mejores condiciones la situación. La respuesta de estrés cumple por tanto una función adaptativa, pero se ha constatado (Selye, 1976) que si esta respuesta se mantiene durante prolongados periodos de tiempo, desaparece la adaptación. Es en ese momento cuando aparecen diversas alteraciones, entre las cuales se encuen-

tran algunas enfermedades dermatológicas, como la dermatitis seborreica, la psoriasis, y la dermatitis atópica.

Distintos factores han sugerido el papel del estrés en la DA (Faulstich y Williamson, 1985). Las impresiones clínicas sugieren que acontecimientos estresantes preceden a la exacerbación de los síntomas de la DA y de trastornos dermatológicos similares a la misma (Rajka, 1975; Jacobs, 1976; Seville, 1977). Por lo tanto, si el organismo se activa de modo repetido ante situaciones estresantes, y no se desactiva una vez que hayan cesado, es probable que el sujeto desarrolle alguna de las enfermedades asociadas al estrés (Vila, 1996). Un ejemplo nos viene dado de la mano del estudio de Capcore, Rowland-Payne y Goldin (1998), donde los resultados demuestran la existencia de una conexión temporal entre un acontecimiento estresante en la vida del paciente y la primera aparición del problema dermatológico: dermatitis atópica, resultado obtenido igualmente por el reciente estudio de Kimyai-Asadi y Usman, 2001.

A pesar de estas evidencias, no se ha de concluir que el estrés sea el único factor causal de estas enfermedades, más bien parece que el estrés incrementa el riesgo de que el organismo las contraiga o acelere el proceso patológico.

Las vías de vulnerabilidad al estrés son aquellas que aumentan el prurito y la tendencia de rascado liberando mediadores de la inflamación. Estas vías incluyen un aumento de la liberación de histamina, un descenso central del umbral de picor, vasodilatación, la respuesta de sudor, reacciones inmunológicas y la liberación de sustancia P. Esta sustancia es un neuropéptido que facilita la migración de los linfocitos a las zonas de inflamación e incrementa la producción linfocítica de IgA (inmunoglobulina A), entre sus principales actividades destaca que es un potente mediador farmacológico del prurito.

La sustancia P se encuentra incrementada de modo significativo en regiones liquenificadas de dermatitis atópica (DA) cuando son comparadas con controles normales. La sustancia P puede entonces estar actuando de dos modos distintos: directamente provocando vasodilatación y permeabilidad vascular, o indirectamente, a través de la liberación de factores vasoactivos por mastocitos. Ambas acciones causan eritema y prurito que son los rasgos característicos y constantes de la DA.

Se ha evidenciado que la respuesta adrenocortical al estrés está atenuada en niños con DA, hay una baja respuesta del eje HPA (hipotá-

lamo-hipófisis-corteza adrenal), que podría explicar en parte la erupción de los síntomas en estrés inducido. Los niños con DA, muestran en este estudio un despunte en los niveles de cortisol libre en respuesta a estresores, comparado con los niños del grupo control (Buske-Kirschbaum, et al. 1997).

Como ya se ha comentado, la DA es una enfermedad multifactorial y, entre los posibles factores etiológicos, se considera la existencia de una posible base inmunológica. A lo largo de los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones en esta línea. Parece existir un pronunciado descenso de linfocitos T (Zheng, Sun y Mrowietz, 1996), una relación inversa entre las concentraciones de IL-2, la superficie corporal afectada y el nivel de IgE (Kapp, Pirskoski y Schopf, 1991); se ha evidenciado una reducción en la producción de IFN-g y que la IL-10 es la citocina predominante en DA (Kallmann, Kolb, Huther et al. 1996). Se ha encontrado un incremento en la concentración de b-endorfina en pacientes con DA, y una posible explicación de este incremento está en cualquiera de las vías de producción de las lesiones de DA: o por el desencadenamiento del proceso inflamatorio o por la activación del eje HPA mediante estrés crónico (Glinsky, Brodecka- Gliuska, Ferenz et al. , 1995).

