

Alopecia areata y personalidad: estado de su relación a través de una revisión bibliográfica

Alopecia areata and personality: status of their relationship through a literature review

Alopecia areata e personalidade: status de seu relacionamento através de uma revisão de literatura

Juan Carlos Fernández-Rodríguez

Universidad Antonio de Nebrija. Madrid, España

jfernandr@nebrija.es

<https://orcid.org/0000-0003-3312-861X>

Fernando Miralles Muñoz

Universidad San Pablo CEU, España

f.miralles@ceu.es

<https://orcid.org/0000-0003-3382-5343>

Luis Millana Cuevas

Universidad Antonio de Nebrija. Madrid, España

lmillana@nebrija.es

<https://orcid.org/0000-0002-7824-6313>

Resumen

En el presente trabajo se define la alopecia areata y se ofrecen sus características y cifras epidemiológicas para intentar establecerla como un trastorno psicofisiológico; esto con el fin de analizar las posibles relaciones entre esta enfermedad y distintas variables psicológicas, para lo cual se ha realizado una revisión bibliográfica en múltiples bases documentales agrupadas en el buscador Odysseus. En concreto, se describe la relación entre la enfermedad y distintas manifestaciones psicológicas a través de un repaso a las investigaciones que han estudiado el vínculo entre alopecia areata y factores de personalidad. Como conclusión se puede indicar que las variables psicológicas guardan relación con dicho padecimiento; asimismo, y aunque el factor etiológico permanece en discusión, se acepta que las variables psicológicas pueden

mantener y agravar el curso de la enfermedad, lo que podría repercutir de forma negativa en la calidad de vida de las personas.

Palabras clave: alopecia areata, personalidad, trastornos dermatológicos, variables psicológicas.

Abstract

In the present paper, alopecia areata is defined and its epidemiological characteristics and figures are offered to try to establish it as a psychophysiological disorder; this in order to analyze the possible relationships between this disease and different psychological variables, for which a bibliographic review has been carried out in multiple documentary databases grouped in the Odysseus search engine. Specifically, the relationship between the disease and different psychological manifestations is described through a review of the researches that have studied the link between alopecia areata and personality factors. In conclusion, it can be indicated that the psychological variables are related to this condition; likewise, and although the etiological factor remains under discussion, it is accepted that psychological variables can maintain and aggravate the course of the disease, which could have a negative impact on the quality of life of people.

Keywords: alopecia areata, personality, dermatologic disease, psychological variables.

Resumo

No presente trabalho, a alopecia areata é definida e suas características e dados epidemiológicos são oferecidos para tentar estabelecê-la como um distúrbio psicofisiológico; isto para analisar as possíveis relações entre esta doença e diferentes variáveis psicológicas, para as quais foi realizada uma revisão bibliográfica em múltiplas bases de dados documentais agrupadas no mecanismo de busca Odysseus. Especificamente, a relação entre a doença e diferentes manifestações psicológicas é descrita através de uma revisão das pesquisas que estudaram a ligação entre a alopecia areata e fatores de personalidade. Em conclusão, pode-se indicar que as variáveis psicológicas estão relacionadas a essa condição; da mesma forma, e embora o fator etiológico permaneça em discussão, aceita-se que as variáveis psicológicas podem

manter e agravar o curso da doença, o que poderia ter um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: alopecia areata, personalidade, distúrbios dermatológicos, variáveis psicológicas.

Fecha Recepción: Septiembre 2018

Fecha Aceptación: Enero 2018

Introducción

La alopecia areata es una enfermedad crónica de carácter inflamatorio que se caracteriza por la pérdida del cabello de forma repentina y abrupta, lo que ocasiona una alopecia no cicatrizal, donde el folículo sigue vivo aunque presentando una patología (Buján, Bocián, Cervini y Pierini, 2013). Comúnmente, la enfermedad se manifiesta con la pérdida de pelo en forma de placas y puede afectar a cualquier área corporal, aunque en 90 % de los casos se presenta en el cuero cabelludo (Alkhalifah, Alsantali, Wang, McElwee y Shapiro, 2010).

La etiología de esta enfermedad es variada e inexacta (Islam, Leung, Huntley y Gershwin, 2015), pero se puede indicar que su origen es principalmente poligénico y ambiental, aunque pueden intervenir otros factores, como la respuesta autoinmunitaria con localización en el folículo piloso originada por la influencia recíproca de factores genéticos con otros infecciosos y psicológicos (Olguín, Martín, Rodríguez y Peralta, 2013).

Las cifras epidemiológicas de la alopecia areata se sitúan entre 1 % y 2 % de la población general (Karia, De Sousa, Shah, Sonavene y Bharati, 2015), cifra que, según la literatura, puede ascender a 2 % y 5 % (Fierro-Arias, De la Fuente-García, Cortés-Rodrigo, Baños-Segura y Ponce-Olivera, 2016). En cuanto a la edad de los pacientes con esta enfermedad, se puede señalar que la mayoría son relativamente jóvenes, pues al menos 66 % tienen menos de 30 años y 20 % más de 40 años (Gilhar, Etzioni y Paus, 2012).

