

El impacto psicosocial de la psoriasis

Manuel Sánchez Regaña^a, Rosa Ojeda Cuchillero^a, Ignacio Umbert Millet^b, Pablo Umbert Millet^{a, b}, Walter Lupo^c y Javier Solé Fernández^c

^a Unidad de Psoriasis. Servicio de Dermatología. Hospital Sagrado Corazón. Unidad Docente de la Universidad de Barcelona.

^b Instituto P. I. Umbert de Dermatología. Clínica Corachan. ^c Unidad de Psicode dermatología. Instituto P. I. Umbert de Dermatología. Clínica Corachan Barcelona.

Resumen.—*Introducción:* la psoriasis es una dermatosis frecuente que produce un importante impacto psíquico y social entre los pacientes afectados. Asimismo es conocido que el estrés es uno de los factores desencadenantes más frecuente de los brotes.

Material y métodos: hemos diseñado un cuestionario anónimo de 30 puntos que recoge datos demográficos, así como los factores desencadenantes de la psoriasis y una serie de preguntas acerca de la repercusión psicosocial generada por la misma en el último mes. La encuesta se envió por correo a 1.500 pacientes, visitados hasta entonces en nuestros departamentos, entre diciembre de 1996 y marzo de 1997.

Resultados: fueron contestadas 231 encuestas (16,8%) correspondientes a un 54,1% de hombres y un 45,9% de mujeres, con una edad media de 43 años. Entre los resultados obtenidos destaca que el estrés fue el factor desencadenante más importante de los brotes (43% de los encuestados); dentro de las situaciones desencadenantes de estrés, los conflictos afectivos fueron los más frecuentes (24,2%), especialmente en mujeres. Existe una correlación entre el estrés como factor desencadenante y el sexo femenino. Hay que destacar que un 51,5% de los pacientes se sienten bien informados, especialmente por parte de su dermatólogo (58,9%), y que el nivel de satisfacción con su dermatólogo es alto, alcanzando un 47,2% de los casos. Destacamos que un 38,8% de pacientes no acudió muchas veces a baños públicos en el último mes.

Conclusión: nuestros resultados confirman una vez más el hecho de que el estrés es uno de los factores desencadenantes más frecuentes de la psoriasis y que esta dermatosis genera un importante impacto psicosocial entre los individuos afectados.

Palabras clave: psoriasis, estrés, impacto, psiquis, social.

Sánchez Regaña M, Ojeda Cuchillero R, Umbert Millet I, Umbert Millet P, Lupo W, Solé Fernández J. El impacto psicosocial de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(1):11-6.

THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF PSORIASIS

Abstract.—*Introduction:* psoriasis is a common skin disorder that produces an important psychosocial impact in the affected subjects. Furthermore, stress is one of the most characteristic triggering factor of this disease.

Material and methods: we have designed an anonymous survey with 30 items focusing on the demographic data of the patients, the triggering factors of the disease and questions about the psychosocial impact on the subjects by the disease in the last month. The survey was sent by post mail to 1,500 patients included in our files between December 1996 and March 1997.

Results: two hundred and thirty one questionnaires were completed by the patients and returned to the investigators (16.8%); of these, 54.1% were male and 45.9% female, with a mean age of 43 years. Among the results, we emphasize that stress was the most important precipitating factor in 43% of the responders, mainly due to affective problems (24.2%). There was a correlation between stress and female sex. It's of interest that 51.5% of the patients had a good level of information, specially from their dermatologist (58.9%), and also that the level of satisfaction with their physician was high in 47.2% of the patients. Thirty-eight per cent of patients stated that they avoided sunbathing in the company of others during the last month.

Conclusion: this study confirms that psychical stress is associated with exacerbation of psoriasis and also that psoriasis exerted in the patients a very important psychosocial impact.

