

# Aspectos psicopatológicos de las alopecias en el niño y en el adolescente

A. Bonals Pi, J.M. Velilla Picazo, M.T. Alcalde Lapiedra

Zaragoza

## RESUMEN

Los autores analizan 28 casos de alopecia areata administrando el cuestionario de EY-SENCK (EPQ-J), cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell y el test de apreciación temática (TAT o CAT-H), elaborando un estudio descriptivo en cuanto al perfil psicopatológico de los niños con alopecia.

**Palabras clave:** Alopecia. Cuestionarios. Perfil psicopatológico.

## INTRODUCCIÓN

La alopecia es la caída del cabello, pudiendo ocurrir en las distintas fases del ciclo fisiológico del pelo y adoptar distintas formas en cuanto a su modo de comienzo y extensión.

Lo que es evidente es que la pérdida del pelo del cuero cabelludo, o más aún de todo el cuerpo en la alopecia universal va a tener un impacto psíquico importante, con repercusiones individuales y también sociales, ya que la percepción visual de la alopecia puede desencadenar en el entorno diversos sentimientos que pueden llegar a la aversión o al rechazo.

denar en el entorno diversos sentimientos que pueden llegar a la aversión o al rechazo.

Siguiendo la clasificación más difundida de las alopecias, en concreto en la alopecia areata y en la alopecia telógena, parece evidente que factores psicológicos, choques emocionales o situaciones estresantes pueden actuar como factores desencadenantes.

Si para algunos autores como Ajuriaguerra, esto sería incuestionable, llegando a hablar de «peladas emocionales», o incluso otros como Juon, M. que se muestra a favor de la existencia de una verdadera «personalidad peládica», parece ser que en la actualidad es a través de la inmunología por donde se perfilan algunas respuestas a una etiología desconocida.

El factor edad también intervendría en la alopecia condicionando uno u otro tipo, de tal forma que la alopecia areata atópica (Ikeda) va a comenzar en la infancia, la alopecia areata de tipo idiopático o común es más frecuente en la juventud, y la alopecia areata autoinmune va a darse después de los cuarenta años. Así mismo Goga, D. y Vaillant, T. hablan de las «formas de pelada del adolescente».

En la práctica clínica diaria nos encontramos con el hecho de que una serie de niños y adolescentes nos son remitidos a la consulta de Psiquiatría Infanto-juvenil con el diagnóstico de «alopecia», si bien es verdad que

en la mayoría de ellos da la impresión de ser una petición de colaboración cuando otros recursos terapéuticos dermatológicos, endocrinos, etc, no han tenido el efecto deseado. Bien por esta razón o porque el desencadenante emocional es evidente, debemos hacer frente a un problema de solución compleja.

En el presente trabajo hemos querido recoger nuestra experiencia en niños y adolescentes alopecicos que han sido estudiados y tratados en la consulta de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, si bien al querer contrastarla nos hemos encontrado con la dificultad que supone una escasa bibliografía científica sobre el tema.

## MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 7.496 historias clínicas han sido 28 los casos que se nos han remitido por alopecia, lo que supone un 0,37 %.

En este grupo de pacientes hemos investigado una serie de variables, como la edad, el sexo, la fratría, la procedencia, la existencia de problemática familiar o escolar y los antece-

dentos psicopatológicos personales y familiares.

En cuanto al estudio psicológico hacemos referencia a los resultados de pruebas psicométricas y de otras como cuestionarios y tests proyectivos. En concreto, el cuestionario caracterológico de Eysenck (E.P.Q.-J), el cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell, y el test de apercepción temática T.A.T. o C.A.T.-H, según la edad de los pacientes.

Asimismo hemos recogido los datos relativos a la clínica (motivo de la consulta, forma de comienzo y diagnóstico), al tratamiento y a la evolución.

Con todo ello hemos pretendido hacer un estudio descriptivo de este grupo de 28 pacientes para aproximarnos, en la medida de lo posible, al perfil psicopatológico del niño y adolescente alopecicos.

## RESULTADOS Y COMENTARIOS

En los resultados obtenidos del estudio de estos 28 pacientes se observa, en primer lugar, la distribución por edades (Gráfico 1). Los ni-