La alopecia areata se clasifica en tres categorías: *alopecia areata en placas* (la forma de presentación más común), consistente en la pérdida parcial del pelo en el cuero cabelludo; *alopecia areata total* o pérdida total del pelo en el cuero cabelludo, y

alopecia areata universal o pérdida total del pelo en todo el cuerpo (Alkhalifah *et al.*, 2010).

Asimismo, y además de un peor pronóstico, mala respuesta al tratamiento y mayor extensión de la enfermedad, se asocian a ella los siguientes factores: presentación temprana, pérdida rápida del cabello, mayor duración de la enfermedad, presencia de alteraciones ungueales (de las uñas) y enfermedades autoinmunes concomitantes (Delgado, Castro y Nava, 2018).

Por su parte, Lavda y Webb (2012) reconocen la relevancia de los factores psicológicos en el inicio, mantenimiento y exacerbación de una gran variedad de condiciones de la piel, por lo que se recomiendan las terapias psicológicas en la práctica rutinaria dermatológica.

En cuanto al tratamiento médico de este trastorno, se puede decir que es limitado, pues habitualmente es sintomático. De hecho, no existe una intervención completamente efectiva para los pacientes cuya sintomatología psicológica se pueda asociar a la enfermedad (Hunt y McHale, 2005). En cuanto al tratamiento psicológico, apenas existen estudios que hayan examinado su eficacia. Además, la investigación realizada no se ha concretado de forma sistemática ni se han incluido estudios aleatorizados, pues se han enfocado en cuestiones de afrontamiento, y no en estrategias específicas de tratamiento (Salazar, 2017). Aun así, parece claro que los pacientes con alopecia de larga duración y las pacientes mujeres suelen buscar más recursos psicológicos para el tratamiento de su trastorno (Hussain *et al.*, 2017) debido a que sus repercusiones se suelen manifestar en esa área.

De hecho, las repercusiones estéticas como factor social o como distorsión de la propia imagen del paciente son realmente importantes. Quizás la pérdida de pelo en la cara y en la cabeza como partes más visibles del cuerpo sean las que producen una mayor vergüenza en los pacientes y, por tanto, una disminución más considerable de la autoestima, lo cual suele suceder principalmente en las mujeres debido a que tradicionalmente se ha asociado el cabello con la belleza y la feminidad. Igualmente, las repercusiones emocionales de la enfermedad pueden ser claramente mayores en jóvenes y adolescentes.

Explicado lo anterior, se puede indicar que los objetivos de este trabajo son establecer una posible relación entre la alopecia areata y la personalidad del paciente, y precisar el carácter psicofisiológico de este trastorno, para lo cual se ha realizado una revisión bibliográfica de dicho tema.

Alopecia areata y factores psicológicos

La relación entre factores psicológicos y alopecia se puede rastrear hasta la época de Hipócrates, quien escribió sobre pacientes que se arrancaban el pelo a causa del estrés emocional (França, Chacon, Ledon, Savas y Nouri, 2013). Aunado a esto, existen múltiples estudios que relacionan la alopecia areata con variables psicológicas, aunque vale destacar varios de ellos han sido desarrollados con metodología correlacional, mientras que otros mezclan la presencia de la alopecia con trastornos dermatológicos, lo que complica la tarea de emitir conclusiones.

Siguiendo a Serón y Calderon (2015), los pacientes con alopecia areata padecen en mayor medida depresión, ansiedad y fobia social. Una gran parte de estos manifiestan los citados problemas a largo plazo, con frecuentes conflictos en la relación diaria con otras personas; incluso algunos estudios han encontrado vínculos entre la baja calidad de vida de estos pacientes y la depresión (Salazar, 2017).

De hecho, tradicionalmente se ha indicado que el estrés es una variable principal o de exacerbación en los trastornos dermatológicos, por lo que hay un alto consenso en que el estrés ambiental y los eventos vitales estresantes puedan precipitar el comienzo y las recaídas en este tipo de trastornos, aunque la literatura con estudios controlados es muy reducida (Miranda, 2015).

Por otra parte, en la década de 1960 surgen algunas investigaciones que describen la clara influencia de factores físicos en la enfermedad, por lo que algunos autores señalan que al menos un nivel elevado de estrés puede producir síntomas leves, y viceversa (Reinhold, 1960).

Aun así, vale destacar que son insuficientes las investigaciones sobre el estrés y la alopecia areata; de hecho, la mayoría de las halladas, al igual que con otros trastornos dermatológicos relacionados con el cabello, no realizan mediciones con instrumentos debidamente validados. Además, los resultados no se contrastan con grupos adecuados

de control y las investigaciones se realizan de forma retrospectiva, lo que hace que el recuerdo pueda estar distorsionado. Igualmente, no reconocen de forma correcta el curso exacto de la enfermedad, de ahí que resulte arriesgado asociar ciertos eventos con la alopecia de los pacientes (Picardi y Abeni, 2001).