Key words: psoriasis, stress, impact, psychis, social.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una dermatosis eritematoescamosa, de la que se conocen diferentes variantes morfológicas, que afecta en España al 1,4% de la población general¹. Se presenta en ambos sexos por igual y existe una distribución por edades bimodal con un pico de

máxima incidencia a los 16-22 años (psoriasis tipo I o de inicio precoz) y otro entre los 57-60 años (psoriasis tipo II o de inicio tardío)². La distinción entre ambas formas de inicio es importante, pues mientras que en el tipo I son frecuentes los antecedentes familiares de la enfermedad (50% de casos) y la asociación a determinados HLA (HLA-CW6), en el tipo II son menos frecuentes. Si bien es evidente el carácter hereditario de la psoriasis, el mecanismo de transmisión genético es complejo, y posiblemente, poligénico.

Los mecanismos etiopatogénicos que conducen a la aparición de la psoriasis no están del todo elucidados;

Correspondencia:

Manuel Sánchez-Regaña. Servicio de Dermatología. Hospital Sagrat Cor. C./ París, 83-87, 5.ª planta. 08029 Barcelona. Correo electrónico: ez.reg@teletel.es

Aceptado el 31 de julio de 2002.

se trata de una enfermedad caracterizada por una hiperproliferación queratinocítica, con diferenciación anormal de los queratinocitos y un infiltrado inflamatorio dérmico y epidérmico. Actualmente se considera que se trata de una enfermedad inmunológica en la que la diferenciación y proliferación anormal de los queratinocitos son mediadas por linfocitos Th 1 activados con implicación de citocinas, factores de crecimiento y mediadores de la inflamación³. Es conocido que, junto a la base genética necesaria, se precisa una serie de factores ambientales para el desencadenamiento y/o perpetuación de la psoriasis. Entre ellos destacan los traumatismos, ciertos fármacos, infecciones, cambios hormonales y el estrés o los trastornos psicoemocionales.

En 1968, Farber et al⁴ publicaron un importante estudio consistente en un cuestionario enviado a 2.144 pacientes con psoriasis. En él se detallan aspectos epidemiológicos de la enfermedad y se analiza la influencia de varios factores en su desencadenamiento, entre ellos las preocupaciones, durante las cuales empeoraban el 32% de los hombres y el 41% de las mujeres encuestadas. Desde entonces han aparecido numerosos estudios acerca, por un lado, del desencadenamiento o agravación de la enfermedad por el estrés u otros disturbios psicológicos y, por otro lado, acerca del impacto psicosocial que la psoriasis genera en los pacientes como resultado de la modificación de la imagen corporal.

En 1977, Seville⁵ publica un artículo, llevado a cabo en 130 pacientes psoriásicos, en el que demuestra que los brotes de la enfermedad se desencadenaban en un 10% de los casos tras una faringoamigdalitis, mientras que en un 40% de los casos aparecían tras diferentes vivencias personales de fuerte impacto psicológico para el sujeto como un duelo o una separación. El período de latencia entre la situación conflictiva y la aparición de la psoriasis variaba entre 2 días y 4 semanas. En otros estudios similares ha quedado objetivado que factores tan diversos como los problemas de pareja, financieros, ansiedad o una depresión son de gran importancia en la exacerbación de la psoriasis en el 40%-80% de los casos⁶⁻⁹. Se ha descrito que los pacientes psoriásicos tienen un elevado índice de ansiedad, tendencia a la frustración y falta de exteriorización de su agresividad¹⁰. Asimismo, durante la exposición a una situación dificultosa como puedan ser los ejercicios aritméticos, los pacientes psoriásicos manifiestan un nivel de estrés superior a los no psoriásicos¹¹. Para muchos autores son las vivencias personales cotidianas, crónicas y recurrentes, de «bajo nivel de estrés», las que desencadenan la psoriasis, en comparación con las vivencias mayores, más intensas y agudas^{12, 13}. Junto a estas características psicológicas peculiares de los pacientes psoriásicos se ha descrito una tendencia a la obsesionabilidad, así como a los sentimientos de estigmatización¹². Todo ello ha llevado a especular

sobre un perfil de personalidad específico para los individuos con psoriasis.

