

## *Ansiedad y piel - Factores psicosomáticos*

# *Ansiedad y piel - Factores psicosomáticos*

*Leonor I. Lega C.  
María Isabel Barona C.*

### RESUMEN

**L**a asociación entre factores psicológicos y diferentes sistemas del organismo ha sido evidenciada, y la piel no es una excepción. Para tratar de corroborar dicha asociación, se realizó un estudio aplicando el modelo psicológico de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), en 20 pacientes que presentaban algunas de las enfermedades dermatológicas en las cuales se ha observado que el estrés tenga alguna participación en su aparición y/o exacerbación.

Se utilizó el cuestionario denominado Escala de Actitudes y Creencias, que mide la rigidez del individuo (pensamiento irracional) frente a cómo percibe su enfermedad, comparada con un grupo control, en quienes se había estandarizado previamente dicha prueba.

Los resultados muestran diferencias significativas en la percepción del grupo experimental (pacientes), comparada con el grupo control, respecto a la baja tolerancia a la frustración y a la comodidad, confirmando una vez más la asociación entre la interpretación del evento estresante y la enfermedad.

**Palabras clave:** estrés, Terapia Racional Emotivo-Conductual, pensamiento irracional, psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata, vitiligo.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha emergido una fuerte tendencia científica a llevar a cabo investigaciones multidisciplinarias en el campo de la Medicina, la Psicología y, en general, las Ciencias de la Salud, con el fin de ampliar la conceptualización y evaluación de las variables, al incorporar en su estudio distintas perspectivas. Aunque la literatura existente en el área de trastornos psicosomáticos, donde se trata de relacionar factores médicos y psicológicos, se

refiere en su mayoría a trastornos de diferentes sistemas,<sup>1,2</sup> existe un número creciente de estudios en el área de enfermedades de la piel.<sup>3</sup> Un campo muy reciente, producto de este enfoque multidisciplinario, es la Psiconeuroinmunodermatología.<sup>4</sup> Se sabe que los factores psicológicos median una variedad de enfermedades inducidas por estrés, y aunque se desconocen los mecanismos exactos comprometidos, cada vez se encuentra mayor asociación entre dichos sistemas.

Sin embargo, la compaginación de las diversas disciplinas científicas y sus metodologías presenta un verdadero reto. Uno de los problemas principales en los estudios que tratan de combinar Medicina y Psicología es la falta de una definición exacta de lo que se denomina "factores psicológicos", puesto que se habla de ellos en términos generales, como "estrés".

El estrés induce la liberación de hormonas (ACTH, córticoesteroides, prolactina, catecolaminas, acetilcolina), y simultáneamente alteraciones en el sistema inmune.<sup>3,4</sup>

Existe comunicación bidireccional entre el sistema nervioso y el sistema inmune, a través de neurohormonas que poseen receptores específicos para ellas, tanto en el sistema nervioso como en el sistema inmune, y que se han denominado neuropéptidos.<sup>5</sup> Estas sustancias se han encontrado alteradas, aumentadas o disminuidas en varias enfermedades de la piel, en las que el factor de estrés psicológico tiene gran influencia en su exacerbación y, por lo tanto, se considera que los neuropéptidos constituyen

*Leonor I. Lega, Psicóloga, Profesora Titular de Psicología, Saint Peter's College, New Jersey (USA).*

*María Isabel Barona, Docente Dermatología, Universidad del Valle, Cali. Correspondencia: Carrera 38 A No. 5 A-100, telefax 558 4238, Cali, Colombia.*

## Ansiedad y piel - Factores psicosomáticos

el medio de comunicación entre la piel y los sistemas nervioso e inmune, ayudando a explicar, por lo menos en parte, el mecanismo fisiopatogénico de ellas cuando el estrés ha estado de por medio.<sup>3</sup>

Algunas de estas enfermedades son: la psoriasis<sup>6,7</sup>, la dermatitis atópica<sup>8</sup>, la urticaria<sup>9</sup>, la alopecia areata<sup>3</sup> y el vitiligo.<sup>10,11</sup>

