

ESTUDIO DE LA PROXÉMICA, EL CONTACTO Y LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON PSORIASIS

STUDY OF PROXEMICS, CONTACT AND EMOTIONAL EXPRESSION IN A PSORIASIS PATIENTS' SAMPLE

Ulnik, Jorge C.¹; Murata, Cecilia²; Rivadeneira, Oscar A.³; Salgado, Matías⁴; Czerlowski, Mónica⁵

RESUMEN

Antecedentes: la relación entre alexitimia y psoriasis es compleja y está vinculada con procesos de separación-individuación y con problemáticas en el desarrollo de un apego seguro para establecer relaciones de confianza y regular las emociones y el estrés. *Objetivos:* analizar la proxémica, el contacto y la expresión emocional de los pacientes con psoriasis en los vínculos materno-filiales y del área sexual. *Método:* en un estudio correlacional a 51 personas con psoriasis y 56 controles se les aplicaron diferentes instrumentos para evaluar Alexitimia, Apego y Proxémica. *Resultados:* las personas con psoriasis demostraron mayor evitación del contacto en la sexualidad. La evitación del contacto fue superior al conjugarse la presencia de alexitimia y de psoriasis. *Conclusiones:* las personas con psoriasis tendrían un menor contacto en la sexualidad y más respuestas fusionales o de lejanía en la relación niño-madre sugiriendo problemáticas de apego. Los resultados obtenidos con los instrumentos administrados sugieren que la alexitimia podría afectar la sexualidad y se potenciaría con la psoriasis generando dificultades de contacto.

Palabras clave:

Psoriasis - Alexitimia - Apego - Psicopatología - Psicoanálisis

ABSTRACT

Background: the relationship between alexithymia and psoriasis is complex and is related to separation-individualization processes and to difficulties in the development of a secure attachment to establish trustful relationships and to regulate emotions and stress. *Objectives:* to analyze psoriasis subjective factors such as proxemics, contact and emotional expression on people with psoriasis on their mother-child and sexual bonds. *Method:* in a correlational study, different scales were applied to 51 psoriasis patients and 56 controls to evaluate Alexithymia, Attachment and Proxemics. *Results:* people with psoriasis showed more contact avoidance in the sexuality area. Avoidance of contact was greater when alexithymia and psoriasis appeared together. *Conclusions:* people with psoriasis could have less sexual contact and greater fusional or distance responses on the son-mother bond suggesting difficulties in attachment. Alexithymia could affect sexuality and it could maximize its effects when combined with psoriasis producing contact difficulties.

Key words:

Psoriasis - Alexithymia - Attachment - Psychosomatic - Psychoanalysis

¹Cátedra Fisiología y Enfermedades Psicopatológicas. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. E-mail: jorgeulnik@gmail.com

²Área Psicología. Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales. Universidad Argentina de la Empresa.

³Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

⁴Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.

⁵Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Facultad de Ciencias Sociales.

INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se manifiesta por lesiones eritemato-escamosas y que puede cursar con artritis. Los pacientes con psoriasis a menudo presentan desordenes psicopatológicos que influyen en la manera como se sienten respecto a su cuerpo, a su tratamiento y a las relaciones con los demás (Gupta & Gupta, 1996; Pereira et al., 2012; Picardi et al., 2000; Sharma, Koranne & Singh, 2001). Son habituales las dificultades en la relación médico-paciente que generan como consecuencia la deambulación del enfermo de médico en médico y finalmente el abandono. Los tratamientos terminan siendo insatisfactorios no sólo por las características de la enfermedad, sino por las características psicológicas de los pacientes (Remröd, Sjöström, & Svensson, 2015). Anticipándose a la idea de que van a tener dificultades para establecer contacto social, estos pacientes eligen maneras particulares de enfrentar la enfermedad en un intento de evitar consecuencias sociales displacenteras (Rapp, Cottrell & Leary, 2001). La calidad de vida suele estar también afectada por dificultades experimentadas en su actividad sexual (Magin et al., 2010; Sampogna et al., 2007; Ulnik et al., 2013), su trabajo, su vida familiar y sus relaciones con amigos y con el resto de la gente (Gupta & Gupta, 1997; McKenna et al., 2003; Meeuwis et al., 2012; National Psoriasis Foundation Bulletin, 1998; Pearce et al., 2006; Pellerano et al., 2000; Schmitt & Ford, 2006; Weiss et al., 2002; Zachariae et al., 2002; Kouris et al., 2016). La falta de correlación entre los índices de severidad en la escala PASI (Psoriasis Area-Severity Index) o la medida de la enfermedad establecida clínicamente por el médico y el efecto en la calidad de vida del paciente sugiere, para la mayoría de los estudios (Katugampola, Hongbo & Finlay, 2005; Weiss et al., 2002; Zachariae et al., 2002), que es esencial mejorar la comunicación médico-paciente y que el médico debe tener en cuenta el malestar subjetivo que el paciente presenta (Dubertret, 2006a, 2006b; Feldman et al., 2005; Magin et al., 2010). Sin embargo, estos estudios no especifican cómo hacerlo, ni sugieren herramientas para definir mejor la subjetividad a la que aluden, especialmente si está relacionada con aspectos intrapsíquicos (Vardy et al., 2002). Schneider y otros (2011) relacionaron la ansiedad social y la evitación social como aspectos a tener en cuenta para el tratamiento multidimensional de la psoriasis y nuestro grupo ha vinculado la idea de contacto y su relación con la proxémica y el estilo de apego como una forma de evaluar estos factores subjetivos para su tratamiento interdisciplinario (Ulnik et al., 2004, 2005, 2011, 2013).

ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA

La proxémica, el apego y el contacto: La teoría del apego fue desarrollada por John Bowlby (1969, 1973, 1980, 1986) y postula una necesidad humana de formar vínculos afectivos estrechos que se manifiestan en conductas de proximidad, alejamiento y contacto con el cuidador. Esta teoría centra sus observaciones en la distancia que

el niño establece con su cuidador y con los objetos de su entorno, describiendo conductas de acercamiento y de alejamiento imbuidas de un estado afectivo que las determina. Bartholomew y Horowitz (1991) proponen cuatro estilos básicos de apego adulto a partir de la combinación de los modelos de sí mismo y de los otros. Las personas que tienen modelos positivos de sí mismo y de los otros presentan un estilo de apego adulto "seguro". Las personas despreocupadas también mantienen un modelo de sí mismo positivo, pero con un modelo negativo de los otros. Experimentan alta autoestima, pero tienden a autoprotegerse evitando relaciones más íntimas y manteniendo un sentido de independencia e invulnerabilidad. Los individuos preocupados muestran un modelo negativo de sí mismo y un modelo positivo de los otros. Se esfuerzan continuamente por ser aceptados por otras personas altamente valoradas por ellos. Los individuos miedosos o inseguros tienen modelos negativos de sí mismo y de los otros. Tienden a evitar relaciones porque se ven a sí mismos como no merecedores de vinculación y ven a los otros como no disponibles y esperan ser rechazados. Los estudios de Bartholomew y Horowitz (1991) buscan correlaciones entre los modelos operativos internos del individuo, la autoestima, la regulación de la distancia con respecto a figuras de apego en la vida adulta y las estrategias para mantener la proximidad. Esta proximidad está pensada como distancia tanto física como afectiva. La proxémica es un tipo de comunicación no lingüística establecida mediante signos que se constituyen a través de configuraciones espaciales de distancia, por ejemplo, la distancia de una persona respecto de su interlocutor (Hall, 1951, 1987). El uso de los términos "sentirse próximo", "persona cercana" y el énfasis puesto en las experiencias de separación muestra a las claras que existe una base o ecosistema de experiencias corporales, como por ejemplo las experiencias táctiles de separación, cercanía y proximidad, que sirve de substrato sobre el cual se montan luego las experiencias afectivas de sentirse cerca o lejos de alguien. Estas experiencias afectivas ya no son más táctiles porque han sufrido las modificaciones impuestas por el lenguaje y la cultura: hoy en día ya no hace falta tocar a alguien para sentirlo cerca. Pero cuando los pacientes carecen de ciertas habilidades comunicativas y simbólicas, las configuraciones de distancia y rechazo (en las que la piel tiene un papel muy importante) juegan un rol fundamental. Por eso, en el contacto o la idea de cercanía o lejanía física parecerían volver a ser parámetros fundamentales para evaluar sus vivencias subjetivas de soledad, rechazo y estigmatización. Así se explicaría que algunos pacientes con psoriasis dispongan de diferentes sistemas proxémicos que las demás personas, lo que implica un manejo diferente del espacio y una regulación distinta de la distancia con los demás, que les genera situaciones de conflicto y estrés y que podría empeorar su enfermedad.

La expresión de las emociones: La escala de alexitimia de Toronto (TAS) mide la dificultad para identificar y comunicar sentimientos, la dificultad para distinguir afectos

de sensaciones corporales, la actividad imaginativa y la tendencia a ocuparse de eventos externos más que de experiencias internas. Suponemos que a mayor nivel de alexitimia, los pacientes con psoriasis presentarán respuestas diferentes en el Test de las distancias afectivas que las personas sin psoriasis. Esto podría deberse a que, al no poder expresar los sentimientos con palabras, los pacientes intentarán expresarse por otras vías, como por ejemplo la distancia con el otro. La investigación indica que la alexitimia actúa como un factor desencadenante de muchos trastornos médicos y psiquiátricos (Willemsen, Roseeuw & Vanderlinden, 2008). La relación entre la psoriasis y la alexitimia es cada vez más considerada en los estudios epidemiológicos internacionales, no ocurriendo lo mismo en la Argentina, a pesar de que sería necesario porque la alexitimia es un constructo que depende fuertemente de factores culturales. Por otro lado, son escasas las investigaciones que asocian correlativamente los constructos de alexitimia, y apego con la psoriasis (Picardi, et al., 2003, 2005; Willemsen, Roseeuw y Vanderlinden, 2008).

Psoriasis: su relación con la alexitimia, el apego y el estrés: Fortune y col. (2002) estudiaron en un grupo de 255 pacientes con psoriasis la importancia de la alexitimia y otros factores en la existencia de estrés psicológico, distrés y discapacidad y llegaron a la conclusión de que las variables demográficas, la historia clínica y la extensión de las lesiones son las variables menos útiles para explicar la variabilidad del estrés psicológico, el distrés y la discapacidad. La alexitimia representó una variable principalmente ligada a la ansiedad, pero no tanto al estrés relacionado con la psoriasis.

Algunos investigadores han vinculado la alexitimia con el apego inseguro con los cuidadores y con experiencias traumáticas tempranas. En efecto, las relaciones tempranas son importantes en la medida que son capaces de influir la regulación del estrés y las emociones. Las personas con apego seguro se sienten cómodas con la intimidad y la autonomía. Ellos esperan que su compañero/a o cuidador sea confiable y les provea ayuda cuando la necesiten. En cambio, un apego inseguro incrementa la percepción del estrés y su intensidad y duración. Los investigadores citados no suponen que la alexitimia se debe al apego inseguro o que la alexitimia es la causa del apego inseguro. Lo que suponen es que cuando hay alexitimia y apego inseguro, además de déficit en el soporte social, la suma de esos factores conduce a que el paciente regule mal sus emociones y sea vulnerable y susceptible al estrés, incrementando la susceptibilidad a algunas enfermedades. En el caso de la piel, Picardi y col. (2003, 2005) lo encontraron más marcadamente en el vitíligo, que en la psoriasis.

Las ideas de estos investigadores abren una línea de investigación interesante, basada en la siguiente hipótesis: si bien en algunos estudios podría no hallarse más alexitimia en un grupo de pacientes que en una muestra de controles, no obstante, como la alexitimia influye sobre la percepción del estrés y el estrés influye sobre la evolución

de la psoriasis, los pacientes con psoriasis que, además no regulan bien las emociones o el estrés, pueden tener una evolución peor porque manejan con más dificultades los vínculos y las situaciones sociales. Es en estas circunstancias en donde se encuentran los factores que pueden resultar determinantes de la propagación o el desencadenamiento de su enfermedad. Según Willemsen, Roseeuw y Vanderlinden (2008), la experiencia subjetiva del estrés es más importante que las condiciones que causan el estrés, y por eso, estudiar solo los eventos estresantes es demasiado simple y pueden no encontrarse diferencias entre cantidad de eventos en una muestra de pacientes y una de controles.

