

La alopecia y sus consecuencias psicológicas. El papel del psicólogo



Agustín Moreno Sánchez
Psicólogo de la Salud
galileo-psicologos.es

El pelo es un componente muy importante de identidad y de la imagen que uno tiene de sí mismo. Hoy sabemos que incluso su pérdida parcial puede originar complicaciones psicológicas y un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

Estudios como el realizado ya en el año 2009 por el Departamento de Psicología de la Universidad de Westminster (Londres)¹, donde se consultó a 214 personas aquejadas de alopecia sobre la incidencia que tenían sus problemas de pérdida de cabello tanto en su estado emocional como en su vida diaria, nos alertaron de la importancia de prestar una atención psicológica complementaria al tratamiento médico de esta. Los pacientes del citado estudio manifestaron sentimientos de enfado, disgusto, preocupación y estrés, siendo la timidez, la pérdida de autoestima y la pérdida de confianza en sí mismos las respuestas más comunes, sobre todo, entre las mujeres. A conclusiones parecidas ha llegado otro estudio español, realizado por la Dra. Aurora Guerra, del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, en el que se concluye que «más del 80 % de las mujeres con problemas de alopecia presentan distintos grados de ansiedad y el 66 % muestran signos de depresión»². En el mismo sentido, es de destacar el conocido impacto emocional que

tiene la pérdida del cabello como consecuencia secundaria del tratamiento quimioterapéutico en los pacientes de cáncer, lo que, en palabras de la Dra. María Eugenia Vega, del Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, «ha hecho que se ideen técnicas para retrasarla, paliarla o evitarla», poniendo, así, de manifiesto «la necesidad de abordar los efectos secundarios de la quimioterapia, como el de la mencionada y temida pérdida de cabello, desde un punto de vista multidisciplinar, teniendo en cuenta en profundidad no solo los aspectos médicos, sino también el lado psicológico de los pacientes, para poder ayudarlos de una manera integral a sobrellevar el tratamiento y aumentar la calidad de vida»³.

Y es que, como saben bien los especialistas en dermatología, los factores psicológicos pueden desempeñar un importante papel tanto en la génesis como en el mantenimiento de las enfermedades cutáneas, dado que, como hemos mencionado, los problemas dermatológicos suelen afectar a la imagen personal y tienen, en muchas ocasiones, un curso crónico, lo que trae consigo una alta morbilidad psicológica⁴.

La psicología de la salud lleva años interesándose por el estudio de los factores psicológicos asociados a los pacientes con enfermedades de la

piel. Así, por ejemplo, se ha venido investigando acerca del estrés, los trastornos de ansiedad, la depresión y las características de personalidad concomitantes con la psoriasis, las dermatitis, el acné, el liquen *ruber* plano, la rosácea, las verrugas o la alopecia areata, entre otras enfermedades⁴, y su posible respuesta a tratamientos cognitivo-conductuales⁵.

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA. CONSIDERACIONES PREVIAS

La discusión del papel que el psicólogo puede desempeñar en el abordaje integral de los problemas psicodermatológicos, como la alopecia en cualquiera de sus manifestaciones, requiere, a mi entender, de ciertas consideraciones previas que acoten su campo de intervención y que derivan, fundamentalmente, del tipo de problema psicológico concomitante con el dermatológico y su incidencia en la calidad de vida del paciente.

Clasificación de los problemas psicodermatológicos

Los trastornos psicodermatológicos pueden clasificarse en tres grandes categorías: trastornos psicofisiológicos, trastornos dermatológicos asociados a un problema psiquiátrico primario y trastornos dermatológicos que derivan en afectación emocional secundaria⁶.

Trastornos psicofisiológicos: son aquellos en los que el curso de una enfermedad de la piel se ve afectado por el estado psicológico del paciente. Estos trastornos, a menudo, se precipitan o exacerban por el estrés o la ansiedad emocional en un número significativo de casos: psoriasis, acné, alopecia areata, rosácea, urticaria, dermatitis atópica, etcétera⁷.