Más interesante aún es analizar el impacto que la psoriasis genera a nivel personal y social (vestimenta, deportes), emocional (relaciones afectivas y sexuales) y vocacional (bajas laborales, despidos) en el individuo afecto. La modificación de la imagen corporal que conlleva, con el consiguiente estigma social, conduce a una situación diaria de estrés¹² que será crónico y recurrente¹⁴.

Al igual que disponemos de un parámetro para calcular la extensión de las placas de psoriasis (PASI), se han ideado en los últimos años unos índices similares con la intención de cuantificar el grado de estrés relacionado con la psoriasis. Gupta y Gupta¹⁴ publican el Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI), que consta de 15 puntos en los que se evalúan de 0 (nunca) a 4 (muchas veces) las modificaciones en actividades cotidianas, laborales y de relaciones personales condicionadas por la enfermedad; así, por ejemplo, el 52,4% de los encuestados (n = 217) refiere que muchas veces ha dejado de ir a baños públicos en compañía de otras personas y el 36,7% ha creído muchas veces que el resto de la población ha relacionado su dermatosis con el sida, la lepra o una enfermedad venérea. En función de los resultados obtenidos, se extrae el valor numérico del PLSI, que oscila entre 0 y 45; una puntuación superior a 10 indica un alto PLSI. En otros estudios se han empleado otras mediciones psicológicas como son el GAS (*Global Assessment Scale*)¹⁵ y el PDI (*Psoriasis Disability Index*)¹⁶, que es similar al PLSI. Asimismo, otros autores han confeccionado ellos mismos las encuestas con las que han evaluado la relación entre la psoriasis y el estado psicológico. Muy interesante es el parámetro SPI (*Salford Psoriasis Index*), en el que se combinan signos físicos con síntomas físicos¹⁷.

Hay que destacar, por su importancia, el trabajo de Gupta et al¹⁸, en el que utilizando diversos tests psicológicos comprueban que la psoriasis de tipo I o de inicio antes de los 40 años se acompaña de mayores dificultades y trastornos de la personalidad que la psoriasis de inicio tardío. Asimismo, Fortune et al¹⁶, utilizando el PDI y el PLSI demuestran que la localización anatómica de las placas de psoriasis se asocia a un concepto propio de poca salud física, pero, en cambio, no se relaciona con incapacidad para las labores cotidianas o con el nivel de estrés.

En 1990, Farber et al¹⁹ describen dos pacientes con psoriasis en los cuales el traumatismo quirúrgico de los nervios cutáneos conllevó una desaparición de las placas psoriásicas a nivel del mismo; para los autores, la integridad de los nervios es necesaria para el mantenimiento o desencadenamiento de la psoriasis, en individuos genéticamente predispuestos, a través de la liberación de neuropéptidos, en especial la sus-

tancia P (inflamación neurogénica). Los neuropéptidos liberados a través de los nervios sensitivos actúan, a través de receptores específicos, en las células del sistema inmune (linfocitos, dendrocitos dérmicos y macrófagos) e inducen la proliferación de queratinocitos²⁰. Se ha demostrado en animales que el estrés promueve la liberación de múltiples neuropéptidos en el sistema nervioso central y periférico²⁰. Esta fascinante interconexión entre la piel, el sistema inmune y el sistema nervioso ha generado los términos de sistema neuroinmunocutáneo²¹ y psiconeuroinmunología²².