El objetivo principal de este trabajo es tratar de comparar el *pensamiento irracional*<sup>12</sup>, definido como la tendencia excesivamente rígida y dogmática del individuo a interpretar su medio ambiente, incluyendo ideas sobre sí mismo y otras personas en forma distorsionada, ilógica y con poca o ninguna objetividad, en pacientes con algunas de las enfermedades dermatológicas en las que se ha reportado previamente la influencia de factores psicológicos en su exacerbación<sup>3</sup>, como psoriasis, dermatitis atópica, vitiligo, urticaria y alopecia, con un grupo control equivalente, utilizando como marco de referencia la Terapia Racional Emotivo-conductual o TREC.<sup>13-15</sup>

La (Terapia Racional Emotivo-Conductual) TREC utiliza el "modelo del ABC" para describir la perturbación emocional de la siguiente manera: la "situación activante" conocida como "A", que puede ser cualquier tipo de factor ambiental adverso, es percibida en forma disfuncional y el paciente desarrolla acerca de ella percepciones, ideas o pensamientos irracionales, porque razona inadecuadamente, no porque no razona, y se les llaman "B". De acuerdo con la TREC, estos "B" ocasionan consecuencias emocionales como angustia, ansiedad y estrés, denominadas "C".<sup>15,16</sup> Este pensamiento irracional o "B" se mide mediante la Escala de Actitudes y Creencias, cuya operatividad se describe en la siguiente sección.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Previo consentimiento informado, se tomaron 20 pacientes de la consulta externa de Dermatología del Hospital Universitario del Valle, seleccionados al azar, con alguna de las siguientes enfermedades: psoriasis, vitiligo, alopecia areata, dermatitis atópica y urticaria, como grupo experimental. En la misma ciudad se seleccionó, también al azar, un grupo de 120 estudiantes universitarios y sus padres, que no padecían estas enfermedades, como grupo

control.<sup>17</sup> Ambos grupos llenaron por escrito, en forma anónima e individual, e identificándose sólo por edad y sexo, el cuestionario denominado Escala de Actitudes y Creencias.<sup>18</sup> Dicha escala, que mide cada pregunta de 1 a 5, requiere un nivel de escolaridad mínimo y ha sido previamente estandarizada en poblaciones hispanas<sup>19</sup>, utilizando el método de Brislin<sup>20</sup>, y un análisis factorial (SPSS)<sup>21</sup> que arrojó factores equivalentes a los incluidos en 7 sub-escalas del instrumento. Posteriormente se adaptó específicamente al medio colombiano<sup>17</sup>, debido a la variación de expresiones coloquiales del idioma Español en los diferentes países. La Escala de Actitudes y Creencias permite la medición de dos factores: 1) las características del *pensamiento irracional* denominadas "proceso", que incluyen las sub-escalas de *exigencia* y sus derivados: *evaluación global*, *tremendismo* y *baja tolerancia a la frustración* (BTF), donde pueden diferenciarse la ansiedad del ego y la ansiedad situacional, y 2) los temas generales o "contenido" del mismo *pensamiento irracional*, que abarcan las sub-escalas de *aprobación*, *éxito* y *comodidad*.<sup>15,19</sup>

*Evaluación global* es la tendencia a evaluar como "mala" la esencia de una persona o su valor como ser humano, basándose únicamente en su conducta individual. *Tremendismo* es la tendencia a resaltar lo negativo de una situación, percibiéndola como totalmente mala o aún peor. *Baja tolerancia a la frustración (BTF)* es la tendencia a exagerar lo incómodo de una situación, y a percibir dicha incomodidad como insoportable e insufrible. La ansiedad del ego es consecuencia o "C" de la *evaluación global*, mientras que la ansiedad situacional es consecuencia de la *baja tolerancia a la frustración*.<sup>19</sup>

*Aprobación* es la tendencia a percibir como totalmente necesaria la aceptación de quienes son importantes para uno. *Éxito* es la tendencia a exigirse a uno mismo el tener que sobresalir en los aspectos que consideramos importantes para nosotros. *Comodidad* es la tendencia a exigir ser siempre tratado por los demás en forma justa, con la expectativa de poder obtener todo en la vida sin tener que hacer ningún esfuerzo.

