

# Alergia y salud mental. Estudio epidemiológico interdisciplinario

Allergy and mental health. Interdisciplinary epidemiological study

Rut Agüero<sup>1</sup>, Nora Figueroa<sup>1</sup>, Si Ivia Valongo<sup>2</sup>, Guillermo Mujica<sup>1</sup>, Jorge Molinas<sup>1</sup>

1. Cátedra de Fisiología Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Rosario. 2. Cátedra de Paidopsiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Rosario. Rep. Argentina.

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2011;42(1):xx-xx

## Resumen

**Fundamento.** La asociación bidireccional entre factores psicosociales y afecciones alérgicas ha sido abordada históricamente con resultados poco concluyentes y el número de estudios que la abordan es escaso en Argentina.

**Objetivo.** Valorar la asociación entre prevalencia de enfermedades alérgicas y variables del contexto de la salud mental.

**Lugar de aplicación.** Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

**Diseño.** Estudio observacional de corte transversal.

**Población.** Se integró con 3.183 adultos jóvenes, 66,3% mujeres, entre 17 y 36 años.

**Método.** Se utilizaron cuestionarios para enfermedades alérgicas y factores psicológicos y familiares.

**Resultados.** Se observó ansiedad significativa en asociación con asma, rinitis, eccema, urticaria y angioedema. Se halló dificultad para identificar y distinguir sentimientos de sensaciones corporales y para describir sentimientos en los individuos sintomáticos. Se encontró mayor frecuencia de padres ausentes entre individuos que manifestaban asma o rinitis y de primogénitos en sujetos que referían rinitis. Todas las enfermedades se asociaron a la presencia de antecedentes familiares y al tabaquismo.

**Conclusión.** La significativa asociación entre factores psicológicos y alergia agrega evidencias para sugerir la necesidad del abordaje interdisciplinario de alergia tanto en el campo de la investigación fisiopatológica o epidemiológica como en el terreno de la promoción, prevención y atención de la salud integral de las personas.

**Palabras claves:** alergia, ansiedad, alexitimia, factores familiares.

## Abstract

**Background.** Bidirectional relationship between psychosocial factors and allergic processes has been historically assessed but remain inconclusive and not much explored in Argentine.

**Objective.** To assess associations between allergic conditions prevalence and some factors related to mental health.

**Setting.** Medical Sciences Faculty, National University of Rosario, Argentina.

**Design.** Observational cross sectional study.

**Population.** 3183 young adults, 66,3% female aged 17 to 36 years.

**Methods.** Statement with different instruments for the symptomatic exploration of allergy and some psychological and familiar factors.

**Results.** Significant anxiety in association with asthma, rhinitis, eczema, urticaria and angioedema were observed. Difficult to identify and distinguish feelings from corporal sensations and to describe feelings were observed in all allergic conditions. Individual which had shown asthma and rhinitis had more frequently the absence of father alive. Among rhinitis subjects the first order of birth was significantly observed. All diseases were associated with the presence of family history and smoking.

**Conclusion.** Significant association between psychological factors and allergic condition were shown. Factors analyzed were related to genetic heritage as much as individual development in familiar and sociocultural environment. They constitute evidence enough to suggest the need of the interdisciplinary boarding of allergy so much at the field of the physiopathologic or epidemiologic investigation as in the ground of promotion, prevention and attention of the people comprehensive health.

**Key words:** allergy, anxiety, alexythimia, family factors.

## Introducción

Los síndromes identificados actualmente como enfermedades alérgicas han sido descriptos durante siglos. La mención más temprana que se conoce de una enfermedad

alérgica se remonta a un papiro egipcio en el cual se indican más de 700 remedios para su cura. Posteriormente Hipócrates (460-360 a. C.) presenta el asma como entidad clínica o síntoma en su *Corpus Hippocraticum* y Maimónides (1135-1204 d. C.) la describe en su *Tratado*

*del asma*. En etapas posteriores (siglo XIX) se la presentaba como una afección neurótica (tratado médico de Sir William Osler). Probablemente como consecuencia de la complejidad que caracteriza el desarrollo y curso de estas patologías, y coincidiendo con los vaivenes propios del desarrollo histórico de la medicina, su abordaje ha oscilado desde la concepción basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatómo-clínica y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona (incluyendo su temperamento) y que por tanto tiene en cuenta sus aspectos psicológicos. De esta manera, hasta que se conoció la naturaleza inflamatoria del asma, se la incluía entre los desórdenes puramente psicógenos y se la refería comúnmente como “asma nervosa”. Este concepto se extendió durante el siglo XX. Más precisamente, durante las décadas del 30 al 50, el asma fue considerada una de las siete enfermedades psicósomáticas consagradas, pensamiento que fundamentaría seguramente los avances médicos de ese tiempo sobre el tema. Los aportes más significativos correspondieron a la corriente psicoanalítica. El ataque de asma se desencadenaría en respuesta a emociones reprimidas que buscan una expresión, tal como un llanto reprimido, o bien la expresión de conflictos durante la fase oral del desarrollo de la libido [1]. De esta misma corriente surge el constructo alexitimia, la dificultad de las personas para identificar y/o expresar su estado emocional, que ha sido relacionada con la fisiopatología de diversas enfermedades psicósomáticas [2]. Desde las corrientes conductistas, se ha sugerido que la resistencia respiratoria y otros síntomas que acompañan a la enfermedad pueden estar motivados o reforzados en procesos cognitivos y perceptuales como condicionamientos y sugestión [3]. La corriente cognitiva ha efectuado el aporte más extenso en los últimos años considerando que un estado de activación emocional, o de estrés, pueden acentuar los síntomas del asma y que estos síntomas generan a su vez más ansiedad completando así un círculo vicioso [4].

