

# ¿LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL SON MÁS COMUNES EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD?

ARE SKIN DISEASES MORE COMMON IN PEOPLE WITH PERSONALITY DISORDERS?

**Autores:** Guillem Lera Calatayud<sup>(1)</sup>, Sara Giner Brocal<sup>(2)</sup>, Elena Castellano Rioja<sup>(3)</sup>, Francesc Giner Zaragoza<sup>(4)</sup>.

(1) Médico psiquiatra. Hospital de La Ribera. Unidad de Salud Mental de Sueca. Director de Docencia e Investigación en Psiquiatría.

(2) DUE. Hospital de La Ribera. Máster universitario en integridad de la piel. Universidad Católica de Valencia.

(3) DUE. Responsable de Postgrado en Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia.

(4) Médico psiquiatra. Hospital de La Ribera. Unidad de Salud Mental de Sueca.

**Contacto:** [guillemlera@gmail.com](mailto:guillemlera@gmail.com)

Fecha de recepción: 31/10/2017

Fecha de aceptación: 30/12/2017

## RESUMEN:

**Objetivo:** Conocer cuántas personas en una muestra de pacientes de una unidad de salud mental ambulatoria sufren enfermedades psicodermatológicas, cuáles son estas enfermedades psicodermatológicas y si son más comunes en cualquier grupo de Trastorno de Personalidad.

**Métodos:** Estudio caso-control, observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo. Hubo dos grupos de población según la presencia o ausencia de psicodermatosis. En ambos grupos se evaluó la existencia de un factor de exposición (Trastorno de Personalidad). Se utilizó el cuestionario de cribado Salamanca para diagnosticar el Trastorno de Personalidad.

**Resultados:** la muestra fue de 187 pacientes. Los problemas psicodermatológicos más comunes fueron acné y dermatitis seborreica seguidos de alopecia areata, dermatitis atópica y psoriasis. Las personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad no tenían más psicodermatosis que el grupo control. Los pacientes del clúster A tenían menos psicodermatosis que el grupo control.

**Conclusiones:** Las psicodermatosis más frecuentes en este estudio han sido la dermatitis seborreica, la psoriasis y la alopecia. No existe tendencia a la asociación de los trastornos de personalidad como factores de riesgo de las dermatosis inflamatorias. Los rasgos de la personalidad del clúster A actúan en nuestro estudio como factores protectores para el desarrollo de las psicodermatosis.

**Palabras clave:** Psicodermatosis, trastorno de personalidad, enfermedad cutánea.

## ABSTRACT:

**Objective:** To know how many people in a sample of patients from the Outpatient Mental Health Unit suffer psychodermatologic diseases, which are these psychodermatologic diseases and if they are more common in any group of Personality Disorder.

**Methods:** Case-control study, observational, analytical, longitudinal, retrospective. There were two population groups according to the presence or absence of psychodermatosis. In both groups the existence of an exposure factor (Personality Disorder) was evaluated. The Salamanca screening questionnaire was used to diagnose Personality Disorder.

**Results:** The sample was 187 patients. The most common psychodermatologic problems were acne and seborrheic dermatitis followed by alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. People diagnosed with Personality Disorder had no more psychodermatosis than the control group. Cluster A patients had less psychodermatosis than the control group.

**Conclusions:** The most frequent psychodermatosis in this study have been seborrheic dermatitis, psoriasis and alopecia. There is no tendency to associate personality disorders as risk factors for inflammatory dermatoses. The personality traits of cluster A performed in our study as protective factors for the development of psychodermatosis.

**Key words:** Psychodermatosis, personality disorder, skin disease.

## INTRODUCCIÓN:

Un trastorno psicodermatológico es una condición que implica una interacción entre la mente y la piel<sup>(1,2)</sup>. La gestión eficaz de al menos un tercio de los pacientes que acuden al departamento de la piel depende, en cierta medida, del reconocimiento de factores emocionales y psicológicos<sup>(3)</sup>. Es evidente que las enfermedades dermatológicas influyen en la esfera emocional del paciente. Recíprocamente, la piel es el espejo somático de emociones tales como ansiedad, cólera, alegría, tristeza o disgusto. De ahí el término somatización, o transformación de problemas psíquicos en trastornos orgánicos, a través del sustrato biológico asociado, el sistema neuroendocrino-inmuno-cutáneo<sup>(4)</sup>.

