



Repercusiones psiquiátricas y psicológicas de la rosácea

Sonia González Bardanca

MIR IV Psiquiatría. CHU Juan Canalejo - Marítimo Oza A Coruña

Luis Ferrer i Balsebre

Jefe Servicio Psiquiatría. CHU Juan Canalejo - Marítimo Oza A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 81-86

RESUMEN

Introducción

La patogénesis de la rosácea incluye muchas hipótesis, siendo el estrés un posible factor predisponente muy controvertido. Se han realizado muchos estudios sobre el perfil de personalidad asociado así como cuadros psiquiátricos asociados. El siguiente trabajo, plantea realizar una serie de test psicométricos a una muestra de pacientes con diagnóstico de rosácea (explorando posible perfil personalidad, ansiedad, depresión, clínica de somatización, percepción de estrés) y comparar los resultados obtenidos con la revisión realizada de la literatura científica actual.

Material y métodos

Estudio prospectivo de una muestra de 19 pacientes de sexo femenino dada la prevalencia de la enfermedad en este género. Participan de manera voluntaria y con consentimiento de las mismas. Derivadas por parte de Servicio de Dermatología y Atención Primaria. Se analizan variables sociodemográficas (edad, estado civil, estado laboral, estudios) y los resultados de los test psicométricos (Cuestionario de Personalidad MMPI-2, Test de Beck, Test de Hamilton, Percepción de Estrés de Levenstein, Test de Somatización Othmer y DeSouza).

Resultados

- Media edad: 49,3a. (DS:14,8). 84,6% casadas, 7,7% solteras, 7,7% viudas. Trabajan fuera del hogar 38,5%, Ama de casa 30,8%, Pensionista 23,1%, Trabajadora en paro 7,7%, Incapacitación 0%. Bachiller o FP 46,2%, Titulación Superior 23,1%, E. Primarios 23,1%, Sin estudios 7,7%.

-TEST SOMATIZACIÓN: 53,8% posible cuadro Somatización.

-TEST HAD: 15,4% ansiedad marcada, 23,1% depresión relevante

-TEST BECK: 23,1 % depresión marcada, 7,7% depresión leve: 30,8% componente depresivo

-PERCEPCIÓN DE ESTRÉS: 69,23% PSQ < 0.4, 23,07% PSQ > 0.5, 15,38% PSQ > 0.58

- Perfil de personalidad: llama la atención, la tendencia a dar una imagen buena y alta defensividad. Las puntuaciones más altas se obtienen en escalas de hipocondría, obsesividad, depresión, preocupaciones por la salud, baja autoestima, responsabilidad social y en otro grupo menor además en paranoia, esquizofrenia y pensamientos extravagantes. Puntúan bajo en escala que mide fuerza de yo (interpretándose como tendencia a la inhibición, enfermedades físicas, sentimientos de incapacidad para afrontar presiones, con bajo autoconcepto y dificultades para adaptarse a las situaciones problemáticas).

Conclusiones

La inclusión de pacientes para este trabajo fue lenta y dificultosa dada la resistencia de las pacientes a acudir a psiquiatría para realizar las pruebas en posible relación con el estigma que podría representar para ellas.

Para poder consolidar los resultados es conveniente mayor tamaño muestral.

A la hora de explorar y tratar a pacientes con rosácea, es conveniente tener presente que estos pacientes pueden presentar comorbilidad psiquiátrica asociada y de ser relevantes los síntomas sería aconsejable una interconsulta con el servicio de Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

La rosácea se define como una forma crónica de acné que afecta mayoritariamente a mujeres. Los signos típicos de esta enfermedad engloban el enrojecimiento facial acompañado de pápulas, pústulas y telangiectasias; pudiendo asociarse además un edema variable (linfedema). La evolución de esta enfermedad crónica, lleva a la aparición de induración y engrosamiento permanente en la piel afectada.