También se ha implicado al estrés familiar en el desarrollo del asma en la niñez. Desde las teorías psicológicas sistémicas se han postulado organizaciones familiares particulares en torno a los pacientes alérgicos [5].

En relación con las afecciones dérmicas, la investigación del impacto de factores de orden psicológico y social en su etiopatogenia y posterior evolución ha seguido un curso similar a los descriptos para los procesos respiratorios, incluyendo el estudio de la influencia del estrés, las características alexitímicas, la presencia de apoyo familiar, entre otros. Sin embargo, el número de trabajos en el área es bastante más escaso.

Los avances en el conocimiento del sistema inmune y del genoma humano permitieron unificar varios fenómenos sintomáticos bajo una base común genético inmunológica. A

partir de entonces fue posible definir los términos hipersensibilidad y atopía. El primero indica una respuesta inmune aumentada o exagerada que se desarrolla después de más de una exposición a un antígeno. Por otro lado, el término atopía permite describir enfermedades alérgicas como asma, rinitis y dermatitis atópica, que mostraban una predilección familiar y una predisposición genética implicada [6].

Conjuntamente la medicina psiquiátrica en el marco del contexto clasificatorio DSM-IV disgrega el grupo de entidades denominadas psicósomáticas y las reorganiza en *Factores psicológicos que afectan al estado físico* [7].

En el orden internacional, los trabajos que mencionan factores psicológicos y sociales en relación con enfermedades alérgicas se incrementan en un factor de 10 entre 1994 y 2009. En un estudio sistemático y de metaanálisis efectuado en 2007 se observa que de 43 estudios sobre el tema, seleccionados por su calidad, el 90,7% se refiere a trastornos de asma seguido por un 4,7% dedicado a rinitis y 2,3% a dermatitis, mientras que en nuestro país la producción al respecto sigue siendo de escasa a nula [8,9].

En los últimos seis años, nuestro equipo de trabajo ha investigado la asociación de diversos factores ambientales, psicológicos, sociales y genéticos con estas enfermedades en jóvenes de nuestra población [10,11]. En este trabajo se describen los resultados más significativos respecto de los procesos alérgicos en nuestro medio y posibles relaciones con aspectos de la salud mental.

## Objetivo

Valorar la asociación entre la prevalencia de las enfermedades alérgicas y las diferentes variables del contexto de la salud mental.

## Material y métodos

### Diseño

Se utilizó un modelo de estudio observacional de corte transversal para valorar la asociación entre la prevalencia de las enfermedades alérgicas y las diferentes variables del contexto de la salud mental.

### Población y muestra

La población de donde se obtuvo la muestra estuvo conformada por adultos jóvenes estudiantes de los tres primeros años de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario. Estudian en ella un total aproximado de 12.000 alumnos, que provienen de diferentes regiones del país (en su mayoría de las provincias de Santa Fe, Entre Ríos, norte de Buenos Aires y este de Córdoba), con una rica variedad de estilos de vida y costumbres. Al momento de realizar estos estudios, la gran mayoría de los estudiantes eran de etnia

**Tabla 1.** Configuración de las diferentes submuestras.

	Individuos	Varones	Mujeres	Edad (media ± DE)
Ansiedad / Depresión	877	320 (36,5%)	557 (63,5%)	21,1±3,6 años
Alexitimia	430	135 (31,4%)	295 (68,6%)	20,6±2,6 años
Contexto y antecedentes familiares	1876	623 (33,2%)	1253 (66,8%)	20,8±3,1 años

**Tabla 2.** Datos de relevancia para enfermedades alérgicas en la encuesta.

Edad: \_\_\_\_ años    Sexo: Masculino  Femenino

- ¿Tuvo alguna vez sibilancias o silbidos en el pecho en algún momento de su vida?
- ¿Tuvo sibilancias o silbidos en el pecho en los últimos 12 meses?
- ¿Tuvo alguna vez un problema con estornudos, mucosidad nasal acuosa, o congestión nasal, sin estar resfriado o con gripe?
- ¿En los últimos 12 meses ha tenido problemas con estornudos, mucosidad nasal acuosa, o congestión nasal, no estando resfriado o con gripe?
- ¿Tuvo alguna vez una erupción con picazón que estuvo yendo y viniendo al menos 6 meses?
- ¿Tuvo alguna vez una erupción con picazón en los últimos 12 meses?
- ¿Tuvo alguna vez una erupción, caracterizada por manchas o ronchas (pápulas) rojas, con picazón, que cedió sola o con medicación en menos de 24 horas?
- ¿Tuvo en el último año algún episodio como el mencionado en la pregunta anterior?
- ¿Tuvo alguna vez hinchazón de la piel sin enrojecimiento y sin que hubiese una causa aparente como traumatismos o infecciones?
- ¿Tuvo en el último año algún episodio como el mencionado en la pregunta anterior?

caucásica y un porcentaje menor de origen amerindio representado por algunos individuos de la zona noroeste del país o de Perú.

