

LA EXPRESIÓN DEL INTERMEDIARIO

THE INTERMEDIARY'S STATEMENT

Andrea Carmona Castrillo

Psicóloga

Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

Resumen: Este trabajo está dividido en tres partes: por un lado una narrativa sobre la vida de Andrea, la segunda parte la compone todo el contenido teórico acerca de la dermatitis atópica, y por último, la tercera es una integración de las anteriores, donde expongo la importancia que tienen los distintos acontecimientos vitales y la interpretación que se haga de los mismos, en relación al inicio, desarrollo y mantenimiento de la dermatitis.

Palabras clave: dermatitis atópica, tratamiento, psicoterapia

Abstract: This paper is divided into three parts: first a narrative about the life of Andrea, the second part composed all the theoretical content about atopic dermatitis, and finally, the third is an integration of the above, where I expose the importance of different life events and the interpretation made of them, in relation to the onset, development and maintenance of the dermatitis.

Keywords: atopic dermatitis, treatment, psychotherapy

INTRODUCCIÓN

De un modo muy personal, el presente artículo narra a modo de cuento la historia real de una niña, tratando de poner de manifiesto cómo lo sabido impensado, aquello que nos otorga el más profundo conocimiento sobre nosotros mismo, tiene un importante valor. Aunque no se haya hecho consciente, dicho conocimiento se mantiene latente en nosotros, preparado para darse a conocer.

La segunda parte que integra este trabajo se compone de los aspectos teóricos de la dermatitis atópica como son: epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico, alteraciones de la vida cotidiana, pronóstico, tratamiento y psicoterapia en dermatología. Así, se expone al lector, de un modo objetivo, un resumen de la bibliografía actual sobre dicha patología, desde un enfoque psicosomático.

La tercera parte es una integración de los dos bloques anteriores. Desde un punto de vista muy personal, trato de establecer la relación existente entre los distintos acontecimientos que marcan la vida de una persona, el estilo de apego predominante en sus relaciones vinculares (especialmente con los padres), y el padecimiento de la dermatitis atópica.

Durante años dicha patología se ha considerado puramente una enfermedad del cuerpo; con este trabajo trato de evidenciar que éste es un punto de vista muy reduccionista, dónde se dejan fuera todos los aspectos relacionados con la expresión psíquica de los conflictos. Factores todo ellos, que han de tenerse en cuenta en el tratamiento de dicha patología, pues sin ellos queda incompleto el puzle que configura el inicio y mantenimiento de esta enfermedad crónica.

CASO CLÍNICO

Andrea nace el 27 de Julio de 1988. Es una niña buscada y deseada por sus padres M^a Ángeles y José Ignacio. Todo transcurre dentro de la normalidad, toda la normalidad que se les puede pedir a unos padres primerizos, y a una hija que acaba de llegar al mundo.

El 23 de Octubre, a escasos 3 meses del nacimiento de la pequeña, Ignacio sufre un accidente de moto, perdiendo la vida en él. El día a día se convierte en caos, en tragedia... una familia sumida en el dolor profundo ante la pérdida del que ya no volverá. Y una niña, pequeña, muy pequeña, que solo quiere que la mezan, que la acaricien y alimenten, que la sonrían y protejan. Pero mamá no puede cuidarla todo lo que quisiera, pues el dolor ha tomado tal presencia en su alma y en su cuerpo, que a veces le cuesta encontrar el sentido de vivir.

Andrea tiene suerte de contar con sus abuelos maternos y su tío, que han ayudado y compartido la experiencia de verla crecer desde entonces hasta hoy día; aportando su amor incondicional, su compañía, sus enseñanzas, sus cuidados y su protección.

Durante el primer año y medio M^a Ángeles estuvo sumida en ese dolor desgarrador, alternando la crianza de su hija junto a su jornada laboral. Una mañana despertó y pensó: “Reacciona M^a Ángeles, el sol brilla. Ignacio está muerto, pero tú estás viva”. Y así, poco a poco, volvió a recuperar las ganas de vivir, no como una autómatas, sino poniendo vida en cada tarea que realizaba.

