

Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas

E. Vargas Laguna, M.L. Peña Payero y A. Vargas Márquez

Hospital Clínico San Carlos. IECP. Madrid. España.

Resumen.—*Introducción.* El objetivo de este estudio consiste en determinar los niveles de ansiedad de sujetos con enfermedad dermatológica frente a sujetos sanos, así como la diferencia de ansiedad entre distintas patologías dermatológicas.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de una serie de casos donde se seleccionan 152 sujetos, de los que 20 son controles sanos y los 132 restantes son pacientes que acuden a consulta dermatológica. Se dividen en 5 grupos en función de la patología dermatológica por la que acuden a consulta: urticaria crónica, urticaria aguda, psoriasis en placas, dermatitis atópica y varios dermatológicos (donde se incluyen diversos diagnósticos como queratosis seborreica, revisión de nevos, epitelomas, etc.), donde en principio la ansiedad no influye en estas patologías. Se les administra el inventario de Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR) de Personalidad de Spielberger (STAI) y se analizan las diferencias de AE y AR entre los diferentes grupos. Se interroga sobre si existe un evento estresante en los seis meses previos al inicio de la patología que pudiera ser el desencadenante de la misma y sobre antecedentes de patología psiquiátrica o de diátesis atópica.

Resultados. Se observan diferencias significativas en las medias obtenidas en AE y AR entre los sujetos sanos y el resto de patologías dermatológicas. Se obtienen medias más altas en AE en los sujetos diagnosticados de dermatitis atópica, que es significativa cuando se contrasta con los sujetos con urticaria crónica y los varios dermatológicos. El 48,27% de los sujetos con psoriasis y el 38,89% de los sujetos con dermatitis atópica refieren la existencia de un evento estresante en los últimos seis meses frente al 11,54% del grupo de los varios dermatológicos, y además estos sujetos presentan puntuaciones medias de ansiedad más altas. Un 21,2% de los 132 sujetos con patología dermatológica refiere antecedentes psiquiátricos, presentando puntuaciones promedio mayores para AE y AR con significación estadística.

Conclusión. Los hallazgos encontrados nos demuestran la comorbilidad de patología psiquiátrica en los pacientes con enfermedades dermatológicas crónicas y los altos niveles de AE y AR, sobre todo en los pacientes con psoriasis y dermatitis atópica.

Palabras clave: ansiedad, urticaria, psoriasis, dermatitis atópica, depresión.

INFLUENCE OF ANXIETY IN DIVERSE CUTANEOUS DISEASES

Abstract.—*Introduction.* The objective of the current study is to determine the levels of anxiety in patients with dermatological diseases compared to healthy subjects and the degree of anxiety in the different cutaneous diseases.

Material and methods. It is a descriptive study of a case series where 152 patients are selected, 20 of whom are healthy controls and the other 132 are patients that attend a Dermatology clinic. The patients are divided into 5 groups based on the cutaneous disorder for which they attend the clinic: chronic urticaria, acute urticaria, plaque psoriasis, atopic dermatitis, and a miscellaneous group (includes several diagnoses such as seborrheic keratosis, follow-up of multiple nevi, carcinomas...) where, a priori, anxiety does not influence these disorders. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) is administered to the participating subjects and the differences in State Anxiety Inventory (SAI) and Trait Anxiety Inventory (TAI) for the different groups are analyzed. Patients were asked to report any stressful event in the six months prior to the appearance of the disease that might have been a trigger, and they were also asked about history of psychiatric disorders or atopy.

Results. We observed significant differences in the means obtained in SAI and TAI in healthy subjects compared to patients. We obtained higher mean scores in SAI in patients diagnosed of atopic dermatitis, that were significant when compared with patients with chronic urticaria or other diseases. Forty-eight percent of patients with psoriasis and 38.89% of patients with atopic dermatitis report a stressful event in the past six months compared to 11.54% of patients from the group with miscellaneous diseases and, additionally, patients with psoriasis and atopic dermatitis have the highest mean scores in the anxiety tests. Twenty-one percent of the 132 patients with cutaneous diseases report a history of psychiatric disorders, showing statistically significant higher mean scores in STAI.

