



El papel de la alexitimia como factor psicossomático en la psoriasis

Marcela Torres-Hernández,^a Sonia López-García,^b David Pedroza-Escobar,^c Mónica Escamilla-Tilch^d

The role of alexithymia as a psychosomatic factor in psoriasis

Background: Alexithymia is the lack of mental representations of emotions leading to limited ability to understand and regulate these and can contribute to the development or maintenance of a psychosomatic illness. The aim of the study was to demonstrate that alexithymia is a feature that occurs more frequently in patients with psoriasis and that the coexistence of alexithymia-psoriasis is associated with high levels of trait anxiety.

Methods: We applied the Toronto Alexithymia Scale -20 (TAS-20), Inventory of state-trait anxiety (STAI) to 16 outpatients with psoriasis of Dermatology Service of Hospital de Especialidades (Centro Médico Nacional Siglo XXI) and the results were compared with 25 control subjects.

Results: 25 % of patients with psoriasis presented alexithymia, while in the control group was 8 % ($p = 0.002$). Correlation between the scores of the TSA-20 and STAI-trait ($r = 0.6957$, $p < 0.0001$) was observed.

Conclusions: The alexithymia occurs more frequently in individuals with psoriasis than in the general population, and levels of trait anxiety in individuals with psoriasis are similar regardless of the presence of alexithymia.

Keywords Palabras clave

Alexithymia	Alexitimia
Affective Symptoms	Síntomas afectivos
Psoriasis	Psoriasis
Anxiety	Ansiedad
Somatoform disorders	Trastornos somatoformes

La somatización consiste en la presencia de síntomas somáticos que no pueden ser explicados por una etiología orgánica.¹⁻³ Los pacientes que somatizan tienen mayores niveles de excitación fisiológica y son menos propensos a habituarse a un estímulo estresante que los sujetos control.^{2,4} Se han propuesto etiologías potenciales para explicar el fenómeno de somatización: un componente biológico o genético, rasgos de personalidad, exposición en la primera infancia a los modelos de comportamiento de la enfermedad, exposición al trauma y procesamiento emocional disfuncional. Algunos pacientes presentan cada estilo en diferentes momentos.^{2,5,6} La alexitimia puede estar asociada a la somatización. Esta suposición se basa en que los individuos alexitímicos carecen de las representaciones mentales de las emociones debido a un déficit en el procesamiento cognitivo de estas, el cual conduce a una capacidad limitada para comprender y regular las emociones, así como a una incapacidad para reconocer el impacto psíquico de las circunstancias generadoras y una tendencia a desplazar la atención de estas a diversos síntomas.⁷⁻⁹ Algunos autores han indicado que la alexitimia puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de la enfermedad psicossomática y de manera consistente con esta hipótesis los pacientes con enfermedades psicossomáticas reportan mayores niveles de alexitimia en comparación con los controles.^{9,10}

La investigación de la alexitimia en el campo de la dermatología es todavía escasa y muestra resultados contradictorios. Los hallazgos actuales sugieren implicaciones importantes en la práctica clínica para el tratamiento de algunos trastornos dermatológicos específicos, en los que además de tratar problemas concomitantes como la ansiedad y la depresión, se debe tener conciencia de la alexitimia y su posible asociación con el padecimiento dermatológico, ya que esta asociación parece importante, ya sea en la aparición de la enfermedad, en su evolución o en su pronóstico.¹¹⁻¹⁵

La psoriasis tiene mayores asociaciones con enfermedades psiquiátricas como la ansiedad, depresión, suicidio, tabaquismo y abuso del alcohol. Se ha encontrado que estas tienen una mayor prevalencia entre los pacien-

^aServicio de Psiquiatría, Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda", Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

^bGenética y Biología Molecular, Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV), Instituto Politécnico Nacional

^cEscuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional

^dGenética y Biología Molecular, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán"