Los trastornos psicodermatológicos se dividen en tres categorías: trastornos psicofisiológicos, trastornos psiquiátricos primarios y trastornos psiquiátricos secundarios<sup>(1)</sup>. La clasificación de Koo se puede ver en la **tabla 1**, que incluye tres categorías. Una de ellas, los Desórdenes Psicofisiológicos, está asociada con trastornos de la piel que no están directamente relacionados con enfermedades mentales, pero que reaccionan a los estados emocionales, como los producidos por el estrés intenso o crónico con maneras personales inadecuadas de adaptación a los factores estresantes (rasgos de personalidad). Las otras dos categorías son secundarias a problemas mentales (dermatitis artefacta, escoriaciones neuróticas, tricotilomanía, etc.) o generadoras de enfermedad psiquiátrica (toda dermatosis crónica y deformante p. ej. puede provocar estados depresivos y/o ansiedad excesiva). En todas ellas, las emociones son el nexo de asociación entre la esfera psíquica y la somática.

Trastornos psicofisiológicos	Trastornos psiquiátricos primarios	Trastornos psiquiátricos secundarios
Psoriasis Dermatitis atópica Acné Hiperhidrosis Urticaria Infección por virus herpes simplex Dermatitis seborreica Aftosis Rosácea Prurito psicógeno	Dermatitis artefacta Delirios de parasitosis Tricotilomanía Estados fóbicos Dismorfofobia Trastornos alimentarios Excoriaciones neuróticas Prurigo nodular	Alopecia areata Vitiligo Psoriasis extensa Eczema crónico Síndrome ictiosiforme Rinofima Neurofibroma Albinismo

**Tabla 1.** Clasificación de las psicodermatosis según Koo et al (2001).

Las alteraciones neurobiológicas de los psicodermatosis incluyen una sensibilidad autóctona exagerada de la amígdala y de otras zonas del sistema del procesamiento emocional, ante estresores comunes. La activación desregulada del sistema implica de manera crónica que existen alteraciones en la regulación simpática y parasimpática. En general, se postula que en respuesta al estrés psicofisiológico (activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal) se produce un aumento de la estimulación adrenérgica y de las citoquinas proinflamatorias, generando modificaciones en el sistema inmunológico (cambios en los fenotipos de los linfocitos circulantes, con especial mención a los mastocitos), que participan en la génesis y el mantenimiento de las dermatosis inflamatorias<sup>(4)</sup>.

Por otra parte, las características esenciales de un trastorno de la personalidad (TP) son las alteraciones del funcionamiento de la personalidad (auto e interpersonal) y la presencia de rasgos de personalidad patológicos. Los trastornos de personalidad se pueden dividir en tres grupos como se ve en la **tabla 2**<sup>(5-7)</sup>.

Clúster A o personalidades "excéntricas, raras"	Clúster B o personalidades "dramáticas, inestables"	Clúster C o personalidades "ansiosas, temerosas"
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TP esquizotípica</li> <li>• TP esquizoide</li> <li>• TP paranoide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TP psicopática</li> <li>• TP histriónica</li> <li>• TP narcisista</li> <li>• TP de inestabilidad emocional (Límite / Impulsivo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obsesivo</li> <li>• Dependiente</li> <li>• Ansioso o evitativo</li> </ul>

**Tabla 2.** Clasificación de los trastornos de personalidad (Kernberg 2004).

De hecho, las personas que presentan características de trastorno de la personalidad son mucho más comórbidas con otras enfermedades mentales y somáticas que aquellas sin trastorno de la personalidad. Se han asociado con la hiperfrecuencia médica, el peor pronóstico de las enfermedades somáticas, incluso con migraña crónica o con peores evoluciones de la placa aterosclerótica coronaria. La literatura científica es abundante<sup>(8)</sup>. Es razonable suponer que lo mismo ocurre con las enfermedades dermatológicas en personas con trastornos de la personalidad.