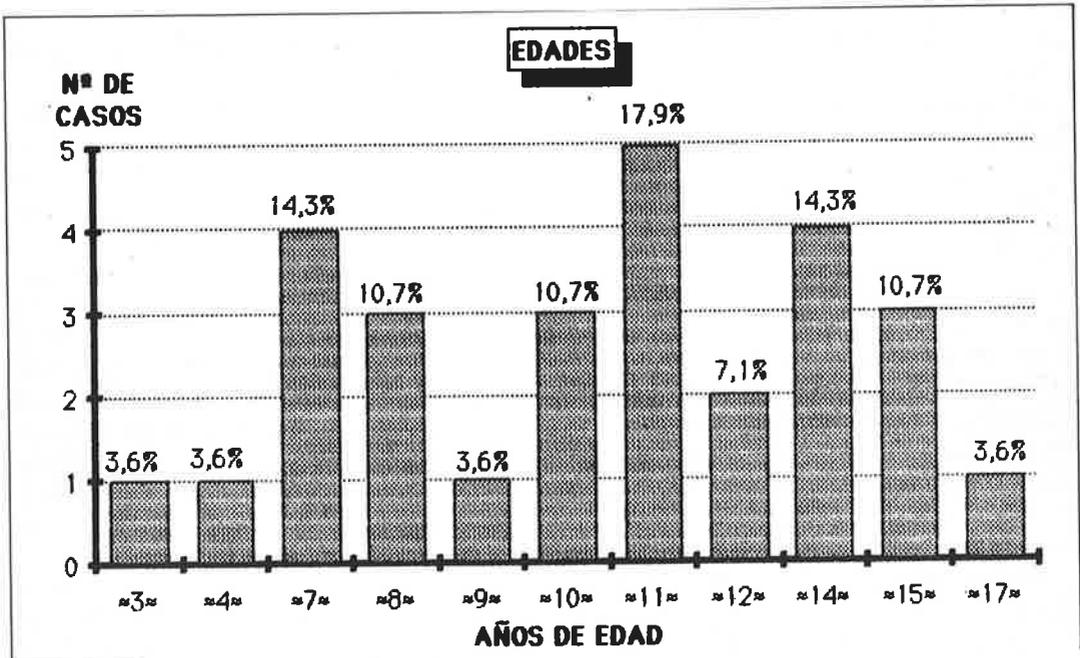


Gráfico 1.

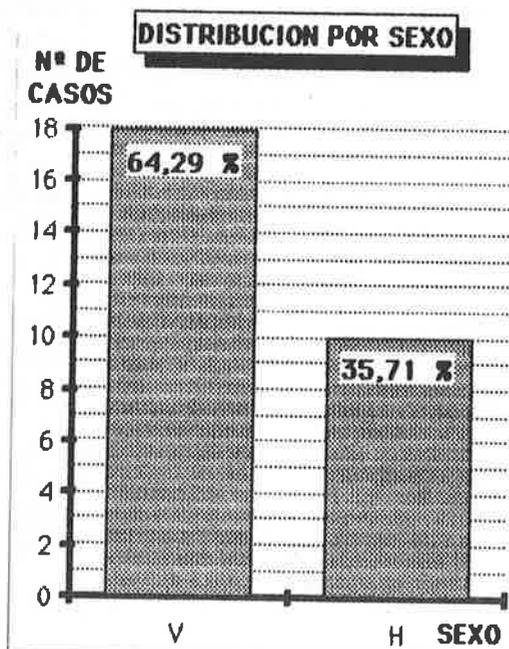


Gráfico 2.

ños estudiados están comprendidos entre los 3 y los 17 años de edad, predominando los niños en edad escolar, es decir, los comprendidos entre los 7 y los 12 años.

Del grupo de adolescentes comenzó a presentarse la alopecia en 5 casos a partir de la pubertad. Por lo tanto en 23 pacientes de los 28 se ha iniciado el problema en la infancia, lo cual hace pensar que el factor hormonal no ha tenido mucha influencia en la etiología en este grupo de niños. No tenemos datos en lo que respecta al factor inmunológico.

En cuanto al sexo (Gráfico 2) hay una mayoría de varones, un 64,29 %, frente a 35,71 % de hembras; esto se puede considerar normal teniendo en cuenta que la mayoría son niños en edad escolar, y en este grupo de edad son más frecuentes los varones que acuden a la consulta de Psiquiatría que las hembras.

Observando la edad en relación con los hermanos (Gráfico 3) destaca un 50 % de niños que ocupan la posición del menor de la familia, en general en familias de dos o tres hijos,

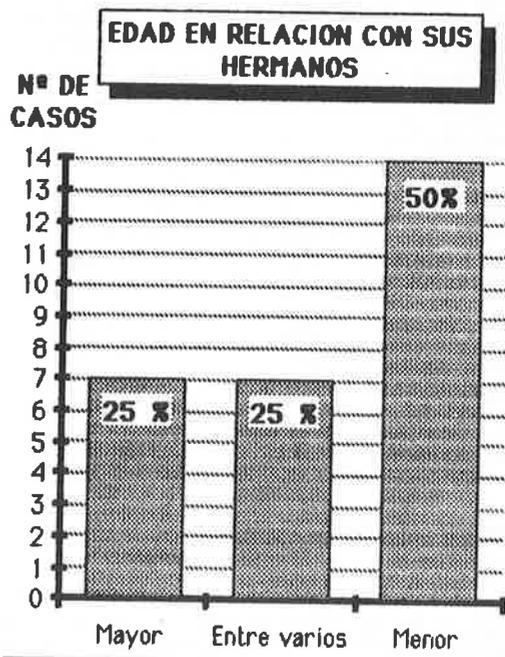


Gráfico 3.

frente a un 25 % que ocupan la posición del mayor y otro 25 % que se encuentran entre varios hermanos.

Este claro predominio del último lugar en la serie de hermanos contrasta con lo obtenido en otros trabajos epidemiológicos realizados por nosotros, a excepción del que llevamos a cabo sobre un grupo de niños con antecedentes familiares estresantes (Velilla Picazo, J.M. y cols). Para algunos autores como Mendiguchia, F.J., al benjamín de la familia, que suele nacer con los padres ya más maduros y menos rígidos, se le suele exigir menos, se le sobreprotege más y, por lo tanto, se le hace más vulnerable. No obstante para otros (Rickards, Stone) la posición en la fratría en sí, difícilmente sería un factor determinante, excepto en el caso de familias numerosas y de nivel socioeconómico bajo, en las que los niños muestran desventajas cada vez mayores con relación a su posición ordinal, lo que evidentemente no ocurre en el conjunto de niños objeto del presente trabajo.