Comunicación con: Marcela Torres-Hernández

Teléfono: (55) 5627 6900, extensiones 21451 y 21515

Correo electrónico: mar_tor_her@yahoo.com.mx

Recibido: 13/01/2014

Aceptado: 30/10/2014

Resumen

Introducción: la alexitimia consiste en la carencia de representaciones mentales de las emociones que conduce a una capacidad limitada para comprender y regular estas, y que puede contribuir en el desarrollo o mantenimiento de una enfermedad psicossomática. El objetivo de este estudio fue demostrar que la alexitimia es una característica que se presenta más frecuentemente en pacientes con psoriasis y que la coexistencia de alexitimia-psoriasis se asocia, como rasgo, a niveles altos de ansiedad.

Métodos: la escala de alexitimia de Toronto-20 (TAS-20) y el inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE) se aplicaron a 16 pacientes con psoriasis de

la consulta externa de Dermatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI y se compararon con 25 individuos control.

Resultados: de los pacientes con psoriasis, 25 % presentaron alexitimia, mientras que en el grupo control fue un 8 % ($p = 0.002$). Se observó correlación entre las puntuaciones de la TSA-20 y del IDARE-rasgo ($r = 0.6957$, $p < 0.0001$).

Conclusiones: la alexitimia se presenta con mayor frecuencia en individuos con psoriasis que en la población en general y los niveles de ansiedad como rasgo en individuos con psoriasis son similares, independientemente de la presencia de alexitimia.

tes con psoriasis que otras afecciones dermatológicas, y que la psoriasis a menudo pasa desapercibida y no es tratada.¹⁵⁻¹⁸ Existen escasos estudios respecto a la relación de la alexitimia y la psoriasis.¹⁹ Algunos resultados confirman una alta prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis (entre 33 y 40 %) en comparación con los controles;^{20,21} se reporta la existencia de factores de estrés presentes que son previos a la aparición de la psoriasis, pero se descarta la relación entre el grado de severidad o la cronicidad y la puntuación de alexitimia.^{21,22} Se sugiere que la alexitimia puede aumentar la exacerbación de la psoriasis posiblemente a través de la regulación emocional deteriorada, en la que el estrés, como respuesta adaptativa, activa el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y el sistema nervioso simpático afecta el sistema inmunológico y los posibles estados de la enfermedad.²³ Estos estudios proporcionan datos muy limitados que puedan apoyar un papel de la alexitimia como factor psicossomático en la psoriasis.²⁴

Métodos

Tipo de estudio y tamaño de la muestra

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo transversal (encuesta comparativa). El universo de trabajo estuvo constituido por 16 pacientes adultos con diagnóstico de psoriasis que acudieron a consulta subsecuente del servicio de Dermatología en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, durante los meses de abril y mayo del 2013 y un grupo control constituido por 25 sujetos sanos. Ambos grupos contestaron la escala de alexitimia de Toronto-20 (TAS-20) y el inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE). No fueron incluidos aquellos individuos con otras enfermedades autoinmunes, oncológicas o endocrinológicas, excepto diabetes mellitus 2 (DM2),

obesidad, dislipidemias, aquellos que estuvieran bajo tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos.

Instrumentos de medición

Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)

Cuestionario autoaplicable de 20 ítems, cada uno de ellos se contesta a través de una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que muestra el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado, con punto de corte para diagnosticar a un sujeto como alexitímico.

Inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE)

El cuestionario IDARE comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y rasgo (R). La ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano. La ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). El valor resultante se compara con una tabla con puntos de corte establecidos para determinar el nivel de ansiedad.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo una verificación de la calidad de captura de datos a través de la revisión aleatoria de un 10 % del total de los expedientes y un análisis exploratorio de datos para verificar resultados aberrantes. La descripción univariada se hizo a través de pruebas de estadística descriptiva: medidas de tendencia central, dispersión y proporciones, en el paquete Excel 2010.

El análisis estadístico de las variables categóricas se hizo por medio de χ^2 y la prueba exacta de Fisher. Para las variables ordinales se utilizó la prueba *U* de Mann Whitney. Se calcularon coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la TSA-20, el IDARE-estado y el IDARE-rasgo. El análisis estadístico inferencial y las gráficas se realizaron con el software estadístico GraphPad Prism 5.

