

Policlínico Docente "30 de Noviembre"

Psicoterapia autógena y psoriasis **Autogenous psychotherapy and psoriasis**

MsC. Moraima Mora Ochoa,¹ MsC. Isabel Bruna Hernández,² Dra. Albis Rosa Olivares Savignón³ y MsC. Tania María González Gross⁴

Resumen

Se efectuó un ensayo clinicoterapéutico en todos los pacientes con psoriasis, atendidos en el Policlínico Docente "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba, desde octubre del 2005 hasta igual mes del 2006, para evaluar la efectividad de la psicoterapia autógena. Los integrantes de la casuística fueron asignados aleatoriamente a uno de 2 grupos: los tratados con psicoterapia autógena asociada al tratamiento convencional (grupo de estudio) y los que recibieron tratamiento convencional (grupo control). Los datos obtenidos evidenciaron que al inicio del plan terapéutico todos los pacientes tenían síntomas de psoriasis en brotes, pero finalmente la terapia combinada resultó más efectiva.

Descriptores: PSORIASIS/terapia; PSICOTERAPIA; TERAPIA COMBINADA; DERMATITIS/terapia; ENFERMEDADES DE LA PIEL/terapia; ESTRÉS; PRURITO; ENSAYO CLÍNICO

Límites: HUMANO

Abstract

A clinical therapeutical trial was carried out in all patients with psoriasis, assisted at "30 de Noviembre" Teaching Polyclinic from Santiago de Cuba, from October, 2005 to October, 2006, to evaluate the effectiveness of the autogenous psychotherapy. The members of the case material were assigned at random to one of 2 groups: those treated with autogenous psychotherapy associated to the conventional treatment (study group) and those that received conventional treatment (control group). The obtained data evidenced that at the beginning of the therapeutic plan all the patients had psoriasis symptoms in outbreaks, but finally the combined therapy was more effective.

Subject headings: PSORIASIS /therapy; PSYCHOTHERAPY; COMBINED MODALITY THERAPY; DERMATITIS/therapy; SKIN DISEASES/therapy; STRESS; PRURITUS; CLINICAL TRIAL.

Limits: HUMAN

El primero en emplear el término psoriasis, del griego *psora* (prurito), fue Galeno, para designar una dermatosis pruriginosa del escroto. Hipócrates la clasificó dentro de las erupciones escamosas y más tarde, Willan en 1809 y Hebra en 1841, describieron pormenorizadamente la afección. Van Scoot y Ekel, en 1963, demostraron el estado hiperproliferativo de los queratinocitos en la piel de las personas con psoriasis.¹

Actualmente la psoriasis se define como una enfermedad cutánea inflamatoria, de causa multifactorial, con una incidencia mundial entre 1 y 2 %. Se considera la existencia de una anomalía

hereditaria, al referirse a antecedentes familiares en un tercio de las personas que presentan la dermatopatía.^{2,4} A pesar del planteamiento anterior, no existe acuerdo sobre el tipo de herencia involucrada y se reconoce su asociación con antígenos leucocitarios humanos (ALH): B13, B17, B27 y Cw6.⁵

Se estima que esta enfermedad se encuentra mediada por mecanismos autoinmunes donde participan las células T y actúan, además, factores precipitantes como ciertos medicamentos, infecciones, traumatismos, entre otros.⁶⁻⁸

Por muchos años, la psoriasis ha sido considerada una afección psicósomática. Hoy día, más de 60 % de los pacientes identifican el estrés como un factor causante o mantenedor de la enfermedad, el cual desempeña una función importante en el agravamiento de la condición, además de contribuir a la recidiva de esta o a la aparición de brotes repentinos. El estrés modula la respuesta inmune y es capaz de producir en la piel una respuesta inflamatoria que, de hacerse crónica, puede afectar incluso la capacidad de cicatrización y regeneración.²

Muchas de las personas con psoriasis (15 %) sufren prurito. De este porcentaje, 9 de cada 10 presentan algún tipo de trastorno psicósomático,⁹ por lo cual los tratamientos deben dirigirse a los aspectos psicosociales y físicos de la enfermedad.