Se utilizó una muestra extraída al azar de la población, constituida por un total de 3.183 individuos (66,3% mujeres, con edades comprendidas entre 17 y 36 años.), que fueron seleccionados mediante un proceso de asignación de números aleatorios (programa análisis de Epi-Info) a los listados de alumnos de primero a tercer año de la carrera de Medicina que realizaban actividades académicas en la cátedra de Fisiología Humana durante los años 2005 a 2008. La distribución de las submuestras puede observarse en la **Tabla 1**.

### Herramientas de valoración

Todos los individuos respondieron un cuestionario original desarrollado para valorar la presencia de síntomas de URT y ANG y cuestionarios validados ISAAC [12] para síntomas, en adolescentes, de SEDA, AB y RA (**Tabla 2**). Además, diferentes grupos completaron escalas de evaluación ansiedad-depresión (HADS) [13], de alexitimia (autocompletamien-

**Tabla 3.** Datos de relevancia de la encuesta HADS y la escala de Toronto.

La escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) define según el puntaje obtenido, la ausencia (<7) o la presencia en grado "probable" (8-10) o "significativo" (>11) de ansiedad y/o depresión. Utiliza 14 preguntas con 4 posibles respuestas sugeridas cada una. A continuación se enumeran las preguntas:

1. Me siento tenso o emocionalmente agredido.
2. Sigo disfrutando de lo que solía disfrutar.
3. Tengo una sensación de temor, como si algo terrible estuviera por suceder.
4. Puedo reír y ver el lado divertido de las cosas.
5. Pensamientos preocupantes atraviesan mi mente.
6. Me siento alegre.
7. Puedo permanecer sentado tranquilo y sentirme relajado.
8. Me siento entenebrado.
9. Tengo una sensación atemorizante, como un hormigueo en el estómago.
10. He perdido el interés por mi aspecto personal.
11. Me siento inquieto, como si tuviese que estar en movimiento.
12. Aguardo las cosas con interés.
13. Tengo repentinas sensaciones de pánico.
14. Puedo disfrutar de un buen libro o un buen programa de radio o televisión.

La escala de alexitimia de Toronto (TAS) fue la primera prueba validada de acuerdo con los principios de la psicometría moderna para evaluar alexitimia. Ha sido ampliamente revalidada y aplicada en numerosas poblaciones y en diversas lenguas, incluido el castellano.

La escala comprende 26 ítems que describen conductas, pensamientos y preferencias que son ranqueados por los evaluados mediante una escala de 5 puntos según el grado de acuerdo o no. Algunos ítems implican valoración negativa.

En el contexto de la prueba han sido identificadas cuatro subescalas que reflejan cuatro facetas del constructo alexitimia:

- F1: Dificultad para distinguir entre "sentimientos" y "sensaciones corporales".
- F2: Dificultad para describir "sentimientos".
- F3: Disminución en el grado de ensoñación diurna, fantasías y procesos ideativos.
- F4: Pensamiento orientado exteriormente con escasa tendencia a la introspección.

De acuerdo con la recomendación de sus creadores, el score igual y/o mayor a 74 define la presencia de alexitimia.

to de Toronto) [14], test de autocompletamiento de frases de Rotter en versión modificada de Sacks [15] y cuestionarios sobre antecedentes familiares. Los cuestionarios pueden observarse en la **Tabla 3**. El test de auto completamiento de frases Rotter permitió evaluar aspectos relacionados con las actitudes frente a las figuras parentales y el grupo familiar, temores, sentimiento de culpa, actitud frente a las propias capacidades y actitud frente al pasado y al futuro.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario. Se mantuvo bajo estricta reserva el anonimato de los encuestados.

### Análisis estadístico

El análisis estadístico de la información se efectuó con el programa Epi-Info. Para el análisis de la significación de las asociaciones entre variables cualitativas se calculó el *odds ratio* (OR, desigualdad relativa) con límites de confianza de Cornfield del 95% (IC95%) mediante Chi-cuadrado con corrección de Yates, y se utilizó la *t* de Student para

**Tabla 4.** Asociación entre factores psicológicos y síntomas de enfermedades alérgicas.

	Asma	Rinitis	Eccema atópico	Urticaria	Angioedema	Personas que no refieren síntomas
Ansiedad (significativa)	18% p=0,08	17% p< 0,05	22% p<0,05.	18% p< 0,05	36% p<0,05	10%
Depresión (significativa)	3% p=n.s.	3% p=n.s.	6% p<0,05	3% p=n.s.	9% p<0,05	3%
Dificultad para identificar y distinguir sentimientos de sensaciones corporales	Score promedio (escala de Toronto): 21,8 ± 6,9; p< 0,05					20,5 ± 7,2
Dificultad para describir sentimientos	Score promedio (escala de Toronto): 10,3 ± 4,3; p< 0,05					9,6 ± 4,0