Consideraciones éticas

Este proyecto se ajustó a las normas éticas internacionales, institucionales y a la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos.

Resultados

En ambos grupos predominó el sexo masculino (más del 70 %). El promedio de edad fue de 54 años (± 12). El 68 % de los individuos que integraron el grupo control no padecía alguna enfermedad, mientras que en el grupo con psoriasis, la DM se encontró en un 47 % de los pacientes, seguida de hipertensión arterial sistémica y dislipidemias, con un 25 % cada una. El porcentaje de consumo de tabaco fue más frecuente en el grupo con psoriasis (31 %), mientras que el de alcohol lo fue en el grupo control (40 %). La presencia de antecedentes de diagnóstico de algún trastorno mental

y/o tratamiento con psicofármacos resultó ser mayor en el grupo con psoriasis: 31 y 37 %, respectivamente, con una diferencia significativa al compararlos con el grupo control ($p = 0.0261$ y $p = 0.0094$).

El tiempo de evolución promedio de la psoriasis en los pacientes fue de 19 (± 11) años. El tratamiento sistémico más utilizado fue con metotrexate (31 %). Solo un 25 % de los pacientes no había sido sometido a tratamiento sistémico y más del 40 % había recibido el tratamiento por más de un año.

La puntuación promedio de la TSA-20 en el grupo con psoriasis fue de 36.8 (± 21.19) y en el grupo control 36.6 (± 18.63). El porcentaje de individuos con alexitimia en el grupo con psoriasis fue del 25 %, mientras que en el grupo control de 8 %; al comparar ambos grupos se encontró una diferencia significativa ($p = 0.002$). En el IDARE-estado, la puntuación promedio del grupo con psoriasis fue de 33.18 (± 8.47) y la del grupo control fue de 35.28 (± 9.74); asimismo, los resultados en ambos grupos fueron muy parecidos: más del 80 % tenía niveles de ansiedad-estado muy bajos o bajos. Respecto al IDARE-rasgo, la puntuación promedio para el grupo con psoriasis fue de 37.31 (± 12.47) y para el grupo control 36.56 (± 9.99); asimismo, en ambos grupos más de un 70 % estuvo dentro de los niveles de muy bajo y bajo, solo un 12.5 % del grupo con psoriasis presentó niveles altos de ansiedad-rasgo y un 4 % en el grupo control; no hubo diferencias estadísticamente significativas al compararlos (cuadro I).

Los individuos alexitímicos tanto del grupo control como del de psoriasis predominantemente arrojaron niveles de ansiedad-estado entre muy bajos, bajos o medios. Por otra parte el 50 % de los del grupo con psoriasis se situaron en niveles de alta ansiedad-rasgo, mientras que el 100 % del grupo control alcanzó niveles de ansiedad medios. Al comparar estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas (cuadro II).

Se calcularon coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la TSA-20, el IDARE-estado y el IDARE-rasgo; se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de alexitimia y la de ansiedad-rasgo ($r = 0.6957$, $p < 0.0001$), no así con la puntuación de ansiedad-estado.

Discusión

Este estudio es el único que se ha realizado en México y Latinoamérica en el que se comparan los niveles de alexitimia en pacientes con psoriasis con los de un grupo control y que además intenta relacionar la presencia de esta con niveles altos de ansiedad crónica como característica de la personalidad en dichos individuos.