Con respecto a las pruebas psicométricas

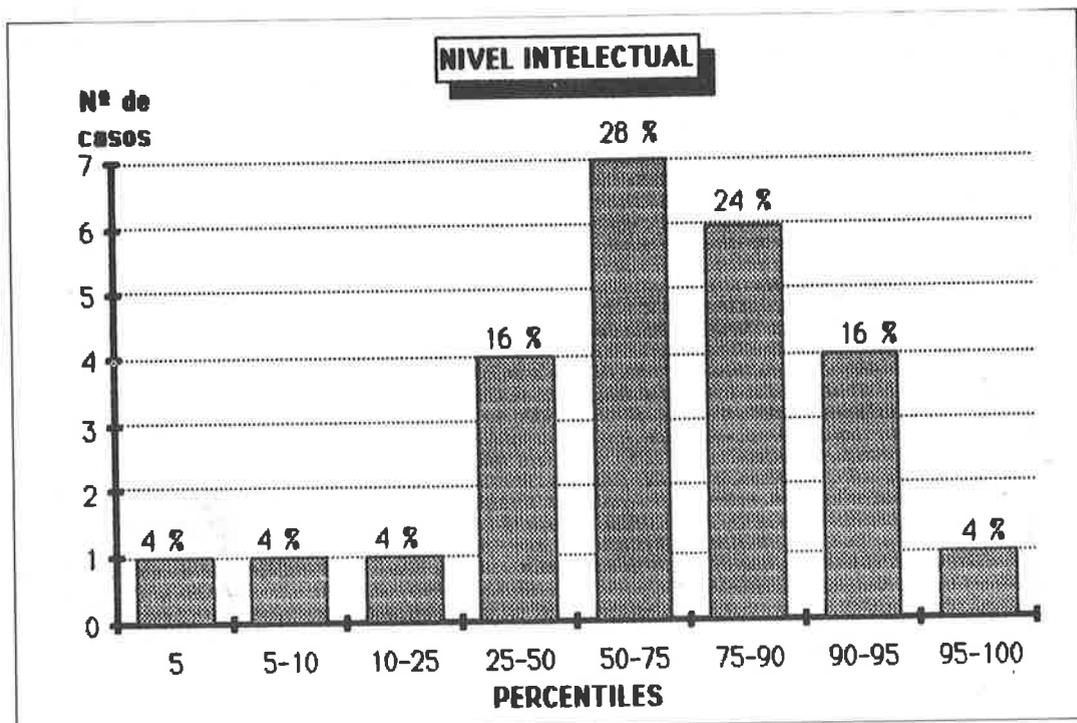


Gráfico 4.

realizadas un 72 % de los niños presentan un nivel intelectual con un percentil superior a 50 (Gráfico 4).

Esto se refleja en la escasa incidencia de problemática escolar encontrada en estos niños (25 %), y cuando aparece esta problemática en general se trata de problemas de tipo disléxico.

En un 25 % de los niños estudiados aparece problemática familiar, del tipo de divorcio de los padres, mala relación conyugal, alcoholismo del padre, etc.

Según Simon Merchan «La predisposición genética se deduce de la incidencia familiar de la alopecia areata en el 25 % de los pacientes.» En este trabajo se han encontrado un 35 % de pacientes con antecedentes de alopecia en familiares directos o indirectos (Tabla 1).

En los antecedentes personales hay que señalar que en algunos casos no es el primer episodio de alopecia el que les lleva a la consul-

ta, sino que ha habido episodios anteriores que han curado espontáneamente o con tratamiento dermatológico, incluso siendo diferente en algunos casos el tipo de alopecia del actual. Asimismo aparecen otros problemas como depresión, mal comportamiento, enuresis, etc, llegando en ocasiones a un doble diagnóstico definitivo.

Pasamos a comentar los resultados del estudio psicológico realizado en estos niños por medio de los diferentes test.

El cuestionario caracteriológico de Eysenck (E.P.Q.-J), estudiado por separado en niños en edad escolar (7 a 12 años) y adolescentes (14 a 17 años) muestra algunas diferencias entre ambos grupos: (Gráficos 5 al 14).

— Los niños en edad escolar presentan un neuroticismo alto con un 70,59 % de los niños por encima del percentil 50, mientras que en los adolescentes predominan los niños con un percentil en neuroticismo por debajo de 50.

— La extroversión es marcadamente más

**TABLA I**  
**Entorno socio-familiar**

N.º	Prob. esc	Prob. fam.	A. fam psicopat. direc.	A. fam psicopat. indirec.	A. pers. psicopat.
1	1	0		Retraso mental	Mal comportamiento y dislexia
2	0	1	Depresión	Depresión	
3	0	0	Cefaleas		
4	0	1		Enf. psiquiátrica	Alopecia y Cefaleas
5	0	1	Cefaleas		Mal comportamiento
6	0	0		Enf. psiquiátrica	Depresión
7	0	0		Alopecia	
8	0	0	Alopecia		
9	0	0	Alopecia		
10	0	1			Alopecia
11	0	0		Alopecia	
12	—	0	Epilepsia		Prob. de espacialidad
13	1	0	Depresión	Alopecia	Mal comportamiento
14	0	0		Enf. psiquiátrica	
15	1	1		Enf. psiquiátrica	Depresión
16	1	0	Cefaleas		Depresión alopecia
17	—	0	Depresión		Enuresis y tartamudez
18	1	0		Enf. psiquiátrica	
19	0	1	Alopecia		
20	0	0	Depresión		Terrores nocturnos
21	1	1	Alcoholismo. Depresión	Enf. psiquiátrica	Cefaleas
22	0	0	Alopecia		
23	1	0		Retraso mental. Enf. psiquiátrica	Enuresis y encopresis
24	0	0			Depresión y cefaleas
25	0	0	Alopecia	Alopecia	
26	0	0			
27	0	0			Alcoholismo
28	0	0	Depresión		Enuresis y encopresis

alta en adolescentes que en escolares, destacando que el 64,71 % de los escolares se encuentra entre los percentiles 0 y 25.