El propósito de nuestro estudio ha sido analizar la relación entre el desencadenamiento de la psoriasis a través del estrés, así como las repercusiones psicoafectivas, sociales y laborales generadas por esta dermatosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumento de estudio

El instrumento de estudio fue un cuestionario de 30 puntos diseñado por los autores a partir de la literatura y la experiencia en el trato diario con pacientes psoriásicos. Dividimos la encuesta en una primera parte de preguntas (con múltiples opciones de respuesta) acerca de datos demográficos, edad de inicio y evolución de la psoriasis, factores desencadenantes de la misma y presencia de prurito, dolor y rascado de las lesiones, así como grado y fuentes de información recibidas acerca de la enfermedad y satisfacción con su dermatólogo. En una segunda parte preguntamos a los pacientes la intensidad, en una escala de 0 (nunca) a 2 (muchas veces) con la que habían modificado su vestimenta, relaciones personales, sexuales y laborales en el último mes, así como el grado de miedo a presentar efectos secundarios por los tratamientos recibidos y sobre el dinero gastado y el tiempo empleado en el tratamiento de su enfermedad. Por último se preguntó sobre si la visita a un psicólogo o psiquiatra ayudaría a mejorar su enfermedad.

Pacientes

La encuesta se envió por correo a un total de 1.500 pacientes con psoriasis que habían sido visitados desde 1980 hasta 1996 tanto en el servicio de Dermatología del Hospital Sagrado Corazón de Barcelona (Unidad Docente de la Universidad de Barcelona) como en los Institutos I. Umbert y P. Umbert de Dermatología, Clínica Corachan (Barcelona). En el interior del sobre se incluía otro sobre franqueado para su envío y la respuesta siempre resultó anónima. Asimismo se incluyó un tríptico con fotografías ilustrativas, a color, de los diferentes tipos de psoriasis para que cada paciente pudiera reconocer con más facilidad la forma clínica

que presentaba. Las encuestas fueron todas enviadas a mediados de diciembre de 1996 y las respuestas dejaron de recogerse a finales de marzo de 1997.

Análisis estadístico

Se utilizó el sistema SPSS para PC versión 4.0 para la definición de la matriz de datos, su transformación y para el cálculo tanto de los diferentes estadísticos descriptivos como de las pruebas estadísticas. Utilizamos la prueba del Chi cuadrado para analizar la relación entre variables cualitativas y el cálculo de los diferentes índices de asociación.

RESULTADOS

De las 1.500 encuestas enviadas, 125 no llegaron a su destino por incorrección de datos postales. De las 1.375 restantes, fueron contestadas un total de 231 (tasa de respuesta del 16,8%).

El 54,1% de los encuestados eran hombres y el 45,9% mujeres. La edad media de los sujetos fue de 43 años (rango entre 5 y 80 años) y la edad media de inicio de la psoriasis fue de 25 años (rango entre 2 y 76 años). En la **tabla 1** se resumen los resultados obtenidos en las preguntas referentes a las características

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PSORIASIS OBTENIDAS A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA ANÓNIMA

| <i>Característica</i> | <i>Número de pacientes (%)</i> |
|---|--------------------------------|
| Tipo de psoriasis | |
| Psoriasis en placas | 146 (63,2) |
| Psoriasis pustulosa localizada | 19 (8,2) |
| Psoriasis pustulosa generalizada | 6 (2,6) |
| Psoriasis artropática | 7 (3) |
| Psoriasis guttata | 23 (10) |
| Psoriasis eritrodérmica | 9 (3,9) |
| No contestan | 21 (9,1) |
| Número de brotes al año | |
| Uno | 30 (13) |
| Uno a tres | 81 (35,1) |
| Más de tres | 93 (40,3) |
| No contestan | 27 (11,7) |
| Antecedentes familiares | |
| Sí | 87 (37,7) |
| No | 140 (60,6) |
| No contestan | 4 (1,7) |
| Número de dermatólogos consultados | |
| Uno | 30 (13) |
| Uno a tres | 75 (32,5) |
| Más de tres | 123 (53,2) |
| No contestan | 3 (1,3) |

clínicas y evolutivas de la psoriasis y en la **tabla 2** se expone el grado de información acerca de su dermatosis entre nuestros encuestados.