Como se ha comentado más arriba, la alopecia puede generar efectos psicológicos y sociales en la persona que la sufre. Las enfermedades que cursan con la caída del cabello pueden suponer una gran estigmatización para el paciente y una importante reducción en su calidad de vida. Para Kacar *et al.* (2016), la estigmatización causada por la alopecia areata puede ser mayor que la provocada por las enfermedades mentales, aunque cabe indicar que estos autores no encontraron relación de la estigmatización con las variables sociodemográficas de los pacientes. A pesar del reducido número de participantes en las muestras utilizadas y del sistema de recogida de datos (es decir, el autoinforme), los autores concluyen que la estigmatización se debe considerar en el tratamiento de la enfermedad, ya que se puede convertir en un factor de posible adherencia al tratamiento.

En cuanto a la calidad de vida, es preciso destacar la revisión llevada a cabo por Rencz *et al.* (2016), pues en ella incluyen 21 estudios y un total de 2530 pacientes adultos. Gracias a los resultados conseguidos con ese trabajo, se demuestra que los pacientes con alopecia areata experimentan un deterioro significativo en la calidad de vida, especialmente en el área de la salud mental. En la indagación se utilizaron varios instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, tanto genéricos como específicos para dermatología, aunque ningún estudio de validación ha confirmado su aplicabilidad en alopecia areata.

A grandes rasgos, puede ser sencillo definir la alopecia como una enfermedad meramente estética, ya que no posee consecuencias físicas graves o mortales; sin embargo, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud explica las dificultades importantes que experimentan sus pacientes, lo que fomenta su atención integral. Esto, además, ofrece una base para priorizar la investigación sobre la patogénesis y el tratamiento de dicha enfermedad.

Efectivamente, la calidad de vida relacionada con la salud permite que los pacientes, los investigadores y la comunidad médica equiparen el peso psicosocial de la enfermedad con los síntomas físicos, lo que podría ayudar a comparar padecimientos emocionalmente graves (como la alopecia areata) con una enfermedad físicamente sintomática grave, encuadrando además el tratamiento en un espectro multiprofesional (Rodgers, 2018).

Por otra parte, en cuanto a la ansiedad y la depresión, se han señalado mayores niveles de estas emociones en comparación con sujetos libres de la enfermedad (Olguín *et al.*, 2013). Los pacientes con alopecia parecen experimentar sentimientos más depresivos, histéricos y de ansiedad, y muestran tendencias hipocondríacas más elevadas y un mayor conflicto con su entorno social (Alfani *et al.*, 2012). EN tal sentido, la preocupación patológica por la enfermedad debe ser investigada para intentar mejor la calidad de vida en estos pacientes, pues de esa manera se puede disminuir el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad (Sahin, 2017).

En resumen, y con base en la literatura revisada, pareciera que la ansiedad y la depresión no estuvieran directamente relacionadas con la etiología de la alopecia, aunque los procesos emocionales podrían ser factores importantes en la evolución y mantenimiento de la enfermedad.

Alopecia y personalidad

El estudio de la personalidad en los pacientes con alopecia areata es una de las grandes áreas de investigación que relaciona la enfermedad física y los factores psicológicos. Sin embargo, se debe apuntar que el estudio de la personalidad en dermatología no es demasiado extenso, a pesar de que existe cierta literatura que sugiere que los factores de la personalidad pueden tener implicaciones importantes en los trastornos dermatológicos (Willemsen, Roseeuw y Vanderlinden, 2008). Desde esta perspectiva, los estudios publicados han intentado realizar una descripción de la personalidad de los pacientes con alopecia areata.

Si bien es cierto que existe una tendencia a vincular la personalidad con la alopecia areata, todavía no se ha establecido un perfil característico de esos pacientes. De hecho, en la vivencia particular de cada uno de ellos se puede observar una

interrelación entre la enfermedad y una subjetividad en cada enfermo. Las particularidades de la personalidad pueden mediar entre las dificultades que presentan la enfermedad y la reacción de afrontamiento de la persona.

Metodología

La recogida de información bibliográfica para este trabajo se llevó a cabo en enero de 2019 mediante el motor de búsqueda Odysseus de la Universidad Nebrija de Madrid (España). Los descriptores de búsqueda fueron *alopecia areata*, *personalidad*, *variables psicológicas* y *trastornos dermatológicos* (con sus respectivas traducciones en inglés). A continuación, se describen los estudios encontrados que tomaron como muestra a pacientes adultos.

Resultados

El primer estudio recabado fue el de Greenberg (1955), quien usando el Rorschach como instrumento de evaluación en una muestra de 55 pacientes, encontró que 63 % de ellos eran psiconeuróticos, 23 % neuróticos traumáticos y 14 % estaban libres de diagnóstico psiquiátrico.

Suárez, Ballesteros y Simón (1980), en una muestra de 23 pacientes con alopecia areata y utilizando el 16 PF de Cattell, encontraron que todos los factores evaluados se hallaban dentro de la normalidad. En este trabajo los autores tuvieron en cuenta tanto el tiempo de evolución de la enfermedad como el patrón clínico, lo que les permitió demostrar que no había relación entre dichas variables y los factores de personalidad evaluados por el 16 PF.

