

## artículo de revisión

# Sexualidad y psoriasis. ¿Amistades peligrosas?



**Pablo de la Cueva Dobao**  
Médico adjunto.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Infanta Leonor.  
Madrid.



**Agustín Moreno Sánchez**  
Psicólogo.  
Galileo Psicólogos.  
Málaga.



**Aurora Guerra Tapia**  
Profesora titular  
de Dermatología.  
Universidad Complutense  
de Madrid.  
Jefa de la Sección  
de Dermatología.  
Hospital Universitario  
12 de Octubre. Madrid.

### RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de placas eritematodescamativas en un porcentaje variable de la superficie corporal. Los pacientes afectados de esta enfermedad presentan una merma importante de su calidad de vida, que da lugar en un porcentaje elevado de los mismos a trastornos de ansiedad y/o depresión. El apoyo familiar y social, los esfuerzos de normalización de la enfermedad en la sociedad y los progresos de los tratamientos disponibles hacen que muchos pacientes puedan alcanzar una calidad de vida más aceptable.

Cuando la sexualidad se ve alterada por la psoriasis, por las propias lesiones en zonas genitales o por una influencia negativa en la autoestima, la salud psíquica se ve afectada de forma significativa. El abordaje de los problemas en las relaciones sexuales de personas con enfermedades que cursan con un deterioro importante de la imagen personal como es la psoriasis suele ser complejo y requerir un enfoque multidisciplinar, que vaya más allá del tratamiento de los síntomas físicos objetivos y las barreras que tales síntomas puedan representar para la «mecánica sexual» propiamente dicha.

**Palabras clave:** psoriasis, calidad de vida, sexualidad, psicología, educación sanitaria, comorbilidades, tratamiento, artritis psoriásica.

### ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory disease of unknown etiology affecting skin; it typically shows scaling erythematous plaques in a varying percentage of body surface area. Psoriatic patients have a substantially reduced quality of life, with a high rate of depression and anxiety disorders. Thanks to familiar and social support, and to recent therapeutic advances, many patients can achieve a more acceptable quality of life. When sexuality is adversely affected by psoriasis, due to lesions in genital areas or to a negative impact on self-esteem, psychic health becomes significantly impaired. Approach to sexual relationships problems in individuals with diseases causing substantial self-image impairment is usually challenging and may require a multidisciplinary approach to tackle much more than objective physical symptoms and the barriers such symptoms can cause for «sexual mechanics» per se.

**Keywords:** psoriasis, quality of life, sexuality, psychology, public health education, comorbidities, treatment, psoriatic arthritis.

## CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA PSORIASIS

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de placas eritematodescarnativas en un porcentaje variable de la superficie corporal. Es una enfermedad universal, aunque su prevalencia varía en las diferentes poblaciones. En la caucásica, la prevalencia se sitúa entre el 1,5 y el 3%, siendo inferior en los asiáticos, los afroamericanos y los indios<sup>1</sup>. En España la prevalencia se sitúa en el 1,5% aproximadamente. En cuanto a este concepto, no existen diferencias entre los varones y las mujeres.

La edad de comienzo de la enfermedad psoriásica es muy variable y puede desarrollarse a cualquier edad. El segmento etario más probable de comienzo se sitúa entre los 15 y los 30 años. Se ha visto que la presencia de determinados antígenos leucocitarios humanos (HLA) se relaciona con la edad de comienzo de la enfermedad y se ha propuesto una clasificación de la psoriasis atendiendo a estos hallazgos. La psoriasis denominada de tipo I se desarrolla antes de los 40 años y presenta una asociación con el HLA (especialmente HLA-Cw6). La de tipo II se inicia posteriormente, a los 40 años, y no estaría en relación con los antígenos HLA. No obstante, no se trata de una clasificación rígida y existen pacientes que no se enmarcan en un determinado tipo.

## ETIOLOGÍA

La causa de la psoriasis sigue siendo desconocida. Presenta una fuerte base genética y se caracteriza por alteraciones en la diferenciación y el crecimiento de la epidermis, asociadas a múltiples anomalías bioquímicas, inmunitarias y vasculares.