Preguntados los pacientes acerca de cuál o cuáles son los factores desencadenantes de los brotes de psoriasis, el 43% respondió que el estrés es el más importante, seguido de los traumatismos (10%), las infecciones (6,5%), la ingesta de fármacos (3,5%), cambios hormonales (3,4%), o bien varios factores a la vez (28,6%). Dentro de las situaciones desencadenantes de estrés, la más frecuente fueron los conflictos afectivos (24,2%), seguidos de las tensiones laborales (18,2%), los problemas económicos (3%), o bien varios a la vez (37,7%).

Al realizar una correlación entre los factores desencadenantes de psoriasis y el sexo de los encuestados, llamó la atención que entre los hombres, con respecto a las mujeres, destaca el estrés como factor desencadenante. Sin embargo, en las mujeres, respecto a los hombres, hay una mayor proporción de casos en los que el factor desencadenante es la ingesta de fármacos o los cambios hormonales ($p=0,036$). En el resto

de factores los porcentajes de hombres y mujeres son similares. Asimismo, entre los hombres, respecto a las mujeres, hay una mayor proporción de individuos donde el desencadenante del estrés son las tensiones laborales. Mientras, en las mujeres hay una mayor proporción, respecto a los hombres, donde el desencadenante son los problemas afectivos ($p=0,014$).

De las restantes relaciones entre variables, dos presentaron una asociación significativa. En primer lugar, la relación entre sexo y satisfacción con su dermatólogo es significativa ($p=0,026$). Entre los hombres destaca un nivel alto de satisfacción con su especialista. Mientras, entre las mujeres, y respecto a los hombres, hay una mayor proporción de sujetos donde el nivel de satisfacción es medio. Por otra parte, la relación entre la presencia o no de brote actual y la existencia de dolor es significativa ($p=0,021$), como también lo es entre la presencia o no de brote actual y el hecho de rascarse las placas ($p=0,037$). Obviamente, la relación entre la existencia de prurito y el rascarse las placas también es significativa ($p < 0,01$).

En la **tabla 3** se exponen las respuestas obtenidas en los 11 puntos relativos al grado de modificación de diferentes actividades por parte de la psoriasis en el último mes. Un hecho significativo fue el bajo porcentaje de respuestas a algunas de las preguntas que aparecen reflejadas en dicha tabla. Sorprendentemente, la correlación entre cada uno de estos 11 puntos y la variable «brote actual» no fue significativa.

Del total de pacientes encuestados, un 70,5% consideró que una visita a un psiquiatra o psicólogo no le ayudaría a mejorar su enfermedad cutánea. Al ana-

TABLA 2. GRADO DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA PSORIASIS EN UNA POBLACIÓN DE 231 PACIENTES

| Variable | Número de pacientes (%) |
|--|-------------------------|
| ¿Considera que recibe una información adecuada? | |
| Sí | 119 (51,5) |
| No | 102 (44,2) |
| No contestan | 10 (4,3) |
| Fuentes de información sobre la psoriasis | |
| Dermatólogo | 136 (58,9) |
| Otros médicos | 12 (5,2) |
| Acción psoriasis | 12 (5,2) |
| Medios de comunicación | 28 (12,1) |
| Otros pacientes | 35 (15,2) |
| No contestan | 8 (3,5) |
| ¿La psoriasis se contagia? | |
| Sí | 3 (1,3) |
| No | 221 (95,7) |
| No contestan | 7 (3) |
| ¿La psoriasis puede ser hereditaria? | |
| Sí | 122 (52,8) |
| No | 83 (55,9) |
| No contestan | 26 (11,3) |
| Nivel de satisfacción con su dermatólogo | |
| Alto | 109 (47,2) |
| Medio | 63 (27,3) |
| Bajo | 31 (13,4) |
| No contestan | 28 (12,1) |