Estudios recientes relacionan la DA con una disregulación en la activación de los linfocitos T (TH₂), así como con la desaparición de los NK, productores de IFN-g (Oishi, 2000).

La piel y el sistema nervioso central están relacionados desde el punto de vista embriológico, porque la epidermis y la placa neural se derivan del ectodermo embrionario. La placa neural da lugar al tubo y la cresta neurales, a partir de los cuales se desarrollan los sistemas nervioso central y periférico; los melanocitos y, posiblemente las células Meckel en la piel, también se originan a partir de la cresta neural. Las inferencias clínicas de este vínculo embrionario quizá sean más trascendente porque la piel y el sistema nervioso central comparten diversas hormonas, neurotransmisores, y receptores (Bernstein, 1983).

Panconesi y Hautmann (1996) hipotetizan que el estrés se encuentra relacionado con el descenso de linfocitos T, tanto auxiliares como supresores, a su vez provoca déficit en la inmunidad mediada por células e incrementa la liberación de mastocitos y sus mediadores, lo que produce la sensación de prurito; también parece mediar en la respuesta anómala de los receptores de membrana para las prostaglandinas, los receptores H₂

para la histamina, que si bien no es el principal elicitador de la sensación de prurito en la DA, si media en la sensación de picor y en el proceso inflamatorio (Heyer y Hornstein, 1999), y los receptores -adrenérgicos, y de otro lado parece provocar una respuesta vasomotora anormal (vasodilatación).

El estudio de Hashiro y Okumura (1998) encontró una relación entre el estado psicológico e inmunológico en pacientes con DA. La actividad de las NK es significativamente inferior que en controles sanos, mientras que los niveles de IFN-g tienden a ser levemente superiores y los niveles de IL-4 se encuentran por debajo de los niveles normales en comparación con el grupo control. Algunas variables psicológicas, entre ellas el estrés y la ansiedad, parecen afectar los niveles de IFN-g e IL-4 más que a los controles. Los autores concluyen que el estado psicológico está relacionado con el estado inmunológico de los pacientes con dermatitis atópica.

En resumen, pudiera sugerirse que el estrés funciona como mediador de la respuesta inflamatoria en la DA y exacerba la sintomatología de la misma (Heyer y Horstein, 1999).

También se ha investigado la posible relación entre el estrés, el

ambiente familiar y la DA. tal y como se señaló en el estudio de Gil et al. (1987).

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DERMATITIS ATÓPICA

La piel es nuestro principal órgano de relación y tiene importancia en la socialización durante todo el ciclo vital. La piel, en un paciente de dermatitis atópica, puede pasar a convertirse en una barrera social y afectar a su calidad de vida; se ha evidenciado la existencia de una correlación negativa entre la ansiedad, la severidad de la dermatitis atópica y la calidad de vida de estos pacientes (Linnet y Jemec, 1999). Al valorar la calidad de vida, se encuentra que existen diferentes factores afectados: las relaciones interpersonales, el autoconcepto y la autoestima, y diferentes actividades de la vida cotidiana. Ehlers, Stangier y Gieler, (1995) encontraron, junto con una significativa reducción de los síntomas, mediante la intervención psicológica (con diferentes programas de intervención), una mejora en el estado de la piel asociada con la mejora en la calidad de vida "dermatológica" .