— La dureza afectiva en escolares aparece bastante repartida entre los distintos percentiles, también aparece repartida en adolescentes, aunque el 50 % se concentra entre los percentiles 0 y 25.

— En general en ambos grupos ha habido un alto índice de sinceridad.

— La conducta antisocial es mayor en adolescentes que en escolares como corresponde generalmente a las características de estas edades.

En cuanto a la adaptación estudiada por medio del cuestionario de adaptación de Bell, realizado en los adolescentes en el estudio inicial tras la consulta y en los escolares en el curso de la evolución del niño cuando ha llegado a la preadolescencia, se observa: (Gráficos 15-16).

— Una adaptación familiar predominantemente mala o no satisfactoria en escolares. También en adolescentes se concentran los casos en la parte izquierda de la gráfica.

— La adaptación a la salud está más repartida, llegando a ser en algunos casos incluso buena, aunque predomina la adaptación mala

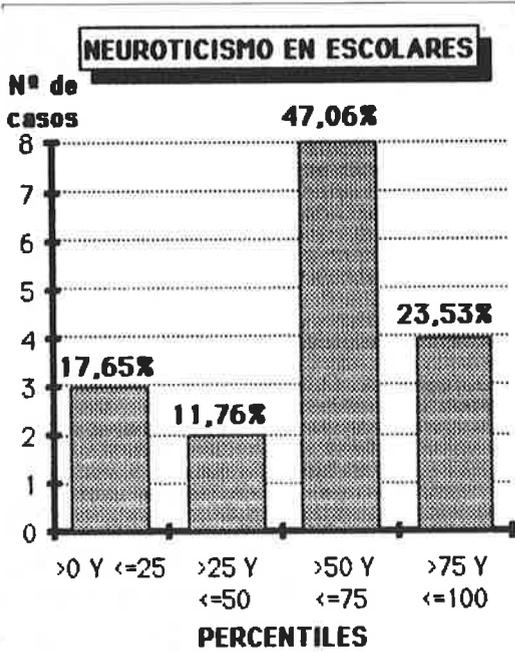


Gráfico 5.

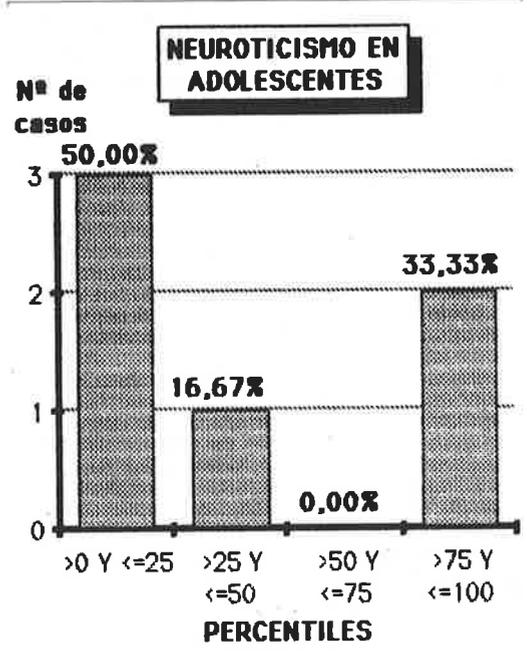


Gráfico 6.

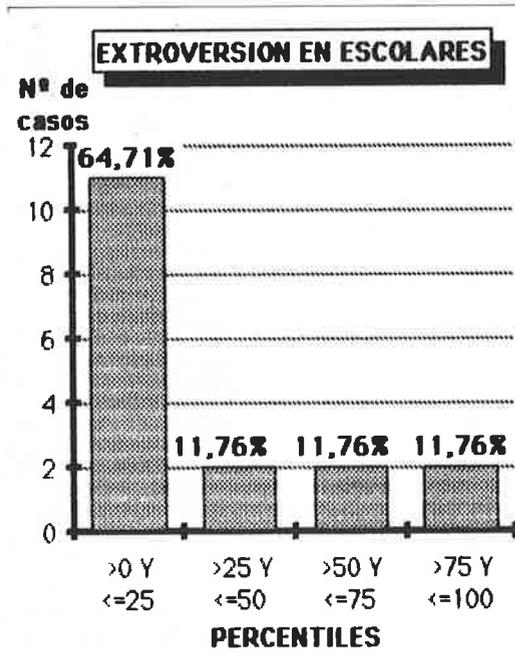


Gráfico 7.