Por el contrario, la literatura médica sobre esta asociación, trastornos de la personalidad y psicodermatosis, es muy escasa como puede verse en la **tabla 3**. Los investigadores se han centrado en la obtención de perfiles psicológicos entre las muestras de pacientes con dermatosis. O bien, tratan de establecer vínculos entre la dermatosis y una enfermedad psiquiátrica clásica como el trastorno obsesivo compulsivo<sup>(9)</sup> o trastorno depresivo mayor. Sin embargo, no hay perfiles psicológicos específicos, ni una enfermedad psiquiátrica específica puede estar correlacionada con una enfermedad dermatológica específica<sup>(8)</sup>, excepto el delirio de parasitosis y la esquizofrenia. Sólo en el TP límite encontramos un estudio que indica la existencia de una asociación entre ésta y diferentes condiciones dermatológicas<sup>(10,11)</sup>. Además, los pacientes con trastornos de la personalidad tales como los trastornos límite, narcisista y esquizotípico y los pacientes con cualquier proceso psicótico activo ciertamente constituyen una población más resistente y difícil con la cual el éxito terapéutico es menos probable<sup>(12)</sup>.

En resumen, no hemos encontrado estimaciones de la prevalencia de la asociación entre psicodermatosis y TP, ya sea en la población general o en muestras clínicas. La literatura científica muestra esquemas generales centrados en enfermedades

clásicas o perfiles psicológicos, no en trastornos ni en rasgos de personalidad.

Los TP serían un factor de riesgo que precede a las enfermedades psicodermatológicas. Creemos que las enfermedades psicodermatológicas son más frecuentes en aquellos pacientes que sufren inestabilidad en las relaciones interpersonales, el estado de ánimo y la autoimagen, especialmente los pacientes incluidos en el grupo B<sup>(7)</sup>.

Además, los TP del clúster B se caracterizan por reacciones intensas e inestables de ira, miedo o agresividad impulsiva ante diversas situaciones estresantes<sup>(5,6)</sup> siendo la piel “el órgano de límite” en sus conflictos y su somatización jugaría un papel principal en la patología<sup>(13)</sup>. Por tanto, podríamos hipotetizar que sus consecuencias sobre la inflamación en la piel serán duraderas y aparecerán en forma de psicodermatosis.

El objetivo de este estudio es conocer cuántas personas en una muestra de los pacientes de la Unidad de Atención Médica de Salud Mental sufren enfermedades psicodermatológicas, cuáles son estas enfermedades psicodermatológicas y si este tipo de enfermedades son más comunes en cualquier grupo de TP.

## MÉTODOS:

Se trata de un estudio caso-control con una muestra de 187 sujetos, observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo. Se obtuvieron 51 casos con diagnóstico de psicodermatosis y 136 sin dicha enfermedad, midiendo la presencia de trastorno de la personalidad en todos ellos.

**Situación:** Servicios de Salud Mental en la ciudad de Sueca, que ofrece asistencia psiquiátrica y psicológica a la población de La Ribera Baixa y la ciudad de Benifaió, alrededor de 97.000 personas. Los Servicios de Salud Mental de la ciudad de Sueca forman parte del Área de Salud de La Ribera, cerca de Valencia, en España.

**Temas y muestra:** Población objetivo: Pacientes con TP. Población estudiada: Pacientes con TP en el área de salud de La Ribera Baixa y Benifaió. Muestra: Pacientes remitidos desde las consultas de Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental de Sueca durante enero-junio en 2012.

Búsqueda	Buscador y criterios de búsqueda	Número de artículos	Artículos relacionados con el actual estudio con el título traducido al castellano
Psico-dermatología y trastornos de la personalidad	Pubmed Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año Resumen (al menos) disponible.	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Dermatitis artefacta y enfermedad cutánea artefacta: la necesidad de un equipo multidisciplinario de psicodermatología para el tratamiento de una condición difícil. <i>Br J Dermatol.</i> 2013 Sep; 169 (3): 600 – 6.</li> <li>Jafferany M. Psicodermatología: una guía para entender los trastornos psico-cutáneos comunes. <i>Prim Care Companion J Clin Psiquiatría.</i> 2007; 9 (3): 203-13.</li> <li>Fried RG. Tratamientos no farmacológicos en psicodermatología. <i>Dermatol Clin.</i> 2002 Jan; 20 (1): 177- 85.</li> </ul>
Psicodermatología y trastornos de la personalidad	Cochrane ** Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año	2	Ninguno
Piel y "trastornos de la personalidad"	Pubmed Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año Resumen (al menos) disponible.	8	<p>Se excluyen los arriba citados y se añade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Shab A, Matteer U, Diepgen TL, Weiss-haar E. ¿Se consideran suficientemente los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastornos de la personalidad en las dermatosis ocupacionales? Una discusión basada en tres informes de casos. <i>J Dtsch Dermatol Ges.</i> 2008 Nov; 6 (11): 947-51.</li> <li>Harth W, Mayer K, Linse R. El síndrome límite en la dermatología psicosomática. Información general y caso clínico. <i>J Eur Acad Dermatol Venereol.</i> 2004 Jul; 18 (4): 503-7.</li> </ul>
Piel y trastornos de la personalidad	Cochrane Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año	20	Ninguno

Tabla 3. Revisión de la literatura.