A partir de 1912, Schultz elaboró los principios del entrenamiento autógeno, partiendo de las observaciones en el uso de la hipnosis, la cual dominaba a la perfección. En 1926 comunicó a la Asociación Médica de Berlín los primeros resultados obtenidos con su método de autohipnosis. La denominación de entrenamiento autógeno la fundamenta etimológicamente del griego *autos* (sí mismo), *gen* (devenir) y podría traducirse como una ejercitación o entrenamiento, desarrollado a partir del propio "sí mismo" del sujeto y que configura a dicho "sí mismo".^{10,11}

Según Schultz: "El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación, mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos."¹² Este método es, por tanto, una conducta terapéutica educativa o reeducativa, que utilizan técnicas elaboradas y codificadas para el control del sector tensional y tónico; al tiempo que busca un reposo lo más eficaz posible, intenta lograr una economía de fuerzas nerviosas puestas en juego por la actividad general del individuo.¹¹

Teniendo en cuenta los aspectos expuestos, se decidió aplicar el método de relajación autógena en pacientes con psoriasis y distintos niveles de estrés, para evaluar la efectividad de la psicoterapia combinada con tratamiento convencional.

Métodos

Se efectuó un ensayo clinicoterapéutico en todos los pacientes con psoriasis, atendidos en el Policlínico Docente "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba, desde octubre del 2005 hasta igual mes del 2006, para evaluar la efectividad de la psicoterapia autógena.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes de 15 años y más con diagnóstico de psoriasis. Inicialmente estos fueron dispensarizados de acuerdo con su afección; luego, en coordinación con el psicólogo del área, se aplicaron los tests: Escala sintomática de estrés y Escala de niveles de estrés para definir los que tenían ciertos niveles de estrés.

Se les explicó el proceder, así como las características del estudio, a fin de obtener su consentimiento para participar en la investigación. Se tuvieron en cuenta determinados criterios de inclusión: pacientes mayores de 15 años, con diagnóstico positivo de psoriasis y cierto nivel de estrés según prueba psicométrica (o clasificaran en la escala sintomática de estrés). Quedaron excluidos los que no se correspondían con los parámetros antes mencionados.

Los integrantes de la casuística fueron asignados aleatoriamente a uno de 2 grupos: los tratados con psicoterapia autógena asociada al tratamiento convencional (grupo de estudio) y los que recibieron tratamiento convencional (grupo control).

El tratamiento convencional aplicado de la siguiente forma:

- Tratamiento externo: Ictiol (ungüento), crema suavizante o clobetasol en crema 2 veces al día sobre las lesiones, de acuerdo con el estado de la piel.
- Tratamiento interno: Benadrilina (25 mg), una tableta cada 8 horas.

Método de psicoterapia autógena

Plan de ejercicios: Cada uno de los ejercicios básicos de entrenamiento poseía una frase que formulaba aspectos de la experiencia propioceptiva, foco de la concentración:

1. ¡El brazo derecho (izquierdo) pesa mucho!: lo decían 5 ó 6 veces, en un tono monótono, como una cinta magnetofónica y ¡Estoy muy tranquilo!, solo una vez.
2. Primero realizaban el ejercicio y luego ¡El brazo derecho (izquierdo) está muy caliente! (repetían 5 ó 6 veces) ¡Estoy muy tranquilo! (solo una vez). A partir de este punto se alternaban los ejercicios 1 y 2.
3. Primeramente el ejercicio 1, luego el 2 y después se continuó con: ¡El corazón tranquilo, fuerte, siempre igual! (5 ó 6 veces) y ¡Estoy muy tranquilo! (solo una vez). A partir de este punto se alternaban los ejercicios: 1, 2 y 3.
4. Primero el ejercicio 1, luego el 2 y el 3, y se continuó con: ¡Respiro muy tranquilo! (5 ó 6 veces) y ¡Estoy muy tranquilo! (solo una vez), a continuación: 1, 2, 3, 4.
5. Primero el ejercicio 1, luego el 2, 3, y 4, se seguía con: ¡El plexo solar irradia calor! (5 ó 6 veces) y ¡Estoy muy tranquilo! (solo una vez). A continuación: 1, 2, 3, 4, 5.
6. Primero 1, 2, 3, 4 y 5, luego ¡Siento algo de frescor en la frente! (de 5 a 6 veces) y ¡Estoy muy tranquilo! (solo una vez). A continuación 1, 2, 3, 4, 5, 6.

El médico, auxiliado por un psicólogo, estuvo presente en cada encuentro para ofrecer apoyo, confianza y seguridad a los pacientes, con vista a establecer una relación pertinente.

Se les orientó que el ejercicio debía comenzarse con una duración de 2 a 3 minutos e ir aumentando progresivamente entre 10 y 20 minutos, 3 veces en el día. Además de ello se les aclaró que la posición a adoptar sería la de tendido sobre una cama o diván, con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo, apartados del cuerpo, manteniendo los ojos cerrados durante todo el ejercicio y que se chequearía semanalmente el avance hacia la mejoría antes de incrementar un nuevo ejercicio, en dependencia del cumplimiento del ejercicio anterior. El plan de entrenamiento estaba concebido inicialmente para 6 semanas y aun cuando completaran los esquemas de entrenamiento autógeno, deberían mantener el registro de estos en el diario establecido.