Linnet y Jemec (1999) desarrollaron un estudio, partiendo de la hipótesis de que los pacientes con

dermatitis atópica tienen mayores niveles de ansiedad y una peor calidad de vida que los sujetos del grupo control. Entre las conclusiones que extraen, destacan la verificación de su hipótesis de partida, es decir que los pacientes con dermatitis atópica tienen una peor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad que los sujetos del grupo control; que la significatividad de las diferencias estacionales, existente en el grupo de dermatitis atópica, en la escala DLQI (Dermatology Life Quality Index de Finlay y Khan, 1994), y las diferencias significativas en el SCORAD, (instrumento estandarizado para la medida de la extensión y severidad de las lesiones, y de los síntomas subjetivos de la dermatitis atópica), parecen indicar que la calidad de vida tiende a cambiar con el estado de la piel y los cuidados recibidos, mientras que la ansiedad parece ser un rasgo de personalidad estable; en el grupo de dermatitis atópica, la escala DLQI muestra una correlación significativa de signo positivo con el SCORAD y la ansiedad como rasgo, lo cual presta soporte a la hipótesis de que la calidad de vida de los pacientes está relacionada tanto con la severidad de las lesiones como con la ansiedad asociada con la enfermedad. La ansiedad como estado no guarda correlación significativa alguna con la DLQI, lo cual podría indicar que la DLQI es predomina-

temente una medida de rasgo (como medida de la calidad de vida dermatológica durante la última semana).

Al no encontrarse correlación significativa alguna entre SCORAD y STAI, Linnet y Jemec (1999), sugieren que las reacciones ante la dermatitis atópica son individuales y complejas, y no están únicamente relacionadas con la severidad de la misma, no se puede inferir el nivel de ansiedad rasgo desde la severidad de la dermatitis. Aunque también debemos señalar que en el SCORAD se recogen variables subjetivas que pueden contaminar estos resultados. Por otra parte, el ambiente y las diferencias individuales pueden ser importantes factores para determinar el tipo y nivel de ansiedad.

La severidad de la dermatitis atópica parece estar relacionada con diferentes ítems del DLQI, como son los síntomas, las actividades cotidianas y el tratamiento; mientras que la ansiedad-rasgo está relacionada con los ítems que hacen referencia a vida social, ocio, deportes y relaciones sexuales, indicando que las dificultades respecto a la intimidad y tener que mostrar el cuerpo están más relacionadas con la ansiedad.

La severidad de los síntomas y la ansiedad-rasgo pueden perjudicar

la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica, luego el tratamiento dermatológico junto con el psicológico pueden ser un tratamiento efectivo para la dermatitis atópica, como sugieren los resultados de Ehlers, Stangier y Gieler, (1995).

CONCLUSIONES

La dermatitis atópica, también llamada eczema, es un desorden crónico de la piel que afecta mayormente a los bebés o a los niños pequeños, y puede persistir hasta que el niño alcanza la adolescencia o la edad adulta. El eczema provoca comezón, enrojecimiento y escamación.

Los padres con DA tienen más probabilidades de tener hijos con DA. La condición puede agravarse debido a la acción de diferentes desencadenantes como sustancias irritantes ambientales, alergias y estrés.

El eczema tiende a agudizarse en épocas de estrés, cuando la temperatura es extremadamente elevada o baja, cuando el paciente sufre una infección bacteriana o cuando la piel resulta irritada por el contacto con tejidos (lana) o detergentes. Entre los niños que tienen eczema, el 60 por ciento muestra signos de eczema en el primer año de vida y

el 85 por ciento en los 5 primeros años.

La evidencia clínica de la relación entre la dermatitis atópica y distintos factores psicológicos es conocida desde antaño, sin embargo como hemos mostrado, son escasos los estudios que han abordado la problemática dermatológica con rigor. Del análisis de estos estudios podemos extraer algunas conclusiones, si bien muchas de ellas necesitarían mayor verificación.

La expresión clínica de la dermatitis atópica probablemente sea el resultado de la combinación de agentes genéticos, inmunológicos y ambientales, jugando aquí el estrés el papel de precipitador, es decir incrementando el riesgo de que el organismo acelere el proceso patológico. Parece existir una conexión temporal entre un acontecimiento adverso en la vida del paciente y la aparición y/o exacerbación del problema dermatológico, según el caso, ya que el estrés, por un lado modula la respuesta inflamatoria en la DA, y por otro lado, se ha demostrado una relación entre el estado psicológico e inmunológico en personas aquejadas de dermatitis atópica (Hashiro y Okumura, 1998; Heyer y Horstein, 1999).