**Diseño y procedimiento del estudio:** Hubo dos grupos de población en este estudio que difieren según la presencia (sujetos) o ausencia (controles) del efecto bajo estudio (psicodermatosis). En ambos grupos se evaluó la existencia de un factor de exposición (TP), comparando el nivel de exposición entre sujetos y controles, para encontrar una asociación entre efecto y exposición. El diagnóstico de la TP (factor de exposición) se realiza generalmente antes del diagnóstico de la psicodermatosis (efecto o enfermedad) porque la TP tiene su inicio en la adolescencia. Descartamos sujetos cuyo diagnóstico de psicodermatosis fue antes de los 18 años de edad.

Se utilizó el cuestionario de cribado Salamanca (SQ) para diagnosticar el TP. La SQ es un cuestionario auto-administrado que consta de 22 ítems, con un tiempo de logro entre 5 y 10 minutos. Cada elemento tiene una respuesta verdadera o falsa. Esta prueba ofrece el diagnóstico clásico en 3 grupos grandes: A o “excéntrico / psicótico”, B o “dramático / límite” y C o “ansioso / neurótico”. La prueba permite diferenciar 11 categorías de TP. Aunque no se trata de un cuestionario validado en la población general, se ha utilizado en investigaciones españolas sobre la prevalencia de los TP en muestras clínicas debido a su rápida administración en comparación con otras pruebas TP. Los autores fijaron el punto de corte para cada TP en 2/3 (14,15). Sin embargo, un estudio más reciente sugiere que el punto de corte más fiable debería ser de 5/6 porque la SQ no distingue entre estado y rasgo con niveles de corte más bajos (16), hecho constatado en la literatura científica para todos los instrumentos de cribado en TPs. En este estudio, el punto de corte utilizado para SQ fue de 5/6. Un caso puede puntuar como positivo en uno, dos o los tres trastornos de la personalidad al mismo tiempo.

Todos los SQ fueron sistemáticamente recolectados de las primeras visitas a los Servicios de Salud Mental de Sueca que cumplieron con los criterios de inclusión en el primer semestre del año 2012.

Otras variables obtenidas de la muestra fueron: edad, sexo, enfermedad dermatológica, enfermedad psicodermatológica,

### **Criterios de selección:**

Criterios de inclusión:

- Los pacientes se refirieron a la Unidad de Salud Mental de Sueca de enero a junio de 2012.

- Pacientes de 18 años o más.
- Pacientes que consienten verbalmente a participar en el estudio después de recibir información completa al respecto.
- Pacientes que completan SQ.

Criterios de exclusión:

- Dificultad para entender las declaraciones del cuestionario debido a disfunción cognitiva o problemas con el lenguaje.
- Ser afectado, durante la participación en el estudio, por un episodio psicótico o algún otro estado que pudiera alterar el juicio de la realidad.
- Edad menor de 18 años.
- Riesgo de auto o heteroagresión en el momento de la evaluación.
- Presentar una patología orgánica que da lugar a manifestaciones sintomáticas que pueden confundirse con rasgos patológicos de la personalidad.

**Estudio de variables:** Variables independientes: sufrir o no TP (evaluado con SQ), edad y sexo. Variables dependientes: sufrir o no psicodermatosis (inscripción en el registro clínico electrónico).

**Análisis estadístico:** Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete de software estadístico SPSS versión 20.0. Los datos fueron resumidos por la media y desviación estándar en el caso de variables continuas. La asociación entre el tipo de TP y la presencia de enfermedades psicodermatológicas se evaluó con el test de Chi cuadrado. Los valores de  $p < 0,05$  se consideraron estadísticamente significativos. Para las variables cualitativas, se calculó la frecuencia absoluta y relativa y se realizó una representación gráfica a través de diagramas sectoriales.

**Criterios éticos:** El estudio fue realizado de acuerdo con la Declaración de Helsinki, el protocolo fue revisado y aprobado por la junta de revisión institucional / comité de ética independiente del Hospital de la Ribera y todos los pacientes proporcionaron su consentimiento informado verbal.