A ambos grupos se les explicó que debían anotar diariamente los cambios que experimentaban en relación con los síntomas iniciales y acudir en busca de ayuda médica si empeoraba el cuadro clínico, así como también que serían evaluados en la consulta de Dermatología, semanalmente en el primer mes y luego a los 2, 4 y 6 meses, respectivamente.

Se aplicó la prueba de comparación de proporciones (ji al cuadrado), con un nivel de significación de 0,05.

Resultados

En la **tabla 1** se muestra que al inicio del tratamiento los síntomas que caracterizaron a los brotes en el grupo de estudio estuvieron dados por la presencia de nuevas lesiones o extensión de las ya existentes, descamación, eritema y prurito, en todos los casos, mientras que 86,6 y 60,0 % tenían fisuras y trastornos del sueño, respectivamente.

A los 2 meses de haber comenzado la terapia combinada, solo 13,4 % mantenían nuevas lesiones, habían desaparecido las fisuras, el eritema disminuyó en 13,4 % de los casos y el prurito a 6,6 %. Los trastornos del sueño se redujeron a 26,6 %, lo cual indicó la mejoría clínica y psicológica de los pacientes.

A los 4 meses se mantenía la descamación, seguida de la presencia de cambios de carácter, dado por 20 % de la serie, además de trastornos del sueño y taquicardia en 13,4 % de los pacientes.

En el sexto mes, solo 13,4 % presentaba descamación, 6,6 % trastornos del sueño, con desaparición de los otros síntomas; resultados significativos ($p < 0,05$).

Tabla 1. *Pacientes con psoriasis, del grupo de estudio, según evolución clínica de la enfermedad antes del tratamiento y a los 2, 4 y 6 meses*

Evolución clínica	Inicio		2 meses		4 meses		6 meses	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nuevas lesiones	15	100,0	2	13,4	-	-	-	-
Descamación	15	100,0	10	66,6	3	20,0	2	13,4
Fisuras	13	86,6	-	-	-	-	-	-
Eritema	15	100,0	2	13,4	-	-	-	-
Prurito	15	100,0	1	6,6	-	-	-	-
Taquicardia	7	46,6	3	20,0	2	13,4	-	-
Sudoración de las manos	1	6,6	-	-	-	-	-	-
Cambios de carácter	6	40,0	3	20,0	3	20,0	-	-
Trastornos del sueño	9	60,0	4	26,6	2	13,4	1	6,6
Síntomas depresivos	8	53,4	2	13,4	1	6,6	0	0
Trastornos de conducta	1	6,6	1	6,6	0	0	0	0

Todos los pacientes del grupo control, al inicio del estudio (**tabla 2**), manifestaron nuevas lesiones, descamación, fisuras, eritema y prurito, seguidas de trastornos del sueño (86,6 %) y síntomas depresivos (80,0 %).

A los 2 meses, en 66,6 % de los casos se mantenían las nuevas lesiones, descamación, eritema y prurito. Los trastornos del sueño persistieron en 80,0 % y los síntomas depresivos en 66,6 %. A los 4 meses, en 8 pacientes (53,4 %) persistían las nuevas lesiones, descamación, eritema y prurito. Los síntomas depresivos se evidenciaron en 53,1% y los trastornos del sueño en 60,0 %. Ya a los 6 meses permaneció la taquicardia (46,6 %) y se observaron nuevas lesiones, descamación, eritema, cambios de carácter y síntomas depresivos (26,6 %). No se encontró diferencia significativa.

Tabla 2. *Pacientes con psoriasis, en el grupo control, según evolución clínica de la enfermedad al inicio del estudio y a los 2, 4 y 6 meses*