Por otra parte las investigaciones parecen coincidir en la imposibilidad de determinar la existencia de

características premórbidas de personalidad, aunque si se evidencian unas características propias de los pacientes con dermatitis atópica. Si bien no hay consenso en cuanto a la existencia de un tipo homogéneo y específico de personalidad, lo que refieren todas las investigaciones es que la mayoría de los enfermos con dermatitis atópica muestra alguna forma de alteración emocional (Obermayer, 1955; Brown, 1967; Faulstich, 1985; Hashiro, 1998). Las personas adultas con dermatitis atópica parece que tienden a ser más irritables, resentidas, agobiadas por la culpa y hostiles, más ansiosas, menos asertivas, y tienen una menor habilidad para el manejo de sus emociones que las personas que no presentan este problema dermatológico; mientras que los niños que presentan este problema cutáneo son descritos como más irritables, tensos, inseguros y más agresivos, son definidos como "difíciles y conflictivos" (Ginsburg, Prystowsky, Kornfeld, et al., 1993).

La dermatitis atópica es de las alteraciones dermatológicas que mayor morbilidad psiquiátrica acumulan, y frecuentemente se encuentra relacionada con ansiedad y depresión (Ginsburg, 1996; Hashiro y Okumura, 1996).

En cuanto a la calidad de vida en la dermatitis atópica parece existir

una relación entre la ansiedad, la dermatitis atópica y la calidad de vida de estos pacientes. Podría concluirse que la calidad de vida de estos pacientes correlaciona negativamente tanto con la severidad de los síntomas como con los niveles de ansiedad, luego el tratamiento dermatológico junto con el psicológico pudiera resultar efectivo para la dermatitis atópica (Ehlers, Stangier y Gieler, 1993). En todo caso, los estudios evidencian de nuevo una gran confusión en el concepto calidad de vida (Galán, Blanco Picabia, y Pérez San Gregorio, 2000).

Dado que la dermatitis atópica, en la mayoría de los casos, hace aparición en el primer año de vida, es pertinente valorar no sólo aspectos respecto al niño, sino respecto del sistema progenitor-niño. En el caso de la DA infantil, las influencias desfavorables en la relación padres - niño pueden provenir de ambos lados. De acuerdo con las impresiones clínicas, los niños con DA frecuentemente muestran un comportamiento inquieto, lloran de modo persistente y tienen alteraciones en el sueño relacionados con el picor y el rascado, mientras que los padres se describen como emocionalmente tensos, presentan sentimientos de culpa, y son más tendentes a mostrarse o bien sobreprotectores o a presentar actitudes de rechazo hacia sus hijos.

Sin embargo, son pocos los estudios empíricos sobre DA infantil que se centran en estas cuestiones concernientes a las relaciones entre los progenitores y los niños, y a pesar del hecho de que la edad típica de inicio o aparición de la DA es la primera infancia, la mayoría de los estudios se realizan con niños en edad escolar o en la adolescencia y a sus padres; y si bien algunos estudios concuerdan con que los padres de los niños con DA están emocionalmente tensos, los resultados relacionados con el estilo educativo y las actitudes de crianza de las madres muestran una débil consistencia (Liedtke,

1990; Pauli-Pott, Darui y Beckmann, 1999).

A la vista de los resultados de los estudios comentados en la revisión, podríamos concluir, que parece bien fundamentada la relación estrés-dermatitis atópica, por lo que sería previsible que la intervención psicológica pudiera ser una vía de tratamiento coadyuvante al tratamiento médico habitual. Otros aspectos psicológicos analizados (características de personalidad, afectación de la calidad de vida, relaciones paterno-filiales, morbilidad psiquiátrica), a nuestro entender, requieren de más investigación.