**Tabla 5.** Asociación entre el hábito de fumar y síntomas de enfermedades alérgicas.

	Asma	Rinitis	Eccema atópico	Urticaria	Angioedema	Personas que no refieren síntomas
Hábito de fumar	46,4% p<0,05	41,3% p<0,05	49,0% p<0,05	50,7% p<0,05	53,3% p<0,05	32%

**Tabla 6.** Asociación entre factores familiares y síntomas de enfermedades alérgicas.

	Asma	Rinitis	Eccema atópico	Urticaria	Angioedema	Personas que no refieren síntomas
Padre ausente (vivo pero no conviviente o fallecido)	48,5% p<0,05	36,5% p<0,05	31,9%			28,8%
Primogénito con hermanos menores	47,1%	50,4% p<0,05	51,2%			43,7%
Antecedentes maternos	20,4% p<0,05	65,2% p<0,05	38,5% p<0,05	27,9% p<0,05	15,8% p<0,05	15,9%
Antecedentes paternos	26,4% p<0,05	71,4% p<0,05	44,8% p<0,05	32,4% p<0,05	33,3% p<0,05	9,5%
Ambos antecedentes	23,5% p<0,05	77,7% p<0,05	75,0% p<0,05	37,5% p<0,05	20% p<0,05	3,4%

valorar la significación de las asociaciones entre variables dicotómicas y cuantitativas. Para ponderar la influencia de los factores de confusión se realizaron análisis estratificados calculando el OR crudo para todos los estratos y el OR ponderado de Mantel-Haenszel con límites de confianza de Cornfield del 95%.

## Resultados

La prevalencia de síntomas de enfermedades alérgicas en los últimos 12 meses se puede observar en la **Figura 1**. El 53,9% de los individuos refirió no padecer síntomas de ninguna de estas enfermedades.

En el grupo de individuos que manifestaban estos síntomas de enfermedades alérgicas se observó mayor frecuencia de ansiedad significativa que en aquellos que referían no padecer ninguna enfermedad alérgica. En el caso de la prevalencia de depresión significativa, la comparación estadística mostró mayor frecuencia en individuos con síntomas de eccema atópico o angioedema. Estos resultados se expresan numéricamente en la **Tabla 4**.

El 15,8% del subgrupo estudiado (n=430) evidenció alexitimia, y no se halló correlación significativa con síntomas de enfermedades alérgicas. Sin embargo, el análisis de los subfactores del TAS 26 mostró correlación positiva del factor 1 (dificultad para identificar y distinguir sentimientos de sensaciones corporales) en individuos que referían algún síntoma actual de enfermedad alérgica con respecto a los que no referían ninguno. También el factor 2 (dificultad para describir sentimientos) fue superior en estos individuos (**Tabla 4**).

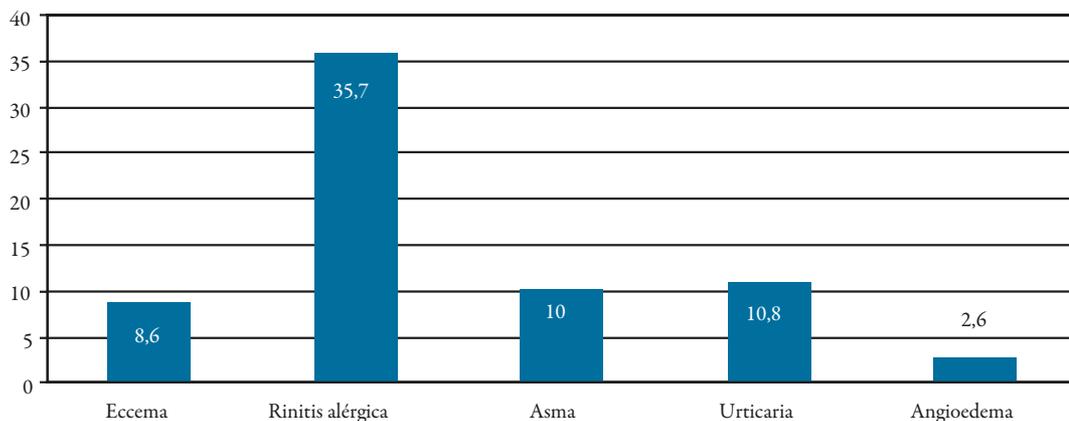
Se halló una menor prevalencia de ansiedad (significativa o probable) en mujeres (65,9%) que en hombres (74,5%) (OR=0,66; IC95%: 0,48-0,92; p<0,05). No se encontraron diferencias significativas entre la presencia de depresión o alexitimia y el género o la edad de los individuos.