Dos años después, volvió a enamorarse. Francisco era algo mayor que ella, separado y con dos hijas. Por aquel entonces Andrea tenía 3 años, y sus hermanastras 5 y 11. Siempre ha mantenido muy buena relación con ellas, sintiéndolas como auténticas hermanas. Francisco decidió acogerla como una hija más, aunque esta relación filial nunca consiguió cuajar como a ambos les hubiese gustado.

Andrea crece feliz, rodeada de gente que la quiere y la cuida. Contando con tres familias (la materna, la paterna biológica y la paterna política); pero a veces llora, se enfada y se siente incomprendida.

Durante la infancia trató de comprender por qué ella cuenta con tres familias, por qué hablan de un hombre al que no conoce pero le dio la vida, y por qué no es el mismo al que llama papá. Sin saber aún muy bien los motivos, Andrea creó una rivalidad y oposicionismo frente a la nueva figura paterna, que junto a la dificultad de éste para establecer acercamiento afectivo, ha dado como resultado una relación en la cual ambas partes se quieren y respetan pero donde los silencios han tenido demasiada voz.

Su niñez está cargada de buenos momentos, pero también de ocasiones donde la tristeza ante la pérdida de un completo desconocido, toma el protagonismo, vistiéndose de rabieta y lloreras. Andrea recuerda como figuras especialmente importantes durante este periodo a su tío materno, 10 años más joven que su madre, quien comparte con ella numerosos momentos ociosos; sus abuelos maternos con los que el vínculo ha sido más parecido al que se establece con unos padres que con unos abuelos y, por supuesto, su madre.

A los 7 años de edad nace su hermana pequeña, periodo en el que los celos y la ilusión se entrelazan constantemente. Hasta la adolescencia Andrea compagina el colegio con actividades extraescolares como el piano o el baile, donde destaca debido a su gran sentido del ritmo y flexibilidad. A sus 13 años de edad, fallece su abuelo paterno (biológico), el cual apenas llegó a conocerla pues perdió por completo la visión tras la muerte de su padre. A los 15 diagnostican de cáncer a su querido abuelo materno, Antonio. Este periodo se convierte en una época especialmente difícil para ella, verle enfermar, sufrir y morir es lo más difícil que le ha tocado vivir hasta día de hoy. Antonio era uno de sus pilares, quien la enseñó las horas, quien la recogía de las actividades extraescolares, quien solo dejaba que fuera ella la que le alimentara cuando ya no podía tragar. Al perderle, el vacío y la pena anidaron en su corazón. Dejando a las lágrimas como única herramienta para enfrentar la pérdida.

Un año antes de que Antonio falleciera, Andrea se enamora perdidamente de un chico del barrio, con el que ha mantenido una relación apasionada y tormentosa durante 6 años. Esta relación ha dejado a su paso muchos momentos felices, pero demasiados donde la rabia, la impotencia, la ansiedad y la tristeza presidieron como grandes anfitrionas. Tras la ruptura de dicha relación, decidió iniciar una terapia psicológica que la ayudara a entender el por qué de esa dependencia que la había tenido atada a

una relación insana. Reconociendo todas las experiencias felices y aprendiendo de los hilos turbulentos que tejen este tipo de relaciones.

En cuanto al ámbito escolar, ha finalizado sus estudios universitarios y de postgrado satisfactoriamente. Siempre ha sido una chica extrovertida, con un abanico muy amplio de amistades. Su mochila personal está cargada de viajes y experiencias.

Actualmente se encuentra en un momento de cambio, pues ha decidido dejar su ciudad natal, donde ha crecido todos estos años, para emprender una experiencia nueva en Tenerife. Alejarse de cuantos quiere y le acompañan en sus días, es la decisión más difícil que haya tomado, pero siente el impulso interno de comenzar algo distinto, con la sublime belleza del mar como testigo.

DERMATITIS ATÓPICA

El origen embriológico ectodérmico de la piel y el del Sistema Nervioso Central hace que ambas estructuras tengan en común multitud de neuromoduladores, péptidos y sistemas bioquímicos de información interna. La piel es uno de los órganos de expresión más importantes de nuestras emociones, es el vehículo de descarga de los conflictos internos. Es un órgano de límite, una barrera entre el propio mundo y el mundo ajeno.