REFERENCIAS

- Al-Ahmar, H. y Kurban, A.K. (1976). Psychological profile of patient with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 95, 373-377.
- Bâr, C. H. J. y Küypers., B.R.M. (1973). Behavior therapy in dermatological practice. *British Journal of Dermatology*, 88, 591-598.
- Beerman, H. (1962). Aetiology and mechanism in development of neurodermatitis. En Nodine, J.H. (Ed.), *Psychosomatic Medicine*. London: Henry Kimpton.
- Berstein, J. E. (1983). Neuropeptides and the skin. In L. A. E. En Gold-Smith (Ed.), *Psychochemistry and Physiology of the skin*. New York: Oxford University Press.
- Brown, D. G. (1967). Emotional disturbances in eczema: a study of symptom-reporting behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 27-40.
- Buckley, R. H. (1984). Alergic eczema. In V. C. En Kelley (Ed.), *Practice in Pediatrics*. Philadelphia: Haynes & Row.
- Buske-Kirschbaum, A.; Jobst, S.; Psych, D.; Wutsmans, A.; Kirschbaum, C.; Rauh, W. y Hellhammer, D. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosomatic Medicine*, 59, 419-426.
- Capcore, H. S.; Rowland-Payne, C.M. y Goldin, D. (1998). Does psychological intervention help chronic skin condition? *Postgraduate Medicine Journal*, 74, 662-664.
- Champion, R. H.y Parish, W.E. (1979). Atopic Dermatitis. In A. En Rook, Wilkinson, D.S., Ebling, F.J.G. (Ed.), *Textbook of Dermatology* (pp. 349-361). Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Cohn, J.; Tronick, E.Z. (1982). Communicative rules and the sequential structure of infant behavior during normal and depressed interaction. In E. Z. En Tronick (Ed.), *Social interchange in infancy* (pp. 59-77). Baltimore: University Park Press.
- Daud, L. R.; Garralda, M.E. y David, T.J. (1993). Psychosocial adjustment in pre-school children with atopic eczema. *Archives Disease in Children*, 69, 670-676.
- European Task Force of Dermatitis (1993). Severity Scoring of Atopic Dermatitis: The SCORAD Index. *Dermatology*, 186, 23-31.
- Ehlers, A.; Gieler, U.y Stianger, U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 624-635.
- Faultsich, M.y Williamson, D.A. (1985). An overview of atopic dermatitis: toward a bio-behavioural integration. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 647-659.
- Faultsich, M.;Williamson, D.A.; Duchmann, E.G.; Conerly, S.C.y Brantley, P.J. (1985). Psychophysiological analysis of atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 415-417.
- Finlay, A. y Khan,G.K.(1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)- A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19, 210-216.
- Fritz, G. K. (1982). Psychological aspects of atopic dermatitis: an viewpoint. *Clinical Pediatric*, 18, 360-364.

