

Alopecia y estrés: un caso infantil manejado con reestructuración cognitiva y medicina tradicional¹

Alopecia and stress: a child case managed with cognitive restructuring and traditional medicine

Jaime Ernesto Vargas-Mendoza² y Reyna Hernández-Ramírez³ Asociación Oaxaqueña de Psicología, A.C. e Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

Se reporta el caso de una niña de 4 años que sufrió la pérdida del pelo de la cabeza (alopecia areata) luego de asistir a ver una película de terror con su familia. La niña se desenvolvía en un ambiente escolar y familiar inadecuado, presentando además onicofagia y fobia social a sus maestros varones. El caso inicialmente llegó con la pediatra, quien solicitó apoyo de psicología médica, donde se estableció un manejo utilizando reestructuración cognitiva y el uso tópico de una cataplasma de papa por la noche. Se pudo observar una recuperación casi completa 8 meses después.

ABSTRACT

A female child with an age of 4 years suffers the loss of her hair on the head (alopecia areata) after watching a horror movie with her relatives. The child lives in an inadequate environment at the school and home. She also has onychophagia and social phobia with her male teachers as diagnostics. The case first arrived with a pediatric physician who turned it over to psychological services. There was established the treatment by cognitive reconstruction and the employ of a potato paste on the head by the night. After 8 months we could see an almost full recovery.

PALABRAS CLAVE

Alopecia areata, pediatría, reestructuración cognitiva, medicina tradicional

KEYWORDS

Alopecia areata, pediatrics, cognitive reconstruction, traditional medicine

Alopecia y estrés: un caso infantil manejado con reestructuración cognitiva y medicina tradicional *E-Magazine Conductitlán*.
3(1) 13-22. Diciembre-Mayo

Recibido el 20 de julio de 2016 y aceptado el 29 de julio de 2016
Psicólogo Clínico E-mail: je_vargas@yahoo.com.mx
Médico Pediatra

El cabello, que es un anexo de la piel, sin tener una función vital, es de mucha importancia en lo relativo a la apariencia personal y sus aspectos psicológicos. En el cuero cabelludo encontramos 85% de cabellos en fase de crecimiento o anágena, 1 al 2% en fase de reposo o catágena y 13 al 14% en fase de caída o telógena, con un crecimiento diario de 37 mm o de 10 a 15 cm al año (García & Mansilla, 2004).

Se define la Alopecia como la caída o pérdida del pelo de cualquier tipo u origen, representando del 2 al 5 % de las consultas dermatológicas en infantes. Aunque es de origen desconocido, se cree que su etiología es multifactorial, interviniendo la predisposición genética, alguna base autoinmune que se asociaría a enfermedades del mismo tipo y otros factores desencadenantes como es el estrés emocional (Madani & Shapiro, 2000; Crowder & Frieden, 2002).

La alopecia fue descrita por Cornelius Celsus en el año 30 DC, el término fue dado por el dermatólogo francés Savourad (1864 - 1938) que deriva del término Alopex (Zorra) por la característica del animal de mudar su pelo 2 veces al año. Entre las alopecias más comunes en la infancia tenemos a la de tipo Areata (AA) condicionando la pérdida de pelo especialmente en la cabeza. Las placas de alopecia son asintomáticas, redondeadas u ovals sin signos inflamatorios, presentándose como placas asociadas o múltiples. También pueden extenderse por todo el cuero cabelludo dando lugar a la Alopecia Areata total o afectar la totalidad de la superficie corporal, conociéndose en este caso como alopecia universal.

AA en placa única	Más frecuente, mejor pronóstico
AA en placas múltiples	Varias placas que pueden unirse dando lugar a otras formas clínicas
AA total	Pérdida total del pelo del cuero cabelludo
AA universal	Cuero cabelludo, cejas, pestañas y la totalidad del vello corporal

No hay un tratamiento único. Este se determina por la extensión de la alopecia y la edad del paciente. Su función es la de tratar de repoblar las placas. En general, las placas únicas o en escaso número tienden a repoblarse espontáneamente en la mitad de los casos. Una opción de tratamiento es el empleo de corticoides tópicos (difícil de aplicar en niños) o de soluciones de minoxidilo, que tiene acción vasodilatadora y regula la fisiología folicular. Se ha demostrado, que emplear dipropionato de betametasona en crema media hora después de las dos aplicaciones diarias de la solución de minoxidilo, aumenta la eficacia del tratamiento. En las formas crónicas y graves con afectación de más del 50% del cuero cabelludo se puede emplear la difenciprona (Inmunomodulador de uso tópico), que disminuye la relación CD4/CD8 del infiltrado y desplaza a los linfocitos T lejos de los folículos. La intención es producir eczema de baja intensidad en las zonas de aplicación. También tenemos la terapia PUVA (asociación de psoralenos vía oral o tópica y posterior irradiación con rayos ultravioleta A) (Pulley & Pulley, 2008; Amin & Sachdeva, 2013).