La dermatitis atópica es la manifestación cutánea de la atopía. Etimológicamente atopía significa raro, extraño. Es clásica la definición de Coca y Cooke (1923) para los que la atopía es una “hipersensibilidad frente a proteínas heterólogas”; pero desde luego es algo más, ya que al entendimiento de esta enfermedad no sólo se llega a través de mecanismos inmunológicos, sino que en ella participan otros fenómenos no inmunológicos que desempeñan un importante papel.

La dermatitis atópica es uno de los tipos más frecuentes de eczema, supone entre un 5 y un 20% de los pacientes vistos en consulta dermatológica. Suele presentar una distribución anatómica característica, asociarse a otras alteraciones atópicas y presentar niveles elevados de Ig E en plasma. Generalmente, la dermatitis atópica de la lactancia se caracteriza por un eczema exudativo, mientras que en etapas posteriores predomina en el cuadro clínico la inflamación progresiva u la excoriación y el aumento de grosor de la piel. El rascado y la fricción producen unas características invariables y comunes.

Las zonas más afectadas en los lactantes son las mejillas, frente, el occipucio y las convexidades externas de la parte superior de los brazos. Hacia los 4 años, la enfermedad suele afectar a las zonas de flexión de las extremidades, con exudado y sangrado característica en la piel excoriada

y linquenificada. Si la dermatitis atópica persiste en la adolescencia y la vida adulta, puede migrar de las zonas de flexión a las superficies de las extremidades y también el tronco, el cuello, la cara, el cuero cabelludo, las manos y los pies. El síntoma principal es un prurito intenso.

Existe una literatura profusa que documenta la asociación de la dermatitis atópica a los trastornos de ansiedad y afectivos y cómo los episodios pueden estar desencadenados por estresores psicosociales. También aparece elevada ansiedad-rasgo en los atópicos.

Se ha observado que determinadas características de las madres están asociadas a niños con dermatitis atópica: actitud ansiosa/sobreprotectora, desesperanza y la percepción del comportamiento del niño de forma negativa. La inconstancia afectiva crea un entorno en el que es difícil descargar la energía emocional.

Para el paciente la dermatitis atópica constituye un factor estresante crónico que no solo implica molestias e inconvenientes físicos, sino también consecuencias en su vida personal y social y su actividad cotidiana. En nuestra cultura, en la que claramente se sobrevalora una piel lisa y perfecta, la visión de una piel que se considera sucia y desfigurada suele provocar problemas con consecuencias psicológicas trascendentes. La estigmatización es una importante consecuencia psicológica de la dermatitis atópica.

Existen pruebas que indican que el estrés familiar puede agravar la intensidad de los síntomas. Los pacientes con dermatitis atópica son individuos que controlan su comportamiento agresivo y lo dirigen hacia su propia piel. Los trastornos de ansiedad y del humor así como síndromes psicosomáticos específicos, como la migraña y el síndrome de colon irritable, coexisten en muchos casos de esta dermatosis y específicamente se han relacionado con mecanismos serotoninérgicos inadecuados.

Epidemiología

Los datos que hacen referencia a la incidencia y prevalencia real de la DA son varios e incluso contradictorios; esto ocurre en parte porque es posible que el proceso tenga una clara influencia estacional y geográfica o porque los criterios diagnósticos no tienen un soporte bioquímico que establezca un diagnóstico definitivo de la enfermedad, lo que supone que los criterios de inclusión pueden ser muy variables.

Es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 1.5/ 1.

Socialmente la incidencia parece más frecuente en las clases altas.

Si parece un hecho bien constatado que la DA es un proceso al alza; así lo demuestran estudios epidemiológicos recientes: mientras que antes de los años 60 se consideraba que el 2.3% de los niños escolarizados presentaban DA, entre los años 60-70 esta cifra se incrementó hasta el 4-8% y a partir de los 80 alcanzó el 9-12%. La prevalencia de DA parece más elevada en las grandes ciudades que en zonas rurales.

