
ARTÍCULOS

FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA DERMATITIS ATÓPICA

ALICIA SALAMANCA SANABRIA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

NOHELIA HEWITT RAMÍREZ

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, SEDE BOGOTÁ

FECHA RECEPCIÓN: 01/06/10

•

FECHA ACEPTACIÓN: 22/08/10

Resumen

Este trabajo aborda la relación existente entre los factores biológicos y psicológicos en la dermatitis atópica. Esta es una enfermedad crónica que tiene graves secuelas en el funcionamiento psicológico del individuo, así mismo esta patología está mediada por el sistema inmune, en la que los factores psicológicos tales como la ansiedad y la depresión influyen desde diversas vías: el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico y los factores hormonales, así como en las secreciones de sustancias como el cortisol y también la hiperreactividad de sistema inmune. Todo esto, en conjunto incide en el desarrollo de la sintomatología asociada a esta enfermedad y de la vulnerabilidad a la misma. Esta revisión permite mostrar la relevancia del trabajo interdisciplinario, así como la necesidad de considerar el tratamiento psicológico para el control y manejo de los síntomas.

Palabras claves: Dermatitis atópica, sistema inmune, estrés, ansiedad, depresión, terapia cognitivo conductual.

BIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF ATOPIC DERMATITIS

Abstract

This article addresses the relationship between biological and psychological factors of atopic dermatitis. This illness is considered as a chronic disease and has serious psychological consequences for the functioning of the individual. This is a disease mediated by the immune system, in which psychological factors such as anxiety and depression have an influence through various channels, such as the central nervous system, peripheral nervous system and hormonal factors, as well as the secretion of substances such as cortisol and hyperreactivity of the immune system. All of this, together greatly influences the development of symptoms associated with this disease and vulnerability to it. This review allows us to see the importance of interdisciplinary work, as well as the need to consider psychological treatment for the control and management of symptoms.

Keywords: Atopic dermatitis, immune system, stress, anxiety, depression, cognitive behavioral therapy.

* Especialista en Psicología Clínica -Universidad Católica de Colombia. Candidata a la maestría en psicología. Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: asalamancas@gmail.com

** Magister en Psicología. Candidata a doctor en Psicología de la Salud, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Granada, España. Decana Facultad de Psicología Universidad de San Buenaventura. Grupo de Investigación Avances en Psicología Clínica y de la Salud. Correo electrónico: nhewitt@usbog.edu.co

Conceptualización de la dermatitis atópica (DA)

La dermatitis atópica fue descrita por primera vez por Williams en 1808, luego Hebra, en 1844, quien hizo referencia a la distribución flexural de las lesiones pruriginosas. Brocq y Jacquet la denominaron neurodermatitis, término que destaca el factor nervioso en algunos pacientes (Vásquez, 2002). El término atopia viene del griego *a-topos* que significa “fuera de lugar” (Maldonado, 2008; Grimal & Taube, 2002; Vásquez, 2002), este término en general se ha utilizado para este tipo de alteración cutánea como una enfermedad extraña, dado que las causas de la misma no han sido claramente identificada.

La atopia se asocia con la hiperactividad del sistema inmune, la cual puede producir enfermedades inflamatorias de la piel, tal como la dermatitis atópica D.A, que es un padecimiento inflamatorio crónico y recidivante de causa desconocida, caracterizado por piel seca, con bajo umbral al prurito, en general, esta enfermedad tiene un inicio temprano en la infancia (Kirschbaum et al., 1997; Vásquez, 2002; Peroni et al., 2008; Maldonado, 2008). La D.A. es la expresión de una enfermedad cutánea crónica inflamatoria, caracterizada por un intenso prurito, y una morfología y distribución típica de sus lesiones.

Además de sus características, la D.A. presenta remisiones y exacerbaciones, es pruriginosa y se relaciona con rinitis alérgica, asma o ambas (Sosa, Orea & Flors, 2001; Taube, 2002; Peroni et al., 2008). Las reacciones anormales de la piel se atribuyen a un estado constitucional de hipersensibilidad inespecífica (Maldonado, 2008). De acuerdo con la evidencia clínica, los trastornos derivados de la atopia pueden manifestarse simultáneamente o desarrollarse sucesivamente; de esta forma, Taube (2002) ha identificado un patrón que se caracteriza de la siguiente manera: en lactantes se manifiesta como eccema atópico, en la infancia se presenta como asma y en la adolescencia y en la etapa adulta se manifiesta en forma de rinitis alérgica y eccema atópico. De acuerdo con este mismo autor, en la mayoría de los países occidentales la incidencia del asma, la fiebre del heno (rinitis) y el eccema han venido en aumento: el eccema atópico afecta aproximadamente entre el 5 y el 15 % de los escolares y entre el 2 y el 10 % de los adultos en general, según Tau-

be (2002), los pacientes con D.A. representan aproximadamente el 15% de todos los pacientes de dermatología y cerca del 30% de las consultas dermatológicas de medicina general. Además su prevalencia está aumentando, siendo relevante el efecto adverso en la calidad de vida de los pacientes (Ballona & Ballona, 2004).

Peroni, et al (2008) plantean que la dermatitis atópica es una enfermedad común en la infancia, que generalmente desaparece a los 3 años de edad en una proporción significativa de niños. El pronóstico es principalmente determinado por la gravedad y la presencia de la sensibilización atópica. La prevalencia según el estudio realizado por estos autores en el 2008, con mil cuatrocientos dos niños en etapa preescolar de 3 a 5 años de edad, es del 18,1% (254 casos). El 72% de estos niños presenta localizaciones específicas de la dermatitis y el 58,2% presentan síntomas múltiples. La prevalencia muestra que los alérgenos más comunes en niños con dermatitis atópica son los ácaros y el polen de césped, así mismo se encuentra sensibilización al huevo y también una historia familiar positiva de atopia como factores de riesgo significativos para la enfermedad. La dermatitis se asocia con síntomas de rinitis y asma encontrado en el 32,2% y 24,2%, respectivamente en el estudio.

