



## Factores psicologicos asociados a la psoriasis

Psicología, 30/08/2015



La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa descamación e inflamación (dolor, hinchazón, calentamiento y coloración). Regularmente las células de la piel crecen desde las capas más profundas y suben lentamente a la superficie, reemplazando constantemente a las células muertas de la superficie. Este proceso se llama renovación celular, y tarda aproximadamente un mes. Con la psoriasis, la renovación celular ocurre en sólo unos pocos días, lo que provoca que las células nuevas suban demasiado rápido y se acumulen en la superficie.

En la mayoría de los casos la psoriasis causa parches o placas de piel gruesa, enrojecida y con escamas plateadas. Estas placas pueden producir picor o dolor. A menudo se encuentran en los codos, las rodillas, otras partes de las piernas, el cuero cabelludo, la parte baja de la espalda, la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies. También pueden aparecer en otras partes tales como las uñas de las manos y los pies, los genitales y la parte interior de la boca.

### Psoriasis

**Estrés psicológico:** Varios estudios comprobaron una asociación entre el estrés y la psoriasis. Una investigación en 132 enfermos indicó que el 39% refería un evento estresante el mes previo al primer episodio de psoriasis. Una investigación en 245 niños con psoriasis reveló que el estrés era un factor desencadenante en el 90% de los casos. Sin embargo, no se registró correlación entre la gravedad del estrés y el tiempo hasta la aparición o exacerbación de la psoriasis. Por su parte, la afección cutánea genera un efecto sumamente desfavorable en la calidad de vida de los pacientes, fenómeno que a su vez es causa de morbilidad psicológica importante. Los pacientes con mayor estrés suelen mostrar dependencia interpersonal superior y más dificultad en expresar el enojo.

El estrés produce una cascada de modificaciones endocrinas e inmunológicas, alterando la capacidad homeostática del organismo y disminuyendo el umbral de aparición de enfermedad en sujetos con alta vulnerabilidad. Desde hace décadas, existen múltiples evidencias de los cambios neuroendocrinos e inmunológicos subsiguientes al estrés

Existen escasos estudios de psicobiología en pacientes psoriásicos. Los existentes involucran a neuropéptidos como la sustancia P, para la que se ha descrito un incremento en las terminaciones nerviosas de las placas, con valores superiores a los de controles sanos y a los de otras regiones sin placas en los mismos enfermos de psoriasis. Las concentraciones de sustancia P se elevan en la piel en respuesta al estrés emocional, ejerciendo este péptido una acción proinflamatoria. Por otro lado, Harvima et al han señalado un incremento de los valores de péptido intestinal vasoactivo (VIP) y de CGRP (*calcitonin-gene-related-peptide*) en la dermis papilar de las placas psoriásicas, aunque no han hallado variaciones en la sustancia P. El estrés podría provocar simultáneamente un aumento en las concentraciones de algunos neuropéptidos y una disminución en la actividad de las enzimas que degradan estos péptidos, como por ejemplo la quimasa de las células cebadas.

Otro reciente e interesante estudio del grupo de Hannover realiza una exposición al estrés mediante técnicas como hablar en público/cálculo aritmético rápido a un grupo de pacientes psoriásicos no tratados, otro grupo tratado con PUVA y otro de

controles sanos. Analiza a continuación los cambios en parámetros vegetativos, endocrinos e inmunes: frecuencia cardíaca y presión arterial, cortisolemia, adrenalina, DHEA, y distribución de las células T y NK antes, durante y una hora después de la exposición al estrés. Los pacientes con psoriasis presentaron valores superiores de adrenalina y menores de cortisol y DHEA, comparados con los controles, en respuesta al estrés. El incremento inducido por el estrés en el número de células NK de los pacientes psoriásicos no tratados fue, curiosamente, "modulado" o "amortiguado" por el tratamiento con PUVA. Por ello, el tratamiento con PUVA podría actuar interfiriendo en la respuesta vegetativa e inmune al estrés. El mismo grupo de Hannover ha descrito recientemente un incremento en las subpoblaciones linfocitarias CD8+ y CD11b+ como respuesta al estrés en enfermos afectados de psoriasis y dermatitis atópica.