Dirección para correspondencia:

Sonia Gonzalez Bardanca

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Servicio de Psiquiatría
Sophyagb@yahoo.es

Dentro de la patogénesis¹ de la enfermedad hay muchas y muy variadas hipótesis; desde un origen infeccioso, consumo de bebidas calientes o de alcohol, exposición al sol o a los esteroides y hasta existe posible relación con el tipo de piel (la piel celta se considera la más predispuesta). Curiosamente, muchas pacientes recuerdan episodios de rubor facial previo a desarrollar la enfermedad.

El estrés, como factor predisponente ha tenido y tiene un papel muy controvertido y discutido. Bar y Kuypers² realizaron un estudio donde se describen pacientes que padecen rosácea como personas con autoestima baja, tímidas, inhibidas socialmente y con aparición de eritema facial como respuesta a la ansiedad social. Todo esto, conllevaría a evitar el contacto social e incluso familiar. Griesemer³, relacionó el empeoramiento de las patologías dermatológicas con el estrés. Panconesi⁴, habla de una personalidad tipo más ansiosa con disminución de la autoestima, sentimiento de culpa y arrepentimiento. Considera que cuando un paciente desarrolla de manera frecuente e intensa enrojecimiento o sonrojo ante contacto social, terminaría por desarrollar eritrofofia; y el miedo a este enrojecimiento puede llevar a conductas fóbico-compulsivas.

Los problemas psiquiátricos más comunes que se experimentan en pacientes con rosácea son los trastornos de ansiedad social, de depresión, cuadros obsesivos y/o dismorfofobia. El perfil psicológico se asocia con una tendencia a la introversión y fobia social (miedo persistente de situaciones sociales en las que algo embarazoso pueda ocurrir; reconocen un miedo excesivo y desproporcionado con la situación y, sin embargo no pueden controlar los síntomas, con lo que evitan los acontecimientos sociales). Cuando la enfermedad evoluciona a fases más crónicas con lesiones nodulares y eritema recurrente, puede aparecer sintomatología afectiva. La necesidad de un soporte psicofarmacológico o psicoterapéutico debe ser evaluado en una interconsulta al Servicio de Psiquiatría.

Dada la controversia existente y los inconsistentes resultados acerca de los aspectos psiquiátricos y psicológicos de este grupo de pacientes, el siguiente estudio pretende valorar los resultados obtenidos y contrastarlos con la literatura actual, tras pasar una serie de test psicométricos. Las variables estudiadas son sociodemográficas (la edad, el estado civil, el estado laboral, estudios), el perfil de personalidad y sintomatología psiquiátrica asociada como la ansiedad, depresión, somatización y el nivel de estrés percibido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio de carácter voluntario, prospectivo y descriptivo donde se solicita participar en el estudio a las pacientes derivadas para el mismo mediante consentimiento. Se recluta una muestra de pacientes con diagnóstico de rosácea durante 4 meses. La muestra total incluye 19 pacientes de sexo femenino (son todas mujeres, dada la prevalencia de la enfermedad en el sexo femenino). La inclusión fue lenta y dificultosa, dada la elevada resistencia de las pacientes para

realizar las pruebas. Son derivadas al Servicio de Psiquiatría desde el Servicio de Dermatología y Atención Primaria (a quienes se les solicita colaboración). Previamente, una paciente derivada, se descarta del estudio al comprobar que su diagnóstico era cuperosis. Otras cuatro pacientes también rechazaron voluntariamente realizar dicho estudio una vez que se les había hablado del estudio y ya estaban citadas para la realización de los test. Los Servicio de Dermatología y Atención Primaria refieren también la reticencia o rechazo a acudir al psiquiatra. Algunas pacientes se justificaban por dificultades en la compatibilidad de horario disponible, que eran demasiadas y muy largas las pruebas, que su enfermedad era la causa de que estén nerviosas o desanimadas y no consecuencia, negando o minimizando cualquier otro problema asociado, que les queda muy lejos el centro de salud para poder acercarse o que tenían problemas para aparcar el coche.