## Genética de la psoriasis

Parece clara la existencia de cierto grado de agregación familiar y se ha propuesto una herencia multifactorial o bien autosómica dominante de baja penetrancia.

Hace algo más de 10 años se comenzó la búsqueda del compromiso de genes específicos de la psoriasis. Existe un locus denominado susceptibilidad a la psoriasis 1 (PSORS1, *psoriasis susceptibility 1*), localizado en el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH, cromosoma 6p21.3)<sup>2</sup>. Se han asociado con la psoriasis, múltiples alelos del HLA, siendo el HLA-Cw6 el que se relaciona de forma más directa con el riesgo relativo de presentar psoriasis.

La concordancia de la psoriasis en gemelos monocigóticos es del 35 al 73%, lo que significa que, además de factores genéticos, existen factores ambientales que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

## Factores desencadenantes

Existen determinados factores desencadenantes que pueden propiciar la aparición de psoriasis en individuos predispuestos, como traumatismos (fenómeno de Koebner), infecciones, factores endocrinológicos, estrés, fármacos y consumo de alcohol o tabaco, entre otros<sup>3</sup>.

## PATOGENIA

El desarrollo de las lesiones de psoriasis se debe a la hiperproliferación epidérmica y a la existencia de un infiltrado inflamatorio dérmico, predominantemente linfocitario<sup>4</sup>. Se piensa que, en un individuo determinado genéticamente, un estímulo epidérmico antigénico de naturaleza desconocida (infecciosa, inmunológica, mecánica) induciría la aparición de una serie de mediadores que generarían un infiltrado inflamatorio dérmico, responsable de las alteraciones epidérmicas<sup>5</sup>. Los linfocitos T activados desempeñan un papel primordial en el desencadenamiento y la perpetuación de la lesión psoriásica.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Desde el punto de vista clínico, la psoriasis puede concebirse como un espectro de diferentes manifestaciones cutáneas<sup>6</sup>. Las características esen-

ciales de las lesiones de psoriasis son el eritema, la infiltración y la descamación. Atendiendo a las manifestaciones clínicas, existen varios tipos de psoriasis<sup>7</sup>.

### Psoriasis en placas

Aparecen lesiones eritematoescamosas (fig. 1) bien delimitadas, preferentemente en cuero cabelludo, codos, rodillas y región sacra, así como en las manos o en los pies. En el 30% de los casos, la región genital se ve afectada por las placas de psoriasis. El grado de superficie corporal afectado es muy variable.



**Figura 1.** Psoriasis en placas. Lesiones eritematosas, escamosas compactas, rupiáceas, bien delimitadas.

### Psoriasis en gotas

Este tipo de psoriasis se caracteriza por la aparición eruptiva de pequeñas placas eritematodescamativas que remedan las gotas de la lluvia (fig. 2). Representa una variante frecuente de psoriasis en niños y adultos jóvenes. En más de la mitad de los pacientes, existe un antecedente de infección del tracto respiratorio superior, en particular de infecciones estreptocócicas.

### Eritrodermia psoriásica

Cuando está afectado más del 90% de la superficie corporal. El antecedente previo de patología



**Figura 2.** Psoriasis en gotas. Erupción de pequeñas placas eritematodescamativas en el tronco que remedan las gotas de la lluvia. A menudo existe un antecedente de infección del tracto respiratorio superior.

psoriásica es fundamental para establecer el diagnóstico, ya que existe una amplia gama de procesos dermatológicos que puede desencadenar cuadros de eritrodermia indistinguibles clínicamente de la eritrodermia psoriásica.

### Variantes pustulosas

*Psoriasis pustulosa generalizada.* Es un subtipo infrecuente, desencadenado por varios factores como embarazo, suspensión de la terapia esteroidea, hipocalcemia, infecciones, etc. Se caracteriza por la aparición de pústulas macroscópicas estériles, que pueden tener una distribución generalizada homogénea o un patrón anular.