## RESULTADOS

Se establecieron las diferencias no estadísticamente significantes ( $p > 0.05$ ) en edad y sexo entre el grupo experimental y el grupo control, utilizando la prueba t para grupos

## Ansiedad y piel - Factores psicossomáticos

independientes (SPSS).<sup>21</sup> Como se explicó anteriormente, la escala no requiere equiparar el nivel de escolaridad de los grupos.

Se utilizó un análisis de varianza múltiple o MANOVA (SPSS)<sup>21</sup>, con las 7 sub-escalas: *exigencia, evaluación global, tremendismo, baja tolerancia a la frustración, aprobación, éxito y comodidad* como variables dependientes para comparar el grupo experimental y el grupo control. Sus resultados muestran una diferencia significativa entre ambos grupos ( $p < 0.05$ ), donde el grupo experimental presentó puntajes significativamente mayores que el grupo control en la sub-escala de *baja tolerancia a la frustración* (BTF). Resultados de comparaciones post-hoc Menor Diferencia Significativa (SPSS)<sup>21</sup> entre ambos grupos para cada ítem, presentaron diferencias significativamente mayores ( $p < 0.05$ ) para el grupo experimental en un ítem de la sub-escala de *comodidad* (Cuadro 1).

## DISCUSIÓN

El estrés se puede definir como una reacción anormal o extrema en la fisiología o en el comportamiento de un ser viviente (animal), ante estímulos ambientales adversos<sup>3</sup>. Sus bases fisiológicas se basan en la activación de factores endocrinos producidos por el eje adreno-medular.<sup>10</sup>

Selye<sup>1</sup> describió el síndrome de adaptación general de los animales que experimentalmente eran expuestos a estímulos peligrosos, y se identificaron tres etapas: 1) reacción de alarma, 2) etapa de resistencia, 3) si el estrés no desaparece, se satura el sistema biológico. Sin embargo, otros autores como Mason<sup>22</sup> demostraron respuestas diferentes ante los estímulos que producen estrés. Por lo tanto, ahora se acepta que hay diferentes respuestas endocrinas ante la diversidad de estímulos capaces de inducirlo, ya

**Cuadro 1**  
Diferencias entre los puntajes de baja tolerancia a la frustración (BTF) y comodidad de los grupos experimental y control

Ítem	Promedio grupo control	Promedio grupo experimental
11 (BTF) Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente.	2.30	3.55
39 (BTF) Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso (a).	3.06	4.00
47 (BTF) En ocasiones es insoportable cuando no hago las cosas bien.	3.00	3.85
48 (BTF) Nunca voy a conseguir estar relajado (a).	1.63	2.50
18 (comodidad) En ocasiones es terrible cuando estoy tenso (a).	4.05	3.12

Puntajes de 1 a 5.

$p < 0.05$

sean físicos, químicos o psíquicos, y estas respuestas varían de una especie a otra y de un individuo a otro en una misma especie.

Hay dos factores importantes en el huésped que pueden influenciar el estrés<sup>11</sup>: la genética y la percepción. La genética se refleja en las diferentes respuestas endocrinas que se producen ante los estímulos estresantes. La percepción es el factor más importante que afecta la respuesta ante estímulos amenazantes para un individuo, pues implica el reto que le significa la situación y la capacidad de adaptación y de manejo que le pueda dar a la misma.

Desde una perspectiva psicológica, la percepción ha sido considerada como el eje central de la perturbación emocional por modelos psicoterapéuticos "cognitivos"; entre ellos está la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) formulada por Albert Ellis en los años cincuenta<sup>12</sup>, y revisada por última vez a mediados de la década de los noventa.<sup>14</sup>

Existen numerosos estímulos estresantes: fisiológicos, ambientales, de adaptación o comportamiento y psicológicos, y sus diferencias en la severidad, tiempo de aplicación y persistencia determinan la diversidad de respuestas de estrés.<sup>3</sup>

En las distintas enfermedades que consideramos para el presente estudio, hay rasgos psicológicos que han apoyado la influencia del estrés en su aparición o exacerbación.