Etiopatogenia

La DA es un proceso multifactorial y para comprender su etiopatogenia, no debe seguirse un criterio simplista. He aquí un detalle de los diferentes criterios que podrían estar asociados.

Criterios no inmunológicos:

- **Genética:** Uehara y Kimura estudiaron 270 adultos con DA y encontraron que el 60% de sus hijos también se encontraban afectados, la prevalencia de la enfermedad cutánea fue del 81% cuando ambos padres estaban afectados de DA, del 59% cuando solo uno de los padres la padecía y el otro tenía atopia respiratoria y del 56 % cuando solo uno de los progenitores presentaba DA.

- **Características de la piel del atópico:** la piel es seca, pruriginosa, irritable, con una marcada tendencia a la parasitación por virus, bacterias y/o hongos; esto es consecuencia de la pérdida de la función barrera, en la producción de este hecho participan:
 - **Anomalías en la sudación:** el paciente atópico suda mal y esta disfunción determina la presencia de prurito. Han existido muchos intentos para explicar la relación sudor/piel seca/ prurito, sin que haya llegado a conclusiones definitivas.

 - **Pérdida transepidermica de agua (TEWL):** Baradesca y Maibach estudiaron este factor en los pacientes atópicos y encontraron un aumento en la pérdida transepidermica de agua y una menor capacidad de la capa córnea para retenerla, lo que contribuye a determinar un defecto en la barrera epidérmica.

 - **Alteraciones en los lípidos cutáneos:** Rajka demostró, mediante técnicas de absorción, que en la piel de los atópicos existe una disminución de los lípidos procedentes de dicho sistema glandular mientras que aumentan los de origen epidérmico.

Factores inmunológicos: la influencia de factores inmunológicos en la etiopatogenia de la DA es un hecho incontestable. Son muchos los estudios que demuestran su participación pero también son grandes las lagunas existentes para permitir establecer su papel real en el desarrollo de la enfermedad.

Si se realiza una biopsia de una DA se comprobará la presencia de linfocitos T(CD4) que expresan antígenos de clase II; así mismo, se encuentran células de Langerhans, eosinófilos, mastocitos y granulocitos. También se ha demostrado la participación de distintos mediadores de la inflamación (interleucinas) y de inmunoglobulinas (Ig E, Ig G).

Factores extrínsecos:

- Dieta: el papel de la dieta en la DA es muy controvertido. Desde el punto de vista cutáneo los alimentos pueden intervenir de tres formas distintas:
 - Son capaces de inducir fenómenos irritativos locales.
 - La toma de determinados alimentos es capaz de inducir cuadros de urticaria e incluso de shock anafiláctico, mediados por un mecanismo tipo I.
 - Los alimentos pueden inducir el agravamiento del cuadro cutáneo y su suspensión una influencia clara sobre el desarrollo de la enfermedad.

Es importante la aportación, en 1978, de Atheron et al. en la que se demostró que una dieta exenta de leche y huevos determinaba un efecto altamente beneficioso en el 70% de sus enfermos; sin embargo, este mismo beneficio no ha sido demostrado por otros estudios, con igual diseño, o en los que sólo se alcanzó efecto beneficioso en el 25% de las series.

- Aeroalérgenos: el reciente trabajo de Darsow et al describe los resultados de un estudio multicéntrico aleatorio y a doble ciego en pacientes con DA y en el que se considera la relevancia y aspectos técnicos de las pruebas epicutáneas con aeroalérgenos. Recopilan 253 pacientes adultos en los que se realizaron pruebas epicutáneas a distintas concentraciones de aeroalérgenos que se compararon con el prick cutáneo y el RAST. Las pruebas demostraron una concordancia muy significativa con la historia clínica, prick cutáneo y RAST para D.pteronyssinus, epitelio de gato y pole de gramíneas.
- Microorganismos: dos microorganismos han sido fundamentalmente implicados en la patogenia de la DA; *Staphylococcus aureus* y *M. furfu*, que se han mostrado capaces de desarrollar DA a través de mecanismos mediados por el IgE.