La alexitimia también fue asociada con disfunciones biológicas, tanto del sistema simpático y parasimpático como del sistema inmune (Taylor & Bagby, 2004), y algunos investigadores han propuesto que los pacientes con alexitimia tienen una discapacidad en el balance de las citoquinas pro-antiinflamatorias. Distintos autores discuten si la alexitimia es un rasgo estable de la personalidad o es una consecuencia del estrés crónico que acompaña a enfermedades crónicas (Consoli et al., 2006). Para Sayar y col. (2001), es un rasgo estable y se relaciona con algunas patologías de la piel aparte de la psoriasis, como por ejemplo, la alopecia areata.

La relación entre psoriasis y alexitimia es objeto de controversias. Muchos estudios sostienen que los pacientes con psoriasis presentan más frecuentemente alexitimia que los controles (Chaudhury et al., 1998; Torres-Hernández, López-García, Pedroza-Escobar, & Escamilla-Tilch, 2015; Ferreira, Abreu, Reis, & Figueiredo, 2016). Korkoliakou y col. (2014) encontraron una prevalencia de 32,4% y una asociación entre alexitimia, ansiedad y depresión. Masmoudi y otros (2009) encontraron una prevalencia de 39,6% en una muestra de 53 pacientes mientras que en sus controles la prevalencia fue de 13,2%. En sus conclusiones afirman que la alexitimia no aparece como una condición simplemente relacionada con la psoriasis, sino como una que empeora la evolución de la enfermedad exponiendo al paciente a la asociación con otras enfermedades psicósomáticas y con el alcoholismo. Este estudio contrasta con uno de Consoli y otros (2006), quienes afirman lo contrario, porque proponen que la alexitimia protege al paciente de tomar conciencia de emociones negativas y por lo tanto predice una mejor respuesta al tratamiento. Ni Fava y otros (1980), ni Rubino y otros (1989) encontraron diferencias significativas estudiando la relación entre alexitimia y psoriasis, comparando una muestra de pacientes con otra de controles.

Sea como fuere, concordamos con la mayoría de los autores mencionados respecto de que estamos en presencia de una relación compleja, no causal, entre alexitimia y psoriasis, que podría tener vínculos con los procesos de separación-individuación (Rubino et al., 1989), y con problemáticas relacionales tempranas que afectan el desarrollo de un apego seguro para establecer relaciones de confianza y poder regular las emociones y el estrés.

En el estudio de Richards y otros (2005), 300 pacientes completaron la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) y

se analizó la prevalencia de alexitimia, que fue de 33%. Los autores no identificaron ninguna relación entre la alexitimia, la severidad o la cronicidad de la psoriasis, sugiriendo que la alexitimia, que puede encontrarse en pacientes con psoriasis, no es una reacción a la cronicidad de la enfermedad y que debe estudiarse mejor su medición y la utilización del TAS-20 en pacientes con psoriasis.

Quizás la alexitimia podría no tener tanta significación clínica ni diagnóstica, ni mucho menos causal, como se podría suponer. Los resultados deben ser analizados con cuidado, porque el hecho de que se encuentre una mayor incidencia de alexitimia en pacientes con psoriasis que en controles, no implica una explicación causal. Si fuera así, deberíamos explicar por qué más de un 60% de los pacientes con psoriasis no tiene alexitimia (Korkoliakou et al., 2014; Masmoudi et al., 2009; Richards et al., 2005).

LA IMPORTANCIA DEL CONTACTO Y LOS VINCULOS FAMILIARES

Según Gupta y Gupta (1996), la privación del contacto social en la psoriasis se asocia con mayor morbilidad psicológica, porque el contacto es un medio poderoso de validación social. Los pacientes con enfermedades de la piel a menudo experimentan rechazo social cuando la gente evita tocarlos, temiendo o evitando un eventual contagio o una suciedad imaginada. La autora encontró experiencias de estigmatización en una muestra de 137 pacientes con psoriasis que en el último mes habían experimentado un episodio en el cual la gente había hecho esfuerzos conscientes para no tocarlos, a causa de su psoriasis. Los pacientes que sufrieron esa experiencia, a los que la autora llama "estigmatizados" tuvieron más altos niveles de depresión que los no estigmatizados (Gupta, Gupta & Watteel, 1998)

Vinculado con el contacto, se asocia el tema de las relaciones diádicas del niño/a con su madre y las relaciones afectivas familiares y de pareja. Pereira y col. (2012) enfatizan la importancia de incorporar variables familiares en el estudio y la intervención psicológica de los pacientes con psoriasis, poniendo el foco en las relaciones diádicas y en las intervenciones tanto sobre los pacientes como sobre sus parejas y familiares. En concordancia con este estudio, el trabajo de Poot y otros (2011) enfatiza también que las disfunciones familiares juegan un rol importante en el comienzo o la exacerbación de la psoriasis, la alopecia y la dermatitis atópica.

Teniendo en cuenta la falta de consenso para la asociación entre la psoriasis y un cuadro psicopatológico específico (Gupta, Gupta & Watteel, 1998), la necesidad de estudiar la incidencia de factores subjetivos como el apego, el procesamiento de las emociones en la evolución, la conducta de los pacientes, su actitud hacia los tratamientos y la enfermedad, nos preguntamos: ¿cuáles son las características de la proxémica (evaluada en términos de "contacto" y de "distancias afectivas") de los pacientes con psoriasis en distintos tipos de vínculos?; ¿cómo se asocia la proxémica con los factores de alexitimia de los pacientes con psoriasis? ¿Tienen los pacientes con psoriasis resistentes una proxémica específica? ¿Por qué en algu-

nos estudios se observa mayor proporción de alexitimia en pacientes con psoriasis que en controles? ¿Hay alguna relación entre la alexitimia y las características de la psoriasis en los pacientes que presentan ese rasgo de personalidad? Si los estudios previos no encuentran relación entre la alexitimia y la severidad y la extensión de la enfermedad y tampoco la edad y el sexo de los pacientes, ¿con qué factores se relaciona?