*Pustulosis palmoplantar*<sup>8</sup>. Se caracteriza por la presencia de pústulas estériles en las superficies palmoplantares de forma crónica. La minoría de los pacientes (2-19%) presenta psoriasis en alguna otra localización, con lo que existe controversia sobre su inclusión como forma clínica de psoriasis. El tabaco es un factor muy importante en el desarrollo de esta enfermedad, como se ha puesto de manifiesto en varios artículos en los últimos años. Es una enfermedad que presenta gran resistencia a los tratamientos.

*Acrodermatitis continua de Hallopeau.* Se observan pústulas en las porciones distales de los dedos de las manos y, con menor frecuencia, de los pies. En

ocasiones es una enfermedad muy invalidante y puede producir reabsorción de las falanges distales.

### Localizaciones especiales

*Psoriasis de pliegues (flexural, invertida)*. Aparecen placas eritematosas, brillantes, bien delimitadas, con escasa presencia de descamación, en localizaciones electivas como axilas, ingles, pliegue interglúteo, región submamaria o umbilical (fig. 3).

*Mucosa oral*. La lengua geográfica es la manifestación más frecuente. Existe una pérdida local de las papilas filiformes, con aparición de placas eritematosas de bordes serpiginosos, asintomáticas, que se parecen a un mapa<sup>9</sup>. Es una afectación no exclusiva de los pacientes psoriásicos, si bien en éstos se observa con mayor frecuencia.

*Psoriasis ungueal*. La alteración de las uñas se encuentra hasta en un 40% de los pacientes psoriásicos. El compromiso ungueal aumenta con la edad, la duración y la extensión de la enfermedad, así como con la presencia de artritis psoriásica. Existen manifestaciones variadas, como los hoyuelos o piqueteado ungueal, manchas en gotas de aceite, hiperqueratosis subungueal, onicolisis, hemorragias lineales, etc. (fig. 4).



**Figura 3.** Psoriasis invertida. Placa eritematosa, brillante, bien delimitada, con escasa presencia de descamación, en la región umbilical.



**Figura 4.** Psoriasis ungueal. Hoyuelos, piqueteado ungueal, manchas en gotas de aceite, hiperqueratosis subungueal y onicolisis.

### Artritis psoriásica

Aparece aproximadamente en el 10% de los pacientes con psoriasis<sup>10</sup>. En el 10 a 15% las manifestaciones articulares preceden a la clínica cutánea. Las articulaciones interfalángicas de las manos y de los pies son las que se afectan con mayor frecuencia. Puede observarse afectación del esqueleto axial, así como afectación de los tendones y sus inserciones.

### COMORBILIDADES DE LA PSORIASIS

En los últimos años se han descrito varios trastornos asociados con la enfermedad psoriásica, la mayoría de ellos causados por el estado inflamatorio crónico de los pacientes<sup>11-13</sup>. La psoriasis se relaciona con el denominado «síndrome metabólico», que se caracteriza por la presencia de obesidad abdominal, dislipidemia aterógena, microalbuminuria, hipertensión arterial y resistencia a la insulina<sup>14</sup>. La suma de las alteraciones presentes en el síndrome metabólico aumenta significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular, en comparación con los factores aislados<sup>15</sup>.

### TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

El correcto tratamiento de la psoriasis es un reto importante para el dermatólogo, debido a que se deben valorar múltiples variables, dependientes



de las características del paciente, de los propios medicamentos, de aspectos económicos, de la política sanitaria y otros<sup>16</sup>. Por ello, no existen protocolos de actuación perfectamente estandarizados que nos conduzcan invariablemente al empleo de un determinado medicamento<sup>17</sup>.

Una vez que se realiza la valoración de las lesiones y la calidad de vida del paciente, se puede hacer un juicio de valor sobre la severidad de su enfermedad y la necesidad de un determinado tratamiento. El propósito de éste es minimizar la extensión y la severidad de la enfermedad, hasta el punto de que altere de la menor forma posible la calidad de vida del paciente. En el arsenal terapéutico de la psoriasis existen tratamientos tópicos y sistémicos<sup>18</sup>.