Conclusion. The findings show the comorbidity of psychiatric disorders in patients with chronic cutaneous diseases and the high levels of state and trait anxiety, mainly in patients with psoriasis and atopic dermatitis.

Key words: anxiety, urticaria, psoriasis, atopic dermatitis, depression.

INTRODUCCIÓN

Resulta habitual en la práctica dermatológica observar patología psiquiátrica asociada, pero estos fac-

tores psicológicos son ¿causa, consecuencia o simplemente un hallazgo accidental?

Uno de los campos de confluencia de las relaciones entre factores psicológicos y enfermedad ha sido el de los trastornos psicofisiológicos, los cuales presentan síntomas físicos estrechamente vinculados con factores psicológicos.

Habitualmente se entiende por desórdenes psicodermatológicos aquellos donde existe una interacción entre la mente y la piel; se pueden dividir en tres subgrupos: a) desórdenes psicofisiológicos: agrupan aque-

Correspondencia:

Elena Vargas Laguna. Hospital Clínico San Carlos.
IECP. Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.
elena_vargaslaguna@hotmail.com

Recibido el 22 de abril de 2006.

Aceptado el 15 de septiembre de 2006.

llas condiciones dermatológicas primarias, como la psoriasis y la dermatitis atópica, donde determinados eventos estresantes o vitales afectan el curso de las mismas, de modo que estos factores se asocian pero no están directamente relacionados; *b*) desórdenes psiquiátricos primarios: incluyen aquellas condiciones psiquiátricas primarias que inducen ellas mismas alteraciones cutáneas, como son la tricotilomanía, la dermatitis facticia y la parasitosis, y *c*) desórdenes psiquiátricos secundarios: son los que se asocian con desfiguraciones cutáneas que van a provocar alteraciones psicológicas secundarias, como la disminución de la autoestima, la depresión o la fobia social.

En relación con los desórdenes psicofisiológicos, se asume que la etiología de estos trastornos es multicausal; basada en la consideración simultánea de factores genéticos, psicológicos y ambientales, como interactuantes ante sujetos con una predisposición o vulnerabilidad.

Este concepto de «vulnerabilidad psicofisiológica» ha supuesto que algunos de los trastornos dermatológicos sean actualmente contemplados desde una perspectiva amplia; considerándose en la práctica dermatológica que las alteraciones físicas que se observan aparecen, se agravan o se mantienen debido a la influencia de factores psicológicos.

En este contexto, una de las emociones negativas que ha recibido más atención en la aparición y mantenimiento de los trastornos psicológicos ha sido tradicionalmente la ansiedad, reacción emocional que se encuentra presente en toda la vida del sujeto y que aparece cuando se percibe o interpreta un estímulo o situación como peligrosa o amenazante, independientemente de la amenaza real. La ansiedad como reacción emocional tiene entre una de sus finalidades esenciales facilitar la respuesta individual a la amenaza o al peligro, preparando al organismo para una acción defensiva o evitativa, lo cual le confiere un gran valor adaptativo.

Todavía hoy el término de ansiedad aparece como impreciso y confuso, confundiéndose con otros términos como angustia, inquietud, miedo y estrés. En general, y partiendo de una visión situacionista de la ansiedad, se puede, en consonancia con Spielberger, conceptualizar la ansiedad como una reacción ante situaciones de estrés; incidiendo en el hecho de que «los estados de ansiedad varían en intensidad en función del carácter individual de la percepción del estrés».

Fueron los trabajos de Lacey y Lang (1967-1968) los que señalaron que la reacción emocional de ansiedad implicaba la actividad de diferentes sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), ilicitados por determinados estímulos estresantes.

Desde la perspectiva de la personalidad, Spielberger en la década de los sesenta conceptualiza y distingue entre la ansiedad como rasgo de personalidad frente a la ansiedad como estado, considerándose, con posterioridad, ese rasgo de ansiedad con un carácter multidimensional.

El trabajo que se presenta se realizó asumiendo que los altos niveles de ansiedad acompañan un amplio porcentaje de pacientes con patología dermatológica, y que la relación entre enfermedad dermatológica y ansiedad no viene a demostrar causalidad entre ambas.