Trastornos dermatológicos asociados a un problema psiquiátrico primario: la patología principal es psíquica (trastorno obsesivo-compulsivo —TOC—, trastornos de ansiedad, depresión, trastorno del control de los impulsos, trastornos de la persona-

lidad, psicosis, etc.) y las afecciones de la piel son autoinducidas y secundarias (tricotilomanía, exco-riación neurótica, prurito psicógeno, delirio de parasitosis, etc.)⁷.

Trastornos dermatológicos que derivan en afectación emocional secundaria: los trastornos de la piel rara vez son potencialmente mortales, pero se asocian a una alta morbilidad psicológica y una incidencia significativa en la calidad de vida. Tal es el caso de la psoriasis, el vitiligo, la caída del cabello u otras enfermedades de la piel que afectan a las partes visibles del cuerpo⁷. Los pacientes con este tipo de problemas se enfrentan, a menudo, a situaciones de discriminación y aislamiento social, por lo que no son infrecuentes las manifestaciones de trastornos de ansiedad, depresión, baja autoestima e, incluso, en ocasiones, ideación suicida⁸.

Trastornos mentales más frecuentes asociados a las enfermedades dermatológicas

La mayoría de los pacientes con trastornos psicocutáneos pueden ser categorizados genéricamente bajo cuatro diagnósticos: (a) ansiedad, (b) depresión, (c) psicosis y (d) TOC⁷. La elección del tipo de tratamiento psicológico o psicofarmacológico empleado debe basarse, principalmente, en la naturaleza de la psicopatología subyacente y su menor o mayor gravedad.

Trastornos emocionales en dermatología y terapia psicológica

La evidencia disponible indica que cualquier alteración emocional derivada del padecimiento de una enfermedad de la piel puede verse beneficiada por la utilización de la terapia psicológica y sus técnicas, dado el alto componente psicossomático y conductual de muchas de las afecciones dermatológicas, si bien, la terapia psicológica puede adoptar un papel principal o complementario en función del tipo de trastorno mental que presenta el paciente y su grado de afectación.

Por lo general, la terapia psicológica, combinada o no con la medicación psicotrópica, es mejor aceptada por los pacientes con trastornos psicofisiológicos o con un trastorno dermatológico con afectación emocional secundaria. Al contrario, en pacientes con un trastorno psiquiátrico primario, la terapia psicotrópica suele ser la línea principal de tratamiento, y la psicológica, adoptar un papel complementario⁹.

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ALOPECIAS

Como hemos visto, cualquier alteración emocional derivada del padecimiento de una enfermedad de la piel puede verse beneficiada por la utilización de la terapia psicológica, ya sea con un papel principal o complementario, en función del tipo de trastorno mental que presenta el paciente y su grado de afectación.

Desde mi opinión profesional, hay dos características generales de las enfermedades de la piel que enmarcan, en muchas ocasiones, el grado de afectación psicológica que padecen los pacientes: su cronicidad y su incidencia en la calidad de vida. De ahí que el tratamiento por parte del especialista en dermatología de cualquiera de estas afecciones, aunque es una condición imprescindible, no es siempre suficiente para conseguir el bienestar del enfermo, ya que existen otros factores que repercuten de manera más o menos directa en el curso y las formas de afrontamiento de la enfermedad: grado de autoestima, influencia social y familiar, estilo de vida, capacidad de afrontamiento y resiliencia, etc. La necesidad de un abordaje integral en el tratamiento se ve sustentada, así, por el hecho de que, en muchas ocasiones, la mayor o menor gravedad de la enfermedad, en cuanto a síntomas y limitaciones, no es un factor predictivo del ajuste psicológico y social que presentan los pacientes¹⁰.