Se observó asociación significativa con el hábito de fumar con todos los individuos que referían cuadros alérgicos (**Tabla 5**).

Los individuos que manifestaban síntomas de asma o de rinitis mostraron mayor frecuencia de padres ausentes (vivos pero no convivientes con el grupo familiar o fallecidos) que los individuos asintomáticos. Estas diferencias no fueron significativas para eccema atópico y no fueron investigadas para urticaria y angioedema. También, los individuos con síntomas de rinitis refirieron ser primogénitos con hermanos menores en forma más frecuente que los individuos sin síntomas alérgicos. Además, para todas las enfermedades, la presencia de antecedentes familiares de éstas fue mayor que en los individuos que no referían síntomas alérgicos. Los resultados pueden observarse en la **Tabla 6**.

No se observaron diferencias significativas en cuanto a síntomas actuales de enfermedad alérgica en relación con el género y la edad, pero los hombres presentaron menos antecedentes familiares de asma (20,4%) y rinitis (18,2%) que las mujeres (25,7%) (OR=0,74; IC95%: 0,56-0,98; p<0,05) y (26,0%) (OR=0,63; IC95%: 0,47-0,85; p<0,05), respectivamente.

Se realizó la estratificación por sexo y edad de las diferencias encontradas entre prevalencia de enfermedades



**Figura 1.** Prevalencia de síntomas de enfermedades alérgicas en los últimos 12 meses.

alérgicas y ansiedad, depresión o alexitimia, y las diferencias se mantuvieron significativas entre todos los estratos.

Durante la evaluación efectuada con el test de completamiento de frases se exploró, entre otros aspectos, las relaciones con las figuras parentales, autoevaluación, sentimientos y temores. Se pudo comprobar que los sujetos que se refieren asmáticos no lograron expresar claramente la relación con la madre y el padre, aunque a este último lo calificaron frecuentemente con frases positivas, expresando una corriente afectiva con respecto a él, sintiéndose queridos por ese padre quien, a su vez, se responsabiliza por ellos, se repitieron expresiones de tenerlos al lado, vivir con ellos para siempre y desear verlos de otra manera. Se observaron dificultades en expresar sentimientos de culpa. En lo sujetos con rinitis, por otro lado, se observó una autovaloración moderada a altamente conflictiva tanto en relación consigo mismo como con sus niveles de aspiración: se autorreferían como nerviosos y ostentaban deseos suprimidos, y aunque se sentían capaces de realización personal más frecuentemente que el grupo control, parecían hallarse inhibidos para actuar quizás debido a su ansiedad y sus temores. Los sujetos con eccema mostraron perfiles bastante diferentes y manifestaron una significativa polarización positiva e idealización de la figura materna y una expresión más conflictiva hacia el padre. No expresaron prácticamente temores a nada y se destacaron en la evaluación positiva de sí mismos.

## Discusión

Los resultados permiten observar que en nuestro medio se verifica una importante asociación entre el padecimiento alérgico y diversos factores de orden psicológico o familiar. Algunos autores han sugerido que dichos factores cumplirían un rol en la fisiopatología y curso posterior de

la patología alérgica pero, por otro lado, se considera que cuadros psiquiátricos y dificultades psicosociales son más bien la consecuencia de dichos padecimientos y no influyen en su determinación

Entre los factores psicológicos se destacan los emocionales, se analizará la ansiedad en primer lugar. La asociación entre enfermedad alérgica respiratoria y ansiedad se conoce desde hace mucho tiempo, tan es así que en la antigüedad la propia crisis asmática podía ser confundida y tomada como una crisis de ansiedad. No ocurre lo mismo en relación con los procesos dérmicos, cuyo estudio es algo más reciente.

Más allá de las diferencias individuales en los estilos de afrontamiento, que no han sido evaluadas en este estudio, se observa claramente el mayor nivel de ansiedad significativa en todas las enfermedades alérgicas, que alcanza un valor crítico en el sujeto con angioedema, padecimiento conocido por su importante grado de severidad. Comparativamente con otros trabajos, los valores observados en el presente estudio son inferiores a los hallados por aquellos. Por ejemplo el análisis de Stauder [16] sobre una población de origen húngaro encontró una mayor prevalencia de desórdenes de ansiedad y depresión en pacientes asmáticos (30,1%) y valores algo inferiores a los nuestros para rinitis (14,6%); no se indican datos de alergias dérmicas. Las diferencias podrían deberse a que la población estudiada fue reclutada de clínicas de alergia con lo cual se trataría de pacientes con un mayor grado de severidad de la patología alérgica y además con un promedio de edad mayor al del presente estudio.

La población considerada en este trabajo está constituida totalmente por jóvenes estudiantes universitarios, por lo que podría considerarse como sesgada; sin embargo, la exposición a factores estresantes similares tales como el estudio intenso y la presencia esporádica de situaciones de evaluación y frecuentemente el alejamiento familiar podría transformarse en fortaleza ya que las mismas condi-

ciones estresantes afectarían por igual a alérgicos y controles y el análisis comparativo toma otro valor. Si se considera que los valores de prevalencia de las diferentes enfermedades alérgicas no parecen ser diferente a los hallados para grupos poblacionales más amplios [17], se puede sugerir que el estrés actual al que está sometido esta muestra no ha determinado una mayor frecuencia de síntomas alérgicos con respecto a lo conocido para otras muestras.