La piel responde ante diferentes tipos de estrés. El estrés psicológico tiene un impacto negativo en la permeabilidad cutánea y sus funciones como barrera, mediado por el incremento de los glucocorticoides endógenos. Hay una inhibición de la síntesis de lípidos epidérmicos. El estrés psicológico puede también comprometer la defensa antimicrobiana, también debido a mecanismos dependientes de los glucocorticoides. El papel de los eventos estresantes en la psoriasis, la alopecia areata, la dermatitis atópica, el prurito y la urticaria pareciera que está claro. El papel del estrés en el vitíligo, el liquen plano, el acné, la rosácea y la dermatitis seborreica es controversial o insuficientemente explorado (Manolache & Petrescu-Seceleanu, 2013).

El papel del estrés como precipitante de la alopecia areata se ha analizado en diferentes estudios (Reinhold, 1960). La investigación inició en 1957 con 42 casos estudiados y tratados con psicoterapia por Reinhold, quien encontró que 23% de los pacientes habían experimentado un evento emocional importante o de ansiedad previo al inicio de la alopecia areata, el cual actuó como precipitante.

En México, Olguín et al (2013) investigan los factores psicológicos asociados con la alopecia areata, con un diseño experimental de grupos apareados, con 50 pacientes portadores de alopecia areata y un grupo control con otros 50 sujetos apareados por edad y sexo, sin alopecia areata y sin parentesco con los primeros. En la investigación ocuparon diversos cuestionarios estandarizados. Como resultado del análisis bivariado, la disfunción familiar, los eventos estresantes de la vida, la ansiedad y la depresión se comportaron como factores de riesgo de alopecia areata. De éstos, la depresión (68%) y la ansiedad (76%) mostraron mayor fuerza de asociación. Los sujetos de este estudio, sin embargo, todos fueron mayores de 18 años.

Ya antes se habían investigado los tipos de estrés en la alopecia infantil. Andreoli et al (2002) examinaron a 180 pacientes con edades entre 5 y 16 años mediante entrevista y aplicación de cuestionarios. Observaron que en el 81% de los casos estaba presente un evento estresante previo al encendido o la recaída de la alopecia areata. Los factores estresantes mencionados más frecuentemente fueron experiencias de separación, problemas de relación y dificultades de los niños para satisfacer las expectativas de sus padres con respecto a su comportamiento y el progreso en la escuela. Los datos habría que tomarlos con cautela pues los cuestionarios utilizados pueden considerarse con muy poca validez (Test de la Persona, la Casa y el Árbol y Test de Rorschach, que son pruebas proyectivas y no psicométricas).

El impacto psicológico de la alopecia se ha reportado como responsable de altos niveles de ansiedad y depresión. La mayoría de la investigación muestra que las personas con alopecia tienen niveles más altos de ansiedad y depresión comparados con sujetos control. También experimentan auto estima baja, una baja calidad de vida y una imagen corporal pobre. Quienes pierden las cejas y las pestañas también pueden tener problemas de identidad ya que estos rasgos definen el rostro de la persona. Los niños también pueden generar problemas psicológicos resultado de la alopecia. En un estudio, el niño con alopecia es particularmente más ansioso, deprimido, retraído, agresivo o infractor. Las niñas son más afectadas que los niños. En otro estudio, 7 de 12 niños con alopecia mostraron los criterios de un desorden de ansiedad (Hunt & McHale, 2005).

Respecto al tratamiento psicológico de la alopecia hay muy pocos reportes. Un estudio describió los beneficios (reducción de problemas psicológicos) de emplear un grupo de apoyo para ayudar a los pacientes a encarar su condición. Ahí se describe un grupo formado por enfermeras, médicos y otros trabajadores de la salud como oradores invitados, pero no presentó evidencia de su eficacia (Prickitt et al, 2004).