- Galán Rodríguez, A., Blanco Picabia, A. y Pérez San Gregorio, M. Á. (2000). La calidad de vida en la salud: un análisis conceptual. *Clínica y Salud*, 11, 309-328
- Garrie, E. V.; Garrie, S.A. y Mote, T. (1974). Anxiety and atopic dermatitis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 742.
- Garrie, S. G. y Garrie, E.V. (1978). Anxiety and skin diseases. *Cutis*, 22, 205-208.
- Gil, K.M.; Keefe, F.J.; Sampson, H.A.; McCaskill, C.C.; Rodin, J. y Crisson, J.E. (1987). The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *Journal of Psychosomatics Research*, 31, 673- 684.
- Gil, K. M.; Keefe, F.J.; Sampson, H.A.; McCaskill, C.C.; Rodin, J.M. y Crisson, J.E. (1988). Direct observation of scratching behavior in children with atopic dermatitis. *Behavior Therapy*, 19, 213-227.
- Ginsburg, I. H. (1996). Impacto psicossocial de las enfermedades cutáneas. In J. En Koo (Ed.), *Psicodermatología* (Vol. III, pp. 481-493). Madrid: McGraw-Hill.
- Ginsburg, I. H.; Prystowsky, JH; Kornfeld, D.S. y Wolland, H. (1993). Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 32, 656-660.
- Glinsky, W.; Brodecka, H.; Gliuska-Ferenz, H. y Kowalsky, D. (1995). Increased concentration of beta-endorphin in the sera of patients with severe atopic dermatitis. *Acta of Dermatology and Venereol.*, 75, 9-11.
- Gustafsson, D., Sjöberg, O. & Foucard, T. (2000). Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis. A prospective follow-up to 7 years of age. *Allergy*, 55, 240-245.
- Hashiro, M. y Okumura., M. (1996). Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls among groups of different degrees of severity. *Journal of Dermatology Science*, 14, 63-67.
- Hashiro, M. y Okumura, M. (1998). The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *Journal of Dermatology Science*, 16, 231-235.
- Heyer, G. R. y Horstein, O.P. (1999). Recent studies of cutaneous nociception in atopic and non-atopic subjects. *Journal of Dermatology*, 26, 77-86.
- Jacobs, A. H. (1976). Atopic dermatitis: clinical expression and management. *Pediatric Annals*, 5, 763-771.
- Jordan, J. M. y Whitlock, M.A. (1972). Emotions and the skin: the conditioning of scratch responses in atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 86, 574-585.
- Jordan, J. M. y Whitlock, M.A. (1974). Anxiety and conditioned scratch responses. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 297-299.
- Kallmann, B. A.; Kolb, H.; Martin, S.; Hellermann, M. y Lampeter, E.F. (1996). *Interleukin 10 is a predominant cytokine in atopic dermatitis*. *Archives of Dermatology*, 132, 1133-1134.
- Kapp, A.; Pirskorski, A. y Schopf, I. (1991). Production of IL-2 by mononuclear cells in vitro in patients with atopic dermatitis and psoriasis. Comparison with serum IL-2 receptors levels. *Acta of Dermatology and Venereol.*, 71, 403-406.
- Kimyai-Asadi, A. y Usman, A. (2001). The role of psychological stress in skin

disease. *Journal of Cutaneous Medical Surgery*, 5, 140-145.

Kirshbaum, B. A. (1982). *Eczema and Emotions*. Kalamazoo: Minesota: UpJohn Company.

Koo, J. (1995). Psychofarmacologic approaches to the difficult dermatologic patient. *Current Opinion in Dermatology*, 83-86.

Langfeldt, H. P. (1995). Mothers of children with atopic eczema: personality, parental attitudes and family's climate. In J. En Hox, van der Meulen, B.F., Janssens, J.M.A.M., Laak, J.J.F., Tavecchio, L.W.C. (eds) (Ed.), *Advances in Family Research*. Amsterdam: Thesis Publishers.

Liedtke, R. (1990). Socialization and psychosomatic disease: An empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 208-213.

Linnet, J.y Jemec, G.B.E. (1999). An assesment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 140, 268-272.

McHenry, P. M.; Williamson, H.C. y Bingham, E.A. (1995). Fortnightly Review: Management of Atopic Dermatitis. *British Medical Journal*, 310, 843-847.

McLaughlin, J. T.; Shoemaker, R.J. y Guy, W.B. (1953). Persnality factors in adults with atopic dermatitis. *Archives of Dermatology*, 68, 506-516.

Miller, H.y Baruch, D.W. (1950). The study of hostility in allergic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 20, 506-519.

Obermayer, M. E. (1955). *Psychocutane*

ous Medicine. Springfield: Charles C. Thomas.

Oishi, Y, (2000).CD4-CD8 cells bearing invariant Valpha24JalphaQTCR alpha chain are decreased in patients with atopic diseases. *Clin. Exp. Immunology*, 119, 404-411.