Otros factores: distintos factores como la sequedad excesiva, aumento o disminución de la temperatura o humedad, así como la exposición a sustancias irritantes, sensibilizantes o capaces de inducir prurito son factores que pueden contribuir al empeoramiento de la DA

CLÍNICA

La DA es una dermatosis inflamatoria que causa prurito. La clínica se manifestara en forma de una inflamación cutánea, de cronología y topografía bien definidas, que se asocia con lesiones secundarias inducidas por el rascado. Las lesiones van desde el simple eritema, hasta la presencia de lesiones linquenificadas, pasando por la presencia de pápulas, vesículas, exudación, costras y descamación.

DA precoz

Clásicamente se ha establecido su inicio a partir de los tres meses. Hoy se sabe que la DA puede aparecer a cualquier edad y lo que es más, la dermatitis seborreica puede ser una forma de inicio de la DA. La edad de comienzo es variable.

Hay tres datos que ayudan a establecer el diagnóstico: la presencia de antecedentes familiares de atopia, el prurito y las localizaciones típicas de la enfermedad.

En este periodo debe establecerse el diagnóstico diferencial con la dermatitis seborreica, lo que a veces resulta literalmente imposible; los datos que pueden abogar a establecer este diagnóstico son el comienzo (neonatal), la ausencia de antecedentes de atopia, la ausencia de prurito y las localizaciones en retroauricular, en área del pañal, en cuero cabelludo o en los pliegues.

DA tardía

Puede ser continuidad de la forma precoz o surgir sin la existencia previa de dermatosis. Predomina la linquenificación: piel endurecida, seca, con marcada evidencia de los pliegues cutáneos y signos de rascado.

La localización varía abandonando la cara para centrarse en los pliegues.

Otras manifestaciones de la atopia cutánea

- Piel seca
- Dermatitis palmo-plantar juvenil
- Pitiriasis alba
- Dermatitis friccional
- Pliegues de Dennie-Morgan
- Queilitis descamativa

DIAGNÓSTICO

Al no existir criterios bioquímicos que establezcan de forma fehaciente el diagnóstico, se debe recurrir al manejo de criterios clínicos. Los universalmente aceptados son los establecidos en 1983 por Hanifin y Rajka.

Criterios mayores

- Prurito
- Morfología y distribución característica
 - Linquenificación en flexuras en adultos
 - Afectación cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes
 - Combinación de estos patrones en niños y adultos
- Carácter crónico y recidivante
- Historia personal o familiar de atopia

Criterios menores

- Xerosis
- Ictiosis/exageración pliegues palmares
- Reactividad cutánea inmediata (Tipo I) a los test cutáneos
- Elevación valores sericos de la IgE
- Edad precoz de comienzo
- Tendencia a infecciones cutáneas y déficit de la inmunidad celular
- Tendencia a dermatitis inespecíficas de pies y manos
- Eczema de pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recidivante
- Pliegues infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Catarata subcapsula anterior
- Ojeras u oscurecimiento periocular
- Palidez facial o eritema en cara
- Pitiriasis alba
- Pliegues en parte anterior cuello
- Prurito provocado por la sudoración
- Intolerancia a lana y los solventes de las grasas
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a algunos alimentos
- Evolución influenciada por factores ambientales y emocionales
- Dermografismo blanco

Han de cumplirse tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores

ALTERACIONES EN LA VIDA COTIDIANA

Tiempo de ocio: los niños con esta enfermedad suelen tener restringido el ejercicio físico. Se mantiene en una situación de dependencia, se sentirá diferente de sus compañeros y puede sufrir trastornos emocionales.

Sueño: el prurito puede ser intermitente a lo largo del día, pero normalmente se agrava por la noche, obligando al rascado y produciendo diversas alteraciones en el sueño que conducen, en la mayoría de los casos, a un número insuficiente de horas de descanso. Reid et al realizaron una encuesta sobre la calidad del sueño durante los brotes de dermatitis atópica, y hallaron trastornos hasta en el 86% de las noches, con una pérdida media de 2 horas de sueño diarias

Estrés cotidiano: una de las principales fuentes de estrés continuado que afecta a estos menores proviene de la propia enfermedad. El picor puede llegar a ser insoportable y desembocar en una sintomatología depresiva. A esto hay que sumar los sentimientos de culpa derivados del empeoramiento de las lesiones a causa del rascado, percibiendo una sensación de falta de control respecto a la enfermedad.