Aunque, desde un punto de vista fisiológico, la única función conocida del pelo es la de ayudar a la termorregulación del organismo, está demostrado que el cabello tiene unos efectos estéticos

que afectan a la psicología humana¹¹. El pelo desempeña un importante papel en la identidad y la imagen, por lo que no es de extrañar que su pérdida constituya una de las mayores preocupaciones en cuanto a estética que afecta de manera más o menos intensa a la autoestima de los individuos. Así, mientras que algunas personas toman la calvicie como un hecho inevitable en la vida y no tienen demasiado problema en asumirlo, son muchas más las personas que sufren, como hemos visto, ansiedad y depresión a raíz de la caída de cabello. Esta situación se vuelve especialmente dramática en el caso de las mujeres, en quienes los grados de afectación psicológica por la pérdida del cabello son particularmente intensos².

Desde este punto de vista, cualquier intervención del psicólogo en este tipo de problemas requiere modelos que busquen, fundamentalmente, la potenciación de los recursos y habilidades de los pacientes, identificando aquellos factores que permitan una mejor adaptación a la enfermedad, buscando una comprensión psicológicamente sana del proceso y una mejora en su calidad de vida social y familiar¹⁰.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y desde una perspectiva cognitivo-conductual, autores como Albee¹², Lazarus¹³, y Costa y López¹⁴ proponen un modelo de intervención de carácter transaccional, que, según nuestra práctica clínica, se ha revelado de utilidad para el tratamiento de las consecuencias emocionales de las alopecias: la adaptación a la enfermedad y sus consecuencias va a verse determinada por el tipo y la calidad de las interacciones que el paciente realiza con su medio ambiente y el equilibrio entre los factores de riesgo y protección, siendo los factores de riesgo aquellas circunstancias o condiciones que afectan negativamente al paciente y los factores de protección todos aquellos que le hacen menos vulnerable ante las dificultades¹². La incidencia de los problemas psicológicos que afectan al paciente dependerá, pues, del equilibrio entre los dos tipos de factores. Se trata de un enfoque de naturaleza, sobre todo, preventi-

va, orientado a desarrollar en el paciente la capacidad y competencia para hacerse cargo, en la medida de lo posible, de su propio cuidado, e intervenir antes de que surjan los problemas, con el fin de aumentar la resiliencia del enfermo ante las situaciones críticas y los retos que la enfermedad le plantea. Lo que se busca es una posición más participativa que impositiva, donde la persona es más un «agente» capaz de hacerse cargo de la propia enfermedad que un «paciente» sin ninguna posibilidad de control sobre ella¹⁰. En la tabla 1, se muestran algunos de estos factores psicosociales de riesgo y protección.

Objetivos y técnicas de intervención

De acuerdo con el modelo de intervención propuesto, el objetivo central de la intervención del psicólogo es incrementar la capacidad de resiliencia del paciente frente a la enfermedad, mediante la potenciación de sus factores de pro-

tección y la atenuación, en la medida de lo posible, de sus factores de riesgo.

La intervención, para ser eficaz, debe atender, en mi opinión, un triple eje que contemple tanto los factores de activación psicofisiológica-emocional como los cognitivos y conductuales que estén contribuyendo al mantenimiento de los problemas psicológicos que afectan al paciente. En la tabla 2, pueden verse algunas de las técnicas psicológicas más utilizadas en psicodermatología en general y en los casos de pérdida de cabello en particular, donde la psicoeducación en el autocuidado personal y el aprendizaje de habilidades estéticas desempeña cada vez un papel más importante.

CONCLUSIONES

El conocimiento actual de que un importante porcentaje de los pacientes aquejados de alopecia en cualquiera de sus manifestaciones clínicas pre-

Tabla 1. Factores de riesgo y protección

Factores psicosociales de riesgo

Personales	Familiares	Sociales y educativos
Presencia de enfermedad psiquiátrica previa. Pasividad/dependencia. Tendencia al aislamiento. Estilo de vida perjudicial para la salud. Intereses restringidos.	No aceptación de la enfermedad. Hiperprotección. Culpabilización. Problemas de pareja.	Estigmatización y desinformación. Aislamiento. Absentismo escolar o laboral.