Panconesi, E. (1984). Stress and skin diseases. In E. En Panconesi (Ed.), *Psychosomatic Dermatology* (pp. 101-108). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Panconesi, E.y Hautmann, G. (1992). Aspectos psicossomáticos de la dermatitis atópica. En E. J. G. Camarasa (Ed.), *Mono - grafías de Dermatología: Dermatitis Atópica* (pp. 428-439). Madrid: Aula Médica, Pharma Press.

Panconesi, E.y Hautmann, G. (1996). Aspectos psicofisiológicos del estrés en dermatología: patrón psicobiológico de los aspectos psicossomáticos. *Clinicas Dermatológicas*, 3, 413-436.

Papouseck, H.; Papouseck, M. (1983). Biological basis of social interactions: implications of research for understanding of behavioural deviance. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 24, 117-129.

Pauli-Pott, U.; Darui, A. y Beckmann, D. (1999). Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing, attitudes and perceived infant temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 39-45.

Pulimood, S.; Rajagopalan, B.; Rajagopalan, M.,et al. (1996). Psychiatric morbidity among dermatology patients. *Nathional Medicine Journal of India*, 9, 208-210.

Rajka, G. (1975a). *Atopic Dermatitis*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Rajka, G. (1975b). *Essentials aspects of Atopic Dermatitis*. Berlin: Springer-Verlag.

Ring, J y Palos, E. (1986). Psychosomatische aspekte der elten-kind-beziehung bei atopischem ekzem im kindersalter. *Hautarzt*, 8, 213-220.

Sampson, H. A.y McCaskill, C.C. (1985). Food hypersensitivity and atopic dermatitis: evaluation of 113 patients. *Journal of Pediatrics*, 107, 669-675.

Schubert, H. J. (1989). *Psychosocial factors in skin disorders*. Göttinger, Alemania: Vanderhoeck & Ruprecht.

Seville, R. H. (1977). Psoriasis and stress. *British Journal of Dermatology*, 97, 297-306.

Seyle, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Slany, E. (1975). Kinderpsychoterapie im Rahmen der Dermatologie. *Hautarzt*, 26, 419-422.

Solomon, C. R.y Gagnon, C. (1987). Mother and child characteristics and involvement in dyads in which very young children have eczema. *Development Behavioural Pediatrics*, 8, 213-220.

Spielberger, C. D.;Gorsuch, R.L.y Lushe-
ne, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: California: Consulting Psychologists Press.

Stokes, J. H. (1940). The personality factors in psychoneurogenous reactions of the skin. *Archives of Dermatology and Syphilology*, 42, 780-801.

Szalai, A. (1980). *The meaning of comparative research on the quality of life*. *Comparatives studies* London: Sage.

Thomas, A.y Chess, S. (1990). *Temperament und Entwicklung*. Stuttgart: Enke.

Tronick, E. Z. (1982). Affectivity and sharing. In E. En Tronick (Ed.), *Social interchange in Infancy*. Baltimore: University Books Park Press.

Vega, D. (1999). *Dermatología*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Colegio Oficial de Médicos de Asturias.

Vila, J. (1996). *Una Introducción a la Psicofisiología Clínica*. Madrid: Pirámide.

Whitkower, E.y Russell, B. (1953). *Emotional factors in skin disease*. London: Cassell.

Whitlock, R. A. (1976). *Psychophysiological aspects of skin disease*. Philadelphia: WB Saunder.

Yamamoto, K. y Korstanje, M. (1992). Eczema in childhood. In E. En Marks (Ed.), *Eczema* (pp. 239-253). London: Dunitz.

Zheng, M.; Sun, G.y Mrowietz, H. (1996). The chemotactic activity of T-Lymphocytes in response to interleukin 8 is significantly decreased in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Experimental Dermatology*, 5, 334-340.