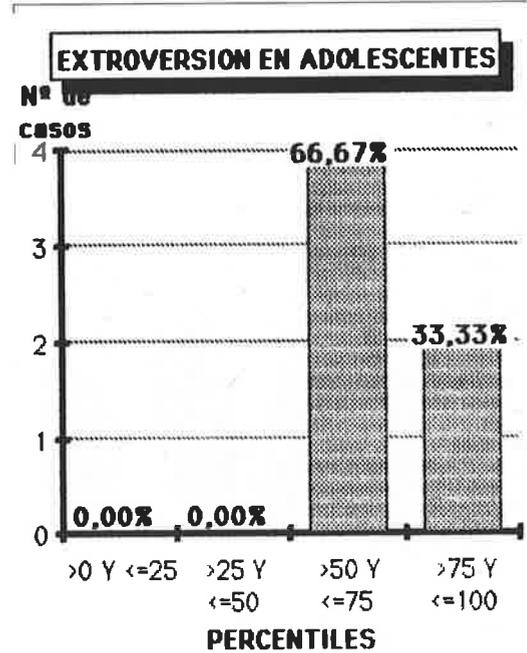


Gráfico 8.

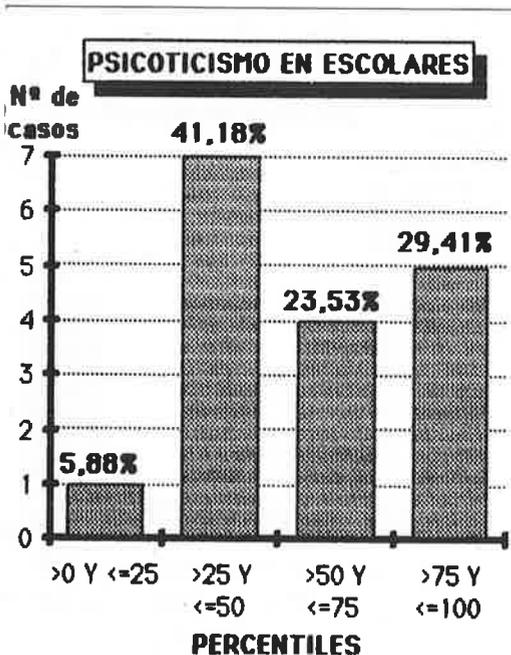


Gráfico 9.

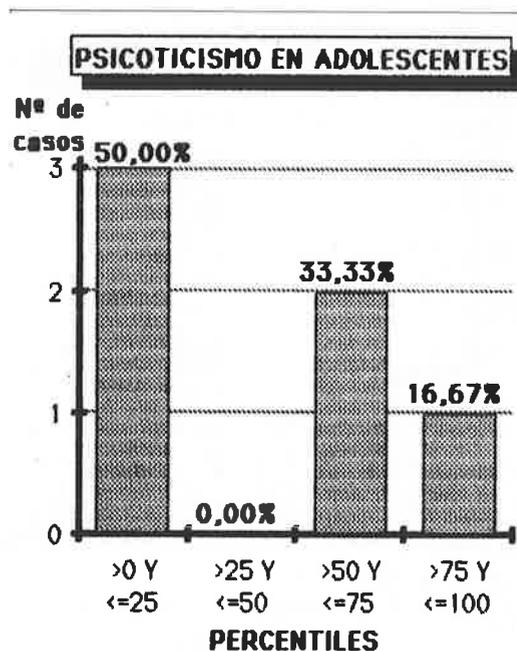


Gráfico 10.

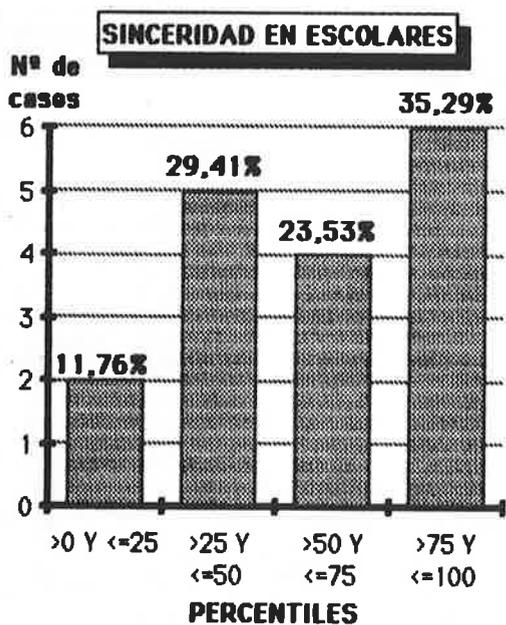


Gráfico 11.

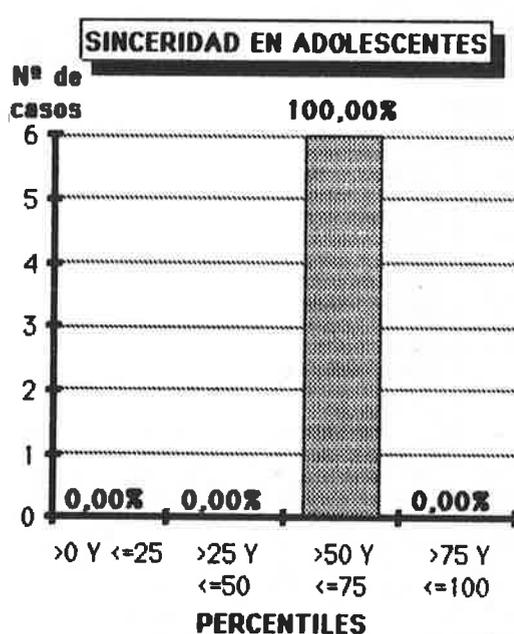


Gráfico 12.