Imagen corporal: puede verse alterada por la presencia de lesiones, especialmente durante la adolescencia en niñas.

Autoconcepto y autoestima: existen bastantes evidencias de que estos niños tienen un peor concepto de sí mismo y una autoestima más baja en comparación con niños sanos.

Aspectos emocionales: la rabia, la tristeza y otros síntomas depresivos son más frecuentes en niños con DA.

Aislamiento y funcionamiento social: los niños con afecciones dermatológicas crónicas suelen desarrollar menos conductas prosociales. Presentan una mayor ansiedad social, sin embargo su mayor reactividad emocional les permite sentir mayor empatía con otros niños.

Trastornos psicológicos: los niños atópicos muestran con mayor frecuencia que la población general alteraciones del comportamiento; por su apariencia, pueden convertirse en objeto de bromas y burlas por parte de sus compañeros, lo que les conduce a un aislamiento social y en los casos más graves a un estado de ansiedad o depresión.

PRONÓSTICO

En la actualidad, el criterio universalmente aceptado es el llamado SCORAD (Scoring index of Atopic Dermatitis) que valora: extensión de las lesiones y síntomas objetivos y subjetivos. La evolución de la enfermedad es impredecible.

En 1985, Rystedit considera como signos de mal pronóstico: presencia durante la infancia de cuadros graves; existencia de antecedentes familiares; presencia de otras manifestaciones de atopia; sexo femenino; edad joven; presencia de piel seca y persistente en el adulto; personalidad del paciente y psicología de los padres.

TRATAMIENTO

No existe en el momento actual un tratamiento curativo para la DA; no obstante, se dispone de una serie de medidas que ayudan a atenuar la enfermedad.

Baños: siguiendo las recomendaciones de Hanifin, dependiendo de la intensidad de la enfermedad es preferible el baño, en las formas intensas y pruriginosas, que la ducha. Dicho baño debe darse durante 20 minutos y es adecuado añadir al agua sustancias emolientes que calmen el prurito y suavicen la piel. El jabón debe mantener un pH ácido. Tras el aseo debe aplicarse una crema emoliente (las más útiles son las que contienen ácido omega o ceramidas en su composición).

Medidas generales: se aconseja el uso de ropas ligeras, que no compriman y a ser posible que no contengan fibras ni lana. El calor es mal tolerado por los pacientes atópicos, ya que sudan mal y aumenta la sensación de picor. La temperatura adecuada para estos enfermos es de 18°C y la humedad del 50%

Tratamiento tópico: Corticoides y terapias anti-pruriginosas clásicas

Tratamiento general:

- Antihistaminicos: como tratamiento complementario
- Corticoides
- Interferón
- Antagonistas de los leucotrienos
- Ciclosporina
- Tacrolimus
- Ascomicina
- Antimicrobianos
- Fototerapia
- Inhibidores de la fosfodiesterasa
- Inmuglobulinas intravenosas

PSICOTERAPIA EN DERMATOLOGÍA

Diversos tipos de intervenciones psicoterapéuticas han sido utilizadas en Dermatología con mayor o menor éxito. En enfermedades dermatológicas de alta comorbilidad psiquiátrica como la dermatitis atópica se han descrito buenos resultados con técnicas de orientación diversa, dirigidas en esencia a reducir la ansiedad y los síntomas depresivos. En un reciente estudio de seguimiento a 5 años de 64 enfermos con dermatosis crónicas e intratables se ha documentado de manera clara la eficacia de la psicoterapia asociada al tratamiento dermatológico, lo que se traduciría en la mejoría de un 60-70% de los casos.

En los casos en los que la historia clínica y la biografía del paciente se asocien a acontecimientos traumáticos, las intervenciones específicas en trauma (entre las que se incluye el E.M.D.R) están ofreciendo resultados espectaculares.