Evolución clínica	Inicio		2 meses		4 meses		6 meses	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nuevas lesiones	15	100,0	10	66,6	8	53,4	4	26,6
Descamación	15	100,0	10	66,6	8	53,4	4	26,6
Fisuras	15	100,0	8	53,4	1	6,6	2	13,4
Eritema	15	100,0	10	66,6	8	53,4	4	26,6
Prurito	15	100,0	10	66,6	8	53,4	3	20,0
Taquicardia	8	53,4	5	33,4	7	46,6	7	46,6
Sudoración de manos	3	20,0	3	20,0	1	6,6	1	6,6
Cambios de carácter	5	33,4	5	33,4	4	26,6	4	26,6
Trastornos del sueño	13	86,6	12	80,0	9	60,0	3	20,0
Síntomas depresivos	12	80,0	10	66,6	10	66,6	4	26,6

p >0,05

Según la escala sintomática de estrés (**tabla 3**), previo a la aplicación de la terapia en el grupo de estudio, 53,4 % de los pacientes se hallaban muy frecuente o continuamente estresados, mientras que 46,6% lo estaban frecuentemente; a los 2 meses, 40 % mostraban frecuentemente estrés; a los 4 meses, ya 53,4 % fueron evaluados como raramente o nunca, lo cual ascendió a 80,0 % en el sexto mes.

Tomando en cuenta la escala de niveles de estrés, al inicio del estudio, en 53,4 % este era excesivo y 40,0 % se encontraban estresados; a los 2 meses, 40,0 % estaban en la escala límite; a los 4 meses, 53,4 % habían sido incluidos en la categoría de normal hasta alcanzar 80,0 % a los 6 meses.

Tabla 3. *Pacientes con psoriasis según resultados de las pruebas psicométricas (grupo de estudio)*

Pruebas psicométricas	Grupo de estudio							
	Inicio		2 meses		4 meses		6 meses	
Escala sintomática de estrés	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Raramente o nunca	-	-	5	33,4	8	53,4	12	80,0
Algunas veces	-	-	4	26,6	5	33,4	3	20,0
Frecuentemente	7	46,6	6	40,0	2	13,3	-	-
Muy frecuente o continuamente	8	53,4	-	-	-	-	-	-
Escala de niveles de estrés								
Normal	-	-	5	33,4	8	53,4	12	80,0
Límite	1	6,6	6	40,0	7	46,6	3	20,0
Estresado	6	40,0	4	26,6	-	-	-	-
Excesivo estrés	8	53,4	-	-	-	-	-	-

p < 0,05

De acuerdo con la escala sintomática de estrés (**tabla 4**), en el grupo control puede apreciarse que antes de aplicar el tratamiento, 66,6 % de los pacientes estaban muy frecuente o continuamente estresados y 33,4 % frecuentemente estresados, lo cual ascendió para ambas clasificaciones a 40,0 % a los 2 meses; al cuarto mes, 46,6 % se mantenían evaluados como muy frecuentemente estresados y 33,4 % lo estaban frecuentemente; a los 6 meses, 46,6% permanecían muy frecuente o continuamente estresados y 40,0 % frecuentemente.

Al aplicar la escala de niveles de estrés, al inicio del tratamiento, 60,0 % estaban excesivamente estresados y 40,0 % estresados; a los 2 meses, 53,4 % fueron evaluados con excesivo estrés y 33,4 % como estresados; a los 4 meses, 46,6 % se hallaban estresados y 40,0 % tenían excesivo estrés; mientras que a los 6 meses, 40,0 % se encontraban estresados y 33,4% en el límite. Los resultados no fueron significativos.

Tabla 4. *Pacientes con psoriasis según resultados de pruebas psicométricas (grupo control)*

Pruebas psicométricas	Grupo control							
	Inicio		2 meses		4 meses		6 meses	
Escala sintomática de estrés	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Algunas veces	-	-	3	20,0	3	20,0	2	13,3
Frecuentemente	5	33,4	6	40,0	5	33,4	6	40,0
Muy frecuente o continuamente	10	66,6	6	40,0	7	46,6	7	46,6
Escala de niveles de estrés								
Límite	-	-	2	13,3	2	13,3	5	33,4
Estresado	6	40	5	33,4	7	46,6	6	40,0
Excesivo estrés	9	60	8	53,4	6	40,0	4	26,6

p > 0,05

En cuanto a la respuesta al tratamiento (**tabla 5**), en el grupo de estudio fue satisfactoria en 86,6 % de los pacientes y en 53,4 % de los tomados como control, lo cual fue significativo.

Tabla 5. *Pacientes según respuesta al tratamiento, al finalizar el estudio*

Respuesta	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Satisfactoria	13	86,6	8	53,4
No satisfactoria	2	13,4	7	46,6
Total	15	100,0	15	100,0

p < 0,05

Discusión

Como puede apreciarse, al iniciar el plan terapéutico en estos pacientes y para ambos grupos, se destacaban los síntomas y signos desde el punto de vista psicofísico, los cuales caracterizan a la enfermedad y están presentes en cada brote. Esto supone una merma en la calidad de vida de las personas afectadas, debido a la gran importancia que tiene la imagen de la persona, sobre todo en casos severos, individuos que tienden al aislamiento social por miedo al rechazo o a un verdadero rechazo por parte de personas desinformadas.^{13, 14}

En los pacientes del grupo de estudio, según iban dominando los ejercicios de la terapia autógena, asociados al tratamiento convencional, se observaba una notable mejoría, evolución que no ocurrió de la misma forma en el grupo control.