En psoriasis, aunque no se ha podido definir un perfil de personalidad específico, se ha encontrado que tienen niveles altos de ansiedad, depresión, tendencia a la obsesión y agresividad<sup>7,23-24</sup>, pero se desconoce si estos eventos preceden o aparecen como consecuencia de esta dermatosis.<sup>25</sup>

En los pacientes con dermatitis atópica, se ha observado que tienen más inestabilidad emocional que las personas normales. Con frecuencia están rodeados de problemas familiares, son rechazados y esto les genera más ansiedad; el prurito empeora, creándose así un círculo vicioso. Generalmente son inseguros, tensos, agresivos y generalmente muy inteligentes.<sup>8,26</sup> Se ha observado que trasladan su ansiedad, agresividad y conflictos emocionales al rascado de la piel.<sup>27</sup>

La urticaria, para algunos autores, es una dermatosis en la cual el factor emocional constituye un elemento de

gran importancia.<sup>9,26</sup> Estos pacientes tienden a tener características constantes de personalidad, marcada hipermotividad, ansiedad, frecuentes episodios de tristeza, preocupación e inseguridad. Se considera que hay dos formas de urticaria psicógena: una forma aguda emocional que sigue a un evento específico en una clara relación causa-efecto, y otra forma crónica recurrente, que parece estructurada profundamente en una base psicosomática. En ambas se han evidenciado genes de hipermotividad y ansiedad.<sup>28</sup>

Se desconoce la causa de la alopecia areata, pero se habla de dos etiologías: autoinmune y psicosomática.<sup>3</sup> Greenberg<sup>29</sup> investigó 45 pacientes con alopecia areata, y encontró alteraciones psiconeuróticas en 72%, estructura sicótica en 9% y esquizofrenia en otro 9%. Koo y colaboradores<sup>30</sup> recientemente observaron tasas de prevalencia de desórdenes psiquiátricos asociados con alopecia areata, más altas que la población general, confirmando que los pacientes con alopecia areata pueden tener un riesgo mayor de desarrollar episodios depresivos, ansiedad generalizada, fobia social, desorden paranoide en cualquier momento durante el curso clínico de la enfermedad.

En vitiligo también se han encontrado alteraciones en los niveles y el funcionamiento de los neuropéptidos.<sup>10,11</sup> Existen estudios que han identificado efectos psicológicos bien definidos en los pacientes que padecen esta enfermedad, al igual que en otras enfermedades de la piel.<sup>31-33</sup> En un estudio<sup>33</sup> de 614 pacientes con vitiligo, utilizando un cuestionario que incluye 12 preguntas acerca de la salud general y una pregunta abierta, se identificó que la enfermedad, en 35% de los que respondieron, afecta de muchas maneras la vida de estos pacientes, volviéndolos aislados, evasivos y negativos.

Por su parte, la (Terapia Racional Emotivo-Conductual) o TREC aporta varios aspectos muy importantes al estudio de la ansiedad.<sup>14,15</sup>

1. La rigidez y exigencia absolutista son elementos centrales de la filosofía básica del paciente, de su *pensamiento irracional*, y la causa principal de la perturbación emocional, que no permite una percepción de la realidad distinta de la propia. De ella se derivan todo tipo de conclusiones, inferencias y distorsiones cognitivas o "B" que, a su vez, originan las emociones disfuncionales o "C" mencionadas anteriormente.
2. Además del "ABC" de la perturbación emocional, el paciente puede también desarrollar perturbaciones

## Ansiedad y piel - Factores psicósomáticos

secundarias; en estos casos, la consecuencia emocional inicial o "C" se convierte en una nueva "A", situación estresante donde el individuo, creando una nueva consecuencia emocional, se angustia por estar angustiado.

