Puntos de vista

Aspectos psicológicos para el manejo de la psoriasis

Psychological Aspects for the Management of Psoriasis

Rubén Pérez Armas[1] Delmis Mercedes Doural Estrada[1] Pierina Laida Chávez Valera[1]

[1] Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba, CP: 85100

Cómo citar este artículo:
Pérez-Armas R, Doural-Estrada D, Chávez-Valera P. Aspectos psicológicos para el manejo de la psoriasis. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 10]; 3(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/207

Resumen

La psoriasis es una enfermedad causada por un gen que se encuentra en el cromosoma 6p21 y es de patogenia inmune, relacionada con diferentes factores que pueden desencadenarla, mantenerla o agravarla, con una prevalencia del 3 %. La psoriasis es una de las muchas enfermedades dermatológicas que repercute negativamente en el bienestar de los enfermos que la padecen, por el impacto que provoca en las relaciones sociales debido a los efectos estéticos, el estrés que puede desencadenar el comienzo de la enfermedad o su evolución tórpida una vez instalada. El grado de afectación psicológica está en dependencia del paciente, unos lo sobrellevan con estoicismo y para la mayoría es causa de diferentes sentimientos.

Palabras clave: psoriasis, psicología

Abstract

Psoriasis is a disease caused by a gene located on the chromosome 6p21 and it has an immune pathogenesis. It is related to different factors than can trigger, maintain or exacerbate it. Its prevalence is 3 %. Psoriasis is one of the skin conditions that adversely affects the well-being of the patients who develop it due to its impact on social relationships as a consequence of its aesthetic effects. Stress can trigger the onset of the disease or its torpid course once it appears. The degree of psychological damage depends on the patient; some cope with it stoically and for the majority it is a source of different feelings.

Key words: psoriasis, psychology

Recibido: 2013-06-02 19:25:49
Aprobado: 2013-10-07 14:04:37

Correspondencia: Rubén Pérez Armas. Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley. Granma. ruben@grannet.grm.sld.cu

La conexión entre la psiquiatría y la dermatología es un complejo proceso que involucra los sistemas neuroendocrino e inmunológico denominado sistema neuro-inmuno-cutáneo. Se ha descrito que el estrés psicológico inhibe la síntesis de lípidos en la epidermis, al alterar de manera secundaria la homeostasis en la permeabilidad de la barrera epidérmica, que provoca la activación de factores desencadenantes para algunas dermatosis inflamatorias crónicas como es el caso de la psoriasis.[1]

Aunque algunos pacientes son capaces de sobrellevar una enfermedad crónica, a veces incapacitante o que desfigura, para la gran mayoría; la experiencia de ser diferente causa sentimientos de miedo, pena y vergüenza, por ello se requiere elaborar pautas de diagnóstico y tratamiento de la psoriasis, con el objeto de unificar criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

La psoriasis es una enfermedad de la piel de etiopatogenia inmune y base genética, diversos factores pueden desencadenarla o agravarla, una de ellas es la psiquis. Sin predilección de sexo, el grupo de edad más afectado suele ser el de mayores de 20 años, la incidencia está alrededor del 3 % de la población mundial, y genéticamente se distinguen los tipos I y II. El gen implicado es el PSORS I, que se encuentra en el cromosoma 6p21, sobre todo los asociados al HLA-B13, -B17, Bw57 y –Cw6.[2-4] La inmunidad celular es la involucrada en su mecanismo.

Las manifestaciones clínicas de la psoriasis vulgar están constituidas por eritemas de diferentes tonalidades, escamas blanconacaradas, friables, que forman placas de diferentes dimensiones, formas, localización y bordes precisos, con los característicos signos patognomónicos. Hay variedades de psoriasis especiales o complicaciones como son: variedad pustulosa, artropática y eritrodérmica. (Figura 1)



Figura 1. Placa eritematoescamosa en codos y rodillas

Los antecedentes personales y hereditarios, la sintomatología señalada hacen el diagnóstico clínico, el cual debe corroborarse con el estudio histológico: hiperqueratosis, acantosis, papilomatosis e infiltrado linfocitario. (Figura. 2)

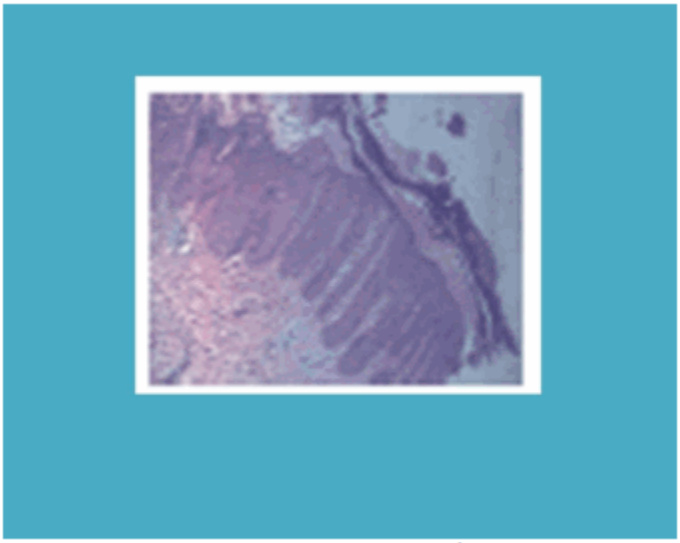


Figura 2. Hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis

En relación al tratamiento, debe evaluarse la severidad de la psoriasis de acuerdo a algunos criterios: la extensión de las lesiones, síntomas localizados, alteración de la calidad de vida, enfermedades asociadas y respuestas terapéuticas previas. De manera que antes de imponer un esquema terapéutico se debe clasificar en: leve, moderada y severa.