### Tratamientos tópicos

En psoriasis localizadas, habitualmente se emplean tratamientos tópicos, como corticoides, análogos de la vitamina D y análogos de la vitamina A, así como agentes queratolíticos y alquitranes o breas.

### Tratamientos sistémicos

Cuando la enfermedad presenta mayor severidad o es resistente a los tratamientos tópicos, se emplean tratamientos sistémicos. Los tratamientos sistémicos clásicos incluyen fototerapia y fotoquimioterapia, ciclosporina, metotrexato y acitretino. En los últimos años han aparecido agentes biológicos, que consisten en proteínas derivadas de seres vivos que actúan bloqueando pasos moleculares claves en la patogenia de la psoriasis. Representan una opción en pacientes con psoriasis moderada-severa que tienen contraindicada la terapia sistémica clásica o bien es resistente a la misma. En España, en la actualidad están comercializados los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (etanercept, infliximab y adalimumab) y los inhibidores de la interleucina 12/23 (ustekinumab). Varios agentes novedosos se están desarrollando en la actualidad en ensayos clínicos, que irán apareciendo de forma progresiva en el arsenal terapéutico.

## CONSEJOS, RÉGIMEN DE VIDA Y EDUCACIÓN SANITARIA

El paciente con psoriasis debe conocer los hábitos de vida que pueden beneficiar o perjudicar su enfermedad. La información debe ser accesible y, en gran parte de los casos, el dermatólogo debe ser el transmisor de la misma.

- *Estrés*. El estrés es un conocido desencadenante de los brotes de psoriasis. El apoyo psicológico ha demostrado ser importante, ya que puede prevenir brotes, mejorar la calidad de vida y, al ayudar a sentirse menos observado, favorecer una mejor respuesta al tratamiento y su cumplimiento. El diálogo con el paciente y el apoyo de otros pacientes afectados de psoriasis también son útiles. En ocasiones los pacientes deben recibir medicación ansiolítica y/o anti-depresiva.
- *Alimentación*. Resulta difícil la valoración de la dieta en la evolución de la enfermedad psoriásica. No existe ninguna dieta que cure la psoriasis. Se recomienda seguir una dieta equilibrada que incluya una cantidad suficiente de fruta y verdura, ácidos grasos esenciales, así como evitar los ácidos grasos saturados. Como la psoriasis tiende a ser más grave y resistente a los tratamientos en los obesos, la dieta y el ejercicio físico resultan favorables<sup>19</sup>.
- *Familia*. El apoyo familiar puede ser de gran valor, no sólo para mejorar la calidad de vida del paciente, sino también para el curso de la enfermedad. Debería hacerse lo posible para que este factor beneficiase al paciente. Las personas que tienen psoriasis deberían estar dispuestas a hablar con la familia sobre su enfermedad. Cuando los miembros de la familia entiendan los problemas asociados a la psoriasis, estarán más capacitados para ayudarles.
- *Tabaco*. Existe una frecuencia mayor de fumadores entre los pacientes psoriásicos y se ha descrito el hábito tabáquico como probable factor favorecedor del desarrollo de la enfermedad. Los fumadores sufren formas de psoriasis

más graves y resistentes al tratamiento, y el tabaco empeora las comorbilidades asociadas a la psoriasis<sup>20</sup>. Es importante, por tanto, y no sólo por la psoriasis, la suspensión del hábito tabáquico.

- *Consumo de alcohol*. El consumo excesivo de alcohol es más frecuente en los pacientes con psoriasis<sup>21</sup>. Éste hábito está íntimamente relacionado con los problemas emocionales. Puede dar lugar a alteraciones hepáticas y limitar el uso de determinados agentes terapéuticos.
- *Exposición solar*. Gran parte de los pacientes se benefician de una exposición solar moderada. Se deben evitar las quemaduras solares, que podrían desencadenar brotes de psoriasis por el fenómeno de Koebner, utilizando protectores solares de forma regular.