La evidencia encontrada hasta la fecha sugiere que factores psicológicos de orden emocional pueden actuar provocando mejora o empeoramiento del curso de la enfermedad y asimismo pueden, en algunos casos, ser determinantes del comienzo de dicha condición. Tales factores pueden actuar tan tempranamente como en el período fetal y en los primeros cuidados perinatales. En tal circunstancia, un ambiente de estrés implicaría, en el niño en desarrollo, un desajuste en las respuestas neuroendocrinas (neuropéptidos, eje simpático-médulo-suprarrenal y eje hipotálamo-córtico-suprarrenal) con repercusión en el desarrollo de la respuesta inmune (citoquinas), facilitando el desencadenamiento de los fenómenos alérgicos y generando susceptibilidad a otros factores ambientales que pueden contribuir al riesgo de ellas [18].

Los estudios referidos a ansiedad y depresión en alergias dérmicas en sujetos jóvenes son bastante escasos. En un trabajo de tipo metaanálisis, Friedman [19] comunica un estudio efectuado en una población de niños de origen indio de hasta 9 años con dermatitis atópica que muestra tres a veces más posibilidades de experimentar síntomas de ansiedad y depresión

La piel tiene implicancias psicológicas sustanciales y se halla íntimamente relacionada con el cerebro y los procesos mentales. Como órgano sensorial, interviene en los procesos de socialización y participa en variadas respuestas emocionales. La piel y el sistema nervioso central se hallan relacionados por su origen ectodérmico, por lo cual pueden compartir neurotransmisores, receptores y hormonas. Por esto no sorprende que factores emocionales se expresen junto con los dérmicos [20].

El sufrimiento de una condición alérgica puede desarrollar ansiedad o depresión concomitante al padecimiento que significa la pérdida del sueño, el ahogo o el convivir con una terrible picazón. No obstante, es importante considerar además si el perfil psicológico de la persona puede constituir un elemento de riesgo, comórbido con su estado alérgico, es decir, que contribuye como un ingrediente activo de una mezcla con probabilidad de desencadenar la patología en cualquier circunstancia actual.

Para un acercamiento mayor a esta hipótesis, en el presente estudio se han incluido datos relacionados con el hábito de fumar. Más allá de tener en cuenta el efecto confuso de esta variable en relación con la patología respiratoria, ya que el tabaco es altamente conocido como agente de lesión [21], es interesante, más bien, remarcar el patrón de asociación

que preferencia a las afecciones dérmicas y guarda cierto correlato con la ansiedad. Desde otro lugar, los estudios en gemelos, familias y adopciones sugieren que factores genéticos influenciarían dicho hábito, tanto en su iniciación como en su mantenimiento [22]. Esto podría sugerir que tanto un perfil ansioso como el hábito de fumar serían factores de riesgo que se hallarían presentes previa o simultáneamente con el desarrollo de los síntomas alérgicos y no serían tanto la consecuencia de la molestia por padecerlos.

También en el sentido de lo constitucional aporta la evaluación de la alexitimia. El término alexitimia, que podría traducirse como “sin palabras para los sentimientos” se aplica a una construcción de la personalidad que refiere a la dificultad en la regulación del “*self*” (sí mismo o yo) y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad mental. Precisamente, el cuadro fue descrito en relación con la observación clínica de pacientes con patología psicósomática [23]. Si bien el puntaje global se mantuvo por debajo del nivel de corte que define la presencia de dicho cuadro, en la población alérgica fue posible constatar mayor contribución a él por parte de los factores relacionados con la expresión afectiva. Esta observación se encuentra ya más relacionada con la construcción psicoanalítica que piensa a la enfermedad alérgica, a la par de otras patologías psicósomáticas, como una dificultad en la organización de la representación de estados corporales adquirida también desde los primeros momentos de vida en el contacto con los otros. El síntoma se transforma en la expresión emocional que no pudo ser simbolizada adecuadamente. Liberman definiría las enfermedades alérgicas como la expresión de “un *self* ambiental sobredaptado” [24]. Creemos, coincidiendo con Otero [25], que es difícil que en pacientes con trastornos somáticos el constructo alexitímico se presente completo y que su expresión sería solo parcial, en cuyo caso no se trataría de una conformación estructural sino de un aspecto defensivo momentáneo del sujeto. En este rumbo es posible sugerir que, en la esfera del desarrollo subjetivo, el contexto socio-familiar cultural en el que el alérgico se desenvuelve podría llevarlo a configurar un perfil psicológico particular. Se han llevado a cabo intentos de asociar el perfil psicológico con procesos alérgicos específicos tales como los de Alexander y posteriormente Millon [26]. El análisis efectuado a partir del test de completamiento de frases muestra al respecto la posibilidad de que las diferentes alergias se asocien a perfiles psicológicos diferentes. La corriente afectiva que los asmáticos manifiestan con relación a la figura paterna encuentra su correlato en el ítem dos de la **Tabla 6**, que muestra la mayor incidencia de asma en estudiantes cuyo padre está vivo pero no convive con ellos. Excepcionalmente en este caso la mayoría del grupo pertenecía al género femenino, aunque los análisis estratificados sugieren independencia de los factores analizados con respecto al género y la edad de los individuos.