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos Generales:

Establecer y analizar factores subjetivos de los pacientes con psoriasis que afectan la comunicación y la expresión de sus emociones influyendo en los vínculos materno-filiales y en los del área sexual. Analizar dichos factores subjetivos a partir de la evaluación de la proxémica (medida en términos de "contacto" y de "distancias afectivas"), el estilo de apego adulto y la alexitimia en pacientes con psoriasis, así como las relaciones entre tales constructos.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes con psoriasis establecen una proxémica singular que afecta a los distintos tipos de vínculo (materno-filiales, del área sexual y con el médico).

Los pacientes con psoriasis con estilos de apego no seguros, a saber, estilo de apego temeroso, preocupado y despreocupado tienen una proxémica diferente a los de estilos de apego seguro.

Los pacientes con psoriasis poseen dificultades en el procesamiento de los afectos que se evidencia en un predominio de alexitimia.

Existen determinadas características proxémicas (evaluadas en términos de "contacto" y de "distancias afectivas") en pacientes con psoriasis que se asocian a estilos de apego no seguro y a un predominio de alexitimia. Estas características podrían configurar un perfil particular de pacientes "problema" y explicar cualitativamente mejor que el diagnóstico psiquiátrico tradicional las conductas habitualmente descriptas en los pacientes con psoriasis crónicos con mala adherencia y pobre respuesta al tratamiento.

METODOLOGIA

Diseño: Se trata de un diseño correlacional en el que se pretenden establecer las relaciones entre las siguientes variables: Proxémica, Estilo de apego adulto y Alexitimia.

Participantes: Se seleccionaron pacientes de modo aleatorio que asistieron a dos servicios de dermatología de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que respondieron a los siguientes criterios de inclusión: a) Sexo y edad: hombres y mujeres de entre 18 y 68 años; b) Diagnóstico de Psoriasis, evaluado clínicamente por el profesional del servicio. Se excluyeron pacientes que estuvieran tomando medicación psicofarmacológica que pudiera afectar o modificar la expresión de la afectividad o la conducta. En total se pudieron obtener los datos necesarios en 51 personas con psoriasis.

Los participantes del grupo control fueron 56 personas que se seleccionaron aleatoriamente, siendo hombres y mujeres de entre 18 y 68 años que no sufrían de trastornos

psiquiátricos, enfermedades somáticas crónicas o trastornos dermatológicos actuales que los hayan hecho consultar dermatólogos en los últimos seis meses. No debían padecer tampoco patologías desfigurantes congénitas o de cualquier otro tipo. Se obtuvo la muestra de personas que concurren a lugares públicos en los que fue factible disponer del tiempo y el lugar para administrarles los instrumentos.

En la muestra de los participantes del grupo control quedaron excluidos los familiares o acompañantes de los pacientes con psoriasis, dado que la relación con los problemas de los pacientes puede determinar la respuesta a las situaciones planteadas en las láminas del test.

Los dos grupos fueron emparejados respecto a sexo, edad, nacionalidad, educación y nivel socio-económico. Se obtuvo consentimiento informado y aprobación del comité de ética de la Facultad de Psicología de la UBA.

Instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos y de evaluación fueron: un cuestionario socio-demográfico, el Test de las Distancias Afectivas (Ulnik et al., 2005), el Cuestionario de Relaciones de Bartholomew y Horowitz (1991; adaptado por Schmitt, Nader & Casullo, 2003) y la escala de alexitimia TAS-20 (adaptación de Páez & Casullo, 2000). El **Cuestionario Sociodemográfico** indaga datos personales excluyendo el nombre, y el documento: edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia, estado civil, cantidad de hijos si corresponde, ocupación y nivel socio económico, antecedentes en psicoterapia. Asimismo, indaga respecto de la psoriasis: localización de las lesiones, edad de inicio de la enfermedad, tratamientos recibidos, opinión subjetiva del paciente sobre la magnitud de su brote de psoriasis en el momento de la administración de los instrumentos de recolección de datos, brindando cuatro posibilidades: nada brotado, poco brotado, medianamente brotado y muy brotado.

El **Test de las Distancias Afectivas** consiste en una serie de láminas milimetradas en las cuales aparece una figura humana impresa en el extremo izquierdo. Cada una de las láminas presenta una consigna referida a una situación vincular, tales como la relación con el amigo, el compañero de trabajo, los padres, el partenaire sexual, el enemigo, el médico, etc. Se le ofrecen al sujeto una serie de figuras humanas autoadhesivas. El sujeto tiene que pegar una figura en cada lámina, a la distancia de la figura impresa que considere apropiada de acuerdo a la situación vincular consignada en cada una. Luego se le solicita que explique y escriba el motivo por el cual pegó la figura autoadhesiva a esa distancia. Una vez que lo hizo se mide la distancia entre la figura impresa y la figura pegada.

Se encontrará una descripción más detallada de éste instrumento en el anexo I.

El **Cuestionario de Relaciones** presenta cuatro ítems, cada uno mide un estilo de apego particular: El primer ítem mide apego seguro: "Es fácil para mí volverme emocionalmente cercano a otros. Me siento cómodo dependiendo de otros y otros dependiendo de mí. No me preocupa estar solo o sentir que otros no me aceptan". Los

siguientes tres ítems miden estilos de apego inseguro. El estilo de apego evitativo se evalúa con la siguiente afirmación: "Me siento cómodo sin relaciones emocionalmente cercanas. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí". El estilo de apego preocupado se mide puntuando la respuesta a: "Quiero estar emocionalmente cercano con otros, pero encuentro que los otros son reacios a estar conmigo de la manera que yo quiero. Me siento incomodo sin una relación emocionalmente íntima, pero a veces me preocupa que los otros no me valoren tanto como yo los valoro a ellos". Para evaluar el estilo de apego temeroso o miedoso los participantes responden puntuando el siguiente ítem: "Me siento incomodo si me acerco emocionalmente a otros. Quiero tener relaciones íntimas, pero encuentro difícil confiar en otros lo mismo que depender de otros o que otros dependan de mí. Me preocupa salir lastimado si me acerco emocionalmente a otros".