A cada una de las pacientes se les realizan 5 pruebas psicométricas^{5,6}:

- 1.- Test de personalidad MMPI-2^{7,8}: Cuestionario de 566 preguntas. Diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales. Requiere un nivel de comprensión lectora media y un nivel satisfactorio de cooperación y de compromiso para responder.
- 2.- Test de Somatización de Othmer y DeSouza^{9,10}: Tras uso de una técnica de análisis discriminante, se aislaron 7 síntomas más sensibles y específicos para el diagnóstico de somatización. En 1996 fue validado por García Campayo et al para población española. Las respuestas son dicotómicas; en su interpretación para la población española se propone como punto de corte 3 ó más respuestas positivas frente a 2 o más del test original.
- 3.- Inventario de Depresión de Beck: Versión adaptada en población española en 1991 por Vázquez y Sanz. Consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de mayor a menor gravedad: no depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave: (0-9 puntos, 10-18 puntos, 19-29 puntos y mayor o igual a 30 puntos)^{12,13}
- 4.- Escala Hamilton HAD: Con ella solo se pretende realizar un screening del grado de síntomas de ansiedad y de depresión posibles; consta de 14 ítems, que se puntúa de 0-7 como no síntomas y de 11-21 como síntomas marcados.
- 5.- Cuestionario de Estrés Percibido Levenstein^{13,14} (PSQ): Es un cuestionario que permite comparaciones, no hay un punto de corte, es un índice (de cero a uno) que se define como PSQ= Total-30 /90. Cuanto mayor es el índice, mayor es el nivel de estrés percibido.

Los resultados se interpretan según los valores estándar ya asignados a esas escalas. Para intentar realizar o interpretar el perfil de personalidad, se usa un protocolo estándar de procesamiento de datos informático y se analizan con ayuda de manuales sobre dicho test^{7,8}.

El análisis del resto de las variables se realiza con una base de datos creada para ello mediante el paquete estadístico SPSS 11.5 para Windows.

RESULTADOS:

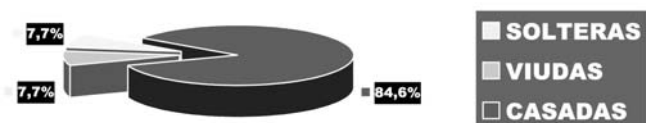
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

La media de edad de la muestra es de 49,3 años (desviación estándar: 14,8). Hay dos picos, es decir, un grupo de pacientes más jóvenes y por tanto menos años de evolución de la enfermedad y un grupo de mujeres mayores cuya enfermedad está más cronicada.

En lo relacionado con el estado civil (Figura 1), el 7,7% de estas pacientes son solteras, la mayoría (84,6%) están casadas y otro 7,7% son viudas.

FIGURA 1

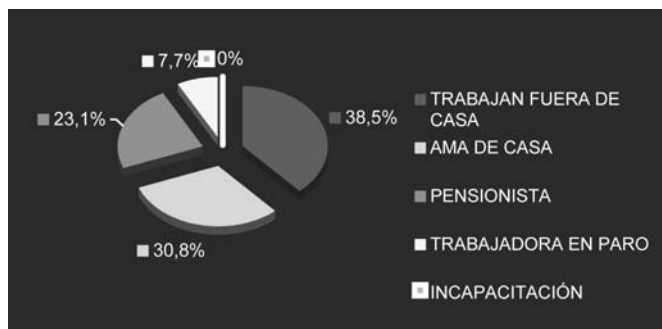
Estado civil



Dentro del aspecto laboral (Figura 2), son amas de casa hasta el 30,8%; trabajan fuera del hogar el 38,5%; trabajadoras en paro en momento de la realización de los test 7,7% y pensionistas 23,1%. No hay pacientes con grado de incapacitación.