Fortaleciendo la observación, Merrell, en un estudio semieimétrico (medición de la respuesta emocional desencadenada por palabras), demuestra divergencias psicológicas similares a las del presente estudio, planteando en asmáticos mayores tendencias regresivas y temerosidad, en el rinitico exigencia, mirada adulta y pensamiento independiente y en aquellos que manifiestan alergias dérmicas valores preferentemente femeninos y maternales y seguridad en sí mismos [27].

Tomando en consideración los factores aquí mencionados como familiares, es posible agregar niveles de complejidad al desarrollo de los procesos alérgicos. El mayor riesgo de padecer enfermedades alérgicas siendo primogénito en una familia con más de un hijo ha sido previamente descrito y explicado, en consonancia con la denominada "hipótesis higiénica", por la mayor frecuencia de exposición a antígenos que se produce en los hijos que nacen a partir del primero y sobre todo en familias numerosas [28]. Sin embargo, al ser la familia un sistema que opera a través de pautas transaccionales a su vez mantenidas por sistemas de coacción, genérico (reglas universales que gobiernan la organización familiar) e idiosincrásico (expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia), no se puede dejar de sugerir, esta vez desde un abordaje psicológico sistémico, que el mantenimiento de dichas pautas pueden constituir en algunos casos, asociado o no al componente hereditario, un factor de riesgo que derive en síntomas alérgicos de diversa índole en sujetos vulnerables.

Los antecedentes de síntomas de alergia tanto en la madre como en el padre incrementarían la posibilidad de expresar la sintomatología alérgica. En este punto es insoslayable la consideración de los factores hereditarios que actúan a través de la carga genética del individuo [29]. Llamativamente, la presencia de alergia en el ascendiente repercute más en la rinitis y con excepción del eccema atópico no parece ostentar efecto aditivo en ninguna de las patologías estudiadas [30]. ¿Cómo pensar el hecho que en algunos casos los hijos de padre y madre asmática o rinitica podrían no sufrir padecimiento alguno? Esto sugiere que el efecto hereditario tampoco es simple, se trata más bien de un complejo juego entre la carga genética y múltiples factores ambientales. Asimismo, el componente genético no solo actuaría en relación con la expresión fenotípica del sistema inmune sino también con respecto al perfil de personalidad del sujeto, el que podría constituirse o no en un factor de vulnerabilidad. En este punto aporta un interesante y reciente trabajo que comunica que el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y el polimorfismo en el gen del receptor de dopamina (D2), (DRD2)/ANKK1, estarían relacionados con un mayor volumen de la sustancia gris de la corteza del cíngulo anterior (ACC) y una mayor frecuencia de padecer ansiedad y alexitimia preferentemente en la subescala "dificultad para identificar sensaciones" [31]. Esto sugiere que factores de riesgo podrían heredarse independientemente unos de otros. Por tratarse de un estudio epidemiológico, en esta discusión

se han mencionado las diversas hipótesis a veces contrapuestas que permiten dar cuenta de las asociaciones halladas, sin poder avanzar demasiado en la constatación de ellas. Para aclarar mejor los interrogantes referidos a la fisiopatología de la enfermedad alérgica sería necesario incrementar el número y tipo de estudios a efectuar. Además, la investigación debe orientarse al campo de la biología del sistema inmune tanto como al de la salud mental y sus determinantes biopsicosociales. Asimismo, el presente trabajo sugiere que el criterio interdisciplinario debe imponerse a la hora del abordaje clínico de estas patologías. Es frecuente que el primer contacto con estos pacientes se efectúe en el campo específicamente médico; más allá de los efectos significativos que puedan tener la farmacología y los tratamientos desensibilizantes con inmunoterapia, estos pacientes deberían ser abordados simultáneamente en los aspectos relacionados con su salud mental. Se torna importante concientizar al equipo de salud sobre la posibilidad del accionar del profesional de la salud mental a fin de profundizar en las características psicosociales del alérgico, identificando los factores de riesgo a los que este está expuesto como sujeto biopsicosocial. La intervención interdisciplinaria mejoraría la perspectiva del tratamiento actuando simultáneamente sobre los diversos determinantes del síntoma y logrando probablemente remisiones más duraderas de éstos.

## Conclusiones

En el presente trabajo se ha intentado mostrar la fuerte asociación encontrada entre factores psicológicos, sociales y alergia respiratoria y dérmica. Los factores relevados involucran tanto a la constitución genética del sujeto como al desarrollo en el contexto familiar y sociocultural que lo rodea. Consideramos que esto constituye una evidencia más en la necesidad del abordaje interdisciplinario de la alergia, tanto en el campo de la investigación fisiopatológica o epidemiológica como en el terreno de la promoción, prevención y atención de la salud integral de las personas.