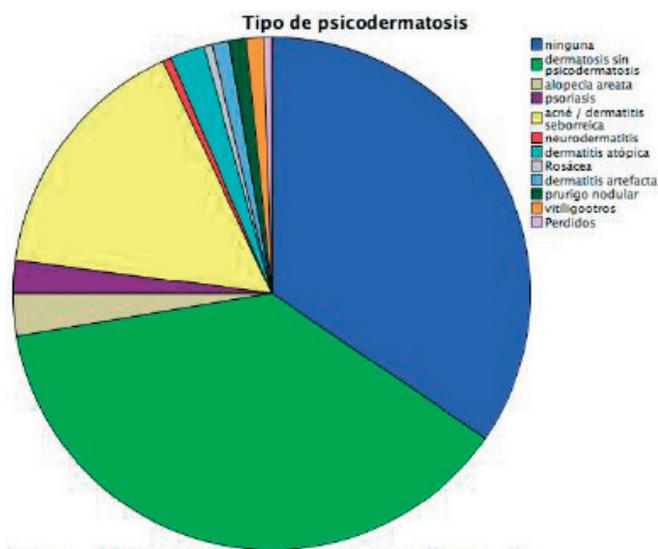
### **RESULTADOS:**

**Descripción de la muestra:** Se incluyeron en total 188 pacientes. Un caso fue desestimado por no haber completado completamente la SQ y la muestra final fue de 187 pacientes.

La edad media fue de 44,47 años con una desviación estándar de 15,32. La edad mínima era de 18 años, mientras que el valor máximo de 81 años. En la muestra, el 63,8% de los individuos (120 sujetos) eran mujeres, mientras que el 35,6% de los sujetos (67 sujetos) fueron varones.

El 64,9% de los individuos (122 sujetos) tenían una enfermedad dermatológica. El 34,6% de los individuos (65 sujetos) no sufría ninguna enfermedad dermatológica.

En nuestra muestra, el 72,3% de los individuos (136 sujetos) no presentaban problemas psicodermatológicos. El 27,1% de la muestra (51 sujetos) tuvo un diagnóstico psicodermatológico. Todos los diagnósticos concretos de los problemas psicodermatológicos se describen en la imagen 1.



**Imagen 1.** Tipos de psicodermatosis.

El problema psicodermatológico más común en la muestra es acné o dermatitis seborreica seguido de alopecia areata, dermatitis atópica y psoriasis.

Las personas con el clúster A y máximo nivel de detección posible ( $SQ > 5$ ). Hay 22 personas con una selección positiva en el grupo A con  $SQ$ . 2 de ellos presentan psicodermatosis. 165 casos no son del grupo A y 49 de ellos tienen psicodermatosis. Existe significancia estadística, lo que significa que las personas con TP del grupo A sufren menos psicodermatosis que las personas sin problemas de TP-grupo A.

Las personas con clúster B positivo de detección ( $SQ > 5$ ). Hay 37 personas con una selección positiva en el grupo B con  $SQ$ . 7 de ellos tienen

psicodermatosis. 150 casos no eran grupo B y 44 de ellos presentan psicodermatosis. No hay significancia estadística.

Las personas con clúster C de detección posible ( $SQ > 5$ ). 40 casos tienen un screening positivo para el grupo C con  $SQ$ . 12 de ellos son diagnosticados de psicodermatosis. 147 casos no son del grupo C y 39 de ellos tienen psicodermatosis. No hubo significación estadística.

Realizamos la medición de "odds ratio" para cada clúster de TP (A, B y C) según el número de casos de psicodermatosis en cada uno. Todas las pruebas estadísticas se pueden ver detalladas en la **Tabla 4**.

--	PSICODERMATOSIS SÍ	PSICODERMATOSIS NO	p ( $\chi^2$ )	OR
Clúster A + Clúster A -	2 49	20 116	0.043	0.23
Clúster B+ Clúster B-	7 51	30 106	0.224	0.56
Clúster C+ Clúster C-	12 39	28 108	0.691	1.18

\*\* Resultados agrupados según clúster de trastorno de personalidad (A, B, C) y presencia o no de psicodermatosis. N=187. La medida de la existencia de trastorno de personalidad se realiza usando el máximo punto de corte (5/6) del cuestionario Salamanca.