FIGURA 2

Estado laboral



En cuanto a su nivel cultural (Figura 3): están sin estudios el 7,7%, presentan estudios primarios el 23,1%, han realizado bachiller o FP 46,2% y tienen una titulación superior 23,1%.

RESULTADOS DE LOS TEST:

El Test de Somatización (Figura 4) muestra como resultado relevante que hasta un 53,8% podrían presentar un posible cuadro de somatización asociado; el 46,2% no somatizaciones. Aquí es importante resaltar que más del 50% de este grupo de pacientes presenta síntomas de somatización como resultado en el test. El test validado puntuaba a partir de un punto de corte de 3 ó más síntomas

somáticos, como se indicó previamente, para la población española. Si en cambio, hubiesemos valorado a partir de 2 como punto de corte, tal como Othmer et al. propusieron originalmente, el porcentaje de síntomas de somatización hubiese sido mucho más elevado.

FIGURA 3

Nivel académico

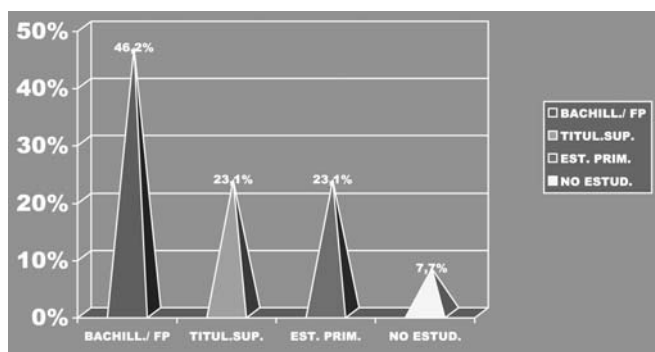


FIGURA 4

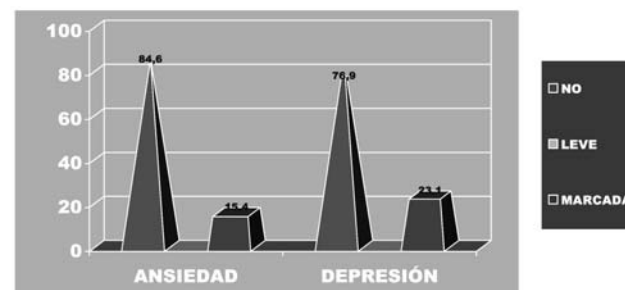
Test de somatización de Othmer y Desouza



En los resultados de la Escala de Hamilton (HAD) (Figura 5), el 84,6% no refieren síntomas de ansiedad frente a un 15,4% que refieren ansiedad marcada. Un 76,9% no refieren síntomas depresivos y un 23,1% síntomas de depresión relevantes y coincide aproximadamente con el porcentaje en la Escala de Beck (Figura 6) donde los datos encontrados son de un 69,2% no síntomas depresivos, un 7,7% depresión leve y un 23,1% depresión marcada. Aproximadamente una cuarta parte de las pacientes de la muestra presentan sintomatología depresiva asociada.

FIGURA 5

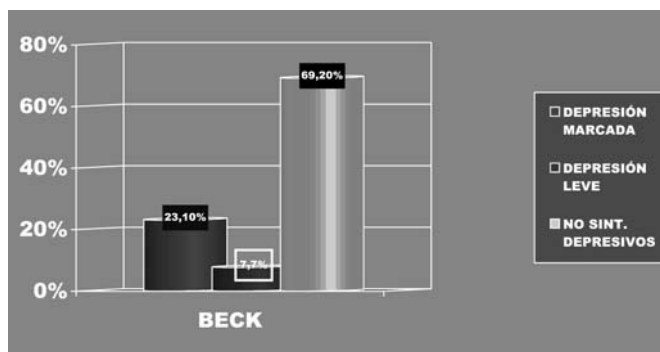
Escala de Hamilton (HAD)



En lo referente al Índice de Percepción de Estrés (Figura 7) un 69,23% presentan Índice PSQ menor de 0.4; mientras que el 23,07% puntúan a partir de 0.5 y 15,38% dan puntuaciones mayores de 0.58.