## Agradecimientos

Se agradece a los becarios del Programa de Formación de Recursos Humanos en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas y a los alumnos que asistieron a las clases de Fisiología Humana por el tiempo que dedicaron desinteresadamente en beneficio de la realización de este estudio.

## Bibliografía

1. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: Ed. Norton; 1955.
2. Feldman JM, Lehrer PM, Hochron SM. The relationship between alexithymia factor score and asthma severity. 1998. Poster presented at the meeting of the Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, Orlando FL. EE.UU.

3. Rietveld S, Everaed W, van Beest I. Excessive breathlessness through emotional imagery in asthma. *Behavior Research and Therapy* 2000;38:1005-1014.
4. Wright RJ, Rodríguez M, Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: An integrated biopsychosocial approach. *Thorax* 1998;53:1066-1074.
5. Minuchin S. *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1984.
6. Averbeck M, Gebhardt C, Emmrich F, Treudler R, Simon JC. Immunologic principles of allergic disease. *Journal of the German Society of Dermatology* 2007;5(11):1015-1028.
7. Kaplan HI Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: Ed. Panamericana; 1996.
8. Chida Y, Hamer M, Steptoe A. A bidirectional relationship between psychosocial factors and atopic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2008;70:103-116.
9. Fasciglione MP, Castañeras CE. Asma bronquial hoy: una perspectiva psicología. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica* 2007;38(1):12-18.
10. Figueroa N, Molinas J, Mujica G, Valongo S, Agüero R. Evaluación de aspectos psicológicos de personas con alergias respiratorias y dérmicas. Poster en 23º Congreso Argentino de Psiquiatría. 19 al 21 de abril de 2007. Mar del Plata, Argentina. Impreso en Actas de Congreso.
11. Molinas J, Mujica G, Figueroa S, Valongo S, Agüero R. Ansiedad y depresión en sujetos que manifiestan síntomas de enfermedades alérgicas. Autores: Poster en 23º Congreso Argentino de Psiquiatría. 19 al 21 de abril de 2007. Mar del Plata, Argentina. Impreso en Actas de Congreso.
12. Asher MI, Weiland SK. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). ISAAC Steering Committee. *Clinical Experimental Allergy* 1998;5:52-66.
13. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); an updated review. *J Psychiat Res* 2002;52:69-77.
14. Taylor G, Bagby M, Ryan D, Parker M, Doody K, Keefe P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 1988;50:500-509.
15. Sacks JM, Levy S. El test de frases incompletas. En: Abt L, Bellak L (eds). *Psicología proyectiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1967.
16. Stauder A, Kovács M. Anxiety symptoms in allergic patients: identification and risk factors. *Psychosomatic Medicine* 2003;65:816-823.
17. Wickman M, Lilja G. Today, one child in four has ongoing allergic disease in Europe. What will the situation be tomorrow. *Allergy* 2003;58:570-571.
18. Wright RJ, Rodríguez M, Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: An integrated biopsychosocial approach. *Thorax* 1998;53:1066-1074.
19. Friedman AH, Morris TL. Allergies and anxiety in children and adolescents: a review of the literature. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2006;13(3):323-336.
20. Picardi A, Pasquini P. Toward a biopsychosocial approach to skin diseases. En: Porcelli P, Sonino N (eds). *Psychological factors affecting medical conditions. A new classification for DSM-V*. *Adv Psychosom Med Basel, Karger*, 2007;28:109-126.
21. Gilliland FD, Berhane K, Islam T. Environmental tobacco smoke and absenteeism related to respiratory illness in schoolchildren. *Am J Epidemiol* 2003;157(10):861-869.
22. Segman RH, Kanyas K, Karni O, Lerer E, Goltser-Dubner T, Pavlov V. Why do young women smoke? IV. Role of genetic variation in the dopamine transporter and lifetime traumatic experience. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2007;144B(4):533-540.
23. Sifneos PE. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapies and psychosomatics* 1973;22:255-256.
24. Liberman D, Grassano E, Neborak S, Pistiner L, Roitman P. *Del cuerpo al símbolo. Sobradaptación y enfermedad psicósomática*. Buenos Aires: Ed. Trieb; 1986.
25. Otero J. Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1999;19(72):587-596.
26. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Ob. Cit.
27. Michel FB. *Psychology of the allergic patient*. Allergy. Denmark: Munkgaard 1994;49:28-30.
28. Liu A, Murphy JR. Hygiene hypothesis: Fact or fiction? *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2003;111(3):471-478.
29. Steinke J, Rich S, Boris L. Genetics of allergic disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2008;121:S384-S387.
30. Cullinan P. Childhood allergies, birth order and family size. *British Medical Association* 2006;61:3-4.
31. Walter NT. Interaction effect of functional variants of the BDNF and DRD2/ANKK1 gene is associated with alexithymia in healthy human subjects. *Psychosomatic medicine*. 2010 Nov.