También se quería conocer, en relación con los pacientes dermatológicos y a las patologías estudiadas, la posible ocurrencia de eventos vitales estresantes, así como la potencial vulnerabilidad psicológica, en función de la preexistencia de una eventual patología psiquiátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Se trata de un diseño descriptivo de una serie de casos.

La muestra estaba compuesta por 152 sujetos, de los que 132 muestran patología dermatológica, obtenidos de la asistencia a consulta de Dermatología del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) y en el ambulatorio de la Avda. de Portugal.

El grupo de sujetos control sanos se tomó de la asistencia a un chequeo médico anual por parte de una empresa de decoración (20 sujetos).

Se obtuvo el consentimiento de los sujetos que participaron en este estudio y se recogieron los datos durante su atención clínica.

La edad necesaria para participar en el estudio estaba comprendida entre 18 y 65 años.

Los sujetos clínicos, en función de su diagnóstico, fueron incluidos en grupos de patologías dermatológicas: *a*) urticaria crónica; *b*) urticaria aguda; *c*) psoriasis; *d*) dermatitis atópica y *e*) varios dermatología (revisión de nevos, queratosis seborreica y revisiones de epitelomas).

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico de tipo intencional, una estrategia muestral ampliamente utilizada en la investigación del comportamiento que, por supuesto, tiene sus limitaciones metodológicas.

Objetivos

El objetivo principal del estudio consistió en valorar los niveles de ansiedad de los distintos grupos dermatológicos y contrastarlos con los sujetos sanos; se midió tanto el estado de ansiedad como el rasgo de ansiedad. Así mismo se contrastaron los niveles de ansiedad entre las distintas patologías dermatológicas.

Otros objetivos secundarios pretendían explorar las diferencias de ansiedad en los pacientes dermatológicos con comorbilidad psiquiátrica asociada, con antecedentes de eventos estresantes y/o la existencia de una base atópica.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo de Personalidad de Spielberger (STAI). Una medida de la ansiedad extensamente utilizada y que consta de dos cuestionarios de 20 ítems cada uno, para medir la Ansiedad-Estado (AE, situacional) y la Ansiedad-Rasgo (AR, como un rasgo de personalidad). Utiliza una escala de calificación de 4 puntos (0-3), con una puntuación global que puede oscilar entre 0 y 60 en cada variable, y donde altas puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad (estado-rasgo), sin que exista un punto de corte del *score* aceptado como indicador significativo de ansiedad.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen con sus medidas de tendencia central y de dispersión.

Se analiza el comportamiento de las variables cuantitativas, por cada una de las variables independientes categorizadas, mediante la prueba de la *t* de Student (en comparaciones de una variable con dos categorías) y/o el análisis de la varianza (ANOVA).

En todos los contrastes de hipótesis se rechaza la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0,05.

El paquete informático usado para el análisis fue SPSS11.5.

RESULTADOS

La tabla 1 refleja la edad media de los sujetos de los distintos grupos, incluida su desviación típica. Los sujetos con urticaria crónica muestran una edad media superior, mientras que el grupo de sujetos control, sin ningún tipo de patología, presentan una edad media inferior.

La tabla 2 muestra la media de las puntuaciones de AE y de AR en los distintos grupos; se observa que para ambas variables el grupo de sujetos controles sanos son los que obtienen menores puntuaciones, estadísticamente significativas, y más altas para la AR que para la AE. Sin embargo, los pacientes dermatológicos muestran mayores niveles de AE que de AR.

Tras realizarse las correspondientes pruebas de contrastes de hipótesis se observa que dentro de los grupos con patología dermatológica, son los sujetos con dermatitis atópica los que muestran una mayor AE, de manera significativa, al contrastarlo con los sujetos del grupo de urticaria crónica y del grupo de varias etiologías dermatológicas.

El siguiente nivel en altas puntuaciones AE lo ocupa la psoriasis, que se diferencia significativamente del grupo de varias etiologías dermatológicas.

La tercera diferencia significativa en la AE la ocupan las urticarias, tanto crónica como aguda, que muestran mayor ansiedad respecto al grupo de varias etiologías dermatológicas (tabla 3).