LA PIEL QUE HABITO

La piel, ese enorme órgano que nos recubre y protege. Marca el límite entre lo que esta fuera y lo que está dentro, y se expresa. No utiliza palabras, pero tiene su propio lenguaje. Es un intermediario, aportando información tanto de lo que sucede dentro del organismo, como de los acontecimientos externos que tienen influencia para nosotros.

En el caso de Andrea, es decir, en mi caso la dermatitis ha estado presente desde bien pequeña. Sin yo saberlo mi piel se ha estado comunicando durante todos estos años, de una forma incómoda y difícil de sobrellevar en algunos momentos, sobre todo en la adolescencia.

Mis primeros recuerdos relacionados con la dermatitis se remontan a los 4-5 años, donde, coincidiendo con lo anteriormente expuesto, el prurito apareció en la parte interior de los muslos y en las flexuras. Durante la época de la enfermedad de mi abuelo y coincidiendo también con la relación amorosa que viví en aquella época, la dermatitis reapareció de una forma más agresiva, esta vez en la parte exterior de los brazos y piernas.

El picor era insoportable y las lesiones por el rascado no mejoraban la situación.

Durante la noche debía rascarme durmiendo, pues muchas mañanas amanecía con sangre y heridas. En el instituto hubo periodos que aun haciendo mucho calor no me quitaba la chaqueta, pues mis brazos estaban cubiertos por la dermatitis, y recuerdo pasar mucha vergüenza.

He acudido al médico en diversas ocasiones, diagnosticándome de dermatitis atópica, me han recomendado distintas cremas y geles de baño así como corticoides. Sin embargo nunca me han preguntado por mi estado anímico, si estaba pasando por un periodo ansioso o me encontraba especialmente triste.

Como he mencionado anteriormente la dermatitis es una enfermedad crónica, pero llevo unos años en los cuales mi piel no necesita expresarse de tal manera, quizás porque he aprendido a escucharme o porque he reducido notablemente los acontecimientos estresante.

Durante la realización del curso de Experto de Medicina Psicosomática en la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia me dieron la oportunidad de escribir sobre algo que me interesara, y se me ocurrió la posibilidad de indagar y escribir sobre dermatitis atópica y además contar mi historia. Cómo distintos acontecimientos acaecidos en mi vida han podido propiciar esta enfermedad, que a ojos de mi médico de cabecera es una pura enfermedad del cuerpo. Pero cuerpo y mente hablan el mismo idioma, aunque sus manifestaciones sean distintas.

Como conclusión final me gustaría resaltar la importancia que ha tenido para mí el trabajo de introspección que he realizado durante estos años, donde dar sentido a distintas emociones, descubrir y entender los hilos que han ido tejiendo mi personalidad, perdonar y perdonarme por el dolor producido y sufrido, escuchar al cuerpo y tratar de vivir cada día con intensidad, me han ayudado a pactar una tregua con la dermatitis y a seguir rellenando mi mochila con todo lo bueno, y a veces no tan bueno que la vida tiene que ofrecerme con una mirada de aceptación y optimismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartlet LB, Westbrook R, White JE. *Sleep patterns in children with atopic eczema*. Acta Derm Venereol. 1997; 77: 446-8
- Guerra A, De Lucas Laguna R, Floristán Muruzábal U, Feito Rodriguez M. *Dermatología psiquiátrica. De la piel a la mente*; Capítulo 5: dermatitis atópica y mente. Páginas 69-80
- Hanifin JM. Breaking the cycle. How I manage difficult cases of atopic dermatitis. Fitzpatrick's J Clin Dermatol 1994; 1: 13-26
- Marín J.L. *Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud*; Módulo 6 curso 2012-2013; Ed S.E.M.P y P.
- Moreno Giménez J.C. *Alergol Immunol Clin*. 2000; 15:279-295.
- Kunz B, Orange AP, Labreze L, Stalder JR, Ring J, Taib A. *Clinical validation and guiltiness for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on atopic dermatitis*. Dermatology (Switzerland) 1997; 195: 10-19