Por otro lado, Friedman et al. (1998); Barreto, Rojas, Vélez y Restrepo (2002); y Maldonado (2008), refieren que la D.A. es el padecimiento cutáneo más frecuente en dermatología pediátrica, coincidiendo en afirmar que la frecuencia de este problema ha ido aumentando en todo el mundo. En México, según Barreto, Rojas, Vélez y Restrepo (2002) representa el 17% de todas las dermatosis infantiles en niños entre los 2 y los 12 años de edad, mientras que en Colombia, de acuerdo con el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, para el 2008 esta enfermedad se encontraba en el cuarto lugar dentro de las causas de atención por diagnósticos principales, donde la dermatitis atópica representa el 5.29% del total de los casos; en los años 2007, 2006 y 2005 se reporta un 5.15%, 5.32% y 4.29% respectivamente del total de consultas en dermatología, lo cual corrobora que este problema tiende también a aumentar en Colombia.

Esta es una patología que se observa con mayor frecuencia durante la edad pediátrica, con incremento sostenido en sus tasas de incidencia, siendo uno de los principales motivos de consulta médica en la actualidad

(Peroni et al., 2008). Es una de las entidades dermatológicas más difíciles de manejar, afecta a ambos sexos por igual y es común en climas templados (Vásquez, 2002).

La incidencia de dermatitis atópica muestra una curva ascendente en los últimos cinco años, fluctuando la prevalencia global actual entre 10% y 15% de la población según lo muestran Vásquez (2002), Borrero, Rojas, Vélez y Restrepo (2002); y Maldonado (2008). Los síntomas suelen comenzar durante el primer año de vida, no antes de los tres meses, y luego disminuyen en intensidad y duración, de forma paulatina, con el crecimiento del niño. Hasta un 40% de pacientes tiene remisión completa del cuadro clínico al llegar a la pubertad. Los pacientes con D.A. tienen mayor predisposición a desarrollar asma, rinitis alérgica, conjuntivitis e infecciones bacterianas, micóticas, virales e infestación por parásitos, por lo cual se propone que en su patogénesis intervienen alteraciones de la inmunidad celular y humoral.

Aunque en la revisión realizada (Esseverri, 2001; Maldonado, 2008; Grimalt & Taube, 2002) los autores concuerdan en afirmar que hasta el momento no hay claridad en cuanto a la etiología de la dermatitis atópica, se encuentran algunos factores, según Borrero, Rojas, Vélez y Restrepo (2002) quienes plantean que la etiología principal es el estrés emocional, así como la edad materna, padres fumadores, factores genéticos, piel seca y contaminación; sin embargo, estos factores no estarían relacionados claramente con sus causas, ya que ninguna lo puede explicar totalmente.

Factores biológicos

La dermatitis atópica presenta tanto elementos genéticos como inmunológicos; la predisposición genética refiere que un 70% de los pacientes presenta antecedentes familiares de dermatitis atópica u otros padecimientos atópicos como asma y/o rinitis (Maldonado 2008).

Respecto a factores inmuoalérgicos se ha encontrado hipersensibilidad en algunos pacientes a ciertos alimentos como la leche, la carne, el chocolate, las nueces, el huevo y algunos colorantes empleados en la elaboración de refrescos, dulces, gelatinas y margarinas (Peroni et al., 2008). Maldonado (2008) argumenta que la alergia a dichos alimentos ha sido identificada entre el

10 y el 15 % de los lactantes con dermatitis atópica grave que no responden al tratamiento.

De otro lado, según Maldonado (2008), se han encontrado pacientes con concentraciones séricas altas de IgE y disminuidas de IgA, eosinofilia periférica, defectos en la química síntesis de los neurotrófilos y disminución de linfocitos T, supresores de CD8, aumento de CD23, activación crónica de macrófagos, incremento IL-4 e IL-5 por células TH2 y disminución de células secretoras de interferón gama.

Se acepta que en la D.A participa un gran número de factores inmunológicos y no inmunológicos y que existe una interrelación de factores genéticos, ambientales, farmacológicos y psicológicos que contribuyen al desarrollo y gravedad de la enfermedad (Sosa, Orea & Flors, 2001). Entre los inmunológicos se considera que la deficiencia de linfocitos T supresores podría involucrar el aumento de la Inmunoglobulina E (IgE) (Di Prisco & Di Prisco, 1991) la cual forma parte de la inmunidad humoral; así mismo, se ha indicado que las aberraciones inmunológicas se manifiestan como: elevación de anticuerpos IgE específicos hacia antígenos comunes, de mediadores proinflamatorios por basófilos y mastocitos, eosinofilia periférica y local, actividad bifásica Th1/Th2 con liberación de citocinas (IL-4, IL-5, IL-13), GM-CSF y disminución de IFN-gamma por las células Th1, aumento en la liberación de proteína básica mayor, proteína catiónica de los eosinófilos, además de la expresión de factores quimioatrayentes por los monolitos (Sosa, Orea & Flors, 2001).

Entre los factores no inmunológicos se considera que el factor genético, el psicológico y el bacteriano, así como la teoría del bloqueo beta adrenérgico contribuyen en mayor o menor grado, dependiendo de cada individuo (Di Prisco & Di Prisco, 1991). **Una hiperreactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal puede explicar en parte la erupción que se produce en esta enfermedad en situaciones productoras de estrés (Kirschbaum, et al., 1997).**

De este modo, caracterizada por una constelación de signos y síntomas, la D. A. presenta un cuadro fisiopatológico complejo, con numerosos mecanismos inmunológicos involucrados, además de enzimáticos e inespecíficos, actuando los corticosteroides como inmunomoduladores a diferentes niveles (Bózzola, 2001).