Lyketsos, Stratigos, Tawil, Psaras y Lyketsos (1985), con la escala de desviaciones de la personalidad (EDP), compararon a tres grupos experimentales (cuyos diagnósticos eran urticaria, psoriasis y alopecia) con un grupo de control de pacientes con otras enfermedades de la piel. Estos autores concluyeron que los pacientes de cada uno de los grupos experimentales eran menos dominantes, más intropunitivos, más extrapunitivos y más neuróticos que los del grupo de control; incluso diagnosticaron depresión neurótica en los pacientes con alopecia.

Puente, López-Sánchez y Piñero (1988), con tests de carácter proyectivo y exploraciones psicodramáticas en una muestra de 35 personas con alopecia areata, detectaron rasgos de sumisión, pasividad, huida del enfrentamiento, sentimientos de inferioridad e inhibición de la agresión como características relevantes en los pacientes estudiados.

Wyględowska y Bogdanowski (1995a), en una muestra de 60 pacientes, evaluaron el patrón de comportamiento tipo A. Los hallazgos pusieron de relieve que la frecuencia de aparición de este patrón de conducta en los pacientes puede elevar la regularidad de sus síntomas. Además, detectaron en los pacientes una asociación entre rasgos como impulsividad, competencia, dominancia-agresividad, impaciencia y deseos de logro de metas en breves espacios de tiempo. De hecho, estos mismos autores en un estudio posterior (1995b) en el que evaluaron a 55 pacientes y a un grupo de control de 50 sujetos voluntarios, a través del inventario de personalidad de Eysenck (EPI), encontraron una personalidad neurótica predominante en el grupo de pacientes (43.64 %).

Ferrando, Corral, Lobo y Grasa (1996), con una muestra de 60 pacientes con alopecia areata, usaron la entrevista psiquiátrica estandarizada polivalente (EPEP) (entrevista semiestructurada), a la cual añadieron cinco ítems del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPI) en su versión española con el fin de intentar estudiar la personalidad premórbida de los pacientes. En los resultados, estos autores consiguieron en 80 % de la muestra estudiada mayores puntuaciones en neuroticismo premórbido. Asimismo, demostraron que predominaba en los pacientes una gran facilidad para preocuparse por asuntos triviales; además, eran más fácilmente emotivos y más nerviosos que el resto de personas.

Antuña-Bernardo *et al.* (2000), en una muestra de 202 pacientes con distintas enfermedades de la piel (entre ellas la alopecia), evaluaron diversas características de la personalidad a través del EPQ-A de Eysenck y Eysenck (además evaluaron ansiedad, depresión y calidad de vida). En su indagación hallaron que las mujeres suelen puntuar más alto la escala E (extraversión), aunque las puntuaciones más elevadas se encontraron en otro trastorno dermatológico (psoriasis).

Ruiz-Doblado, Carrizosa y García-Hernández (2003), en una muestra de 32 pacientes con alopecia areata en parches, usaron como herramientas de evaluación el cuestionario IPDE-CIE10 (examen internacional de los trastornos de la personalidad) y la escala de ajuste psicológico de la enfermedad (PAIS), los cuales sirvieron para detectar una mayor presencia de características de personalidad con tendencias evitativas. En concreto, 66 % de los pacientes presentaron comorbilidad psiquiátrica, principalmente trastornos de adaptación, ansiedad generalizada y episodios depresivos.

Carrizosa, Estepa-Zabala, Fernández-Abascal, García-Hernández y Ruiz-Doblado (2005), con el cuestionario IPDE-CIE10 (examen internacional de los trastornos de la personalidad), evaluaron a 25 pacientes con alopecia areata y a 25 pacientes de un grupo de control. En dicho estudio, no consiguieron diferencias en las dimensiones evaluadas en ambos grupos.

Cordan *et al.* (2006) trabajaron con 43 pacientes (26 hombres y 17 mujeres) que padecían de alopecia areata y con 53 sujetos sanos, equilibrados en edad y sexo. Las herramientas de evaluación utilizadas fueron la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), la escala de estrés y la escala de alexitimia de Toronto (TAS). En su estudio, los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes y el grupo de control, específicamente con respecto a las puntuaciones totales de eventos estresantes de la vida, depresión y ansiedad. Sin embargo, las puntuaciones del TAS en los pacientes con alopecia areata sí fueron significativamente más altas que en los controles.

Krogh, Matus, León, Rapaport y Armijo (2007) estudiaron la personalidad en una muestra de 10 pacientes con alopecia areata, a los cuales se les administraron entrevistas de carácter clínico, el test de Rorschach y el cuestionario desiderativo (los dos últimos son tests proyectivos). Los resultados demostraron que en la muestra existía un perfil que se caracterizaba por presentar una personalidad neurótica, estilo obsesivo, dificultades en la canalización de los afectos de carácter agresivo y angustia persecutoria y de pérdida.

Doruk, Tunca, Koc, Erdem y Uzum (2009) estudiaron el perfil de personalidad en una muestra de 30 pacientes con psoriasis y 26 pacientes con alopecia areata. El grupo de control incluyó a 29 sujetos sanos, todos de sexo masculino. Para recabar los datos utilizaron el inventario de temperamento y personajes (ITP), la escala de alexitimia de Toronto (TAS) y la escala de ira de rasgo estatal de Spielberger (STAXI). Los resultados no demostraron diferencias significativas entre las dimensiones de temperamento y carácter, alexitimia y estilo de manejo de la ira, y la ira de los grupos.