La patología psiquiátrica en psoriasis puede ser primaria o secundaria al efecto de la enfermedad sobre la calidad de vida. Las consecuencias económicas también son mayores en sujetos con enfermedad más grave, de modo que se incrementa aún más la morbilidad psicosocial. El estrés asociado con psoriasis se ha relacionado con morbilidad psiquiátrica más importante. Las características psicológicas más frecuentemente encontradas incluyen depresión, ansiedad, rasgos obsesivos y dificultades para la expresión verbal de las emociones, especialmente ira. La psoriasis de inicio a edades tempranas se ha correlacionado con mayores dificultades en la expresión de la cólera -un rasgo de personalidad que puede tornar al enfermo más susceptible al estrés-. Este hallazgo tiene máxima importancia para el abordaje del niño o adolescente con psoriasis. La alexitimia es un hallazgo frecuente en individuos con psoriasis y puede contribuir con la aparición de ansiedad y depresión. Cuando se estudió la relación entre la duración de la psoriasis y las características de la personalidad no se encontró ningún patrón homogéneo, lo cual sugiere que estos rasgos no surgen por la enfermedad cutánea crónica.

En psoriasis parece ser más frecuente el intento de suicidio y el suicidio, especialmente en pacientes con compromiso cutáneo más extenso. La depresión suele relacionarse con esta evolución. Algunos trabajos han sugerido una mayor prevalencia de abuso de alcohol y de tabaquismo en sujetos con psoriasis. El consumo de más de 80 g de alcohol por día ejerce un efecto adverso sobre el tratamiento de la enfermedad cutánea mientras que el tabaquismo se asocia con psoriasis más grave en las áreas distales de las extremidades.

¿Cómo se trata la psoriasis?

El tratamiento para la psoriasis depende de:

La gravedad de la enfermedad

El tamaño de las placas de psoriasis

El tipo de psoriasis

La reacción del paciente ante ciertos tratamientos.

Los tratamientos para la psoriasis no funcionan igual para todo el mundo. El médico debe cambiar el tratamiento si éste no funciona, provoca una mala reacción o si deja de funcionar.

Tratamiento tópico:

Los tratamientos aplicados directamente a la piel (cremas, pomadas) pueden:

Ayudar a reducir la inflamación y el reemplazo celular

Reducir la actividad del sistema inmunitario

Ayudar a descamar la piel y destapar los poros

Suavizar la piel.

#### Fototerapia:

La luz ultravioleta natural producida por el sol y la luz ultravioleta artificial se usan a veces para tratar la psoriasis. Un tratamiento, llamado PUVA, combina el uso de la luz ultravioleta con un medicamento que sensibiliza la piel a la luz.

#### Tratamiento sistémico:

Si la psoriasis es fuerte, los médicos pueden recetar medicamentos o ponerle una inyección. Esto es un tratamiento sistémico. Normalmente no se usan antibióticos para el tratamiento de la psoriasis a menos que una infección bacteriana empeore la psoriasis.

#### Terapia combinada:

Al combinar los tratamientos tópicos (los que se aplican a la piel), la fototerapia y los tratamientos sistémicos, muchas veces se puede usar una dosis más baja de cada uno. La terapia combinada también puede dar mejores resultados.

Existen numerosos estudios que refrendan la utilidad de tratamientos psicológicos de diversa orientación en la psoriasis. En un reciente estudio de seguimiento pronóstico a un año, los pacientes con mejor expresividad emocional, que buscaron más cuidados y apoyo social, más distracciones, y que presentaban un estilo de afrontamiento menos pasivo de los problemas, tuvieron mucho mejor pronóstico de su psoriasis, recibían menos tratamientos y se encontraban menos ansiosos y deprimidos. Los psicofármacos pueden ser de gran utilidad sobretodo los ansiolíticos y los antidepresivos.

Menter A, Korman NJ, Elmetts Ca, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. American Academy of Dermatology guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. J Am Acad Dermatol

Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Voorhees ASV, Leonardi CL, Gordon KB, et al. Guidelines for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. J Am Acad Dermatol

Menter A, Korman NJ, Elments CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. J Am Acad Dermatol

Stern RS. Psoralen and ultraviolet a light therapy for psoriasis. N Engl J Med