## LA SEXUALIDAD EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS

La mayoría de los estudios realizados sobre la calidad de vida en pacientes diagnosticados de psoriasis revela que una de las áreas personales más afectadas por la enfermedad es la de la sexualidad. Esta afectación es, en muchas ocasiones, independiente del grado de severidad de los síntomas<sup>22-25</sup>.

Todos los profesionales de la salud, independientemente del área de actuación o especialidad, sabemos que es precisamente la sexualidad una de las primeras víctimas propiciatorias del afrontamiento de cualquier enfermedad crónica, especialmente si tiene relación directa con la imagen corporal de la persona. Éste es el caso de numerosas enfermedades de la piel, dado el estrecho vínculo social que se ha creado, un tanto artificialmente, entre relación sexual satisfactoria y atractivo físico. Por eso mismo, el abordaje de los problemas en las relaciones sexuales de personas con enfermedades que cursan con un deterioro importante de la imagen personal suele ser complejo y requerir un enfoque multidisciplinar que vaya más allá del tratamiento de los síntomas físicos objetivos y las barreras que tales síntomas puedan repre-

sentar para la «mecánica sexual» propiamente dicha.

Por eso, en este epígrafe pretendemos enfocar la sexualidad en la psoriasis desde una perspectiva más general que específica, tratando de saber cuáles son los factores psicológicos que suelen contribuir a la falta de disfrute de una vida sexual sana.

## ¿QUÉ CONSTITUYE UN PROBLEMA SEXUAL?

«No existe un criterio consistente y único en nuestra sociedad acerca de lo que constituye un funcionamiento sexual normal o anormal»<sup>26</sup>. Esta frase, aunque antigua, sigue teniendo plena vigencia en nuestros días ya que, aunque pueda parecerlo, no siempre es fácil tratar de delimitar lo que es un problema en el mundo de la sexualidad y quizás la principal dificultad radique en la dificultad inherente para determinar la normalidad o anormalidad de cualquier actividad o conducta sexual. Así, resulta obvio que, tanto la variedad como la cantidad de conductas sexuales consideradas problemáticas desde una perspectiva moral, son infinitamente mayores que las consideradas como tales desde un punto de vista meramente científico<sup>27</sup>.

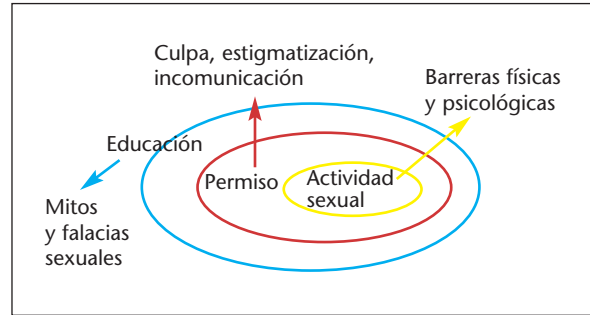
Los problemas sexuales han sido definidos siguiendo diferentes modelos: biológicos, médicos, psicológicos, estadísticos, socioculturales o legales. En 1975, la Organización Mundial de la Salud, en un intento integrador de todos ellos, definió la salud sexual o el ejercicio de la sexualidad sana como: «La actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza o culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales. Y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva». Este criterio integrador guía los modernos sistemas diagnósticos

y de tratamiento de los problemas sexuales actualmente.