Alfani *et al.* (2012), con una muestra de 73 pacientes con alopecia areata y 73 sujetos como grupo de control, emplearon el inventario de personalidad multifásico de Minnesota (MMPI-2). El análisis del perfil obtenido en el MMPI-2 mostró que las puntuaciones en algunas escalas (depresión, ansiedad, relaciones familiares) alcanzaron niveles más elevados en los pacientes con alopecia areata que en los sujetos del grupo de control. Incluso, los pacientes con alopecia parecían experimentar sentimientos más depresivos, histéricos y de ansiedad, tenían tendencias más hipocondriacas y desviación psicopática, y padecían un conflicto mayor con su entorno social.

Burcak, Bilgic, Kaya y Güler (2013) estudiaron los perfiles de temperamento, así como el carácter y la psicopatología de los pacientes con alopecia areata para comparar los hallazgos con grupos de control sanos. Para ello, usaron una muestra de 73 pacientes con alopecia areata y otra de 78 sujetos como grupo de control. La herramienta de evaluación fue el inventario de temperamento y carácter (TCI). En el estudio también se indagó en la psicopatología general de los pacientes, para lo cual se empleó la versión revisada de la lista de verificación de síntomas-90 (SCL-90-R). Los hallazgos demostraron que los pacientes con alopecia areata tenían un estilo de personalidad con las siguientes características: búsqueda baja de la novedad (complicaciones en la adaptación a los cambios que puede suponer la presencia de un estresor, no están abiertos a la mejora, escasa tolerancia a las novedades), baja dependencia de la recompensa (personas con predominio de un carácter solitario, fríos, con dificultad en cuanto a la comunicación social y dificultad para establecer relaciones), además de una disminuida autotrascendencia. Asimismo, se reportaron diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones del TCI, las cuales se mantienen en comparación con los controles cuando se manipulaba la influencia de la ansiedad y la

depresión. Por último, las puntuaciones obtenidas en el TCI no tuvieron correlación con parámetros clínicos, como pueden ser la extensión o el tiempo de duración de la enfermedad.

Agahei, Saki, Daneshmand y Kardeh (2014) se enfocaron en la frecuencia de los trastornos psicológicos en pacientes con alopecia areata en comparación con un grupo de control. Evaluaron a 40 pacientes con alopecia areata y a un grupo de control equiparado en número de sujetos, edad y sexo. Las herramientas de evaluación fueron el inventario de depresión de Beck (BDI) y el cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ). En los resultados se detectaron diferencias significativas entre los grupos, especialmente en los ítems de depresión, ansiedad y neuroticismo, aunque no se reportaron diferencias significativas en la extraversión, psicosis y mentira. Por otro lado, no hubo correlaciones significativas entre la duración del trastorno, la edad de comienzo, la cantidad de recaídas y la intensidad de la enfermedad en comparación con las dimensiones de personalidad evaluadas. En cuanto a la relación de la localización de la alopecia, cuando la enfermedad afectaba al cuero cabelludo y a la cara, se hallaron niveles significativamente altos de neuroticismo.

Erfan *et al.* (2014) evaluaron a 42 pacientes con un primer brote de alopecia areata y a 60 sujetos que conformaban un grupo de control. Para la evaluación se utilizó el cuestionario de temperamento, carácter e impulsividad (TCI) de Cloninger. Las puntuaciones obtenidas no demostraron diferencias significativas entre los dos grupos, aunque vale destacar que solo se evaluó a los pacientes con un primer brote y se excluyó de la muestra a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Sellami *et al.* (2014) tomaron una muestra de 50 pacientes (52 % mujeres) con alopecia areata provenientes de un ámbito hospitalario, para lo cual usaron los siguientes instrumentos: escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y escala de alexitimia de Toronto (TAS). Igualmente, midieron la severidad de la alopecia. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes y el grupo de control en las puntuaciones de depresión y ansiedad. De hecho, 42 % de los pacientes puntuaron positivo en alexitimia, aunque no se detectaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes y el de control en dicho ítem.

Dehghani, Dehghani, Kafaie y Reza (2017) compararon y evaluaron la prevalencia de la alexitimia en pacientes con psoriasis, alopecia areata, vitiligo y acné vulgar. En el estudio participaron 120 pacientes y 30 sujetos como grupo de control, con los que se utilizó la escala de alexitimia de Toronto (TAS). Gracias al análisis de las puntuaciones, se encontraron diferencias significativas entre el vitiligo y la alopecia areata, pero no se halló diferencia significativa entre los pacientes con acné y el grupo de control. El resumen de todos los estudios comentados se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Estudios que han relacionado alopecia areata y personalidad