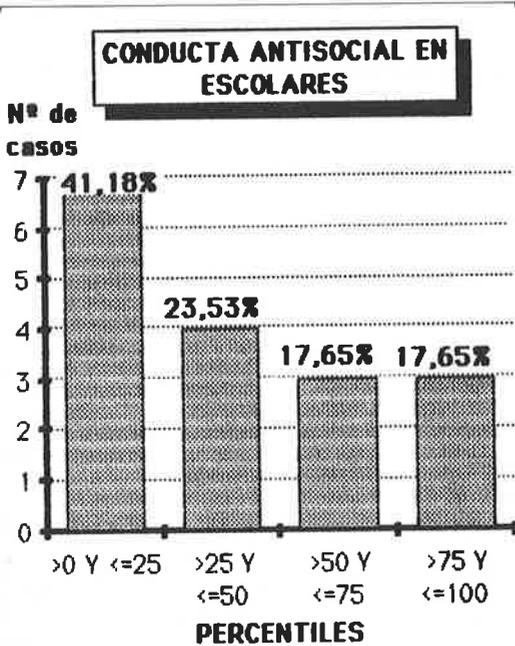


Gráfico 13.

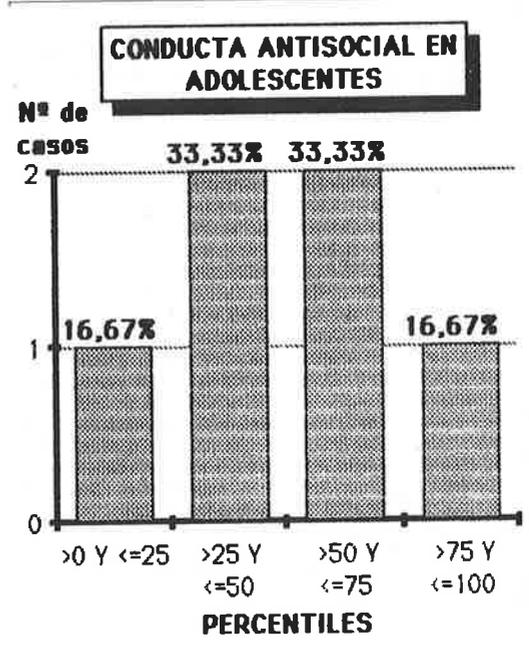


Gráfico 14.

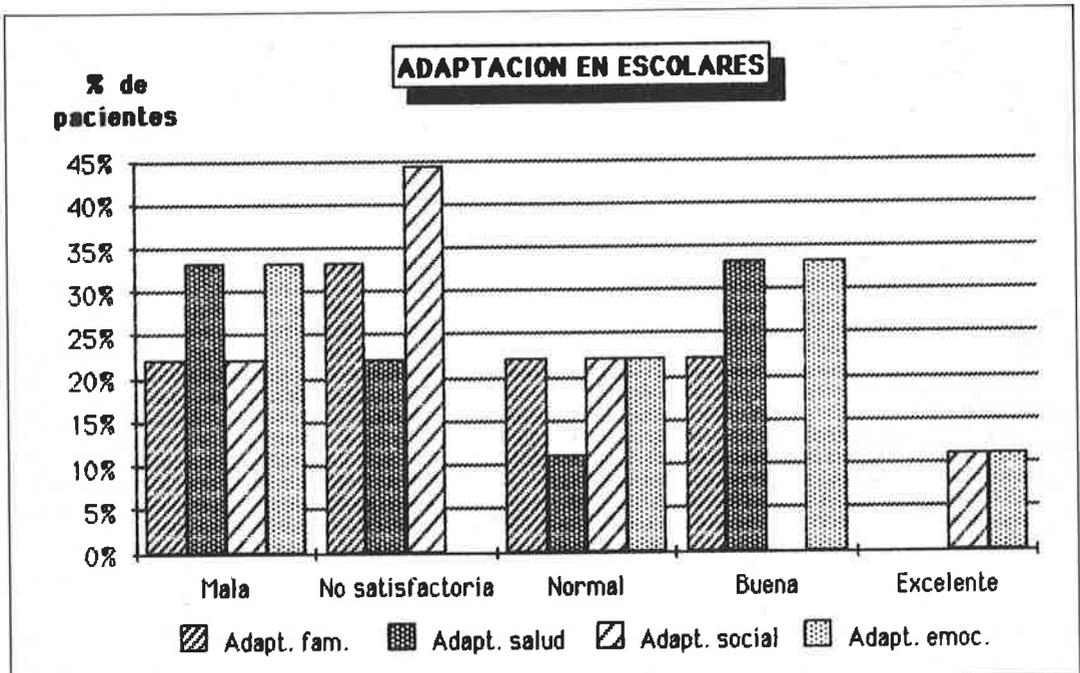


Gráfico 15.