FIGURA 6

Escala de Beck



Relacionando los datos, las pacientes con ansiedad marcada y con síntomas depresivos marcados son mayores de 45 años. No parece existir datos de interés en cuanto a los resultados de los test y el estado civil. Parece que las pacientes que trabajan en sus casas, tienen menos nivel de ansiedad o síntomas depresivos, que las pacientes que trabajan o las que están en paro.

Las pacientes con índices más altos de ansiedad y síntomas depresivos tienen nivel cultural más bajo, pero este grupo de pacientes también son más mayores en edad con lo que es un dato muy poco fiable, que podría llevar a confusión. Este grupo de pacientes en cambio, llevarían más años de evolución de la rosácea, con más episodios agudos y más secuelas.

El test de personalidad MMPI-2 se corrige teniendo en cuenta unos ítems que determinan la validez del mismo, según los baremos establecidos que indican validez o cuestionabilidad del perfil (hemos tomado sobretodo en cuenta los ítems L, F y Fb). Un alto porcentaje de las pacientes puntúan como cuestionable la validez del test.

Dentro de este grupo de pacientes, presentan una puntuación elevada en L, lo que indica posiblemente existencia de respuestas al azar o rechazo de faltas, que se puede interpretar según los manuales orientativos como una falta de comprensión o confusión de las preguntas, un estilo represivo, con tendencia a un cierto conformismo.

Una paciente también puntúa elevado el ítem Fb lo que puede corresponderse con una marcada defensividad, contestar a la mayoría de las preguntas como falso o fingir una buena imagen de sí misma. Lo que podría apuntar o interpretarse como cierta inhibición, timidez, con implicación emocional acusada, incremento de la desconfianza o simplemente falta de comprensión. Esta paciente puntúa

muy alto en las escalas de hipocondría, depresión, conversión, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, ansiedad, miedos y preocupaciones por la salud, obsesividad, pensamientos extravagantes, baja autoestima, represión y indicadores negativos del tratamiento y muy bajo en escala fuerza del yo.

La otra paciente puntúa también por encima en las escalas de introversión social, obsesividad, incremento de la responsabilidad social, malestar social, represión, mayor sensibilidad a la necesidad de afecto, ingenuidad, timidez o auto-cohibición así como en la de paranoia. Ambas pacientes tienen 35 y 47 años.

FIGURA 7

Índice de Percepción de Estrés



La tercera de 57 años puntúa además muy elevado en F, lo que invalidaría el perfil, y de considerarlo válido tendríamos que plantearnos como posibilidades que sufre un proceso psicótico o que ha respondido a falso a la mayoría de las preguntas o que finge enfermedad psicológica importante. Además, este perfil puntúa muy elevado en escalas de hipocondría, depresión, conversión, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, ansiedad, preocupaciones por la salud, pensamiento extravagante, trastornos estrés posttraumático, evitación social así como en indicadores negativos del tratamiento, puntuando muy bajo en fuerza del yo.

Otras 4 pacientes puntúan muy bajo en K, lo que invalida el perfil, y esto se interpreta como contestar a las respuestas por verdadero, tendencia a aumentar sus problemas, lo que podría relacionarse con ser incremento de la autocrítica, conformistas, introvertidas, incremento de la suspicacia o confusión en las preguntas. En dos de estas pacientes, las escalas que puntúan más altas, son las de hipocondría, depresión, conversión, paranoia, psicastenia y esquizofrenia, preocupaciones por salud y bajas, la fuerza del yo; teniendo una de ellas también puntuaciones elevadas en indicadores negativos del tratamiento.