Esquemáticamente, se puede explicar a los pacientes este modelo de la siguiente forma:

### EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE ABORDAJE DE LA CONDUCTA SEXUAL Y SUS PROBLEMAS

Para el clínico, cualquiera que sea su especialidad, disponer de un modelo integrado de los diversos factores que configuran una conducta sexual satisfactoria y que, cuando son disfuncionales, la convierten en problemática, es siempre de una enorme utilidad. De todos los posibles, en la práctica profesional, proponemos el propuesto en el año 1991 por José Antonio Carrobes: el análisis funcional sistemático integrado de la conducta sexual y sus problemas. Análisis que, por su claridad, se reproduce en la tabla 1:



### EDUCACIÓN

Como se ha expuesto, muchos de los problemas sexuales tienen relación directa con la mala for-

**Tabla 1.** Análisis funcional sistemático integrado de la conducta sexual y sus problemas.

|                      |        | Descripción   | Ejemplos  |
|----------------------|--------|---|---|
| <b>Estímulo</b>      |        | Estímulos, situaciones o acontecimientos sexuales antecedentes o desencadenantes del problema | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La propia pareja y su conducta o actividad sexual</li> <li>• Ciertas actividades sexuales</li> <li>• Determinados elementos o estímulos de la situación</li> </ul>                 |
| <b>Sujeto</b>        | Bio    | Características o determinantes orgánicos o fisiológicos                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibles deformaciones físicas</li> <li>• Deficiencias o excesos hormonales</li> <li>• Otros trastornos o enfermedades físicas</li> <li>• Estado de salud actual</li> </ul>        |
|                      | Psico  | Personalidad o historia previa de aprendizaje   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de educación e información sexual</li> <li>• Actitudes y actividades previas</li> <li>• Respuestas condicionadas previas</li> <li>• Experiencias sexuales previas</li> </ul> |
|                      | Social | Habilidades y roles interpersonales   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de comunicación interpersonal con la pareja</li> <li>• Seguridad y asertividad</li> <li>• Capacidad para expresar emociones</li> </ul>                                       |
| <b>Respuesta</b>     |        | Actividades o respuestas personales exhibidas por el sujeto                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivas: pensamientos, fantasías, imágenes</li> <li>• Actividades o conductas manifiestas</li> <li>• Emociones o afectos experimentados</li> </ul>                              |
| <b>Consecuencias</b> |        | Consecuencias que siguen o acompañan a la actividad sexual                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivas: orgasmo, satisfacción, etc.</li> <li>• Negativas: frustración, ansiedad, tensión, dolor, etc.</li> </ul>  |

Tomado de Carrobes JA et al.<sup>27</sup>

mación sexual de las personas. Resulta sorprendente comprobar en la consulta la pervivencia, aun en nuestros días, de falacias y mitos sexuales seculares incluso en hombres y mujeres jóvenes (véase tabla 2, para algunos ejemplos).

Habitualmente un buen proceso de terapia sexual comienza por una primera fase de educación en los principios elementales de la sexualidad, tanto fisiológicos como sobre la respuesta sexual y sus fases, o los principales problemas y disfunciones asociadas a las mismas. Es fundamental discutir y reestructurar las ideas de tipo «irracional» sobre estos temas.

## PERMISO

No es infrecuente el hecho de que las personas con problemas sexuales necesiten que se las des-

culpabilice (se den a sí mismas permiso) para desear, comunicar, acordar con la pareja aquellas actividades sexuales que consideran placenteras y que, de seguir siendo anatemizadas consciente o inconscientemente, se constituirán en un problema.

Es importante, por ejemplo, dotar a los pacientes y sus parejas de las capacidades comunicativas y asertivas necesarias para expresar abiertamente sus deseos y fantasías, así como la capacidad de aceptar o no en cada momento la realización de las mismas. Palabras clave del permiso son: probamos, quiero, me gustaría, pero también, eso no me gusta, ahora no, etc.

En el caso de las enfermedades de la piel, como la psoriasis, esta etapa de permiso suele ser crucial para desterrar miedos y mitos sobre la imagen cor-

### Tabla 2. Mitos sobre la sexualidad

#### Mitos y falacias de la sexualidad masculina

- Un hombre siempre debe estar dispuesto a tener relaciones sexuales y debe llevar la iniciativa.
- Si un hombre no se excita en una situación sexual «es anormal» o «no funciona bien».
- Un hombre no debe decir nunca que «no» al sexo.
- Cuando el hombre eyacula termina la relación sexual.
- La satisfacción sexual de la mujer depende del tamaño del pene.
- La práctica sexual requiere siempre una buena erección (cuanto mayor mejor).
- Cuando un hombre pierde su erección es que no encuentra a su pareja sexualmente atractiva.
- Un hombre debe aguantar hasta que la mujer haya tenido su orgasmo.