Sin embargo, también se ha indicado que aunque diversas enfermedades de la piel, tal como la psoriasis y la D.A., pueden estar afectadas por factores psicológicos, no está clara la relación entre ambas, habiéndose indagado acerca de alteraciones inducidas en la permeabilidad de la barrera homeostática que presenta la piel en el estrato córneo, mediada por la producción de glucocorticoides endógenos; de este modo, los corticoides se convierten en un factor clave en el entendimiento de las relaciones entre los factores psicológicos y la dermatitis atópica (Choi, et al., 2005).

Sin embargo, otros autores estudian también las alteraciones producidas en la piel, pero en relación con sus estados oxidativos (Antille, Sorg, Lübbe & Saurat, 2002). Por otra parte, también se han observado que cuando hay presencia de D.A. existen cambios en los receptores opiáceos en la epidermis, así como en la expresión de receptores y terminaciones nerviosas (Bigliardi, et al., 2005).

Uno de los aspectos que ha recibido atención de la investigación son los efectos del estrés en el sistema inmune; el eje hipotálamo-hipófisis-glándula adrenal y el sistema nervioso autónomo son las dos grandes vías que confluyen en el control de los órganos periféricos tales como el sistema inmune (Maier & Watkins, 1998) y que influyen en la secreción de corticotropinas (Starkweather, Witek-Janusek & Mathews, 2005). Como indican estos autores las células del sistema inmune expresan receptores para una gran variedad de hormonas neuroendocrinas tales como el cortisol. Así mismo, el funcionamiento del sistema inmune se modula mediante receptores noradrenérgicos (Ader, Cohen & Felter, 1995). El estudio de los efectos del estrés y el sistema inmune ha recibido una gran atención por parte de diferentes autores (Glaser & Kiecolt-Glaser, 1994; Stanford & Salmon, 1993), encontrando un aumento de los síntomas en las enfermedades psicofisiológicas como la dermatitis.

Las características psicológicas pueden influir en el sistema inmune a través del sistema nervioso central, de los cambios hormonales y del cambio comportamental; a su vez, los cambios producidos en el sistema inmune generan cambios en la susceptibilidad a la enfermedad (Cohen & Herbert, 1996), apoyando la propuesta indicada tempranamente por Selye. Así mismo, según estos autores, se demuestra la influencia de dichos facto-

res psicológicos en el sistema inmune, así como el efecto de las alteraciones sobre la enfermedad. Mediante una extensa revisión de estudios relacionados con el condicionamiento y el estrés, otros autores han demostrado el efecto de estos dos factores en el sistema inmune (Ader & Cohen, 1993).

El sistema nervioso central junto con el endocrínico y el inmunológico, se relacionan con la respuesta inmunológica, la cual puede ser condicionada por medio de la estimulación eléctrica que puede afectar sitios específicos del cerebro, alterando la función inmunológica; en animales experimentales el estrés provoca alteraciones en la respuesta inmunológica y genera la susceptibilidad a contraer o aumentar el crecimiento de tumores y otras enfermedades (Mustaca & Ventoséela, 2005). De esta manera, la activación del sistema inmune se relaciona con la activación neurofisiológica, neuroquímica y neuroendocrina de las células cerebrales, por lo cual el estado psicológico como el estrés y la inmunología genera altas probabilidades de contraer enfermedades, como es el caso de la dermatitis.

Por otra parte, al dividir la literatura existente acerca de las relaciones entre el estrés y el sistema inmune en dos grandes áreas, como son los estudios enumerativos, en los cuales se hace un conteo celular, y los estudios de ensayos funcionales, en los cuales se evalúa la respuesta del sistema ante la presencia de ciertos estímulos, se ha concluido que existe una estrecha relación entre el sistema inmune y la presencia de estrés (Shona, Clyde & Mark, 1997).

De esta manera, es un hecho ampliamente aceptado, que el estrés puede inducir o exacerbar la dermatitis atópica. Sin embargo, los mecanismos fisiológicos que median esta influencia negativa del estrés en la D. A. no se entiende claramente. Este tema ha sido investigado activamente en los últimos años por Mitschenko, Lwow, Kupfer, Niemeier y Gieler (2008) quienes se centran en estudios neuroinmunológicos, psicoendocrinológicos y la función de barrera de la piel bajo condiciones de estrés. Diferentes neuropéptidos parecen desempeñar un papel importante en el estrés inducido por la inflamación neurogénica, el nerviosismo y el sistema inmunológico. Las células juegan un papel clave en el desarrollo de la respuesta inflamatoria frente al estrés, además éste altera la barrera de la piel por medio de un mayor nivel de

cortisol. Así, el organismo disminuye la secreción de la epidermis y de expresión de péptidos antimicrobianos (beta-defensin y cathelicidin).

Factores psicológicos asociados a la dermatitis atópica

La DA es una enfermedad crónica multicausal, la cual ha mostrado una asociación directa con el estrés, la ansiedad y la depresión como elementos que precipitan y mantienen el trastorno. Por otra parte, se evidencia que las experiencias traumáticas en la niñez, dificultades en las relaciones sociales y una estructura de personalidad ansiosa son aspectos predisponentes asociados con la enfermedad. Así mismo, se encuentra que el nivel en la calidad de vida actual que presentan estos pacientes puede entenderse como un elemento mantenedor; en ese horizonte, la relación actual con los padres o personas cercanas, puede ser generadora de estrés y manifestarse como mantenedora y precipitante de la enfermedad. A continuación se analizan estos elementos con base en las diferentes investigaciones sobre el tema.

Predisponentes

Los antecedentes psicofisiológicos de la dermatitis atópica muestran, según Friedman et al., (1998) que quienes la padecen encuentran más experiencias de separación en los años previos de los síntomas de la dermatitis. En un estudio realizado por Brown, (1967; citado por Friedman et al., 1998) muestra que el 48% de los pacientes con dermatitis sufrían trauma severo y preocupación. Brown muestra también que el grupo con dermatitis presenta más frustración y rabia bajo estrés comparado con el grupo de control, lo cual sugiere que la combinación de situaciones difíciles y la reacción al estrés se relacionan con la enfermedad. Así mismo, según afirman Friedman et al., (1998), en una muestra de 100 pacientes se encuentra que el 70% reporta antecedentes de estrés relacionados con la enfermedad.