En este reporte se describe el manejo de un caso de alopecia areata infantil precipitada por una situación estresante. La paciente era beneficiaria de trabajador afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social, recibiendo atención en el Hospital General de Zona No.1, en la ciudad de Oaxaca.

MÉTODO

PARTICIPANTES

DJMM, femenina de 4 años 10 meses de edad. Hija única de un matrimonio cursando con atopia familiar que ameritó intervención de la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia (dependiente del DIF Estatal), quienes determinaron que la madre, al laborar en una miscelánea de su propiedad, descuidaba las necesidades emocionales de la niña. La menor también fue diagnosticada con Onicofagia por su Médico Familiar, a quien le reportó sentir miedo de los Maestros varones, afirmando además que un trabajador (no identificado) le había tocado la cara y las piernas en el Kinder, lo que motivó que los padres la cambiaran de escuela pues se negaba a asistir. Se trataba de una paciente conocida en el servicio de Psicología Médica ya que dos meses antes, había sido dada de alta al recuperarse de Enuresis, la cual fue manejada mediante contingencias diferenciales en el hogar, con la madre como agente de contingencias y habiendo logrado el criterio para su alta, de dos semanas sin accidentes nocturnos. Esta paciente fue canalizada ahora por el servicio de Pediatría con diagnóstico de Alopecia Areata con placas múltiples. En la entrevista con el grupo familiar, se identificó que cinco días después de haber asistido a ver una película de terror, con su familia, experimentó la pérdida del 95% de su pelo de la cabeza.

MATERIALES

Mediante la cámara fotográfica del teléfono celular de su papá se registraron las condiciones del cabello en diferentes momentos. También se usó una cataplasma de papa cruda (*Solanum Tuberosum L.*) para su uso tópico durante la noche y un gorro de baño para cubrirse durante el sueño.

PROCEDIMIENTO

Se utilizó un diseño pre-experimental ABC.

En la Fase A no se hizo ninguna manipulación, solo se observó la posible recuperación espontánea del cabello en las zonas afectadas.

En la Fase B se habló con los padres para evitar que la paciente viera en la televisión programas de terror. También se habló con ella para explicarle que las imágenes del cine y la televisión están dramatizadas por actores que usan vestuario y maquillaje, que son situaciones falsas elaboradas para producir efectos en el observador, risa en las comedias, llanto en las tragedias y miedo en los espectáculos de terror. Podríamos decir que se hizo un trabajo de reestructuración cognitiva (Albert Ellis, 1958; Aaron Beck, 1983; ver Bados & García-Grau, 2010).

En la Fase C se utilizó un recurso de medicina tradicional consistente en la aplicación de una cataplasma de papa en la cabeza durante la noche. Además se sugirió una ingesta diaria de proteína vegetal (avena) para asegurar los nutrientes requeridos en la formación de pelo nuevo. Cada Fase duró dos meses. Las sesiones en el consultorio se programaron cada mes, con duración aproximada de una hora.

RESULTADOS

En la Figura 1, podemos observar la situación de la paciente antes de iniciar la Fase B del procedimiento. Ahí observamos que luego de la pérdida del 95% del pelo, espontáneamente, en dos meses, hubo una recuperación ligera de un 10% de la superficie craneal.



Figura 1. Recuperación espontánea de un 10%, luego de dos meses.

En la Figura 2, tenemos la situación de la paciente antes de iniciar la Fase C. Podemos apreciar una recuperación aproximada de un 40% de la superficie craneal.

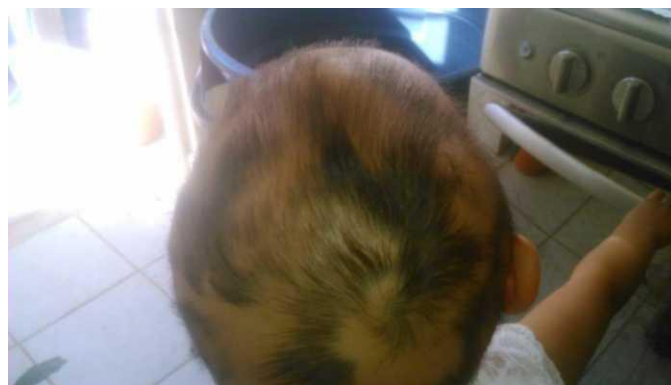


Figura 2. Recuperación parcial, luego de la reestructuración cognitiva.