Para todos los ítems, los participantes disponen de una escala de tipo Likert para evaluar con un rango que va desde 1 a 7 en donde 1 es "no me describe" y 7 "me describe de forma precisa" con 4 como punto medio. En función de las respuestas consignadas, se obtiene un estilo de apego predominante, así como modelos de sí mismo y del otro, positivos o negativos.

La **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) Adaptación UBA** (Páez & Casullo, 2000) consta de veintiséis ítems. Para todos los ítems, los participantes disponen de una escala tipo Likert de cinco puntos que según el grado de acuerdo se puntúan 1, 3 o 5 puntos. Según la puntuación global, el puntaje de corte para establecer la presencia de alexitimia es de 61.

Análisis de datos: se realizaron análisis descriptivos de todas las variables y análisis inferencial para evaluar diferencias estadísticamente significativas y correlaciones entre las variables involucradas, utilizando el SPSS.

RESULTADOS

El grupo de pacientes estuvo compuesto por 51 personas (54.9% femenino) con una media edad de 41.71 ($DE = 15.55$). El grupo de participantes sanos estuvo compuesto por 56 personas (41.07% femenino) que cumplieron con los criterios de exclusión propuestos y con una media de edad de 29.82 ($DE = 10.64$). En el grupo de pacientes, según el grado de severidad de la enfermedad se observaron: pacientes con psoriasis leve, 31.37%; con psoriasis moderada, 27.45%; con psoriasis severa, 21.57%; y con psoriasis grave, 17.65%.

Respecto de las puntuaciones de alexitimia, la media del grupo de pacientes fue de 66.04 ($DE = 20.48$); y para el grupo de participantes sanos, la media fue de 62.21 ($DE = 17.44$). Sin embargo, la diferencia observada no es estadísticamente significativa. Por otro lado, ambos valores se encuentran por encima del puntaje de corte de presencia de alexitimia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de pacientes con y sin alexitimia (según el puntaje de corte) y la proporción de participantes sanos con y sin alexitimia.

Tabla 1: Distribución según la presencia de alexitimia en pacientes con psoriasis y participantes sanos

		Grupo		Total
		Participantes sanos	Pacientes	
Alexitimia	sin Alexitimia	32	26	58
	con Alexitimia	24	25	49
Total		56	51	107

Respecto del apego, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de apego seguro versus no-seguro en el grupo de pacientes y en el grupo de participantes sanos.

Tabla 2: Distribución según Apego seguro y no seguro en pacientes con psoriasis y participantes sanos

		Grupo		Total
		Participantes sanos	Pacientes	
Apego	seguro	26	17	43
	no seguro	30	34	64
Total		56	51	107

Al considerar la distribución del apego seguro versus no-seguro entre pacientes y participantes según el sexo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los varones ($\text{Chi}^2(56,1) = 6.528; p = .011$).

Tabla 3: Distribución según Apego seguro y no seguro en pacientes con psoriasis y participantes sanos según sexo

			Grupo		Total
			Participantes sanos	Pacientes	
Femenino	Apego	seguro	11	14	25
		no seguro	12	14	26
	Total		23	28	51
Masculino	Apego	seguro	15	3	18
		no seguro	18	20	38
	Total		33	23	56

Sexualidad, contacto y alexitimia

Categorizando las respuestas a la lámina de la sexualidad, siendo la categoría 1: "en contacto" (respuestas FH 1, 2, 3 y 4) y la 2: "sin contacto" (FH 5 a 11), se encontraron diferencias estadísticamente significativas, comparando los pacientes y los participantes sanos ($\text{Chi}^2(107,1) = 7.025; p = .008$).

Tabla 4: Distribución según grado de contacto en pacientes con psoriasis y participantes sanos en área de sexualidad

		Grupo		Total
		Participantes sanos	Pacientes	
Sexualidad	en contacto	33	17	50
	sin contacto	23	34	57
Total		56	51	107

Analizando las distancias afectivas en el vínculo de sexualidad en pacientes y participantes sanos considerando la presencia de alexitimia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes presentan alexitimia ($\text{Chi}^2(49,1) = 6.437; p = .011$).

Tabla 5: Distribución según grado de contacto en pacientes con psoriasis y participantes sanos según presencia de alexitimia en área de sexualidad

			Grupo		Total
			Participantes sanos	Pacientes	
sin Alexitimia	Sexualidad	en contacto	21	13	34
		sin contacto	11	13	24
	Total		32	26	58
con Alexitimia	Sexualidad	en contacto	12	4	16
		sin contacto	12	21	33
	Total		24	25	49

Analizando las distancias afectivas en el vínculo de sexualidad considerando la presencia de alexitimia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2(107,1) = 7.195; p = .007$).

Tabla 6: Distribución según grado de contacto en participantes con y sin alexitimia

		Alexitimia		Total
		sin Alexitimia	con Alexitimia	
Sexualidad	en contacto	34	16	50
	sin contacto	24	33	57
Total		58	49	107

Analizando las distancias afectivas en el vínculo de sexualidad en pacientes y participantes sanos considerando el apego, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes presentan apego no seguro ($\text{Chi}^2(64,1) = 8.851; p = .003$).

Tabla 7: Distribución según grado de contacto en pacientes con psoriasis y participantes sanos según apego en área de sexualidad

			Grupo		Total
			Participantes sanos	Pacientes	
seguro	Sexualidad	en contacto	16	10	26
		sin contacto	10	7	17
	Total		26	17	43
no seguro	Sexualidad	en contacto	17	7	24
		sin contacto	13	27	40
	Total		30	34	64

Vínculo con la madre

Categorizando en dos grupos las respuestas a la lámina Madre-niño, siendo los grupos 1) Figuras humanas en contacto parcial o de la mano y 2) Figuras humanas completamente superpuestas representando un contacto fusional o separadas sin ningún contacto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los pacientes y los participantes sanos ($\chi^2(107,1) = 5.367; p = .021$).