TABLA 3. GRADO DE MODIFICACIÓN DE CIERTOS EVENTOS EN EL ÚLTIMO MES POR PARTE DE LA PSORIASIS EN UNA POBLACIÓN DE 231 SUJETOS

| Evento | Nunca | Pocas veces | Muchas veces |
|---|-------|-------------|--------------|
| Modificación de la vestimenta | 41,3% | 31,3% | 27,5% |
| Sentirse cohibido | 54,3% | 28,3% | 17,4% |
| No ir a baños públicos | 25,4% | 35,8% | 38,8% |
| No practicar deporte | 43,2% | 38,6% | 18,2% |
| Impedimento relaciones sociales | 62,5% | 22,5% | 15% |
| Impedimento para trabajo y/o estudios | 48,6% | 31,4% | 20% |
| Impedimento para relaciones sexuales | 51,4% | 32,4% | 16,2% |
| Mucho tiempo empleado en el tratamiento | 27,8% | 49,6% | 22,6% |
| Mucho dinero gastado en el tratamiento | 32,9% | 42% | 25,2% |
| Miedo sobre efectos secundarios del tratamiento | 43,2% | 40,9% | 15,9% |
| Miradas de recelo | 61,3% | 25,8% | 12,9% |

lizar las relaciones entre la variable «posible visita a un psiquiatra o psicólogo» y las variables enumeradas en la **tabla 3** sólo se obtuvo una relación significativa con la modificación de la vestimenta en el último mes ($p=0,032$). No hubo correlación entre la posibilidad de visitar a un psiquiatra o psicólogo y la edad de los pacientes, ni tampoco con su sexo, edad de inicio de la psoriasis, tipo de psoriasis o el número de brotes de la dermatosis por año.

DISCUSIÓN

En los últimos años se han diseñado diferentes tests con la finalidad de medir la calidad de vida en Dermatología²³. En el caso concreto de la psoriasis destacan el PDI¹⁶, así como el PLSI¹⁴; se trata de cuestionarios en los que se valora el impacto que ha generado la psoriasis en la calidad de vida del paciente a través de la obtención de un valor numérico que permite objetivar el estrés y comparar estudios. En el caso de la nueva versión del PLSI de 1995¹⁴ se engloban 15 puntos o preguntas en el cuestionario y su puntuación va de 0 a 45; se considera que cuando es menor de 10 el paciente presenta un bajo grado de estrés y si es superior a 10 el grado es alto. En el PDI se recogen 28 puntos y su puntuación va de 10 a 70.

Nosotros ideamos un cuestionario, en cuya segunda parte figuran 11 puntos de contenido muy similar a los 15 que contiene el PLSI. Las modificaciones introducidas estuvieron basadas en la práctica diaria con nuestros pacientes psoriásicos y con la finalidad de hacer más fácil su respuesta. No hemos otorgado un valor numérico a nuestros resultados por tratarse de un primer estudio y porque destacó la escasa respuesta que obtuvimos a algunas de las preguntas formuladas.

Existen muchos otros tests o cuestionarios como son la versión de 15 puntos del PDI en dos medidas de salud generales: el *U.K. Sickness Impact Profile* (UKSIP) y el *General Health Questionnaire* (GHQ)²³. También se ha utilizado el *Questionnaire on Experience with Skin Complaints* (QES)²⁴, que es una versión del *Feeling of Stigmatization Questionnaire* de Ginsburg y Link y que valora el grado de estigmatización que experimentan los pacientes psoriásicos con su consiguiente impacto social y psíquico. Lewis-Jones et al²⁵ han propuesto recientemente un índice cualitativo para niños.

Un aspecto importante es el grado de información que tienen los pacientes con psoriasis; en nuestro estudio un 51,5% de encuestados refiere que es bajo y un 44,2% que es correcto; llama la atención el hecho de que para el 58,9% de pacientes el dermatólogo fue la principal fuente de información. Podemos interpretar que el grado de información de nuestros encuestados era alto por el hecho de que sólo un 1,3% de ellos cree que la psoriasis se contagia y un 35,9% que no se hereda.