Cuadro I Puntuaciones de la escala de alexitimia y ansiedad

Puntuación	Grupo Psoriasis		Grupo Control	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
TSA-20				
Con alexitimia*	4	25	2	8
IDARE-estado				
muy baja 20-31	6	37.5	9	36
baja 32-43	8	50	12	48
media 44-55	2	12.5	2	8
alta 56-67	0	0	2	8
muy alta 68-80	0	0	0	0
IDARE-rasgo				
muy baja 20-31	8	50	10	40
baja 32-43	4	25	8	32
media 44-55	2	12.5	6	24
alta 56-67	2	12.5	1	4
muy alta 68-80	0	0	0	0

*Tuvo una significación estadística de $p = 0.002$

TSA-20 = escala de alexitimia de Toronto-20; IDARE-estado = inventario de ansiedad estado; IDARE-rasgo = inventario de ansiedad rasgo

El porcentaje de alexitimia observado en el grupo con psoriasis (25 %) fue mayor al del grupo control (8 %), con una diferencia estadísticamente significativa. Este resultado concuerda con lo descrito en otros estudios respecto a la alta frecuencia; sin embargo, existe variación en los porcentajes reportados, ya que el rango se ha establecido entre 33 y 39 %.²⁰

Son escasos los estudios que han relacionado la ansiedad crónica con el curso clínico de la psoriasis y no existe alguno en el que se haya relacionado además con la alexitimia.²⁵ Se esperaba que las puntuaciones más altas del IDARE-rasgo se presentaran en los pacientes con psoriasis y alexitimia. Sin embargo, aunque se observó una pequeña diferencia, esta no fue estadísticamente significativa al ser comparada con el grupo control. Por otra parte hallamos una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de alexitimia y los niveles de ansiedad como rasgo de la personalidad. Esta observación apoya lo planteado por varios autores respecto al papel que ejerce la alexitimia en el curso de la psoriasis, ya que los individuos alexitímicos se caracterizan por una baja capacidad de adaptación adecuada a los diversos estresores ambientales, incluyendo el propio padecimiento dermatológico, lo cual favorece cambios en la actividad de diversos sistemas, como el nervioso, simpático, endocrino e inmune, que desencadenan o exacerban la psoriasis.^{8,23,26} Estos resultados podrían ampliarse a otras enfermedades (el asma, la dispepsia funcional, el síndrome de intestino irritable, la fibromialgia, etcétera) con una clara influencia psicossomática.¹⁰

Encontramos que los pacientes con psoriasis al ser comparados con el grupo control presentan una mayor proporción de antecedentes de diagnósticos de trastornos mentales y/o tratamiento psicofarmacológico. Esta característica está ampliamente descrita en la literatura y se reportan altas prevalencias para trastornos de ansiedad, depresivos, consumo de sustancias y suicidio.^{15,17,25}

Se predecía que el consumo de alcohol y tabaco fuera más frecuente en personas con psoriasis que en el grupo control, como ya ha sido reportado en estudios previos,¹⁷ pero en este estudio no fue así; por el contrario, la frecuencia más alta se presentó en el grupo control. Esto podría asociarse a la ausencia de diferencias entre los grupos en cuanto a los niveles de ansiedad.

Los resultados arrojados por este estudio deben ser tomados con cautela, ya que presenta como principal limitante un tamaño de muestra pequeño, por lo que la

Cuadro II Niveles de ansiedad en los individuos con alexitimia

Puntuación	Grupo			
	Psoriasis		Control	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
IDARE-estado				
muy baja 20-31	1	25	0	0
baja 32-43	1	25	1	50
media 44-55	2	20	1	50
alta 56-67	0	0	0	0
muy alta	0	0	0	0
IDARE-rasgo				
muy baja 20-31	0	0	0	0
baja 32-43	0	0	0	0
media 44-55	2	50	2	100
alta 56-67	2	50	0	0
muy alta	0	0	0	0

IDARE-estado = inventario de ansiedad estado; IDARE-rasgo = inventario de ansiedad rasgo

fortaleza del mismo no es la que hubiéramos deseado.

A pesar de que nuestro estudio no logró demostrar que los niveles de ansiedad, como rasgo de la personalidad, son más altos en aquellos individuos con alexitimia y psoriasis, dadas las limitaciones previamente mencionadas no es posible descartar esa posibilidad. Hacen falta estudios más grandes para poder hacer tales conclusiones.