**Tabla 4.** Medición de odds ratio (OR).

## DISCUSIÓN:

Existe una elevada prevalencia de trastornos dermatológicos presentes y pasados entre la población psiquiátrica que acude por primera vez a una Unidad de Salud Mental. Alrededor de un tercio de los pacientes presentan una psicodermatosis, siendo las más frecuentes la dermatitis seborreica, la psoriasis y la alopecia.

No existe tendencia a la asociación de los trastornos de personalidad como factores de riesgo de las dermatosis inflamatorias. Al contrario, los rasgos de la personalidad del clúster A con expresión reducida de las emociones, actúan en nuestro estudio como factores protectores para el desarrollo de las psicodermatosis.

En primer lugar, llama la atención el alto porcentaje de dermatosis en esta muestra psiquiátrica. El 65% de estos primeros casos de Salud Mental presentaban una afección dermatológica. El 27% del total son psicodermatosis. Estos datos

coinciden curiosamente con su recíproco en muestras de Dermatología, aproximadamente el 30% de los pacientes presentan problemas psicológicos y psiquiátricos asociados a su dermatosis. A pesar de que en la bibliografía se expone con frecuencia que la a psoriasis es el mejor ejemplo de la importancia del sistema nervioso en un trastorno cutáneo y que se ha constatado la presencia de diferentes grados de estrés antes de la aparición del primer síntoma de psoriasis (entre el 32% y el 90% de todos los casos), en nuestra muestra fue un diagnóstico poco frecuente<sup>(4)</sup>.

En segundo lugar y en nuestra muestra, existe una asociación entre la presencia de psicodermatosis y la de un trastorno de la personalidad del clúster A, medido con el máximo nivel de exigencia diagnóstica: el punto de corte máximo del test, el más específico y menos sensible, el de 5/6.

Por tanto, aquí ambas variables son dependientes, existe una relación entre ellas. Los estadísticos empleados ( $OR=0.23$ ,  $X^2$ ) muestran valores que sugieren una asociación protectora, los casos de psicodermatosis son menores entre las personas con rasgos de personalidad del clúster A. Estas personas tienen una excesiva sensibilidad a los contratiempos, suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutras o amistosas de los demás como hostiles o despectivas<sup>(7)</sup>. O bien y entre otros rasgos, cierta incapacidad para sentir placer, frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo, incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás y respuesta pobre a los elogios o las críticas.

Podría parecer que en los sujetos clúster A (“extraños, bizarros”) este desapego los protege de las manifestaciones emocionales intensas y este hecho estaría asociado, en nuestra muestra, al menor desarrollo de dermatosis inflamatorias. Sabemos que con los datos actuales este enunciado no pasa del estado de pre-hipótesis.

En los pacientes del clúster B “inestable” el hecho de ser primeros casos medidos con un cuestionario de “screening” supone que:

- se evidencia el sesgo de estado: síntomas asociados al estado puntual agudo por el que los pacientes son derivados se confunden con los síntomas crónicos (rasgo) que definen a los trastornos de personalidad. Hecho descrito en la literatura científica.
- por ello, el clúster de personalidad patológica que se define precisamente por la gran inestabilidad emocional, el clúster B, está sobrerrepresentado en la muestra con este cuestionario de cribado. Para el punto de corte propuesto por los autores, 2/3, el test no distingue entre estado y rasgo: todos los casos aparecen como trastornos de personalidad de clúster B. Cuando usamos el punto de corte más específico 5/6, la asociación entre estas variables desaparece.
- En general para el clúster B y el C o “neurótico-normal” el factor de exposición TP está repartido de manera más uniforme entre los casos de psicodermatosis y de los que no la sufren. Son pacientes que sí expresan sus estados emocionales, incluso con excesiva intensidad (clúster B) lo que los lleva al malestar psiquiátrico/psicológico<sup>(5)</sup>. En comparación con los del clúster A, da la impresión que el acercamiento a una supuesta “normalidad” predispone a la formación de psicodermatosis crónicas. En contra de nuestra hipótesis inicial, los pacientes del clúster B no tenían más psicodermatosis.