De igual manera, se encuentra en los informes clínicos revisados por Ehlers, Osen, Wenninger y Giele (1994) que las interacciones sociales estresantes han tenido que ver en el curso de la dermatitis atópica. Estos autores analizan la comunicación, conducta verbal y

no verbal de los pacientes adultos con dermatitis atópica con sus madres o acompañantes, encontrando que la comunicación fue negativa, aunque no difieren en su percepción subjetiva de la satisfacción con la relación. Estos resultados muestran que las interacciones negativas con personas importantes pueden impedir la solución de los problemas de la vida diaria y contribuyen a que los pacientes aumenten sus niveles de estrés; de igual manera se considera como un factor del pasado asociado al desarrollo de la enfermedad.

Así mismo, Chida, Hamer y Steptoe (2008), realizan un meta-análisis de la asociación de factores psicológicos con enfermedades atópicas, mostrando que cada vez hay más literatura epidemiológica centrada en la asociación bidireccional entre factores psicosociales, trastornos atópicos y salud mental. El meta-análisis mostró una asociación positiva entre factores psicosociales y el futuro del trastorno atópico; también se encuentra que entre los trastornos atópicos existe una relación con la salud mental. Más en particular, el subgrupo de meta-análisis sobre la salud y el trastorno atópico evidenció que los factores psicosociales tienen tanto un efecto etiológico como de pronóstico de los trastornos atópicos. Esta revisión revela una sólida relación entre factores psicosociales y trastornos atópicos, lo cual apoya el uso de los servicios psicológicos, además de los físicos convencionales y las intervenciones farmacológicas, en el éxito de la prevención y el manejo de los trastornos atópicos.

Por otra parte, según Grimal y Taube (2008), los pacientes con D.A pueden presentar alteraciones en la personalidad, en las relaciones interpersonales y en el rendimiento escolar, aspectos que pueden manifestarse como trastornos en el inicio y curso de la enfermedad. En este sentido, Niager (1995) estudió las relaciones entre las características del temperamento y el desarrollo de una enfermedad atópica como el asma, la dermatitis atópica y la otitis, a través de un estudio longitudinal. Encontró que no existe relación entre las características temperamentales y el desarrollo de la alergia. Sin embargo, el análisis realizado en la infancia puso de manifiesto un efecto significativo en el género, donde las mujeres recibieron una calificación más alta que los hombres en las respuestas al peligro, la novedad y el auxilio, mostrando una baja adaptabilidad. Además, se encontró una inte-

racción significativa entre el género y el nivel de actividad e intensidad emocional.

Otras investigaciones como las de Wittkowski, Richards y Main (2007) señalan que entre los factores predisponentes de la enfermedad se pueden citar los factores hereditarios y el estado emocional; así mismo, Deicas & Acuña (2009) establecen como factor de riesgo una historia familiar de atopia.

Precipitantes y mantenedores

El estrés es un elemento relacionado con la exacerbación de síntomas físicos de la D.A, el cual fue definido de manera temprana por Hans Selye (1946), como “el síndrome de adaptación general en el cual la suma de todas las reacciones sistémicas del cuerpo no específicas siguen después de una larga y continua exposición” (p. 119); sin embargo, este evento es difícil de identificar (Sowa, 1992), quizá porque para cada individuo tiene un significado diferente (Rosch, 1989). Selye (1956) indicó que cada estresor produce cicatrices químicas en el organismo que se van acumulando.

Un estudio realizado por Bernal (1962; citado por Friedman et al., 1998) mostró el paradigma de condicionamiento clásico con un estímulo de picazón (estimulación eléctrica), el cual fue aplicado en la mano de cada uno de los sujetos. Los resultados mostraron que los pacientes dermatológicos desarrollaron respuestas de picazón condicionada más pronto que el grupo control saludable, lo cual conduciría a soportar la hipótesis de que el estrés y la ansiedad pueden mediar la enfermedad.

Así es como el estrés se considera el elemento esencial en el incremento de los síntomas, Evers et al. (2005) realizaron un estudio en adultos con dermatitis atópica y psoriasis, encontrando que los factores psicológicos y sociales afectan la enfermedad. Dentro de estos se evidencia angustia, fatiga, percepción de desamparo y menor apoyo social relacionado con el estado clínico de la piel. Kupfer et al. (2001) plantea en su investigación que la mayoría de los dermatólogos reconoce que el estrés tiene una influencia en el progreso del eccema atópico, especialmente el estrés psicosocial como un factor de influencia negativa.

En este sentido, diversas actividades producen estrés, incluso actividades que se realizan de una manera

rutinaria se pueden asociar con un incremento de los síntomas, por ejemplo el hecho de escribir mensajes en teléfonos celulares puede también estar relacionado con respuestas alérgicas en la piel, a esto se añade que factores como el humor pueden reducir las alteraciones producidas en la piel (Kimata, 2004).

En otro estudio, Ferreira, et al. (2006) plantean influencia de los factores psicológicos en el desarrollo de dicha enfermedad, estos son el estrés y la ansiedad como factores habituales que afectan el sistema inmunológico de una manera grave; tales factores psicológicos caracterizan la dermatitis atópica como enfermedad psicosomática.

En cuanto al impacto emocional de tener la piel con prurito y escamación, el resultado puede ser rascado y empeoramiento del cuadro. De igual forma, los alérgenos, las sustancias irritantes, el clima y determinados factores laborales contribuyen a exacerbar la dermatitis atópica. Según Grimal & Taube (2008) desde un punto de vista somatopsicológico se considera que problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión son más un resultado que una causa de los trastornos cutáneos. Para el paciente, la dermatitis atópica constituye un factor estresante crónico que no sólo implica molestias e inconvenientes físicos sino también consecuencias en su vida personal, social y su actividad cotidiana.