Está plenamente comprobada la influencia del estrés en la psoriasis;^{15,21,27} sin embargo, como en muchas otras enfermedades, la etiología es multifactorial, por lo que el estudio, abordaje terapéutico y prevención son complejos. En un futuro podría demostrarse la influencia y las relaciones específicas del estrés como factor medioambiental precipitante o desencadenante, dentro de un determinado trasfondo genético que conduce a una enfermedad específica como la psoriasis.²⁸

Declaración de conflicto de interés: la autora ha completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Heinrich TW. Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *WMJ*. 2004;103(6):83-7.
2. Dragos D, Tanasescu MD. The critical role of psychosomatics in promoting a new perspective upon health and disease. *J Med Life*. 2009;2(4):343-9.
3. Woolfolk RL, Allen LA, Tiu JE. New directions in the treatment of somatization. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(4):621-44.
4. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with mul-

- tiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med*. 1986; 146(1):69-72.
5. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med*. 2008;70(6):716-22.
 6. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *J Psychosom Res*. 2003;54(5):425-34.
 7. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess*. 2007; 89(3):230-46.
 8. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Biopsychosoc Med*. 2013;7(1):1.
 9. Bailey PE, Henry JD. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Res*. 2007;150(1):13-20.
 10. Kojima M. Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *Biopsychosoc Med*. 2012;6(1):21.
 11. Willemsen RD, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol*. 2008; 47(9):903-10.
 12. Bahmer JA, Kuhl J, Bahmer FA. How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Derm Venereol*. 2007;87(4):317-24.
 13. Manolache LD, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *Int J Dermatol*. 2010;49(6):636-41.
 14. Chaudhury S, Das AL, John RT, Ramadasan P. Psychological factors in psoriasis. *Indian J Psychiatry*. 1998; 40(3):295-9. Texto libre <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2966606/>
 15. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010; 146(8):891-5.
 16. Rieder E y Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol*. 2011;51(1):12-26.
 17. Hayes J y Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther*. 2010; 23(2):174-80.
 18. Parafianowicz K, Sicinska J, Moran A, Szumanski J, Staniszewski K, Rudnicka L, et al. [Psychiatric comorbidities of psoriasis: pilot study]. *Psychiatr Pol*. 2010;44(1):119-26.
 19. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004; 45(3):155-9; quiz 160-1.
 20. Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A, Rached H, Rebai A, Turki H, et al. [Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients]. *Encephale*. 2009;35(1):10-7.
 21. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, et al. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*. 2005; 46(6): 556-64.
 22. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res*. 2005; 58(1):89-96.
 23. Hall JM, Cruser D, Podawiltz A, Mummert DI, Jones H, Mummert ME. Psychological stress and the cutaneous immune response: Roles of the HPA axis and the sympathetic nervous system in atopic dermatitis and psoriasis. *Dermatol Res Pract*. 2012; 2012:403908. doi: 10.1155/2012/403908. Epub 2012 Aug 30. Disponible en <http://www.hindawi.com/journals/drpr/2012/403908/>
 24. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study. *J Psychosom Res*. 2003; 55(3):189-96.
 25. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, et al. Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: A hospital-based case-control study. *Dermatol Res Pract*. 2012; 2012:381905. doi: 10.1155/2012/381905. Epub 2012 Jul 16. Texto libre <http://www.hindawi.com/journals/drpr/2012/381905/>
 26. Guilbaud O, Corcos M, Hjalmarsson L, Loas G, Jeammet P. Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed Pharmacother*. 2003; 57(7): 292-5.
 27. Heller MM, Lee ES, Koo JY. Stress as an influencing factor in psoriasis. *Skin Therapy Lett*. 2011;16(5):1-4. Texto libre <http://www.skintherapyletter.com/2011/16.5/1.html>
 28. Taylor AG, Goehler LE, Galper DI, Innes KE, Bourguignon C. Top-down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: development of an integrative framework for psychophysiological research. *Explore*. 2010; 6(1): 29-41. Texto libre <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818254/>