En otras dos pacientes, se cuestiona la validez del perfil interpretándose como tendencia a dar una buena imagen de ellas, puntuando alto una de ellas en miedos, obsesividad, preocupaciones por la salud, pensamiento extravagante.

Otra de las pacientes presenta puntuaciones límites en L y en Fb aunque el perfil es válido, cuestionan mayor tendencia a dar una buena

imagen de ellas mismas, mayor conformismo y cierta conducta defensiva. También puntúa alto en las escalas de hipocondría, conversión, preocupaciones por la salud y responsabilidad social.

Las cuatro restantes, presentan un con un perfil validado, tres de ellas, puntúan elevado en las escalas de hipocondría, preocupaciones por la salud y responsabilidad social y además una de ellas muy alto en depresión.

DISCUSIÓN

La teoría de Panconesi⁴, hablaba de la posibilidad de que exista una predisposición debido a una base anatomofisiológica y neurovascular con inestabilidad neurovegetativa y psíquica. Los estímulos que más a menudo se pueden evidenciar son: agudos o crónicos estados emocionales, estímulos externos físicos, o viscerales (idea de un reflejo viscerocutáneo). Para Panconesi, el perfil psicológico de este grupo de pacientes se caracteriza por ansiedad, inseguridad, personalidad inmadura, inestabilidad, emotividad, baja actitud de lucha o actividad, tendencia a la introspección, timidez, sentimientos de culpabilidad y avergonzamiento, lo que podría ser un precedente y codeterminante de la enfermedad; pero en el caso de la rosácea podría ser ya la causa de encontrarse afligido, avergonzado e inseguro.

Se han realizado diversos estudios¹⁵ sobre el perfil de personalidad en este tipo de pacientes, así como los factores emocionales en la rosácea. Los resultados han sido inconsistentes; se apreciaron síntomas comunes a la personalidad neurótica como son el perfeccionismo, la rigidez, la ansiedad al contacto social, incremento de conductas fóbicas, mayor sensibilidad a las críticas, tendencia al autoreproche, mayor necesidad de gustar y poca tendencia a negarse a lo que se les pide. Trabajos realizados con test de Personalidad MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) demostraban diferencias significativas en las escalas de histeria, psicastenia, hipocondriasis y esquizofrenia, destacando menor grado de madurez, incremento de la conducta compulsiva o fóbica. Incluso, este cuadro se ha asociado al trastorno obsesivo-compulsivo ya que son pacientes muy autocríticos que llegan a pasar muchas horas apretando las pápulas, lo que llega a parecerse a un comportamiento compulsivo. Refieren preocupaciones excesivas, así como falta de confianza y posibilidad de un estado de ánimo subdepresivo o hipotímico. Comparándolo con los resultados de nuestra muestra, es relevante la posible existencia de síntomas de somatización, ansiedad e incluso ánimo depresivo (sobre todo en mujeres de mayor edad, lo que se podría correlacionar con el tiempo de evolución de la enfermedad y por tanto repercusión de la misma). Muchos pacientes, asocian su estado de ánimo como consecuencia de padecer esta enfermedad más que a cualquier otra circunstancia. Argumentan que el rostro es algo esencial para la imagen corporal y la comunicación entre las personas. En lo relacionado con el perfil de personalidad, es evidente la dificultad encontrada en la participación de estas pacientes en el estudio, rechazando la posibilidad de estar relacionada esta enferme-

dad con un origen psicógeno, tendencia a dar una buena imagen de sí mismas y de normalidad en sus vidas; destaca también las puntuaciones altas en aquellos ítems que miden la obsesividad, hipocondría, preocupaciones por la salud, baja autoestima y alta responsabilidad social. Un grupo menor puntuaría alto en escalas que valoran los pensamientos extravagantes y la paranoia.