La ansiedad se ha considerado como un elemento asociado al estrés y es relevante en la exacerbación de síntomas en la dermatitis atópica, lo cual se demuestra en la investigación realizada por Hashizume y Takigawa (2006) quienes argumentan que las personas que sufren de alergias como la dermatitis atópica a menudo presentan un perfil psicológico caracterizado por ansiedad, depresión y excitabilidad emocional. El estrés emocional precipita los síntomas de alergia, no sólo por el aumento de los niveles de ansiedad, sino también por el inadecuado funcionamiento de las células en el sistema inmune. Los recientes hallazgos muestran que los sujetos atópicos con problemas emocionales desarrollan un círculo vicioso entre la ansiedad y los síntomas clínicos, lo cual se observa en repetidas ocasiones y de forma crónica en los pacientes con dermatitis atópica. Esta situación psicológica genera respuestas de tipo Th2 debido a una disregulación del sistema neuroinmune, llevando al empeoramiento de los síntomas de la alergia.

Wittkowski, Richards y Main (2007) establecen la relación entre factores psicológicos y dermatitis atópica, plantean que la acumulación de evidencia sugiere que, a fin de comprender y responder a las dificultades que presenta la enfermedad, los pacientes construyen su propio «sentido común» o modelo cognitivo de la enfermedad. Estos autores realizaron un estudio que se propuso examinar la autoayuda de los miembros del grupo, y de los alumnos en sus creencias acerca de la dermatitis atópica, con el fin de investigar su relación con el informe, los síntomas clínicos y las variables demográficas. Los resultados, mostraron que los síntomas más frecuentes asociados con la dermatitis atópica fueron el prurito, dificultades para dormir y el dolor. En más del 75% de los participantes se considera que su condición sería crónica. Se encontró un mayor impacto emocional en este grupo, mientras que el grupo de estudiantes consideró que había más control de su enfermedad cutánea. Los resultados indican que las creencias sobre la enfermedad, en particular la percepción de las consecuencias asociadas con la dermatitis atópica y el control personal, representan una proporción significativa de la respuesta emocional a la condición. Este estudio sugiere que las creencias y respuestas emocionales de los participantes están más fuertemente asociadas con el significado que le conceden a su condición y no a su gravedad.

Esta percepción de la enfermedad es responsable de trastornos graves del juicio; se comprueba que la prevalencia de ideación suicida y de actos de suicidio se incrementa entre los pacientes adolescentes con dermatitis atópica, a menudo este se incrementa con la edad de los mismos; igual ocurre entre las madres de los pacientes con esta enfermedad (Hajime, 2006). Tal como indican los autores, estos resultados son incluso superiores a otras enfermedades crónicas más graves, lo que se debe a la sintomatología depresiva que se presenta en estos pacientes.

Otro elemento que ha sido estudiado como mantenedor es la estructura de personalidad encontrada en estos pacientes, la cual está asociada a la depresión y la ansiedad, como se observa en el estudio de Bahmer et al. (2007) quienes estudian las características de personalidad en pacientes con dermatitis atópica, urticaria y psoriasis. Las categorías más frecuentes asociadas a la dermatitis atópica fueron: estrés en el colegio o profesión,

problemas en el ambiente social, enfermedad de algún miembro de la familia, separación o divorcio, problemas económicos, y estigmatización por la enfermedad. Los pacientes con dermatitis atópica mostraron mayor insatisfacción de evaluación general que los otros grupos. Los síntomas psicossomáticos encontrados de manera significativa en la dermatitis fueron dolor de cabeza, insomnio, pensamientos paranoides y miedos. Así mismo, las emociones encontradas como significativas en este grupo fueron la tristeza y la ira. La necesidad de poder fue alta, y se obtuvieron bajos puntajes relacionados con la necesidad de afiliación y autorrealización. Por otra parte, se evidencia auto-confianza (con algunos componentes antisociales) que describe un estilo de personalidad dominante caracterizado por una baja sensibilidad al castigo y efecto negativo.

Wittkowski, Richards, Griffiths y Main (2004) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la influencia de los factores clínicos y psicológicos en la calidad de vida en adultos con D. A. Los resultados sugieren que la percepción del estigma de la enfermedad se asocia significativamente con los factores psicológicos, así como con la calidad de vida. Se encontró una asociación entre el estigma y la gravedad percibida de la enfermedad. Aproximadamente, el 46% de los participantes presenta un posible desarrollo de trastornos del estado de ánimo. El análisis indica que la percepción del estigma y la depresión representan el 44,5% en esta muestra, cuando la gravedad de la enfermedad estaba controlada. Por lo tanto, se encuentra que los factores psicológicos están relacionados con la gravedad de la enfermedad; así mismo, se explican como factores predictores de la calidad de vida en adultos con dermatitis atópica. Estos resultados tienen importantes implicaciones para el manejo clínico y psicológico de la enfermedad.

En un estudio realizado por Selero, Nove y Novy (2004) consideran que la dermatitis atópica tiene un fuerte impedimento en la calidad de vida del paciente, ya que los problemas dermatológicos pueden afectar a la “psique”, que influye directa o indirectamente en las manifestaciones cutáneas y su tratamiento. Argumentan que las enfermedades de la piel parecen afectar a las personas con emociones más sensibles; además, muestran que la estructura de personalidad de los niños con dermatitis tiende a ser depresiva y ansiosa. Los autores enfatizan que

por estas razones es necesario que se utilicen intervenciones psicoterapéuticas con los pacientes y su familia.