- Existen dos formas de ansiedad: ansiedad del ego, estrechamente relacionada con la depresión, proveniente de pensamientos irracionales de una auto-valoración global, y ansiedad situacional relacionada con la baja tolerancia a la frustración o percepción exagerada de la incomodidad de una situación, sin comprometer necesariamente la autoimagen.

Por lo general, los cuadros de angustia secundaria se presentan más frecuentemente en el contexto de ansiedad situacional que en el de ansiedad del ego.

En este estudio, aunque el tamaño de la muestra cumple con los requisitos estadísticos y de diseño experimental del análisis de varianzas múltiple (MANOVA), es importante ampliar la muestra en el futuro para tener resultados concluyentes.

No se realizó un análisis, discriminando por tipo de enfermedad, debido al tamaño de la muestra, y es importante continuarlo para analizar el comportamiento en cada una de las enfermedades.

Por tratarse de un estudio de prevalencia, donde se registra simultáneamente la escala TREC y la enfermedad dermatológica, se establece una asociación entre el evento y la enfermedad, por lo menos para las enfermedades mencionadas.

Desde el punto de vista psicológico cognitivo, los resultados de este estudio son consistentes con el marco teórico de la TREC, al indicar diferencias significativas en la percepción del grupo experimental de pacientes comparada con el grupo control, respecto a la *baja tolerancia a la frustración* y a la *comodidad*, pues los primeros tienden a interpretar los eventos estresantes como "insoportables" o "terribles" y, por consiguiente, a generar como consecuencia mayor ansiedad que el grupo control. Dicha ansiedad se convierte luego en angustia secundaria, cuando empeora como consecuencia de percibirla como permanente ("nunca voy a estar relajado"), y en algunos casos incapacitante ("me es imposible funcionar adecuadamente").

La consecuencia o "C", que son las diferencias en el nivel de angustia como resultado de las diferencias de

pensamiento o "B" entre los dos grupos, se manifiesta más claramente en los pacientes dentro del contexto de ansiedad situacional ("es terrible - insoportable cuando estoy tenso"), que en el de ansiedad del ego, donde no hubo diferencias en las respuestas de ambos grupos a las preguntas referentes a auto-evaluación; por ejemplo, "si hago algunas cosas mal, eso significa que soy un fracaso".

Sería ideal poder aplicar la terapia a estos mismos pacientes, y demostrar la relación causal entre la mayor racionalidad en la percepción del evento estresante y la mejoría de la enfermedad.

Con esto confirmamos la necesidad de realizar investigaciones interdisciplinarias, que enriquecen y amplían el conocimiento de las enfermedades que día a día se nos presentan.

### SUMMARY

Previous research suggests an association between psychological factors and different systems in the organism, and the skin is not the exception.

To explore this relationship in particular, a study was designed using the frame of reference of the rational emotive behavior therapy psychological model in a sample of 20 patients with some dermatological diseases, where a degree of relationship between stress and its manifestation or exacerbation has been previously observed.

The attitudes and beliefs inventory, adapted to the Colombian sample, was used to measure the rigidity (irrationality) of the patient's thinking about their own skin disease, and to compare their answers to those of the control group, where the inventory had been previously standardized.

Results showed significant differences between the experimental group (patients) and the control group ( $p < 0.05$ ) in terms of low frustration tolerance and comfort, corroborating the relationship between the patient's perception/interpretation of the stressing event and the disease.