Al considerar solamente a los 132 sujetos con patología dermatológica se obtienen los siguientes resultados: en función del sexo, de los 132 pacientes consi-

TABLA 1. EDADES DE LA MUESTRA DIFERENCIADAS POR GRUPOS

<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>Edad media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Mínima</i>	<i>Máxima</i>
Urticaria crónica	29	42,46	17,45	14	80
Urticaria aguda	28	36,48	16,78	16	79
Psoriasis	29	38,71	11,72	20	61
Dermatitis atópica	18	37,94	11,79	20	62
Varios dermatología	28	38,25	15,33	20	67
Controles sanos	20	35,75	5,25	29	47
Total	152				

TABLA 2. PUNTUACIONES MEDIAS EN ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO

<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>Ansiedad estado</i>		<i>Ansiedad rasgo</i>	
		<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
Urticaria crónica	29	22,86	10,09	20,07	8,52
Urticaria aguda	28	24,75	10,08	21,89	11,93
Psoriasis	29	26,21	13,63	20,93	12,99
Dermatitis atópica	18	31,06	11,73	22,22	11,64
Varios dermatología	28	14,93	10,21	17,96	9,46
Controles sanos	20	4,95	3,33	8,30	6,83

TABLA 3. CONTRASTES DE HIPÓTESIS REFERIDA A LA IGUALDAD DE MEDIAS EN ANSIEDAD ESTADO (AE) Y ANSIEDAD RASGO (AR)

		<i>Pruebas de contraste utilizando la t de Student</i>				
		<i>Urticaria crónica</i>	<i>Urticaria aguda</i>	<i>Psoriasis</i>	<i>Atópicos</i>	<i>Varios dermatología</i>
Urticaria crónica	AE	t = -0,707 p = 0,483	t = -1,062 p = 0,293	t = -2,543 p = 0,014	t = 2,951 p = 0,005	t = 8,885 p = 0,000
	AR	t = -0,666 p = 0,508	t = -0,299 p = 0,766	t = -0,731 p = 0,468	t = 0,883 p = 0,381	t = 5,139 p = 0,000
Urticaria aguda	AE		t = -0,457 p = 0,649	t = -1,942 p = 0,059	t = 3,623 p = 0,001	t = 8,439 p = 0,000
	AR		t = 0,291 p = 0,772	t = -0,092 p = 0,927	t = 1,365 p = 0,178	t = 4,579 p = 0,000
Psoriasis	AE			t = -1,248 p = 0,218	t = 3,526 p = 0,001	t = -6,814 p = 0,000
	AR			t = -0,344 p = 0,732	t = 0,982 p = 0,330	t = 4,579 p = 0,000
Atópicos	AE				t = 4,933 p = 0,000	t = -9,547 p = 0,000
	AR				t = 1,361 p = 0,181	t = -4,553 p = 0,000
Varios dermatología	AE					t = -4,203 p = 0,000
	AR					t = -3,895 p = 0,000

En negrita aparecen los resultados con significación estadística.

derados el 43,94 % corresponden a hombres frente al 56,06 % que son mujeres.

Las puntuaciones promedio de la ansiedad (estado y rasgo) son mayores en mujeres que en hombres con patología dermatológica. Estas diferencias alcanzan nivel de significación estadística usando el ANOVA correspondiente.

De las distintas patologías dermatológicas estudiadas, se observa, por la anamnesis realizada, que de los 132 sujetos considerados, el 21,2 % refieren antecedentes psiquiátricos (28 sujetos) frente al 78,8 % que no poseen antecedentes psiquiátricos. Las puntuaciones promedio de la ansiedad (estado y rasgo) son mayores en sujetos con antecedentes psiquiátricos que en aquellos que no los poseen. Estas diferencias alcanzan nivel de significación estadística realizándose el ANOVA correspondiente.

De las distintas patologías dermatológicas estudiadas, se observa, que de los 132 sujetos considerados, el 61,4 % refieren no poseer alergias (81 sujetos) frente al 38,6 % (51 sujetos) que manifiestan algún tipo de alergia (medicamentos, alimentos, pólenes y ácaros y metales).

Las puntuaciones medias de ansiedad (estado y rasgo) son mayores en sujetos que refieren algún tipo de alergia frente a aquellos que no lo refieren. Estas diferencias alcanzan nivel de significación estadística para la AE y no así para la AR.