Diversos estudios realizados, así como los antecedentes recogidos en las historias clínicas de los pacientes con psoriasis, sugieren que el estrés emocional puede ser un factor desencadenante o perpetuante; también en un porcentaje elevado de ellos se presentan trastornos de la personalidad y síntomas psiquiátricos variables.¹

Cinco casos demostrativos, en una investigación revisada, revelan una alta prevalencia de trastornos de la ansiedad y menos frecuentemente de la personalidad y del humor. Identifican dificultades asociadas a la imagen corporal y a las relaciones con los demás, también fueron relevantes algunos aspectos de la sexualidad. La vida siempre es difícil de disfrutar cuando hay una dermatosis crónica.¹⁵

La psicoterapia autógena combinada con la terapéutica convencional, aplicada al grupo de estudio, resultó ser más eficaz para el tratamiento de la psoriasis en brotes.

Referencias bibliográficas

1. Cortes Hernández M. Psoriasis. En: Manzur J, Díaz Hernández J, Cortes M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002:123-34.
2. Velázquez P. Psoriasis. <<http://www.medicosecuador.com/español/articulos/224.htm>> [consulta: 9 octubre 2007].
3. Fernández Hernández-Baquero G. Dermatología. 2 ed. La Habana: Editorial Científico- Técnica, 1986: 24-9.
4. Fernández Forester C, Fonseca Capdevila E. Trastornos dermatológicos. Psoriasis. En: Manual Merck.<<http://www.harcourt.es>> [consulta: 9 octubre 2007].
5. Pérez Catapós ML. Estrés psíquico en psoriasis. Santiago de Chile: Unidad Docente Asociada de Dermatología, 2005.
6. Giardina E, Sinibaldi C, Novelli G. The psoriasis genetic as a modelo of complex disease. Curr Drug Target Inflamm Allergy 2004; 3:129-36.
7. Ozawa M, Aiba S. Immunopathogenesis of psoriasis. Curr Drug Target Inflamm Allergy 2004; 3:137-44.

8. Jonathan Cantor. Psoriasis <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanisch/print/ency/article/000434.htm>> [consulta: 5 octubre 2007]
9. Catalán JL. Desestresarse sin estrés. <<http://www.cop.es/colegiados/a/psicologiacognitiva.htm>>[consulta: 19 abril 2008].
10. González de Rivera JL. Psicoterapia autógena. Manual de iniciación teórico práctico. Madrid: Universidad de Educación a Distancia, 1999: 77-110.
11. Catalán JL. El entrenamiento autógeno de Scout. [Psicología en línea]. 2006;9 <dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_tesis?codigo=595&orden=0> [consulta: 20 febrero 2008].
12. Vera MN, Vila J. Técnicas de relajación. En: Caballo VE. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid, 1991:161-182. <www.psicologia-online.com/.../teramult.htm>[consulta: 9 abril 2008].
13. Psoriasis. En Wikipedia. <<http://es.wikipedia.org/wiki/psoriasis>>[consulta: 5 noviembre 2007].
14. Alfonso Trujillo I, Díaz García M, Sagaró DB, Alfonso TY. Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. Rev Cubana Med 2004; 45 (14): 34-58.
15. Rodríguez Vivas CJ, Sosa Barrieto L. Cinco casos demostrativos de un estudio psicosomático en enfermos psoriásicos. Arch Hospital Vargas 2002;44 (½): 60-7.

MSc. Moraima Mora Ochoa. Calle 6, No. 66, e/ 11 y 13, reparto Marialina, Santiago de Cuba

- ¹ **Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Dermatología. Máster en Medicina Natural y Tradicional**
Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba
- ² **Especialista de I Grado en Gastroenterología. Máster en Medicina Natural y Tradicional**
Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba
- ³ **Especialista de I Grado en Pediatría**
Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba
- ⁴ **Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas**
Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba

Recibido: 14 de mayo del 2008

Aprobado: 12 de junio del 2009

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mora Ochoa M, Bruna Hernández I, Olivares Savignón AR, González Gross TM. Psicoterapia autógena y psoriasis [artículo en línea]. MEDISAN 2009;13(5)<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san05509.htm> [consulta: día/mes/año].