Es importante tener en cuenta también que algunos pacientes con TP inician el contacto con los servicios sanitarios a través de problemas cutáneos, bien por el médico de AP o bien por dermatología, y que el tratamiento de la enfermedad mental es clave para la evolución del paciente<sup>(13)</sup>. Un equipo “psicocutáneo” multidisciplinario es importante en esta condición, ya que es probable que el paciente requiera intervención psicológica, además de dermatológica (para hacer el diagnóstico y, lo que es más importante, para excluir la enfermedad orgánica) y psiquiátrica (para manejar la enfermedad psiquiátrica concomitante)<sup>(17)</sup>. La comprensión de la existencia de un ciclo, trastornos psicológicos causan enfermedades de la piel y las enfermedades dermatológicas causan trastornos psicológicos, es la base para una buena actuación médica dermatológica<sup>(2)</sup>.

Teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del estudio (cuestionario de cribado para TP, elección del punto de corte más específico y menos sensible, diagnósticos hechos por médicos de AP y por dermatólogos) y su diseño transversal, exploratorio de la cuestión objeto de estudio, no podemos concluir inferencias causales. Sí podemos explorar si existe asociación estadística entre la psicodermatosis y la presencia de rasgos de alguno de los tres clústeres de la personalidad.

### CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de patrocinio económico para la realización de este caso clínico.

### BIBLIOGRAFÍA

- Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* [Internet]. 2001 Dec 1 [cited 2017 Jan 24];64(11):1873–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11764865>
- Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2014 Aug 23 [cited 2017 Feb 28];96(217):0. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27282585>
- Ehsani AH, Toosi S, Mirshams Shahshahani M, Arbabi M, Noor-mohammadpour P. Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2009 Aug [cited 2017 Jan 24];23(8):945–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3083.2009.03236.x>
- Grimalt F, Cotterill J. *Dermatología y psiquiatría*. 1st ed. Aula Médica Ediciones, editor. Madrid: Publicaciones Aula Médica; 2002. 133-142.
- Kernberg OF. Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Organization: Psychopathology and Psychotherapy. *Handb Personal Disord Theory Pract* [Internet]. 2004;92–119. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2004-13688-005&lang=fr&site=ehost-live>
- Organización panamericana de la salud. CIE-10 clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 554 [Internet]. 2008;3(554):758. Available from: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 5th ed. American Psychiatric Association, editor. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Bode K, Vogel R, Walker J, Kröger C. Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder: a comparative study based on anonymized claims data. *Eur J Heal Econ* [Internet]. 2016 Dec 18 [cited 2017 Jan 25]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27990594>
- Shab A, Mattered U, Diepgen TL, Weisshaar E. Are obsessive-compulsive disorders and personality disorders sufficiently considered in occupational dermatoses? A discussion based on three case reports. *J Dtsch Dermatol Ges* [Internet]. 2008 Nov [cited 2017 Feb 28];6(11):947–51. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1610-0387.2008.06825.x>
- Arrazola Guerrero J, Bustos Condado J, Toussaint Caire S, Rodríguez Cerdeira C, Arenas R, Gea González M. Factitious dermatitis. A case report in a woman with a major depressive disorder (MDD). *Dermatología*. 2011;9(3):190–5.
- Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle: A pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):215–8.
- Fried RG. Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatol Clin* [Internet]. 2002 Jan [cited 2017 Feb 28];20(1):177–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11859591>
- Harth W, Mayer K, Linse R. The borderline syndrome in psychosomatic dermatology Overview and case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18(4):503–7.
- Pérez-Urdániz, A. Rubio-Larrosa, V. Gómez-Gasol M. Cuestionario Salamanca de Trastornos de Personalidad [Internet]. 2011. Available from: <http://www.seetp.com/Articulos/SALAMANCAcast.pdf>
- Prieto-Etxebeste, M., Sanz-Etxeberria, J., Landabaso-Vazquez, M., Garnica-de-Cos, E., Sánchez-Pérez M. Cuestionario de Personalidad IPDE y Cuestionario Salamanca. Estudio comparativo en una muestra de pacientes con trastorno por uso de sustancias. *Psiquiatr Biológica*. 2006;13(3):1–177.
- Giner-Zaragoza, F., Lera-Calatayud, G., Vidal-Sánchez, ML., Puchades-Muñoz, MP., Rodenes-Pérez, A., Ciscar-Pons, S., Chiclana-Actis, C., Martín-Vivar, M., Garulo-Ibáñez, T., Tapia-Alcañiz, J., Díaz-Esteban, E., Ferrer-Ferrer L. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2015;35(128):789–99.
- Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: The need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition. *Br J Dermatol*. 2013;169(3):600–6.