Del total de los pacientes dermatológicos, se preguntó a 82, durante la confección de su historia clínica, sobre la existencia de algún evento estresante en los últimos 6 meses que pudiera correlacionarse con su enfermedad dermatológica. Tales eventos se referían a: a) fallecimiento de un ser querido; b) ruptura de pareja; c) cambio de trabajo o de puesto de trabajo; d) cambio de domicilio; e) otras enfermedades; f) problemas económicos; g) problemas familiares, y h) otros. La tabla 4 muestra el tipo de evento estresante en relación con las patologías dermatológicas consideradas.

Como se observa en la tabla 4, el 48,27 % de los pacientes con psoriasis y el 38,89 % de los pacientes con dermatitis atópica refieren la existencia de un evento estresante en los últimos 6 meses; frente al 11,54 % de aquellos incluidos en el grupo de varias patologías dermatológicas. En relación con la urticaria crónica y

TABLA 4. EVENTOS ESTRESANTES EN DISTINTAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS

Patologías	n	Evento estrés	Porcentaje	Causas
Urticaria crónica	2	2	No relevante	Enfermedades (1), otras (1)
Urticaria aguda	7	2	28,57	Fallecimiento ser querido (1), problemas familiares (1)
Psoriasis	29	14	48,27	Fallecimiento ser querido (3), ruptura pareja (2), cambio trabajo (3), problemas familiares (3), otras (3)
Dermatitis atópica	18	7	38,89	Cambio de trabajo (2), enfermedades (2), problemas económicos (1), problemas familiares (1), otros (1)
Varios dermatológicos	26	3	11,54	Cambio trabajo (1), problemas económicos (1), problemas familiares (1)
Total	82			

TABLA 5. ANOVA DE LAS PUNTUACIONES EN ANSIEDAD ESTADO (AE) Y ANSIEDAD RASGO (AR) EN FUNCIÓN DE LOS EVENTOS ESTRESANTES

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
AE	Intergrupos	1.402.363	1	1.402.363	8.663	0,004
	Intragrupos	12.950.612	80	161.883		
	Total	14.352.976	81			
AR	Intergrupos	1.450.846	1	1.450.846	12.730	0,001
	Intragrupos	9.117.593	80	113.970		
	Total	10.568.439	81			

gl: grados de libertad; F: F de Snedecor, resultado de la prueba de contraste del ANOVA; Sig: significación.

con la urticaria aguda no se evalúa dado el escaso número de sujetos que contestan a esta pregunta.

La tabla 5 muestra los diferenciados niveles de ansiedad en sujetos con eventos estresantes en los últimos 6 meses, frente a aquellos que no refieren tales hechos.

Las puntuaciones medias de ansiedad (estado y rasgo) son mayores en sujetos que refieren algún evento estresante que en aquellos que no lo refieren. Estas diferencias alcanzan niveles de significación estadística.

DISCUSIÓN

Los mecanismos a través de los cuales la psiquis actúa sobre la piel no se conocen con certeza científica, no obstante, esto es un hecho ampliamente aceptado.

El estudio demuestra mayores niveles de ansiedad en los pacientes dermatológicos que en sujetos controles, aspecto que viene a señalar la relación entre ansiedad y disfunción cutánea. Estos resultados han sido obtenidos en otras investigaciones como la de Garg A et al, donde estudian la permeabilidad de la piel en estudiantes. Encontraron que la piel reaccionaba mostrando una mayor permeabilidad y vulnerabilidad en los periodos estresantes¹.

Otros estudios, como el realizado por Retamales Rojas², muestran que el riesgo psicológico más importante de los enfermos alérgicos era la aparición de ansiedad.

Mediante la observación clínica en la práctica dermatológica se muestra un nexo entre estresores agudos o crónicos, alteraciones psiquiátricas, situaciones de conflicto y hostilidad y determinadas dermatosis. Además se han descrito efectos positivos con la psicodermatología y la psicoterapia, las técnicas de hipnosis y la relajación³. Pero, ¿cuándo un síndrome psiquiátrico es primario o secundario a la condición dermatológica?