Otro aspecto asociado con la calidad de vida de la dermatitis, es la presentada por los cuidadores o padres de niños con dermatitis atópica. Warschburger, Buchholz y Petermann (2004) llevaron a cabo una investigación con el fin de evaluar el bienestar psicosocial y la calidad de vida de los padres con niños con dermatitis atópica, mostrando una percepción de estrés en la crianza de estos niños, ya que exige mucho tiempo y energía. Informan los padres de los niños con una mayor severidad de la enfermedad, que ésta tiene un impacto significativamente mayor en la familia, así como en su funcionamiento; implica una mayor carga financiera y un mayor nivel en el manejo de la enfermedad. Así mismo, el bienestar de los padres por la situación familiar, puede afectar la gravedad de la enfermedad del hijo. Como conclusión, se observa que en la infancia la dermatitis atópica tiene un profundo impacto en lo emocional y en el bienestar social de muchos de los padres. Los resultados subrayan la importancia de los enfoques de tratamiento psicológico destinadas a incrementar el bienestar de sus padres y la capacidad de hacer frente al estrés y la tensión social. En la misma línea, Ferreira, Vinícius, Thomé, Müller, Campio y Hericka (2006) realizaron una investigación con tres familias asociando las percepciones y elementos relacionados con la dinámica familiar en la dermatitis atópica. Las familias informaron que la D.A. afecta a toda la familia en los aspectos psicológicos y sociales; por lo tanto, influyen en la relación familiar y en la intensidad y frecuencia de los síntomas debido a la presión cada vez mayor, además de interferir en la comunicación y la relación familiar.

Se evidencian estudios asociados a factores psicológicos, especialmente relacionados con calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con dermatitis atópica, lo cual se muestra en la investigación de Saunes, Smidesang, Holmen y Johnsen (2007), quienes argumentan que la D.A., así como otras enfermedades crónicas a menudo se asocian con una reducción de la salud mental. Estos autores afirman que los adolescentes con dermatitis atópica son especialmente vulnerables a este deterioro; sin embargo, los estudios realizados no han incluido un amplio número de jóvenes. Los resultados muestran que la prevalencia de trastornos mentales, tal como la angustia fue mayor entre los adolescentes de más edad, y al menos

una de cada cuatro mujeres en edades entre los 17-19 la informaron. Se observa que más mujeres que varones informan angustia, D.A., dolor de cabeza y de cuello o dolor de hombro.

En otro estudio realizado por Beattie y Lewis-Jones (2006) se evalúa el impacto sobre la calidad de vida en los lactantes con dermatitis atópica y sus familias; también se examinan el impacto de una primera consulta con un dermatólogo y la gravedad y el deterioro de la calidad de vida de los padres. Los resultados muestran una alta puntuación en los temas relacionados con el prurito, la rasquiña, y el tiempo necesario para dormir, al igual que con el cansancio y el agotamiento, la pérdida de sueño y la angustia de los padres. Se evidencia que la calidad de vida está fuertemente correlacionada con la severidad del eczema.

Después de la consulta de dermatología, fueron evaluados 50 padres de familia, quienes redujeron los síntomas anteriores. Con ello se recalca la utilidad en el manejo clínico de rutina de la dermatitis, lo cual demuestran un efecto beneficioso tanto para los lactantes como para los padres el asistir a la consulta inicial con el dermatólogo.

Conclusiones

En la cultura que se sobrevalora una piel lisa y perfecta, la visión de una piel sucia y desfigurada suele acarrear consecuencias como la estigmatización, el rechazo social, limitaciones sociales y la evitación social que se suman a otros factores estresantes en la vida del paciente; por último, se establece un círculo vicioso de prurito y el rascado que puede provocar inquietud en el niño, joven o adulto, así mismo preocupación en sus cuidadores o en toda la familia (Grimal & Taube, 2008).

Respecto a la intervención psicológica se encuentran estudios de caso único que permiten examinar los beneficios de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica. Las mejoras indican reducciones de la ansiedad, la depresión y la estigmatización, creencias y mejoras en la calidad de vida. La percepción de la gravedad de la dermatitis atópica muestra estabilidad en todo el tiempo de tratamiento. Se encuentra que las ganancias del tratamiento fueron especialmente evidentes en términos de reducción de los

comportamientos de evitación (Wittkowski & Richards, 2007). Esto muestra la necesidad de la terapia como un complemento del tratamiento para los pacientes con dermatitis atópica y su posible papel en la mejora de funcionamiento psicológico.

La influencia de los factores psicológicos en la producción y exacerbación de síntomas en la D. A. es un fenómeno bien establecido; no obstante, existen todavía numerosos interrogantes en la forma en que estos factores inciden, entre ellos la acción de los corticoides endógenos cuya efectividad se está estudiando en relación con nuevos factores morfológicos y fisiopatológicos, y así mismo, el papel de la intervención psicológica como beneficio para la enfermedad.

Otro elemento asociado son los factores predisponentes, como el temperamento y las experiencias traumáticas en la niñez relacionadas con el inicio de la D.A, lo cual conduce a que este trastorno requiera considerar un tratamiento amplio; así mismo, factores precipitantes y mantenedores como el estrés, una estructura de personalidad ansiosa, la ansiedad y la depresión, requieren que este trastorno sea tratado y analizado desde diferentes perspectivas que permitan un mejor pronóstico.

Se encuentran centros de apoyo a personas con dermatitis atópica y casos donde se aplica tratamiento cognitivo conductual como puede observarse en la investigación de Boguniewicz, et al. (2008), lo que lleva en común a mejoras; sin embargo, aún es escaso el apoyo psicológico, en especial en Colombia. Sin embargo, dentro del tratamiento médico de la dermatitis se evidencia que en formas persistentes de D. A en adultos se formula el uso de antidepresivos tricíclicos como reporta Vásquez (2002); así mismo se medican ansiolíticos que puedan contrarrestar los síntomas de la picazón, según Hashizume y Takigawa (2006).