#### Mitos y falacias de la sexualidad femenina

- Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral.
- La mujer debe esperar a que el hombre le proporcione el orgasmo.
- Por naturaleza, las mujeres tienen menos deseo que los hombres.
- «Soy frígida porque no siento nada».
- La vida sexual de la mujer termina con la menopausia.
- Una mujer adulta y madura debe tener siempre un orgasmo durante la penetración.
- Es peligroso tener relaciones sexuales durante la menstruación.

#### Mitos y falacias sobre el sexo en general

- Una buena relación sexual requiere siempre un orgasmo.
- Si no realizas penetración no has tenido una relación sexual completa.
- La relación sexual es siempre natural y espontánea. Planear tener relaciones implica que no se disfrute igual.
- Los orgasmos simultáneos son necesarios para la compatibilidad sexual de la pareja.
- Las relaciones sexuales de pareja deben conducir al coito; lo demás son «preliminares», conductas substitutivas o cuando no aberrantes.
- La masturbación es una práctica limitada casi exclusivamente a los hombres.
- Existen normas que establecen lo que es normal y anormal en sexualidad.



poral, los inconvenientes o no de los problemas de las crisis agudas, así como para estimular la comunicación y el apoyo social por parte de la pareja del paciente.

### ACTIVIDAD SEXUAL

En este tercer paso se trata de facilitar a los pacientes y sus parejas instrucciones específicas referentes a conductas o actividades sexuales que pueden realizar para lograr la superación de sus problemas sexuales<sup>27</sup>. Entre estas indicaciones puede, por ejemplo, sugerirse un plan gradual de exposición a las situaciones sexuales más temidas para acabar con la ansiedad, o el consejo del dermatólogo sobre cómo abordar la actividad sexual de manera complementaria y no traumática si existen lesiones en el aparato genital.

### DISFUNCIONES SEXUALES

Aunque un abordaje sistemático y preciso del complejo mundo de las *disfunciones sexuales* excede con mucho las pretensiones de este artículo, sólo es necesario recordar que hoy, como siempre, las principales disfunciones en el caso del varón, eyaculación precoz y disfunción eréctil, siguen teniendo una específica relación con la *ansiedad* relacionada con los problemas de potencia y rendimiento de los hombres en la mecánica sexual. En el caso de las mujeres, continúan siendo el deseo sexual inhibido y la dispareunia durante las relaciones, con mucho, las disfunciones más frecuentes.

Es preciso recordar aquí de nuevo el complejo mecanismo, tanto fisiológico como cognitivo y conductual, presente en todas y cada una de las disfunciones, incluso en las que predomina claramente un proceso de tipo médico. Por ello, en nuestra experiencia como clínicos, cualquier tipo de disfunción sexual requiere simultáneamente el abordaje de esos tres componentes y siempre que sea posible de la colaboración inestimable de la pareja de los pacientes.