Tabla 8: Distribución según contacto cercano y fusional/distante en pacientes con psoriasis y participantes sanos en área materno-filial

		Grupo		Total
		Participantes sanos	Pacientes	
Área materno-filial	contacto parcial, de la mano	30	16	46
	demasiado cerca o lejos	26	35	61
Total		56	51	107

Analizando las distancias afectivas en el vínculo madre-niño en pacientes y participantes sanos considerando la presencia de alexitimia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes presentan alexitimia ($\chi^2(49,1) = 4.573; p = .032$).

Tabla 9: Distribución según contacto cercano y fusional/distante en pacientes con psoriasis y participantes sanos según presencia de alexitimia en área materno-filial

			Grupo		Total
			Participantes sanos	Pacientes	
sin Alexitimia	Área materno-filial	contacto parcial, de la mano	15	8	23
		demasiado cerca o lejos	17	18	35
	Total		32	26	58
con Alexitimia	Área materno-filial	contacto parcial, de la mano	15	8	23
		demasiado cerca o lejos	9	17	26
	Total		24	25	49

Analizando las distancias afectivas en el vínculo madre-niño en pacientes y participantes sanos considerando el apego, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes presentan apego seguro ($\chi^2(43,1) = 4.605; p = .032$).

Tabla 10: Distribución según contacto cercano y fusional/distante en pacientes con psoriasis y participantes sanos según apego en área materno-filial

			Grupo		Total
			Participantes sanos	Pacientes	
seguro	Área materno-filial	contacto parcial, de la mano	13	3	16
		demasiado cerca o lejos	13	14	27
	Total		26	17	43
no seguro	Área materno-filial	contacto parcial, de la mano	17	13	30
		demasiado cerca o lejos	13	21	34
	Total		30	34	64

Analizando las distancias afectivas en el vínculo paciente-doctor en pacientes y participantes sanos considerando la presencia de alexitimia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes presentan alexitimia ($\chi^2(49,1) = 3.989; p = .046$).

Tabla 11: Distribución según grado de contacto en pacientes con psoriasis y participantes sanos según presencia de alexitimia en relación médico-paciente

	Relación médico-paciente	en contacto	Grupo		Total
			Participantes sanos	Pacientes	
sin Alexitimia	en contacto		9	11	20
	sin contacto		23	15	38
	Total		32	26	58
con Alexitimia	en contacto		5	12	17
	sin contacto		19	13	32
	Total		24	25	49

DISCUSIÓN

Nuestro estudio ha sido realizado con muestras aún pequeñas como para obtener conclusiones que puedan proyectarse a toda la población de pacientes con psoriasis, que es una enfermedad muy difundida entre una variedad muy amplia de individuos y culturas. No obstante, puede ser un paso introductorio para desarrollos futuros que al correlacionar variables similares puedan esclarecer mejor la relación de ésta enfermedad con variables psicológicas y emocionales, de las cuales el apego y la alexitimia son dos ejemplos paradigmáticos. Adicionalmente, hemos puesto en marcha el desarrollo de una versión del TDA en la web, para facilitar su administración en muestras más grandes.

Nuestros resultados coinciden con los de Fava y otros (1980) y Rubino y otros (1989) respecto de no encontrar más frecuencia de alexitimia en nuestra muestra de pacientes con psoriasis que en la de controles en valores estadísticamente significativos. Pero teniendo en cuenta los hallazgos que siguen, eso no significa que la alexitimia no cumpla ningún rol en la evolución de la psoriasis, aunque no sea un rasgo específico de la personalidad de quienes padecen esta enfermedad.

Si al estudiar la sexualidad eliminamos la variable alexitimia y consideramos las muestras psoriásicas y controles en dos grupos: los que ponen las figuras en contacto y los que ponen las figuras sin contacto, se encontraron diferencias significativas: los pacientes con psoriasis ubican las figuras en menos contacto (Véase tabla nro. 4). Pero si eliminamos la variable psoriasis y agrupamos las muestras como alexitímicas y no alexitímicas y luego las consideramos según si ponen las figuras en contacto o sin contacto independientemente si son pacientes con psoriasis o participantes sanos, también se observan diferencias significativas: los alexitímicos ponen menos en contacto las figuras, en la lámina que sugiere una relación sexual (véase tabla nro. 6). Ahora bien, si sólo se considera la presencia de alexitimia entre los pacientes con psoriasis y los participantes sanos, como mencionamos

más arriba, no se observan diferencias significativas (Véase tabla nro. 1).

Si consideremos el contacto, la alexitimia y la psoriasis, el resultado es que los pacientes sanos sin alexitimia son los que más contacto tienen y los pacientes con psoriasis con alexitimia son los que menos contacto tienen en la lámina de la sexualidad (Véase tabla nro. 5).

En función de esto nos preguntamos: ¿las personas con psoriasis de nuestra muestra son alexitímicas?-No.-Por lo menos, no más que los controles. Por lo tanto, no encontramos evidencia de la asociación entre alexitimia y psoriasis.

¿Las personas con psoriasis de nuestra muestra evitan el contacto en la sexualidad?-Sí. Más que los participantes sanos.

¿Las personas con alexitimia de nuestra muestra evitan el contacto?-Sí.

La evitación del contacto es más frecuente cuando se conjugan la presencia de alexitimia y de psoriasis.

CONCLUSIONES

Del análisis de las muestras estudiadas se infiere que alexitimia y psoriasis podrían no estar relacionadas; pero, cuando coexisten, potenciarían la dificultad para el contacto en la sexualidad.

En lo que respecta a la lámina niño-madre, la alexitimia por sí sola - sin tomar en cuenta si las personas tienen o no tienen psoriasis - no alteraría el apego con la madre, lo que se infiere que no se encontraron diferencias significativas en el conjunto de las unidades analizadas de ésta manera. En cambio, al tomar en cuenta la presencia de psoriasis, se observan diferencias significativas: las personas con psoriasis presentan más respuestas fusionales/distantes que los participantes sanos. No hay evidencia de que la presencia de alexitimia incline las respuestas de las personas con psoriasis en mayor medida hacia las respuestas fusionales/distantes.