Finalmente, en la Figura 3 tenemos a la paciente casi recuperada en su totalidad. La fotografía fue tomada dos meses después de haber sido dada de alta, es decir, 8 meses luego de haber perdido el pelo.



Figura 3. Recuperación casi total, luego del tratamiento tópico tradicional.

DISCUSIÓN

En el estudio de este caso notamos congruencia con los datos y las observaciones reportados en la literatura sobre el tema. La paciente se desenvolvía en un ambiente familiar y escolar inapropiado, que le generaban reacciones de ansiedad y depresión. Esto se pudo notar cuando en la primera sesión se evaluó su personalidad mediante la técnica proyectiva de Machoover (con el dibujo de la figura humana), la niña mostró una ejecución que condujo al diagnóstico de Estrés (Figura 4). Así también, manifestaba otros problemas conductuales como la Onicofagia y la Enuresis.

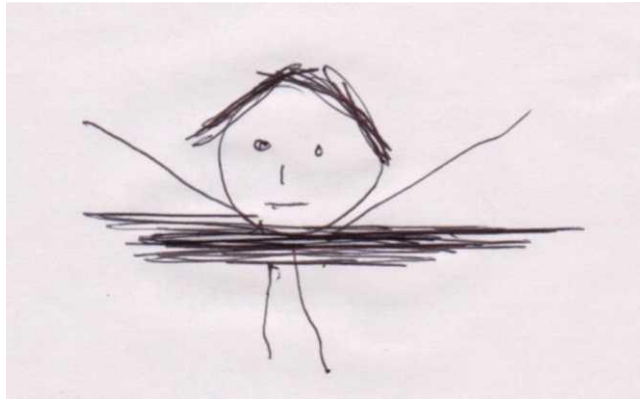


Figura 4. Dibujo de la figura humana - Test de Machoover.

Respecto al tratamiento psicológico, la literatura es muy escasa. Nosotros empleamos un diseño pre-experimental con el interés de hacer una intervención sistemática. No obstante, este diseño no permite evaluar adecuadamente los efectos de las variables implicadas. Se trata de un caso, diríamos que 'exitoso', en lo referente al interés clínico por el bienestar de la niña, pero no así en el aspecto científico metodológico. Obviamente se requiere de mayor investigación en este campo de estudio. Sin embargo, las observaciones efectuadas son optimistas respecto a los beneficios de la reestructuración cognitiva, así como del uso de un recurso de la medicina tradicional con bajo costo y bajo riesgo, que además resulta congruente con el entorno cultural de nuestra población local.

BIBLIOGRAFÍA

- Amin S. S., Sachdeva S. (2013) *Alopecia areata: A review*. Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery, 17, 37-45
- Andreoli E., Mozzetta A., Provini A., Cacciaguerra M. G., Paradisi M., Foglio Bonda P. G. (2002) *Types of Stress within Child Alopecia*. Dermatol Psychosom, 3, 26-29
- Bados A., Garcia-Grau E. (2010) *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de disposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuracion.pdf el 03 de Febrero del 2016
- Crowder J., Frieden I. (2002) *Alopecia areata in infant and newborns*. Pediatric Dermatology, 19, 2, 155-158
- García Bermúdez L., Mansilla Pérez I. (2004) *Guía Clínica de Atención Primaria: Alopecia*; 16,
- Hunt N., McHale S. (2005) *The psychological impact of alopecia*. BMJ, 331, 951-953
- Madani S., Shapiro J. (2000) *Alopecia areata update*. J Am Acad Dermatol, 42, 549-66
- Manolache L., Petrescu-Seceleanu D. (2013) *Stress involvement as trigger factor in different skin conditions*. World Journal of Dermatology, 2, 3, 16-26
- Olguín M. G., Martín del Campo A., Rodríguez M., Peralta M. L. (2013) *Factores psicológicos asociados con la alopecia areata*. Dermatol Rev Mex, 57, 171-177
- Prickitt J., McMichael A. J., Gallagher L., Kalabokes V., Boeck C. (2004) *Helping patients cope with chronic alopecia areata*. Dermatol Nursing, 16, 237-241
- Pulley I. G., Pulley W. P. (2008) *Alopecia areata en la infancia*. VITAE Academia Biomédica Digital, 35.
- Reinhold M. (1960) *Relationship of stress to the development of symptoms in alopecia areata and chronic urticaria*. BMJ, 19, 846-849