En comparación con el PLSI, llama la atención la baja puntuación que obtuvimos en nuestros 11 puntos; así, por ejemplo, en el último mes el 25,4% de pacientes de nuestra encuesta no dejó nunca de ir a baños públicos frente a sólo el 9,9% del PLSI. Podemos concluir que nuestros pacientes han presentado una menor estigmatización por su psoriasis que los informados en el PLSI original.

Junto al impacto psicológico debido a la enfermedad, es preciso considerar el estrés como factor desencadenante de la psoriasis; en nuestra encuesta un 43% respondió que el estrés fue el factor más importante a la hora de inducir un brote, seguido por varios factores a la vez en un 28,2% y traumatismos en un 10%. Dentro de las situaciones desencadenantes de estrés, las más frecuentes fueron los conflictos afectivos, seguidos de los problemas laborales.

Nuestros resultados son muy parecidos a los obtenidos en un interesante estudio llevado a cabo por la *National Psoriasis Foundation*²⁶ en el cual se enviaron 40.350 cuestionarios, a los que respondieron un 43%, y en el que un 79% de pacientes refirió que la psoriasis es un suceso negativo en sus vidas. El impacto psicológico y social que genera la psoriasis es parecido al que generan otras dermatosis crónicas como la dermatitis atópica²⁷.

Con la finalidad de tener en cuenta esta afectación psicológica que conlleva la psoriasis y que se puede acompañar de mucha ansiedad se han publicado estudios en los que se valora como positiva la administración de ansiolíticos como el clonazepam²⁸ para el control de la ansiedad asociada a diferentes tratamientos para su dermatosis. Asimismo se ha demostrado que el tratamiento con el antidepresivo moclobemide es útil para potenciar la eficacia de los corticoides tópicos en la psoriasis²⁹. Respecto a la psicoterapia, aunque los pacientes suelen mostrar una buena aceptación, no se ha demostrado un beneficio físico concluyente³⁰. Es de destacar que un 70,5% de nuestros encuestados consideró que la visita a un psiquiatra o psicólogo no le ayudaría a mejorar su enfermedad cutánea.

Teniendo en cuenta el considerable impacto psicológico que genera esta dermatosis, el dermatólogo debe invertir un tiempo prudencial en cada visita con el fin de que el paciente perciba nuestro apoyo, tiempo que también será muy necesario para informar adecuadamente de diferentes aspectos de su enfermedad como las causas, factores desencadenantes, tratamientos existentes y forma de utilizarlos adecuadamente. Creemos que una correcta explicación potenciará los resultados que obtengamos con cualquier tratamiento. En cambio, Ferrándiz et al³¹ llevaron a cabo un estudio en el que 369 pacientes tratados con calcipotriol recibieron, además, terapia de refuerzo frente a 512 que no la recibieron y observaron que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

Desde el punto de vista bioquímico, se ha demostrado un aumento de cortisol en plasma en la fase de erupción clínica y de adrenalina en la fase de remisión³². Asimismo, la betaendorfina, uno de los neuropéptidos más implicados en el estrés, está aumentada en el suero de pacientes con psoriasis de forma correlativa a la superficie corporal afectada³³. Es a través de estos neuropéptidos que se forma una interesante conexión entre el sistema nervioso y la piel. Esta conexión ha llevado a diferentes autores a hablar del concepto de inflamación neurogénica y de sistema neuroinmuno-cutáneo²¹.