Estudio	Muestra	Evaluación	Resultados
Greenberg (1955) con AA	55 sujetos	Rorschach	14 % de pacientes libres de diagnóstico psiquiátrico
Suarez, Ballesteros y Simón (1980)	23 pacientes con AA	16 PF	No relación con factores de personalidad
Lyketsos, Stratigos, Tawil, Psaras y Lyketsos (1985)	26 pacientes con psoriasis 28 pacientes con urticaria 38 controles	EDP	Relación con dominación, neuroticismo y depresión
Puente, López-Sánchez y León (1988)	35 pacientes con AA	Técnicas proyectivas	Relación con sumisión, pasividad, inhibición e inferioridad.
Wygledowska y Bogdanowski (1995a)	60 pacientes con AA	Evaluación patrón tipo A. Adaptación para Polonia	Relación con variables de conducta del patrón tipo A.
Wygledowska y Bogdanowski (1995b)	55 pacientes con AA 50 sujetos control	EPI	Personalidad neurótica en el 43.64% del grupo de AA.
Ferrando, Corral, Lobo y Grasa (1996)	60 pacientes con AA	Entrevista estructurada (EPEP)	Relación con neuroticismo, ansiedad, emotividad y preocupación por asuntos triviales
Antuña-Bernardo, García-Vega, González, Secades, Errasti y Curto (2000)	202 pacientes con distintas enfermedades de la piel	EPQ-A, STAI, Escala depresión de Zung Cuestionario Skindesk (calidad de vida)	El perfil de AA no es homogéneo y diferenciado de la población normal. Mayores puntuaciones en los grupos de psoriasis y herpes.
Ruiz-Doblado, Carrizosa y García-Hernández (2003)	32 pacientes con AA	Entrevista estructurada, psiquiátrica IPDE-CIE 10 y PAIS	El 66% presenta comorbilidad
Carrizosa, Estepa-Zabala, Fernández-Abascal, García-Hernández y Ruiz-Doblado (2005)	25 pacientes con AA 25 sujetos control	IPDE-CIE 10	No se encuentran diferencias significativas

Cordan, Bařterzi, Tot Acar, Üstünsoy, Ikizođlu, Demirseren y Kanik (2006),	43 pacientes con AA 53 sujetos sanos como control	HADS TAS	Puntuaciones significativamente mayores en en el TAS en AA. Sin significación en el HADS
Krogh, Matus, Rapaport con AA y Armijo (2007)	10 pacientes	Rorschach Cuestionario desiderativo Entrevista semi Estructurada	Relación con León, neurótica, dificultad en la canalización de afectos
Doruk, Tunca, Koc, Erdem y Uzum (2009)	30 pacientes con psoriasis 26 pacientes con AA 29 sujetos sanos	TAS ITP STAXI	No se encuentran diferencias significativas
Alfani et als. (2012)	73 pacientes con AA 73 sujetos sanos	MMPI-2	Mayores puntuaciones en AA en ansiedad, depresión y relaciones familiares
Burcak, Bilgic, Kaya y Güler (2013)	73 pacientes con AA 78 sujetos sanos	TCI SCL-90-R	Diferencias significativas en AA, mayor búsqueda de novedad, dependencia de la recompensa y autotrascendencia
Agahei, Saki, Daneshmand y Kardeh (2014)	40 pacientes con AA	BDI EPQ	Diferencias significativas en AA en cuanto a depresión, ansiedad y neuroticismo
Erfan et als. (2014) con AA	42 pacientes 60 sujetos sin antecedentes psiquiátricos o dermatológicos	TCI	No se encuentran diferencias significativas
Sellami et als. (2014)	50 pacientes con AA	HADS TAS	Diferencias significativas en TAS (42%) Sin diferencias en el HADS
Dehghani, Dehghani, Kafaie y Reza (2017)	120 pacientes con varios trastornos de piel 30 pacientes control	TAS	Diferencias significativas en AA y vitiligo. Sin diferencias significativas en AA y control

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones y discusión

Analizando los estudios del presente trabajo, se pueden emitir las siguientes conclusiones:

- Se deben emplear instrumentos de evaluación de mayor calidad y de mejores características psicométricas para aumentar los criterios de fiabilidad y validez, pues en muchos casos se han detectado pruebas proyectivas de dudosa validez.
- Los estudios en general utilizan muestras muy escasas, las cuales, en algunos casos, están compuestas por varios trastornos dermatológicos; además, los grupos de control suelen ser muy pequeños y escasamente descritos en cuanto a sus criterios de inclusión y exclusión. Además, en algunos estudios las muestras están insuficientemente descritas. De hecho, se puede resaltar el escaso carácter aleatorio de las muestras estudiadas. Sería, por tanto, muy recomendable trabajar con muestras más amplias y representativas.
- La mayor parte de los estudios enseñan puntuaciones estadísticamente significativas que muestran un mayor predominio de diagnóstico psiquiátrico y variables psicológicas negativas.
- Hasta la fecha, no está firmemente establecida la relación entre los factores de personalidad y la alopecia areata. De hecho, es evidente que no se puede señalar una dirección concreta en la relación (muy posiblemente sea bidireccional), aunque sí se podría afirmar, con base en los estudios analizados, que los factores de personalidad son relevantes para la comprensión de la relación entre la alopecia areata y las variables psicológicas.
- Aunque hasta el momento lo etiológico es un factor que permanece en discusión, parece que las variables psicológicas pueden predisponer un peor pronóstico de la enfermedad y de adaptación, lo que influiría de manera negativa en la calidad de vida del paciente.