Resumiendo, podemos afirmar que la muestra de personas con psoriasis tiene menos contacto en la sexualidad y más respuestas fusionales o de lejanía en la relación niño-madre, sugiriendo problemáticas de apego en las relaciones tempranas. La alexitimia podría afectar el área de la sexualidad y se potenciaría con la psoriasis generando dificultades de contacto.

ANEXO I

En el Test de las distancias afectivas (TDA) la separación entre la figura impresa y la figura autoadhesiva ubicada por el sujeto en cada lámina, puede medirse como distancia y categorizarse de dos maneras:

- a. La distancia medida en milímetros, la cual es registrada desde el extremo izquierdo de la lámina, hasta la figura autoadhesiva. Las distancias posibles cubren un rango de 0 a 300 mm.
- b. La distancia medida en unidades "Figura Humana" (FH). La unidad FH corresponde al ancho de la figura autoadhesiva. Las categorías resultantes son las siguientes:
 1. Contacto total: 0 a 2 mm. Las figuras impresa y autoadhesiva están superpuestas casi en su totalidad
 2. Contacto parcial: 3 a 14 mm. Al menos media figura humana se superpone
 3. Contacto de la mano: 15 a 17 mm. Solo los extremos de las figuras correspondientes a las extremidades superiores están en contacto
 4. Sin distancia/sin contacto: 18 mm. Las figuras están juntas pero no se tocan
 5. Media figura humana (1/2 FH): 19 a 27 mm. La distancia que separa a las figuras es como máximo de media figura humana
 6. Una figura humana (1 FH): 28 a 35 mm.
 7. 2 a 3 figuras humanas (2-3 FH): 36 a 69 mm.
 8. 4 a 6 figuras humanas (4-6 FH): 70 a 120 mm.
 9. 7 a 10 figuras humanas (7-10 FH): 121 a 188 mm.
 10. 11 a 15 figuras humanas (11-15 FH): 189 a 273 mm.
 11. Más de 15 figuras humanas (+15 FH): más de 273 mm.

Estas últimas categorías pueden reagruparse en categorías más abarcativas, tales como: intimidad, límite, en contacto o sin distancia, al alcance, fuera del alcance, cerca, lejos y muy lejos.

Consistencia interna: El Coeficiente de confiabilidad de las medidas en unidades FH dio como resultado en estudios anteriores una alta confiabilidad interna (Alfa de Cronbach = 0,8192)

En un estudio anterior (Ulnik, 2005) al comparar los perfiles de "distancias afectivas" entre la muestra de pacientes con psoriasis y la muestra de controles sanos, los pacientes con psoriasis presentaron un perfil en el que eligen distancias demasiado cercanas para todos los vínculos ($p = ,001$). Asimismo, se encontraron diferencias significativas en las "distancias afectivas": con el compañero de trabajo ($p = ,008$), el médico ($p = ,000$), el enemigo ($p = ,003$), la madre ($p = ,047$) y la pareja sexual ($p = ,007$).

REFERENCIAS

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles in young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 226-244.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. II. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Chaudhury, S., Das, A.L., John, R.T., & Ramadasan, P. (1998). Psychological factors in psoriasis. *Indian Journal of Psychiatry*, 40(3), 295-299.
- Consoli, S.M., Rolhion, S., Martin, C., Ruel, K., Cambazard, F., Pellet, J., & Misery, L. (2006). Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology*, 212(2), 128-136. DOI: 10.1159/000090653
- Dubertret, L. (2006a). Psoriasis: Evolution and Revolution. *Medicine Sciences*, 22(2), 164-171.
- Dubertret, L. (2006b). Patient-based Medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, 20 (Suppl2), 73-76.
- Fava, G.A., Perini, G.I., Santonastaso, P., & Fornasa, C.V. (1980). Life events and psychological distress in dermatologic disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology*, 53(3), 277-282. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1980.tb02551.x
- Feldman, S., Behnam, S. M., Behnam, S. E., & Koo, J. Y. (2005). Involving the Patient: Impact of Inflammatory Skin Disease and Patient-Focused Care. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(1 Suppl 1), S78-85.
- Ferreira, B. I. R. C., Abreu, J. L. P. D. C., Reis, J. P. G. D., & Figueiredo, A. M. D. C. (2016). Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 9(6), 36-43.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E.M., & Main, C.J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 157-174. DOI: 10.1348/014466502163949
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 1030-1046.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1997). Psoriasis and Sex: A Study of Moderately to Severely Affected Patients. *International Journal of Dermatology*, 36, 259-262.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., & Wateel, G.N. (1998). Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutis*, 61(6), 339-342.
- Hall, E. T. (1951). *The Silent Language*. New York: Doubleday & Company.
- Hall, E. T. (1987). *La dimensión oculta*. 11a. ed., México: Siglo XXI.
- Katugampola, R. P., Hongbo, Y., & Finlay, A. Y. (2005). Clinical Management Decisions are Related to the Impact of Psoriasis on Patient-Related Quality of Life. *British Journal of Dermatology*, 152(6), 1256-1262.
- Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., Kokkevi, A., Stavrianeas, N., Papageorgiou, C., &