### CONCLUSIONES

Los problemas de satisfacción en el ámbito de las relaciones sexuales de los pacientes de psoriasis, con ser muy frecuentes y aun presentando el componente específico del estigma que en la imagen corporal de la persona producen las lesiones psoriásicas y los procesos fisiológicos subyacentes, no son por lo demás diferentes del resto de las dificultades que, para el desarrollo de una vida sexual satisfactoria, presenta habitualmente el resto de la población. Es necesario que el profesional que atiende dichos problemas sea consciente del carácter complejo de la sexualidad humana y de la necesidad en la mayoría de las ocasiones de un abordaje multidisciplinar de los mismos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2009;361:496-509.
2. Nair RP, Stuart PE, Nistor I, Hiremagalore R, Chia NV, Jenisch S, et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet*. 2006;78:827.
3. Jankovic S, Raznatovic M, Marinkovic J, Jankovic J, Maksimovic N. Risk factors for psoriasis: a case-control study. *J Dermatol*. 2009;36:328-34.
4. Jullien D. Psoriasis physiopathology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:10-23.
5. Mak RK, Hundhausen C, Nestle FO. Progress in understanding the immunopathogenesis of psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100. Suppl. 2:2-13.
6. Warren RB, Brown BC, Grindlay DJ, Griffiths CE. What's new in psoriasis? Analysis of the clinical significance of new guidelines and systematic reviews on psoriasis published in 2008 and 2009. *Clin Exp Dermatol*. 2010 Jun 7.
7. Schon MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2005;352:1899-912.
8. Wolk K, Mallbris L, Larsson P, Rosenblad A, Vingård E, Ståhle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2009;89:492-7.
9. Hernández-Pérez F, Jaimes-Aveldáñez A, Urquiza-Ruvalcaba Mde L, Díaz-Barcelot M, Irigoyen-Camacho ME, Vega-Memije ME, et al. Prevalence of oral lesions in patients with psoriasis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E703-8.
10. Prey S, Paul C, Bronsard V, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S. Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psoriasis: a systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24 Suppl 2:31-5.
11. Menter A, Griffiths C, Tebbey P, Horn E, Sterry W; on behalf of the International Psoriasis Council. Exploring the association between cardiovascular and other disease-related risk factors in the psoriasis population: the need for increased understanding across the medical community. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 9 abr 2010.

De la Cueva Dobao P et al. Sexualidad y psoriasis. ¿Amistades peligrosas?

12. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. *Am J Med.* 2009; 122:1150.e1-9.
13. Guenther L, Gulliver W. Psoriasis comorbidities. *J Cutan Med Surg.* 2009;13 Suppl 2:S77-87.
14. Tobin AM, Veale DJ, Fitzgerald O, Rogers S, Collins P, O'Shea D. Cardiovascular disease and risk factors in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2010;37:1386-94.
15. Friedewald VE, Cather JC, Gelfand JM, Gordon KB, Gibbons GH, Grundy SM, et al. AHA editor's consensus: psoriasis and coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2008;102:1631-43.
16. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Boada A. A new era in the management of psoriasis? The biologics: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28:81-7.
17. Paul C, Ortonne JP. Psoriasis evaluation in clinical practice: systematic review and expert opinion. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24 Suppl 2:1.
18. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:826-50.
19. Sterry W, Strober BE, Menter A. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. *Br J Dermatol* 2007; 157:649-55.
20. Miot HA, Miot LD, Lopes PS, Haddad GR, Marques SA. Association between palmoplantar pustulosis and cigarette smoking in Brazil: a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:1173-7.
21. Behnam SM, Behnam SE, Koo JY. Alcohol as a risk factor for plaque-type psoriasis. *Cutis.* 2005;76:181-5.
22. Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez AM, Arbeláez CP. Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicología y Salud.* 2008;18 (enero-junio):17-25.
23. Sampogna F, Tabolli S, Mastroeni S, Di Pietro C, Fortes C, Abeni D; Italian Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IM- PROVE) study group. Quality of life impairment and psychological distress in elderly patients with psoriasis. *Dermatology* 2007;215(4):341-7.
24. Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *International Journal of Dermatology.* 2006;45(4):418-24.
25. Delgado M, Quincha M y Méndez M Suárez. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test SF-36 v2 en pacientes de la fundación de psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatología Peruana.* 2003;13(3):172-84.
26. Loppiccolo J, Hogan DR. Sexual dysfunction. En: Pomerleau OF, Brady JP (eds.). *Behavioral Medicine: theory and practice.* Baltimore; 1979. p. 180.
27. Carrobbles JA, Sanz A. *Terapia Sexual.* Madrid: Universidad Nacional a Distancia. Fundación Universidad Empresa; 1991.