La aparición de asociación con síntomas de dismorfofobia¹⁶ es mucho menos frecuente, pero cuando sucede, los pacientes pueden pasarse horas pensando en su defecto y estos pensamientos dominan sus vidas. Los síntomas dismorfofóbicos pueden aparecer tanto en el contexto de cuadros neuróticos como los TOC, como en cuadros psicóticos. Los casos delirantes tienen menos conciencia de su problema que los cuadros obsesivo-compulsivos. La aparición de ideación delirante con disturbios en la autopercepción, puede ser un síntoma de depresión psicótica, por tanto es fundamental hacer una exploración psicopatológica completa del paciente. En caso de un problema delirante, se aconseja un manejo similar a los delirios de parasitosis. En nuestro estudio, no hemos realizado una exploración acerca de posibles síntomas dismorfofóbicos de las pacientes.

Otros estudios hacen hincapié en una falta de control, presentando un incremento de conductas más impulsivas, compatible con personalidades inmaduras así como mayor posibilidad de depresión neurótica.

Los dermatólogos refieren que un elevado porcentaje de sus pacientes evidencian síntomas psiquiátricos y/o psicosociales a sus quejas principales. Desde su posición de dermatólogos, cuando se interesan por estos síntomas, preguntando por estado de ánimo o ansiedad, o hablando de problemas psicológicos o sociales, el paciente puede llegar a pensar que no le están tratando su enfermedad dermatológica adecuadamente. Esto posiblemente genera una tendencia a minimizar síntomas o a rechazar esta ayuda por temor a que su enfermedad no sea tomada en serio.

Muchos pacientes rechazan ser remitidos al psiquiatra, bien por la falta de conciencia de la relación de sus problemas psicológicos con sus problemas de piel o bien por la estigmatización social que esto supone.

El papel del médico de familia y del dermatólogo es básico para conseguir mejorar los síntomas psicológicos que estos pacientes presentan. Para ello, es fundamental poder detectar aquel porcentaje de pacientes que deben derivarse para una evaluación psiquiátrica dada la relevancia de sus síntomas². También puede ayudar el tener presente la clasificación de enfermedades psicodermatológicas así como la medicación psicotrópica que puedan necesitar.

Otro punto importante es la necesidad de plantearse el uso de medicación más agresiva para tratar la rosácea, a pesar de no ser un cua-

dro dermatológico tan grave, dadas las consecuencias psicológicas de la rosácea para este grupo de pacientes.

CONCLUSIONES

Para poder consolidar los resultados de este estudio sería conveniente mayor tamaño muestral. De la muestra estudiada los datos apuntan a:

- Más de un 50% de este grupo de pacientes presenta síntomas de somatización; dato relevante y a tener en cuenta a la hora de explorar y/o detectar sintomatología psiquiátrica o psicológica de la paciente que necesite soporte terapéutico.
- Al menos un 20% presentan síntomas depresivos marcados y sobre un 15% afirman síntomas de ansiedad evidentes así como mayor percepción de estrés. Es más marcado en el grupo de pacientes de más edad, lo que podría estar relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad y una posible repercusión de la cronicidad de enfermedad y del aspecto físico de la enfermedad.
- En cuanto a perfil de personalidad, llama la atención, la resistencia de este grupo de pacientes a acudir a servicio de Psiquiatría, la tendencia a dar una imagen buena y como posible hipótesis podemos pensar a minimizar síntomas. Las puntuaciones más altas se obtienen en escalas de hipocondría, obsesividad, depresión, preocupaciones por la salud, baja autoestima, responsabilidad social y en otro grupo menor además puntúan alto en las escalas de paranoia, esquizofrenia y pensamientos extravagantes, lo que podría relacionarse con mayor desconfianza o mayor suspicacia en estas pacientes o también existencia de sintomatología dismorfofóbica asociada. Puntúan bajo en la escala que mide fuerza de yo (lo que se interpreta como tendencia a la inhibición, enfermedades físicas, sentimientos de incapacidad para afrontar presiones, con bajo autoconcepto y dificultades para adaptarse a las situaciones problemáticas).