En resumen, los pacientes afectados con alopecia areata parecen poseer factores psicológicos asociados a su enfermedad, entre ellos ciertos rasgos de ansiedad, depresión e incluso relaciones familiares disfuncionales, lo que podría contribuir de forma directa en la morbilidad de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento, parece claro que el enfoque multidisciplinar del paciente es una cuestión absolutamente necesaria, en la cual se debe considerar la valoración psicológica para ofrecer una atención terapéutica integral.

En definitiva, debido a que la validez de muchos de los estudios es discutible, se debe trabajar en los instrumentos y procedimientos seguidos para seleccionar las muestras, las herramientas de evaluación y la metodología aplicada.

Referencias

- Aghaei, S., Saki, N., Daneshmand, E. and Kardeh, B. (2014). Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects. *ISRN Dermatology*, 9, 304-370. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/304370>
- Alfani, S., Antinone, V., Mozzetta, A., Pietro, C. D., Mazzanti, C., Stella, P. and Abeni, D. (2012). Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Dermatovenereologica*, 92(3), 304-306. Doi: <https://doi.org/10.2340/00015555-1239>
- Antuña-Bernardo, S., García-Vega, E., González, A. M., Secades, R., Errasti, J. M. y Curto, J. R. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 12(Supl. 2), 30-34.
- Alkhalifah, A., Alsantali, A., Wang, E., McElwee, K. J. and Shapiro, J. (2010). Alopecia areata update: part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 62(2), 177-188. Doi: 10.1016/j.jaad.2009.10.032.
- Burcak, A. B., Bilgic, B., Kaya, S. K. and Güler, O. (2013). Temperament-Character Profiles in Patients with Alopecia Areata. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(4), 326-34. Doi: 10.5455 / bcp.20130227031949
- Buján, M. M., Bocian, M., Cervini, A. B. y Pierini, A. M. (2013). Alopecia areata. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(5), 455-456.

- Carrizosa, A., Estepa-Zabala, B., Fernández-Abascal, B., García-Hernández, M. J. and Ruiz-Doblado, S. (2005). Alopecia areata: a specific personality? *International Journal of Dermatology*, 44(5), 437-8. Doi: 10.1111/j.1365-4632.2005.02277.x
- Cordan, Y. A., Basterzi, A., Tot Acar, S., Ustunsoy, D., Ikizoglu, G., Demirseren, D. and Karnik, A. (2006). Alopecia areata and alexithymia. *Turk Psikiyatri Derg*, 17(2), 101-6.
- Dehghani, F., Dehghani, F., Kafaie, P. and Reza, M. (2017). Asian pearls: Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian Journal of Psychiatry*, (25), 42-45. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.011>
- Delgado, E. G., Castro, E. y Nava, R. (2018). Alopecia areata universal. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4).
- Doruk, A., Tunca, M., Koc, E., Erdem, M. and Uzum, O. (2009). Alexitimia, Anger- Anger Management Style and Temperament-Character Profiles in Males with Alopecia Areata and Psoriasis. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1503-1509.
- Erfan, G., Albayrak, Y., Yanik, M. E., Oksuz, O., Tasolar, K., Topcu, B. and Unsal, C. (2014). Distinct temperament and character profiles in first onset vitiligo but not in alopecia areata. *Journal of Dermatology*, 41(8), 709-15. Doi: 10.1111 / 1346-8138.12553.
- Ferrando, F., Corral, C., Lobo, A. y Grasa, M. (1996). Estudio de los fenómenos de estrés y su relación con variables psicopatológicas, clínicas e inmunológicas en pacientes con alopecia areata. *Actas Dermosifiliográficas*, 79(2), 87, 597-609.
- Fierro-Arias, L., De la Fuente-García, D., Cortés-Rodrigo, M. D., Baños-Segura, C. y Ponce-Olivera, R. M. (2016). Alteraciones oculares en pacientes con diagnóstico de alopecia areata. *Dermatología Revista Mexicana*, 60(3), 203-209.
- França, F., Chacon, A., Ledon, J., Savas J. and Nouri, K. (2013). Psychodermatology: a trip through history. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 88(5), 842-843. Doi: 10.1590/abd1806-4841.20132059