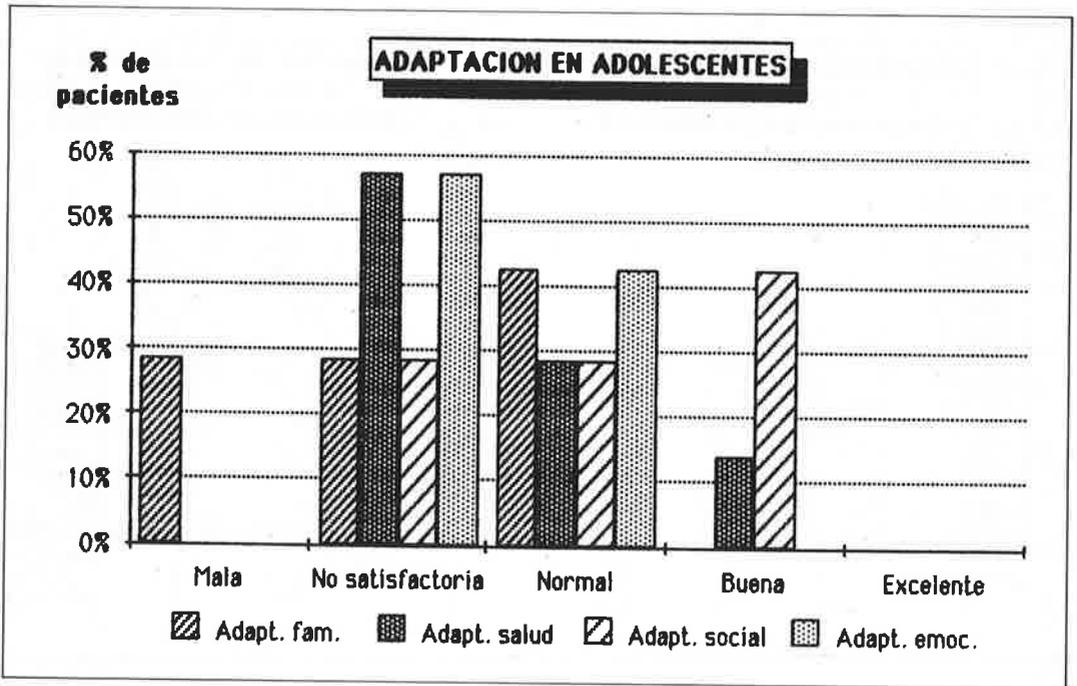


Gráfico 16.

no satisfactoria en escolares, y la no satisfacción en adolescentes.

— En la adaptación social hay un alto porcentaje de escolares que presentan una adaptación mala o no satisfactoria, mientras que en los adolescentes hay una mejor adaptación social.

— La adaptación emocional en escolares en general es buena, excepto en un 33 % de los casos en que es mala, en adolescentes predomina una adaptación emocional no satisfactoria.

Los resultados del estudio del test de percepción temática en estos niños nos muestran que en los adolescentes el contenido que destaca es el de protagonista desaliento, teniendo también un porcentaje muy alto los contenidos de ambiente agresión, protagonista dependencia y protagonista abatimiento. En los niños en edad escolar hay un predominio muy claro del contenido ambiente agresión. En estos casos se han estudiado los contenidos del test en los distintos grupos de edad sin tener

en cuenta si han realizado un C.A.T. o un T.A.T. (Gráficos 17 al 20).

Si observamos estos test por separado vemos que tanto en el C.A.T. como en el T.A.T. hay una mayoría clara con un contenido de ambiente agresión, destacando a continuación el contenido de protagonista dependencia en el T.A.T. y el de ambiente dominancia en el C.A.T.

Nos parece interesante comentar algunos resultados del estudio psicológico del grupo de escolares. Llama la atención la baja adaptación emocional y el alto índice de neuroticismo por una parte. Asimismo encontramos una baja adaptación social y un alto índice de introversión. En las historias del T.A.T. aparece con mucha frecuencia un ambiente familiar y social agresivo, y también observamos una mala adaptación familiar en el cuestionario de adaptación.

Estos resultados nos hacen pensar por una parte que las pruebas empleadas son válidas para el estudio de la personalidad, puesto que

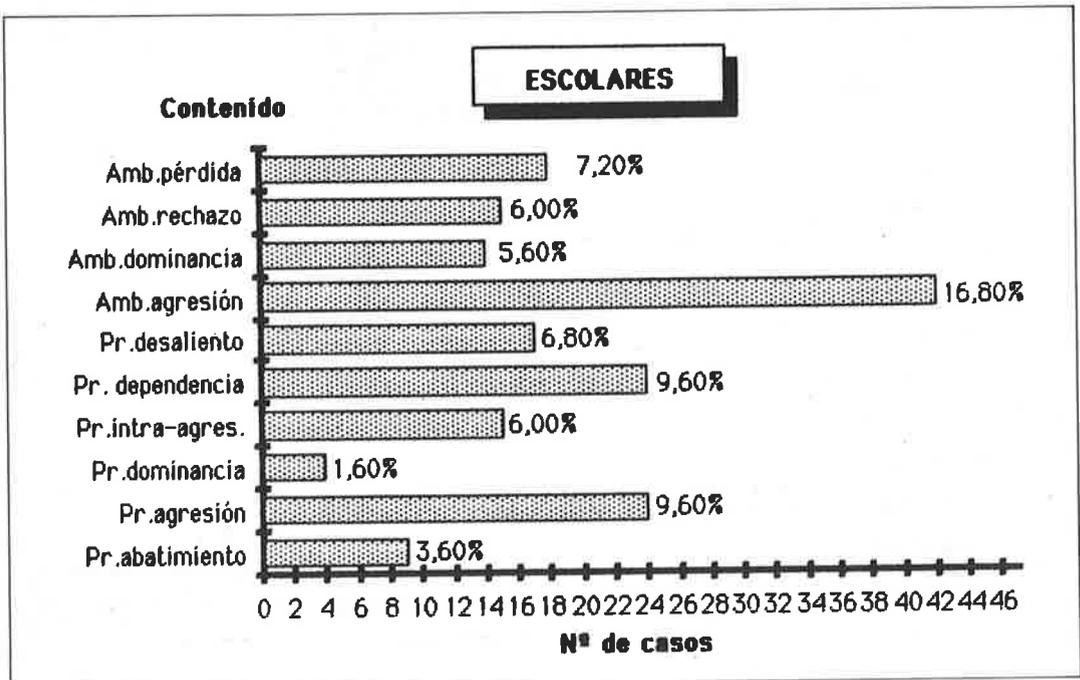


Gráfico 17.