Como conclusión creemos que nuestro estudio pone de manifiesto el importante impacto psíquico y social que desencadena la psoriasis y que debe ser tenido en cuenta a la hora de iniciar un tratamiento con el fin de incrementar su eficacia. Creemos que sería conveniente utilizar parámetros numéricos para valorar la repercusión psicoafectiva de esta dermatosis, de la misma forma que utilizamos valores como el PLSI para cuantificar la extensión de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrándiz C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandio A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *J EADV* 2001; 15:20-3.
- Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-6.
- Baker BS, Fry L. The immunology of psoriasis. *Br J Dermatol* 1992;126:1-9.
- Farber EM, Bright R, Nall ML. Psoriasis: a questionnaire survey of 2144 patients. *Arch Dermatol* 1968;98:248-59.
- Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol* 1977;97:297-302.
- Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5600 patients. *Dermatologica* 1974;148:1-18.
- Fava GA, Perini GI, Santonastaso P, Fornasa CV. Life events and psychological stress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *Br J Med Psychol* 1980;53:277-82.
- Gaston L, Crombez J, Lassonde M, Bernier-Buzzanga J, Hodgins S. Psychological stress and psoriasis: experimental and prospective correlational studies. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1991; 156:37-43.
- Mazzetti M, Mozzetta A, Soavi GC, Andreoli E, Foglio Bonda PG, Puddu P, et al. Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1994;186:62-4.
- Polenghi MM, Gala C, Citeri A, Manca G, Gruzzi R, Barcellona M, et al. Psychoneurophysiological implications in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1989;146:84-6.
- Arnetz BB, Fjellner B, Eneroth P, Kallner A. Stress and psoriasis: psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized exposure. *Psychosom Med* 1985;47:528-41.
- Ginsburg IH, Link BG. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:53-63.
- Ramsay B, O'Reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988;118:195-201.
- Gupta MA, Gupta AK. The Psoriasis life stress inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venereol* 1995;75:240-3.
- Harvima RJ, Viinamäki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML, et al. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1996;76:467-71.
- Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis specific stress. *Br J Dermatol* 1997;137:755-60.
- Kirby B, Richards HL, Woo P, Hindle E, Main CJ, Griffiths CE. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:72-6.
- Gupta MA, Gupta AK, Watteel GN. Early onset (<40 years age) psoriasis is comorbid with greater psychopathology than late onset psoriasis: A study of 137 patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1996;76:464-6.
- Farber EM, Lanigan SW, Boer J. The role of cutaneous sensory nerves in the maintenance of psoriasis. *Int J Dermatol* 1990;29:418-20.
- Ansel JC, Kaynard AH, Armstrong CA, Olerud J, Bunnett N, Payan D. Skin-nervous system interactions. *J Invest Dermatol* 1996;106:198-204.
- Misery L. Skin, immunity and the nervous system. *Br J Dermatol* 1997;137:843-50.
- Farber EM. Psychoneuroimmunology and Dermatology. *Int J Dermatol* 1993;32:93-4.
- Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-14.
- Schmid-Ott G, Jaeger B, Kuensebeck HW, Ott R, Lamprecht F. Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a «questionnaire on experience with skin complaints». *Dermatology* 1996;193:304-10.
- Lewis-Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ. The infants' dermatitis quality of life index. *Br J Dermatol* 2001;144:104-10.
- Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
- Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. *Br J Dermatol* 1999;141:1067-75.
- Cerimele D, Tulli A, Rauco M. Valutazione dell'efficacia e tollerabilità del clotiazepam nella terapia della componente ansiosa di pazienti psoriasici. *G Ital Dermatol Venereol* 1993;128:31-6.
- Alpsoy E, Özcan E, Cetin L, Ozgur O, Er H, Yilmaz E, et al. Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? *J Am Acad Dermatol* 1998;38:197-200.
- Price ML, Mottahedin I, Mayo PR. Can psychotherapy help patients with psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 1991;16:114-7.
- Ferrándiz C, Bielsa I, Ribera M, Fuente MJ, Carrascosa JM, et al. Terapia de refuerzo en pacientes con psoriasis tratada con calcipotriol. *Actas Dermosifiliogr* 1998;89:626-30.
- Weigl BA. The significance of stress hormones (glucocorticoids, catecholamines) for eruptions and spontaneous remission phases in psoriasis. *Int J Dermatol* 2000;39:678-88.
- Glinki W, Brodecka H, Glinka-Ferenz M, Kowalski D. Increased concentration of beta-endorphin in sera of patients with psoriasis and other inflammatory dermatoses. *Br J Dermatol* 1994;131:260-4.