- Gilhar, A., Etzioni, A. y Paus, R. (2012). Alopecia areata. *New England Journal of Medicine*, 366(16), 1515-1525. Doi: 10.1056/NEJMra1103442
- Greenberg, S. I. (1955). Alopecia areata. A Psychiatric survey. *Archives of Dermatology*, 72(5), 454-457.
- Hunt, N. and McHale, S. (2005). The psychological impact of alopecia. *British Medical Journal*, 331(7522), 951-953. Doi: 10.1136/bmj.331.7522.951
- Hussain, S. T., Mostaghimi, A., Barr, P. J., Brown, J. R., Joyce, C. and Huang K. P. (2017). Utilization of Mental Health Resources and Complementary and Alternative Therapies for Alopecia Areata: A U.S. Survey. *International Journal of Trichology*, 9(4), 160-164. Doi: 10.4103/ijt.ijt_53_17
- Islam, N., Leung, P. S., Huntley, A. C. and Gershwin, M. E. (2015). The autoimmune basis of alopecia areata: a comprehensive review. *Autoimmunity Reviews*, 14(2), 81-89. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.10.014>
- Kacar, S. D., Soyucok, E., Bagcioglu, E., Ozuguz, P., Coskun, K. S., Asik, A. H. and Mayda, H. (2016). The perceived stigma in patients with Alopecia and mental disorder: a comparative study. *International Journal of Trichology*, 8(3), 135-140. Doi: 10.4103/0974-7753.189005
- Karia, S. B., De Sousa, A., Shah, N., Sonavance, S. and Bharati, A. (2015). Psychiatric morbidity and quality of life in skin diseases: A comparasion of alopecia areata and psoriasis. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(2), 125-128. Doi: 10.4103/0972-6748.181724
- Krogh, E., Matus, V., León, A., Rapaport, E. y Armijo, I. (2007). Alopecia areata y personalidad. *Gaceta Psiquiátrica Universitaria*, 3(3), 353-359.
- Lavda, A. C. and Webb, T. L. (2012). A meta-analysis of the effectiness of psychological interventions for adults with skin condition. *British Journal of Dermatology*, (167), 970-979.

- Lyketsos, G. C., Stratigos, J., Tawil, G., Psaras, M. and Lyketsos, C. G. (1985). Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(3), 122-131.
- Miranda, A. (2015). *Estudio dermatológico y psiquiátrico en pacientes con alopecia areata* (tesis doctoral). España: Universidad de Valladolid.
- Olguín, M. G., Martín, A., Rodríguez, M. y Peralta, M. L. (2013). Factores psicológicos asociados con la alopecia areata. *Dermatología Revista Mexicana*, 57(3), 171-177.
- Picardi, A. and Aberni, D. (2001). Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 70(3), 118-136.
- Puente, M., López-Sánchez, J. y Piñero, J. (1988). Exploración psicológica en alopecia areata. A propósito de 35 observaciones. *Actas Dermosifiliográficas*, 79(2), 165-71.
- Reinhold, M. (1960). Relationship of stres to the development of symptoms in alopecia areata in chronic urticaria. *British Medical Journal*, 19(1), 48-52.
- Rencz, F., Gulácsi, L., Péntek, M., Wikonkál, N., Baji, P. and Brodszky, V. (2016). Alopecia areata and health related quality of life: a systematic review and meta analysis. *British Journal of Dermatology*, 175(3), 561-571. Doi: 10.1111/bjd.14497
- Rodgers, A. R. (2018). Why Finding a Treatment for Alopecia Areata Is Important: A Multifaceted Perspective. *Journal of Investigative Dermatology*, 19(1), 59-53. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jisp.2017.10.008>
- Ruiz-Doblado, S., Carrizosa, A. and García-Hernández, M. J. (2003). Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *International Journal of Dermatology*, 42(6), 434-7.
- Sahin, B. (2017). Increased Pathological worry levels in patients with alopecia areata. *Journal of Medical and Analytical Medicine*, 8(1), 10-13. Doi: 10.4328/JCAM.4257

- Salazar, M. (2017). *Calidad de vida en las alopecias e influencia de la relación médico-paciente*. Alcoy: Editorial Área de Innovación y Desarrollo.
- Sellami, R., Masmoudi, J., Ouali, U., Mnif, L., Amouri, M., Turki, H. and Jaoua, A. (2014). The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: A case-control study. *Indian Journal of Dermatology*, 59(4), 421. Doi: 10.4103/0019-5154.135525.
- Serón, T. y Calderón, P. (2015). Actualización en psicodermatología. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 26(1), 42-50.
- Suárez, E., Ballesteros S. y Simón, A. (1980). Estudio de 16 factores de personalidad en un grupo de enfermos de alopecia areata. *Gaceta Dermatológica*, 1(1), 29-36.
- Willemsen, R., Roseeuw, D. and Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47(9), 903-10. Doi: 10.1111 / j.1365-4632.2008.03726.x.
- Wyględowska, K. M. and Bogdanowski T. (1995a). Examination of the significance of psychological factors in the etiology of alopecia areata. I. Examining Type A behavior. *Przegląd Lekarski*, 52(6), 311-314.
- Wyględowska, K. M, and Bogdanowski T. (1995b). Testing the significance of psychic factors in the etiology of alopecia areata. II. Examination of personality by means of Eysenck's Personality. *Przegląd Lekarski*, 52(11), 562-564.

Rol de Contribución	Autor (es)
Conceptualización	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Metodología	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Software	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: apoya Luis Millana Cuevas: apoya
Validación	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Análisis Formal	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Investigación	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Recursos	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: apoya Luis Millana Cuevas: apoya
Curación de datos	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Escritura - Preparación del borrador original	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: apoya Luis Millana Cuevas: apoya
Escritura - Revisión y edición	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Visualización	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Supervisión	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Administración de Proyectos	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual
Adquisición de fondos	Juan Carlos Fernández-Rodríguez: principal Fernando Miralles Muñoz: igual Luis Millana Cuevas: igual