**Key words:** stress, rational emotive-behavior therapy, irrational thinking, psoriasis, atopic dermatitis, areata alopecia, vitiligo.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Selye H. The general adaptative syndrome and diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol* 1973, 6:117-230.
2. Lega LI, Lega Siccar J. Influencia de los factores emocionales en la colitis ulcerativa. *Colombia Med* 1994, 25:15-17.
3. Panconesi E, Hautman G. Psychophysiology of stress in Dermatology. En: *Dermatologic Clinics*, W.B. Saunders 1996, 14:399-421.
4. Besedowsky H, Del Rey AE, Sorkin E. Immune-neuroendocrine interactions. *J Immunol* 1985, 135:750s-754s.
5. Lotti T, Hautman G, Panconesi E. Neuropeptides and skin. *J Am Acad Dermatol* 1995, 33:482-496.
6. Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5600 patients. *Dermatology* 1974, 148:1-18.
7. Gupta MA, Gupta AK, Kirby S, et al. A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: A study of 127 patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1989, 11:166-173.
8. Jordan JM. Atopic dermatitis: Anxiety and conditioned scratch responses. *J Psychosom Res* 1974, 18:297-299.
9. Withlock RA. *Psychophysiological Aspects of Skin Disease*. Philadelphia, WB Saunders, 1976.
10. Cannon WB. The emergency function of the adrenal medulla in pain and major emotions. *Am J Physiol* 1914; 33:356-372.
11. Moberg GP. Biological response to stress: Key to assessment of animal well being. En: Moberg GP (ed): *Animal Stress*, Bethesda, Waverly Press, 27-49, 1986.
12. Ellis A. Rational Psychotherapy: *J Gen Psychol* 1958; 59:35-49.
13. Ellis A. A sadly neglected element in depression: *Cognitive Therapy and Research* 1987, 11:121-146.
14. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy: revised and updated. Birch Lane (ed), New York, 1994.
15. Lega LI, Caballo VE, Ellis A. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid, Siglo XXI (eds), 1997.
16. Ellis A. Expanding the ABC's of RET. En: Freeman and Mahoney (eds). *Cognition and Psychotherapy*, Springer, New York, 1984.
17. Basurto de García S, Lega LI. Diferencias de generación y sexo en el pensamiento irracional de universitarios colombianos y sus padres. Memorial Proceedings of the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, México, UNAM, 1998.
18. Burgess PH. Toward resolution of conceptual issues in the assessment of belief systems in rational-emotive therapy. *J Cognitive Psychother Ann Internat Quarterly* 1990, 4:171-184.
19. Caballo VE, Lega LI, Gonzalez S. Factor analysis of a back translation Spanish version of the Scale of Attitudes and Beliefs (SAB) Comunicación presentada en el 30th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York, Nov. 1996.
20. Brislin R. *Cross-cultural research methods*. Wiley (eds), New York, 1973.
21. *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS)*, 1998.
22. Mason JW. Over-all hormonal balance as key to endocrine function. *Psychosom Med* 1968, 30: 791-808.
23. Hardy GE, Cotterill JA. A study of depression and obsessionality in dismorphophobic and psoriatic patients. *Br J Psychiatry* 1982, 140:19-22.
24. Matussek P, Agerer D, Seibt G. Agression in depressives and psoriatics. *Psychother Psychosom* 1985, 43:120-125.
25. Farber EM, Nickoloff BJ, Recht B, et al. Stress, symmetry and psoriasis: Possible role of neuropeptides. *J Am Acad Dermatol* 1986, 14:305-311.
26. Panconesi E. Stress and Skin Diseases. *Psychosomatic Dermatology*. Philadelphia, JB Lippincott 1984, 94 -179.
27. Panconesi E, Hautmann G. Aspectos psicosomáticos de la dermatitis atópica. *Monografías de Dermatología* 1992, 5: 428-439.
28. Griffin JFT. Stress and immunity: A unifying concept. *Veter Immunopathol* 1989, 20:263-312.
29. Greenberg SI. Alopecia areata: A psychiatric survey. *Arch Dermatol* 1955, 72:454-457.
30. Koo JY, Shellow WVR, Hallman CP, et al. Alopecia areata in increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994, 33: 849-850.
31. Al'Abadie MSK, Senior HJ, Bleehen SS, et al. Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo. *Br J Dermatol* 1994, 131:160-165.
32. Porter JR, Beuf AH, Lerner A, et al. Psychosocial effect of vitiligo: A comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15:220-224.
33. Kent G, Mohammed Al'Abadie. Psychologic effects of vitiligo: A critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:895-898.