A nivel mundial se encuentran investigaciones que sostienen la importancia de la intervención psicológica, la cual se ha desarrollado en los estudios realizados por Ehlers et al., (1995) Selero, Nove y Novy (2004); Matsumoto, Mieko, Ohya, Yukihiro, Akasawa, Akira, Tagami y Fujio (2003); Hajime (2006); Wittkowski, Anja, Richards y Helen (2007), entre otros, quienes justifican que en la D.A. participan factores inmunológicos y no inmunológicos y que existe una interrelación de factores genéticos, ambientales, farmacológicos y psicológicos

que contribuyen al desarrollo y gravedad de la enfermedad (Sosa, Orea, & Flors, 2001). Sin embargo, el trabajo interdisciplinario en estos casos es escaso y poco tratado.

Así mismo, se sabe que el estrés incrementa los síntomas de esta enfermedad, pues los pacientes presentan aumento en el nivel de excitabilidad vegetativa que no es atribuible solamente a la actividad de la enfermedad (Seiffert, et al., 2005). Por otra parte, diversas actividades cotidianas relacionadas con el manejo de situaciones generan estrés, que es el evento principal de exacerbación de síntomas físicos (Shona, Clyde, & Mark, 1997; Seiffert, et al., 2005; Vásquez, 2002; Kimata, 2004) lo cual pone en relieve la importancia del tratamiento psicológico en la dermatitis atópica.

La intervención psicológica ha permitido establecer la importancia del trabajo en esta área, ya que las investigaciones soportan avances importantes en el manejo de los síntomas según los estudios reportados (Ehlers et al., 1995; Matsumoto, Mieko, Ohya, Yukihiro, Akasawa, Akira, Tagami, Fujio, 2003; Fontes, Weber, Fortes y Cestari, 2006; Wittkowski, & Richards, 2007; Fontes, Weber, Fortes & Cestari, 2006; Klinger, Regine, Soost, Flor & Worm, 2007).

Estos elementos muestran la necesidad de realizar procedimientos de intervención, incluyendo trabajo interdisciplinario que contenga la atención clínica psicológica; para ello se hace necesario validar los tratamientos cognitivo conductuales usados en estudios de caso único tales como los de Hayes (1979), Ehlers et al., (1995); Matsumoto et al., (2003); Fontes et al., (2006); Wittkowski, y Richards (2007) que han mostrado mejora de la calidad de vida del paciente y en el pronóstico de la enfermedad.

Referencias

- Ader, R., Cohen, N. & Felten, D. (1995). Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *The Lancet*, 345(8942), 99-103.
- Ader, R. & Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Antille, Ch., Sorg, O., Lübbe, J. & Saurat, J. (2002). Decreased Oxidative State in Non-Lesional Skin of Atopic Dermatitis, *Dermatology*, 204(1), 69-71.

- Ballona, Ch., & Ballona, V. (2004). Dermatitis atópica: Revisión de tema. *Revista Peruana de Dermatología*, 15, (1), 40-48
- Bahmer, J., Kuhl, J. & Bahmer, F (2007) How Do Personality Systems Interact in Patients With Psoriasis, Atopic Dermatitis and Urticaria. *Acta Derm Venereol*; 87, 317-324
- Barlow, H., Ellard, K. & Fairholme, C (2008) *Protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales*. Universidad de Boston: Center for Anxiety and related disorders
- Borrero, J., Rojas, W., Vélez, H. & Restrepo, J. (2002) *Dermatología*. Universidad del Valle: Cali, Colombia
- Beattie, P. E. & Lewis Jones, M.S. (2006) An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. *British Journal of Dermatology*. 155, pp1249-1255
- Bigliardi-Qi, B., Lipp, L, Sumanovski, S., Buechner, P. & Bigliardi, L. (2005). Changes of Epidermal Mu-Opiate Receptor Expression and Nerve Endings in Chronic Atopic Dermatitis. *Dermatology*, 2, 91-99.
- Boguniewicz, M., Noreen, N., Kelsay, K. & Donald, L. (2008) A Multidisciplinary Approach to Evaluation and Treatment of Atopic Dermatitis. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 27,115-127
- Bózzola, C. (2001). Corticosteroides y el síndrome eczema atópico y/o dermatitis. *Archivos de alergia e inmunología clínica*, 32(3), 65-73.
- Chida, Y., Hamer, M. & Steptoe, A. (2008). A bidirectional relationship between psychosocial factors and atopic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 70(1), 102-116.
- Choi, E., Brown, B., Crumrine, D., Chang, S., Man, M., Elias, P. & Feingold, K. (2005). Mechanisms by Which Psychologic Stress Alters Cutaneous Permeability Barrier Homeostasis and Stratum Corneum Integrity. *Journal of Investigation in Dermatology*, 124, 587-595.
- Cohen, S., & Herbert, T. (1996). Health Psychology: Psychological Factors and Physical Disease from the Perspective of Human Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Di Prisco, J. & Di Prisco, M. (1991). Dermatitis atopica. Entidad multifactorial. / Atopic dermatitis. Multifactorial disease. *Revista Mexicana de Dermatología*. Vol. 25 (3), 278-298.
- Dei-Cas, I. & Acuña, K. (2009) Atopic dermatitis and risk factors in poor children from Great Buenos Aires, Argentina. *Clinical & Experimental Dermatology*. Vol. 34 (3), 299-303.
- Ehlers, A., Osen, A., Wenninger, K. & Gieler, U. (1994). Atopic dermatitis and stress: possible role of negative communication with significant others. *International Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 1 (2), 107-21.
- Ehlers, A., Slangier, U. & Gieler, U. (1995). Treatment of Atopic Dermatitis: A Comparison of Psychological and Dermatological Approaches to Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63 (4), 624-635
- Eseverri, J. (2001) *Dermatitis atópica*. Barcelona: Ars medica
- Evers, A.W.M., Lu, Y., Duller, P., Valk, P.G.M., Kraaimaat, F.W & Kerkhof, P.C.M. (2005) Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 152, 1275-1281
- Ferreira, V., Müller, M. & Hericka, J. (2006). Dinâmica das reações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: Um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, Vol. 11(3), 617-625.
- Fontes, P., Weber, M., Fortes, S. & Cestari, T. (2006). A dermatite atópica na criança: Uma visão psicossomática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Vol. 28(1), 78-82
- Friedman, S., Hatch, M. & Paradis, C. (1998) *Psychophysiological Disorders: research and clinical applications*. American psychological association: Washington 3rd ed.