Factores psicosociales de protección

Personales	Familiares	Sociales y educativos
Ausencia de enfermedad psiquiátrica previa. Autoestima. Autonomía. Flexibilidad. Percepción de control. Habilidad de afrontamiento y de expresión emocional. Implicación en actividades.	Apoyo emocional. Comunicación clara y abierta. Aceptación de la enfermedad. Promotora del autocuidado. Buen ajuste de pareja.	Apoyo social. Grupo de amigos. Buen ajuste laboral/escolar. Grupo social próximo bien informado.

Tabla 2. Técnicas psicológicas más utilizadas en trastornos que originan la pérdida del cabello

Activación psicofisiológica	Cogniciones desadaptativas	Conductas
Relajación. Biorretroalimentación. Hipnosis clínica.	Psicoeducación individual y familiar. Dermoestética. Terapia cognitivo-conductual. Terapia narrativa.	Psicoeducación individual y familiar. Autocuidado personal y estético. Prevención de respuesta. Desensibilización sistemática. Exposición.

senta algún trastorno emocional subyacente, que bien es causa directa de este, bien contribuye a exacerbarlo, ha llevado a la consideración de la necesidad de un abordaje multidisciplinario de este tipo de trastornos, donde la estrecha colaboración entre el dermatólogo y el profesional de la salud mental redunde en una mejora de la calidad de vida del paciente.

La evidencia de la que se dispone indica que los cuadros tanto ansiosos como depresivos derivados de la pérdida del cabello pueden verse beneficiados por la utilización de la terapia psicológica y sus técnicas.

La intervención del psicólogo en las enfermedades como la que es objeto de este artículo, al igual que en otras enfermedades dermatológicas, requiere de modelos que busquen, fundamentalmente, la potenciación de los recursos y habilidades de los pacientes, identificando aquellos factores que permitan una mejor adaptación a la enfermedad, buscando una comprensión psicológicamente sana del proceso y una mejora en su calidad de vida social y familiar; un enfoque de naturaleza, sobre todo, preventiva, orientado a aumentar la resiliencia del enfermo ante las situaciones críticas y los retos que la enfermedad le plantea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cartwright T, Edean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol.* 2009;160(5):1034-9.
2. Guerra-Tapia A, González-Guerra E, De la Cruz-Bertolo J. Alopecia femenina y sistemas de integración capilar: repercusión psicológica. 8ª Reunión del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica. GEDEPSI. Valencia, del 1 al 3 de marzo de 2012.
3. Vega ME, De Juan A, García A, López JM, López C, López A, et al. Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología.* 2004;1(2-3):137-50.
4. Picardi A, Adler DA, Abeni D, Chang H, Pasquini P, Rogers WH, et al. Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: a comparison of three screeners. *Acta Derm Venereol.* 2005;85(5):414-9.
5. Honre DJ, White AE, Varigos GA. A preliminary study of psychological therapy in the management of atopic eczema. *Br J Med Psychol.* 1989;62(Pt 3):241-8.
6. Koo JY, Lee CS. General approach to evaluating psychodermatological disorders. En: Koo JY, Lee CS (eds.). *Psychocutaneous medicine.* Nueva York: Marcel Dekker Inc.; 2003. p. 1-29.
7. Yadav S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: a comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013; 79(2):176-92.
8. Saitta P, Keehan P, Yousif J, Way BV, Grekin S, Brancaccio R. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients, Part 2: depression, anxiety, and suicide. *Cutis.* 2011;88(2):92-7.
9. Shenefelt PD. Therapeutic management of psychodermatological disorders. *Expert Opin Pharmacother.* 2008;9(6): 973-85.
10. Cancio H, Rincón C, Ramos JL. Intervención en pacientes con hemofilia: un modelo de intervención en enfermedad crónica. En: Remor E, Arranz P, Ulla S (eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwner; 2003. p. 591-620.
11. Guerra Tapia A. *La alopecia de la mujer.* Madrid: Raíz Publicidad; 2009.
12. Albee GW. A competency model to replace the deficit model. En: Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J (eds.). *Community psychology: theoretical and empirical approaches.* Nueva York: Gardner; 1980. p. 213-38.
13. Lazarus RS. *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwner; 2000.
14. Costa M, López E. *Educación para la salud.* Madrid: Ediciones Pirámide; 1996.