La relación entre las enfermedades de la piel y los factores psicológicos ha sido ampliamente documentada en la literatura científica. Dentro de las enfermedades de la piel con claro componente psicológico se encuentra la psoriasis, sin embargo, los estudios que comparan personalidad en psoriasis y población normal mediante pruebas objetivas han sido escasos y no del todo concluyentes.[5]

La psoriasis plantea dos cuestiones psicosomáticas fundamentales:[6,7] ¿cómo puede exacerbar el estrés a la psoriasis? y ¿cómo influye la psoriasis en el equilibrio psicosocial y laboral de los pacientes?

Repercusión del estrés en la psoriasis

Afecta al 90 % de los pacientes psoriáticos, aspecto ampliamente demostrado por muchas pruebas clínicas, sin embargo, no se ha podido identificar de modo concluyente. El estrés puede desencadenar y exacerbar la psoriasis, los mecanismos psiconeuroinmunológicos pueden explicar la correlación que existe entre él y la psoriasis. Se ignora el mecanismo por el cual la psiquis puede influir negativamente sobre esta enfermedad, pero sí se sabe que induce la liberación de distintas hormonas, como ACTH, catecolaminas y acetilcolina.

Se ha comprobado que las células de Langerhans y las fibras nerviosas que contienen la proteína relacionada con el gen de la calcitonina (PRGC) interactúan estrechamente en la epidermis humana. Se ha podido encontrar la PRGC en la superficie de estas células y se ha comprobado además, que inhibe la presentación antigénica de la célula de Langerhans. Por consiguiente, la PRGC podría tener efectos inmunomoduladores in vivo, y constituir otro punto de interacción entre el sistema nervioso central (SNC) y la función inmunológica. Pruebas clínicas y experimentales han demostrado, cómo la sección quirúrgica de los nervios periféricos (que inervan zonas donde hay placas cutáneas de psoriasis), hacen que desaparezca.[6]

Repercusiones psicológicas de la psoriasis

Calidad de vida (CdV): medida de la energía o fuerza óptima que le confiere a una persona la capacidad para afrontar con éxito los numerosos retos que plantea el mundo real. El término se aplica a todos los individuos, independientemente de si están enfermos o discapacitados al trabajo. Son variados los factores que exacerban la aparición de la psoriasis, pero es el factor psicológico, a nuestro juicio, el que genera los demás y que hacen que manifieste un gran impacto en los ámbitos: social,

sexual, laboral, entre otros.

En un estudio realizado en 217 pacientes con psoriasis se determinó que las repercusiones psicosociales y laborales más significativas fueron: la ansiedad, el disfrutar de la playa, la apariencia física y temor al rechazo de la pareja.

Los psoriáticos muestran un perfil de personalidad diferente a la población normal, que podría actuar como detonante en el desencadenamiento y/o mantenimiento de la psoriasis.

Es evidente en la práctica clínica la relación psoriasis y psicología, sin embargo hay que seguir investigando en el futuro para poder desentrañar mejor la relación entre el estrés emocional y la exacerbación de la psoriasis.

En el campo de las ciencias queda mucho por hacer para conocer los mecanismos fisiopatológico y bioquímicos de la psoriasis en relación con el estrés emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grimalt F, Cotterill JA. Dermatología y Psiquiatría: historias clínicas comentadas. Barcelona: Schering España; 2002

2. Yang YW, Keller JJ, Lin HC. Medical comorbidity associated with psoriasis in adults: a population-based study. Br J Dermatol. 2011;165(5):1037-43

3. Wolff K, Johnson RA. Fitzpatrick: Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 6ta. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010

4. Moreno MI, Moreno LH. Coexistencia de psoriasis y vitíligo. Colombia Médica. 2008;39(4):1-4

5. Mora M, Hernández IB, Olivares AR, González TM. Psicoterapia autógena y psoriasis. MEDISAN. 2009;13(5):1-10

6. Koo JYM, Lee CS, Lin P. De los enfermos con psoriasis. En: Grimalt F, Cotterill JA. Dermatología y Psiquiatría: historias clínicas comentadas. Barcelona: Schering España; 2002: p. 253

7. Brufau RM, Corbalán J, Brufau C, Ramírez A, Limiñana RM. Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. Anales de Psicología. 2010;26(2):335-40