- Grimal, F. & Taube, K. (2002) *Dermatología y psiquiatría: historias clínicas comentadas*. Madrid: Aula médica
- Hajime, K. (2006). Prevalence of Suicidal Ideation in Patients with Atopic Dermatitis. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 36, 120-124.
- Hashizume, H. & Takigawa, M (2006). Anxiety in allergy and atopic dermatitis. *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*. 6(5),335-339,
- Kirschbaum, S., Jobst, D., Wustmans, A., Kirschbaum, C., Rauh, W. & Hellhammer, D. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 59 (4), 419-426.
- Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. (1994). *Handbook of human Stress and Immunity*. San Diego, EEUU: Academic Press.
- Kimata, H. (2004). Laughter Counteracts Enhancement of Plasma Neurotrophin Levels and Allergic Skin Wheal Responses by Mobile-Phone Mediated Stress. *Behavioral Medicine*, 29, 149- 152.
- Klinger, R., Soost, S., Flor, H. & Worm, M. (2007). Classical conditioning and expectancy in placebo hypoalgesia: A randomized controlled study in patients with atopic dermatitis and persons with healthy skin, *Pain* Vol. 128(1-2). pp. 31-39.
- Kupfer, J., Gieler, U., Braun, A., Niemeier, V., Huzler, C. & Renz, H. (2001). Stress and Atopic Eczema. *International Archives of Allergy and Immunology*, 124, 353-355
- Maldonado, R. (2008) *Dermatología en la consulta pediátrica: diagnóstico y tratamiento*. México: Editores de textos mexicanos.
- Maier, S. F. & Watkins, I. R. (1998). Cytokines for Psychologists. Implications of Bidirectional Immune-to-Brain Communications for understanding, Behavior, Mood and Cognitions. *Psychological Review*, Vol. 105, 83-107.
- Matsumoto, M., Ohya, Y., Akasawa, A. & Tagami, F. (2003) Application of Extinction to Operant Conditioning of Atopic Dermatitis: The Supportive Role of a Bio-Psycho-Social Model. *Japanese Journal of Counseling Science*, Vol. 36(4), 370-379.
- Mitschenko A.V., Lwow, A.N., Kupfer, J., Niemeier V. & Gieler, U. (2008). Atopic dermatitis and stress? How do emotions come into skin?. *Journal Article Hautarzt*. 59(4), 314-318
- Mustaca, A. & Ventoséela, M. (2005). Consumatory successive contrast in spontaneously hipertensive rats: Memory or emotions matter?. *Suma Psicológica*; Vol. 12, 87-99
- Niager, K. (1995). Temperament and allergy: A prospective study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol. 56 (3-8), 172 - 1.
- Peroni, D.G., Piacentini. G.L., Bodini, A., Rigotti, E., Pigozzi. R. & Boner, A. L. (2008). Prevalence and risk factors for atopic dermatitis in preschool children. *The British Journal of Dermatology*. Vol. 158 (3), 539-43
- Rosch, P. J. (1989). Stress Addiction. Causes, consequences and cure. In F. Flach: *Stress and its management* (pp. 103-116). New York: Norton.
- Saunes, M., Smidesang, I., Holmen T.L. & Johnsen, R. (2007). Atopic dermatitis in adolescent boys is associated with greater psychological morbidity compared with girls of the same age: the Young-HUNT study. *British Journal of Dermatology*. 156, 283-288
- Seiffert, K., Hilbert, E., Schaechinger, H., Zouboulis, C. & Deter, H. (2004). Psychophysiological Reactivity Under Mental Stress in Atopic Dermatitis. *Dermatology*, 210, 286-293
- Selye, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the Disease of Adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 117-120.
- Selerova, M., Nove, M. & Novy, J. (2004). Atopic dermatitis-experience with psychotherapy. *Journal of psychosomatic research*, 56, 581-673.
- Shona, K., Clyde, H. & Mark, D. (1997). Searching for the biological pathways between stress and health. *Annual Review of Public Health*, 18, 437-462.
- Sosa, M., Orea, S. & Flors, S. (2001). Nuevos conceptos en dermatitis atópica. *Alergia México*, 48(1), 15-24.
- Sowa, C. J. (1992). Understanding Clients' Perceptions of Stress. *Journal of Counseling and Development*, 71, 179-183.

- Stanford, S. C. & Salmon, P. (1993). *Stress: From Synapse to Syndrome*. London, England: Academic Press.
- Starkweather, A., Witek-Janusek, L. & Mathews, H. L. (2005). Applying the Psychoneuroimmunology Framework to Nursing Research, *Journal of Neuroscience Nursing*, 37(1), 56-62.
- Vásquez, (2002). Dermatitis atópica. *Medunab*; 5(14), 121-132.
- Warschburger, P., Buchholz, T. & Petermann, F. (2004). Psychodermatology, psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life? *British Association of Dermatologists*, 150, 304-311
- Wittkowski, A. & Richards, H. (2007). How beneficial is cognitive behaviour therapy in the treatment of atopic dermatitis? A single-case study. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 12(4), 445-449
- Wittkowski, A., Richards, H., Griffiths, C. & Main, C. (2007). Illness perception in individuals with atopic dermatitis. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 12(4), 433-444.
- Wittkowski, A., Richards, H., Griffiths, C. & Main, C. (2004). The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 57(2), 195-200.