- Douzenis, A. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Annals of General Psychiatry, 13*(1), 38. DOI: 10.1186/s12991-014-0038-7
- Kouris, A., Christodoulou, C., Efstathiou, V., Tsatovidou, R., Torli-di-Kordera, E., Zouridaki, E., & Kontochristopoulos, G. (2016). Comparative study of quality of life and psychosocial characteristics in patients with psoriasis and leg ulcers. *Wound Repair and Regeneration, 24*, 443-446. DOI: 10.1111/wrr.12416
- Magin, P.; Heading, G.; Adams, J.; & Pond, D. (2010). Sex and the skin: A qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Psychology, Health & Medicine, 15*(4), 454-462.
- Masmoudi, J., Maalej, I., Masmoudi, A., Rached, H., Rebai, A., Turki, H., Jaoua, A. (2009). Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale, 35*(1), 10-17. doi: 10.1016/j.encep.2007.11.009.
- McKenna, S. P., Cook, S. A., Whalley, D., Doward, L. C., Richards, H. L., Griffiths, C. E. M., & Assche, V. (2003). Development of the PSORIqoL, a Psoriasis-specific Measure of Quality of Life Designed for Use in Clinical Practice and Trials. *British Journal of Dermatology, 149*, 323-331.
- Meeuwis, K.A., van de Kerkhof, P.C., Massuger, L.F., de Hullu, J.A., & van Rossum, M.M. (2012). Patients' experience of psoriasis in the genital area. *Dermatology, 224*(3), 271-276. DOI: 10.1159/000338858.
- National Psoriasis Foundation Bulletin (1998). Annual Report, (29)6, Nov/Dic.
- Páez, D., & Casullo, M.M. (Comps.) (2000). *Cultura y Alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Pearce, D. J., Singh, S., Balkrishnan, R., Kulkarni, A., Fleisher, A. B., & Feldman, S. R. (2006). The Negative Impact of Psoriasis on the Workplace. *Journal of Dermatological Treatment, 17*(1), 24-28.
- Pellerano, G., Ben David, J., Frigerio, S., Garber, A., Goñi, E., Macagno, B., Cisterna, I., Cocquet, C., León, S., Neglia, V., Poggio, N., & Chouela, E. (2000). Abordaje interdisciplinario de asistencia en Psoriasis. *Archivos Argentinos de Dermatología, 50*, 169-175.
- Pereira, M.G., Brito, L., & Smith, T. (2012). Dyadic Adjustment, Family Coping, Body Image, Quality of Life and Psychological Morbidity in Patients with Psoriasis and Their Partners. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*(3), 260-269.
- Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C. F., Puddu, P., & Pasquini, P. (2000). Psychiatric Morbidity in Dermatological Outpatients: An Issue to be Recognized. *British Journal of Dermatology, 143*(5), 983-991.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M.S., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C.F., Tiago, A., Camaioni, D., Abeni, D., & Biondi, M. (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(3), 189-196.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M.S., Baliva, G., Melchi, C.F., Biondi, M., & Pasquini, P. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics, 46*(6), 556-564.
- Poot, F., Antoine, E., Gravellier, M., Hirtt, J., Alfani, S., Forchetti, G., Linder, D., Abeni, D., Tabolli, S., & Sampogna, F. (2011). A case-control study on family dysfunction in patients with alopecia areata, psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Dermatovenereologica, 91*(4), 415-421.
- Rapp S. R., Cottrell, C. A. & Leary, M.R. (2001). Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of dermatology, 145*, 610-616.
- Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, Å. (2015). Subjective stress reactivity in psoriasis – a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatology, 15*, 6. DOI: 10.1186/s12895-015-0026-x
- Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.E.M., & Main, C.J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(1), 89-96.
- Rubino, A., Sonnino, A., Stefanato, C., Pesarosa, B., & Ciani, N. (1989). Separation-Individuation, Agression and Alexithymia in Psoriasis. *Acta Dermatovenereologica, 146*(Suppl.), 87-90.
- Sampogna, F., Gisondi, P., Tabolli, S., & Abeni, D. (2007). Impairment of Sexual Life in Patients with Psoriasis. *Dermatology, 214*(2), 144-150.
- Sayar, K., Köse, O., Ebrinç, S., & Şetin, M. (2001). Hopelessness, depression and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from alopecia areata. *Dermatology & Psychosomatics, 2*(1), 12-15. DOI: 10.1159/000049631.
- Schmitt, D., Nader, M., & Casullo, M. M. (2003). Patrones y peculiaridades del apego romántico en adultos de 62 regiones culturales: ¿son los modelos de sí mismo y otros constructos panculturales?. *Psicodebate, 4*, 105-129.
- Schmitt, J. M., & Ford, D. E. (2006). Work Limitations and Productivity Loss are Associated with Health-Related Quality of Life but not with Clinical Severity in Patients with Psoriasis. *Dermatology, 213*(2), 102-110.
- Schneider, G., Heuft, G., & Hockmann, J. (2011). Determinants of Social Anxiety and Social Avoidance in Psoriasis Outpatients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 27*, 383-386. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2011.04307.x
- Sharma, N., Koranne, R. V., & Singh, R. K. (2001). Psychiatric Morbidity in Psoriasis and Vitiligo: Comparative Study. *The Journal of Dermatology, 28*, 419-423.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy & Psychosomatics, 73*(2), 68-77. DOI: 10.1159/000075537.
- Torres-Hernández, M., López-García, S., Pedroza-Escobar, D., & Escamilla-Tilch, M. (2015). The role of alexithymia as a psychosomatic factor in psoriasis. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 53*(3), 268-72.
- Ulnik, J. C., Czerlowski, M., & Guarnerio, M. A. (2005). Funcionamiento afectivo en pacientes con patología somática. En V. Serrano Noguera, "Nuevas aportaciones a la medicina psicopatológica". Málaga, Universidad de Málaga
- Ulnik, J.; Czerlowski, M.; Meilerman, D.; Murata, C.; Moure, M.; Salgado, M. (2013). Factores subjetivos en la sexualidad, el contacto y la calidad de vida de pacientes con psoriasis. *Anuario de Investigaciones, XX*, -301-307.
- Ulnik, J. (2001). *El Psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires, Paidós.
- Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of Stigmatization Play a Role in Mediating the Impact of Disease Severity on Quality of Life in Psoriasis Patients. *British Journal of Dermatology, 147*, 736-742.
- Weiss, S., Kimball, A., Liewehr, M. S., Blauvelt, A., Turner, M., & Emanuel, E. (2002). Quantifying the Harmful Effect of Psoriasis on Health-Related Quality of Life. *Journal of the American Academy of Dermatology, 47*, 512-518.
- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology, 47*(9):903-10.
- Zachariae, R., Zachariae, H., Blomkvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork, C., & Sigurgeirsson, B. (2002). Quality of Life in 6497 Nordic Patients with Psoriasis. *British Journal of Dermatology, 146*, 1006-1016.

Fecha de recepción: 31 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 1 de septiembre de 2016