También sería interesante realizar test psicométrico que permitiese explorar síntomas dismorfofóbicos en este grupo de pacientes. A pesar de una menor frecuencia, cuando está presente, los pacientes pueden estar rumiando en su defecto durante horas, sobre todo cuando se asocia sintomatología obsesiva (escala que puntúa alto en estas pacientes) llegando a ser un pensamiento que domina sus vidas. La sintomatología dismorfofóbica puede asociarse tanto a patologías de base neurótica como psicótica. La aparición de ideas delirantes y auto-percepción distorsionada, puede indicar que estamos ante un cuadro depresivo psicótico. Los cuadros delirantes tienen menos conciencia de enfermedad que los cuadros obsesivo-compulsivos.

Por tanto, a la hora de explorar y tratar a pacientes con rosácea, es conveniente tener presente que estos los pacientes pueden presen-

tar comorbilidad psiquiátrica asociada y de ser relevantes los síntomas sería aconsejable una interconsulta con el servicio de Psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Francesc Grimalt. J.A.Cotterill. Dermatología y Psiquiatría: Historias clínicas comentadas. Rosácea y enrojecimiento facial. Hiperhidrosis. Tema 23. Pág.239-244. Aula Médica Ediciones. 2002. Madrid
- 2.- Bar LHJ, Kuypers BRM. Behaviour therapy in dermatologic practice. Br J Dermatol. 1983; 119:570-572
- 3.- Griesemer RD. Emotionally triggered disease in a dermatology practice. Psychiatr Ann. 1978; 8:49-56
- 4.- Panconesi E.- Psychosomatic Dermatology.-Clinics in Dermatology October-December 1984.- Vol 2. (4)
- 5.- J. Bobes, M.P.G.-Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Sáiz, M. Bousoño. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª Ed. Ars Médica. Barcelona. 2004
- 6.- X. Badia, M. Salamero, J. Alonso. La media de la salud: guías de escalas de medición en español.3ª Ed. Colección Medicina Eficiente: Fundación Lilly. Barcelona. 2002
- 7.- S.R. Hathway. J. C. McKinley. Manual Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2:MMPI-2. (Adaptación española: A. Ávila-Espada. F. Jiménez-Gómez)- 3ª Ed. TEA ediciones. Madrid 2002.
- 8.- D.S. Nichols. Claves para la evaluación con el MMPI-2. TEA ediciones. Madrid. 2002.
- 9.- Othmer E, DeSousa C. A screening test of somatization disorder(hysteria). Am J Psychiatry 1985;142:1146-1149
- 10.-García-Campayo JJ; Sanz-Carrillo C, Pérez-Echeverría MJ, Lobo A. Screenign of somatization disorder: validation of Spanish version of the Othmer and DeSousa Test. Acta Psychiatr Scand 1996, 411-415
- 11.-Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatr 1961; 4: 561-571
- 12.-Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica, 1991.
- 13.- Levenstein, S. Pranter, C. Varvo, V. Scribano, ML. Berto, E. Luzzi, C. Andreoli, A. Development of the perceived stress questionnaire: A new tool for psychosomatic research. Journal of Psychosomatic Research. Vol 37(1): 19-32. 1993
- 14.- Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santet MA, Montoro M. Validation of the spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research 2002; 52: 167-72
- 15.- Sylvia Garnis- Jones. Psychological Aspects of Rosacea. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery.- Volume 2., supplement 4, 1998
- 16.- Cohen CG, Krahn L, Wise TN, Epstein S, Ross R.-Delusions of disfigurement in a woman with acne rosacea. Gen Hosp. Psychiatry 1991 Jul; 13(4):273-7

AGRADECIMIENTOS:

Al servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, a la Unidad de Salud Mental del Ventorrillo, en especial a la Dra María Teresa Amboage Paz, así como a los centros de Atención Primaria que colaboraron en la derivación de pacientes para el estudio.