Muchos estudios señalan que la comorbilidad psiquiátrica es de hasta 1/3 en los pacientes dermatológicos, siendo los tipos más frecuentes de psicopatología la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos delirantes^{4,5}. En nuestro estudio se obtiene que sólo el 21,2 % de los pacientes dermatológicos refieren antecedentes psiquiátricos. No obstante, estos datos se obtuvieron por la anamnesis, sin realizarse una evaluación psicológica, por lo que este porcentaje podría estar infraestimado.

Otro campo de estudio lo constituye la psiconeuroinmunología, que aparece hace 30 años, y sugiere lazos de unión entre desórdenes mentales y afectivos y el sistema inmune; de manera que la depresión y la ansiedad pueden aumentar la producción de citoquinas proinflamatorias como la interleucina (IL)6. También se ha demostrado cómo los síntomas depresivos disminuyen el recuento de LTCD8, lo que explicaría mayores tasas de recurrencia de herpes genital⁶.

En sujetos con dermatitis atópica severa, los que presentaban mayores niveles de ansiedad estado/ansiedad rasgo, existía aumento de los niveles de IL4, interferón (IFN)8 y actividad disminuida de los *natural killer* (NK)8⁷.

El estrés o la ansiedad podrían afectar al individuo de dos maneras, directamente alterando el sistema inmune (cambios neuroendocrinos) e indirectamente mediante malas conductas (dormir mal, consumo de drogas, etc.).

El estado de ansiedad se define como una reacción emocional que tiene lugar cuando el individuo percibe una situación o estímulo como peligroso o amenazante, con independencia del peligro real. Describe cómo el sujeto se siente en ese momento y se traduce en niveles específicos de síntomas tales como la intranquilidad, el desasosiego y la inseguridad, todos ellos vinculados a una situación específica.

Por otro lado, el rasgo de ansiedad es entendido como la tendencia individual, relativamente estable, a las interpretaciones de peligro o amenaza ante distintos estímulos y situaciones, y a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad. La ansiedad es considerada como un factor o rasgo permanente de la personalidad. Es la disposición latente a comportarse de manera más o menos ansiosa bajo situaciones de estrés^{8,9}.

En nuestro estudio, con la precaución que nos permite el diseño experimental y la elección de la muestra de los distintos grupos, se puede afirmar que los sujetos con patología dermatológica muestran mayores niveles de ansiedad, tanto estado como rasgo, que los sujetos controles sanos, estadísticamente significativa, a pesar de que éstos iban a ser sometidos a una situación no habitual de chequeo médico.

Se han encontrado elevados niveles de AE en los pacientes dermatológicos sin llegar a ser una ansiedad patológica en muchos casos. Probablemente se trate de una ansiedad reactiva, sin poder descartar que la ansiedad sea una causa más de esta enfermedad multicausal, ya que los sujetos estudiados presentan unos niveles de AR más altos que los controles.

Con relación a las diferencias entre AE y AR es conveniente afirmar que la AR suele alcanzar niveles más altos que la AE cuando el STAI se aplica en la población normal, hecho éste que concuerda con las puntuaciones obtenidas por el grupo control de sujetos sanos y por el grupo de etiología variada dermatológica, y no así con el resto de grupos (urticaria aguda y crónica, psoriasis y dermatitis atópica), que puntúan más alto en la AE que en la AR¹⁰.

Los sujetos con dermatitis atópica muestran los más altos niveles de AE, siendo significativas las diferencias de medias cuando se comparan con los grupos de urticaria crónica y el de variada etiología dermatológica. Mientras que cuando se considera la AR, las diferencias no parecen significativas para ninguno de los grupos clínicos. Aunque esto es lo significativo, se observan mayores puntuaciones de AE y AR en los sujetos

con dermatitis atópica y el resto de patologías dermatológicas. Estos datos nos plantean si la ansiedad es una consecuencia de la propia enfermedad y no una causa.

En un estudio de 51 pacientes con dermatitis atópica se encontraron mayores niveles de ansiedad en las dermatitis más severas, y a igualdad de severidad de la atopia se observaron mayores niveles de ansiedad (medida por *self-rating anxiety scale* [SAS]) y de depresión (medida por el inventario de Beck [BDI]) en el grupo con niveles de inmunoglobulinas (Ig)E disminuidos. Todos ellos presentaron niveles aumentados y estadísticamente significativos de depresión frente al grupo control¹¹.

Las puntuaciones promedio de ansiedad, tanto estado como rasgo, son mayores en mujeres que en hombres con patología dermatológica, diferencias estadísticamente significativas y en consonancia con la investigación en la población normal.

Del grupo de sujetos con patología clínica dermatológica, aquellos que refieren antecedentes psiquiátricos (fundamentalmente trastorno de ansiedad y síndrome depresivo) muestran mayores niveles de AE y AR, de una manera estadísticamente significativa. Este hecho muestra la importancia de sondear tal aspecto con la finalidad de aplicar tratamientos combinados (farmacología dermatológica y psicofármacos).

Del total de sujetos con patología dermatológica (n = 132), el 38,6 % refieren algún tipo de alergia (medicamentos, alimentos, pólenes y ácaros y metales), y son estos sujetos los que muestran niveles de AE y AR más altos cuando se comparan con los no atópicos, y esto resulta significativo a nivel estadístico.

De los pacientes dermatológicos se constató que un 21,2 % refieren la existencia de un evento estresante en los últimos 6 meses, porcentaje que se encuentra muy lejos del 68,75 % obtenido por Capooore et al, al investigar sobre 64 sujetos con distintas enfermedades de la piel. No obstante, cuando se analizan los distintos grupos patológicos se observa que en el grupo de la psoriasis informa de tales eventos un 48,27 % de los sujetos, en el grupo de la dermatitis atópica informa un 38,89 % y en el grupo de la urticaria aguda un 28,57 %¹².

Sin embargo, el factor estresante como agente causal es un valor muy variable ya que va a depender de cómo se lo pregunte el investigador y de la creencia individual a considerarlo como causa¹³.

Se acepta que, con los datos del estudio que se presenta, no se puede apoyar la existencia de eventos estresantes relacionados con la enfermedad dermatológica; aunque sí la posibilidad de que la interconexión entre vulnerabilidad psicológica, manifestada por altos niveles de ansiedad y/o eventos estresantes, pueda desempeñar un papel importante en la iniciación y/o perpetuación de la misma.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, conviene señalar que se trata de un estudio descriptivo y

con poco número de sujetos, por lo que no se pueden sacar conclusiones ni confirmar nada de lo observado; aunque sí es válido para plantear hipótesis que podrían confirmarse en estudios posteriores, como el caso de los elevados niveles de AE en los pacientes con dermatitis atópica, que nos plantean si el estado ansioso, tan característico de estos pacientes, podría tratarse simplemente de una consecuencia de la propia enfermedad y no de «una forma de ser» del sujeto atópico.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, et al. Psychological Stress Perturbs Epidermal Permeability Barrier Homeostasis; Implications for the Pathogenesis of Stress Associated Skin Disorders. *Arch Dermatol*. 2001;137:78-82.
2. Retamales Rojas R. Factores psicológicos y rasgos de personalidad de enfermos alérgicos referidos a interconsulta. *Psicología. COM*. 1998;2(1).
3. Shenefelt PD. Complementary psychocutaneous therapies in Dermatology. *Dermatol Clin*. 2005;23:723-34.
4. Picardi A, Pasquín P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic Assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychoter Psychosom*. 2005;74:315-22.
5. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatol Clin*. 2005;23:591-9.
6. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and Psychoneuroimmunologic factors in Dermatology. *Dermatol Clin*. 2005;23:609-17.
7. Pallanti S, Lotti T, Urpe M. Psychoneuroimmunodermatology of Atopic Dermatitis from empiric data to the evolutionary hypothesis. *Dermatol Clin*. 2005;23:695-701.
8. Lacey JI. Somatic responses patterning and stress: Some revisions of the activation theory. *Psychological stress: Issues in research*; 1967. p. 14-42.
9. Lang PJ. Fear reduction and fear behaviour: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy*. 1968;III: 90-103.
10. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adaptación española en editorial TEA.)
11. Psychosomatic analysis of atopic dermatitis using a psychological test. *J Dermatol*. 2005;32:160-8.
12. Capoore H, Payne Ch, Goldin D. Does Psychological intervention help chronic skin conditions? *Postgrad Med J*. 1998;74:662-4.
13. AlÁbadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. the relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol*. 1994;130:199-203.