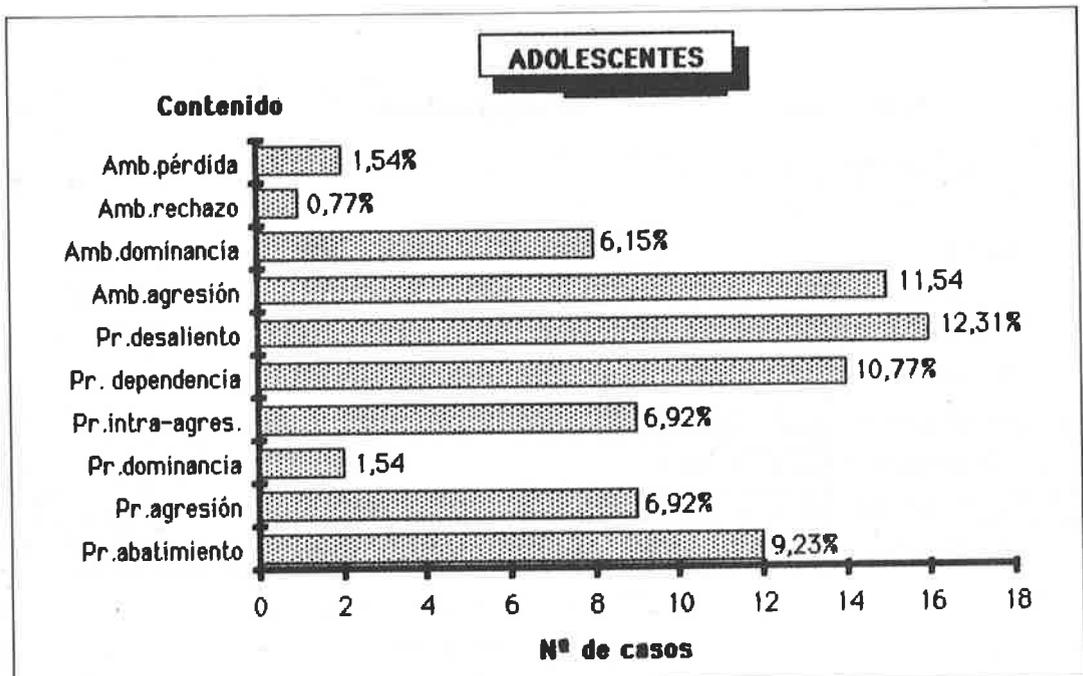


Gráfico 18

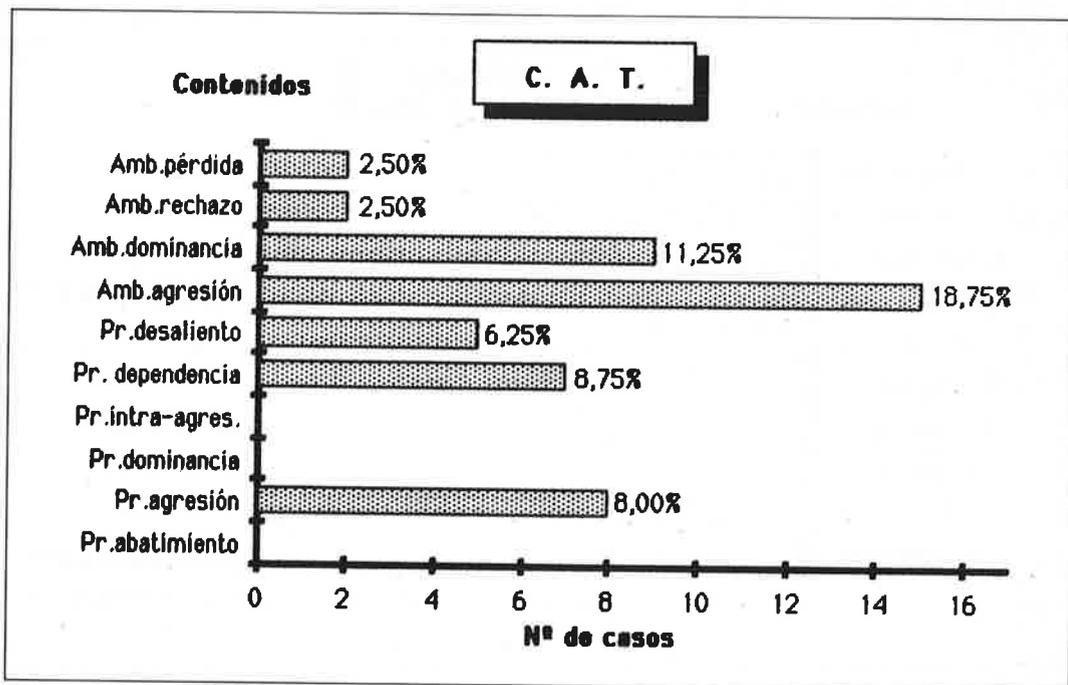


Gráfico 19.

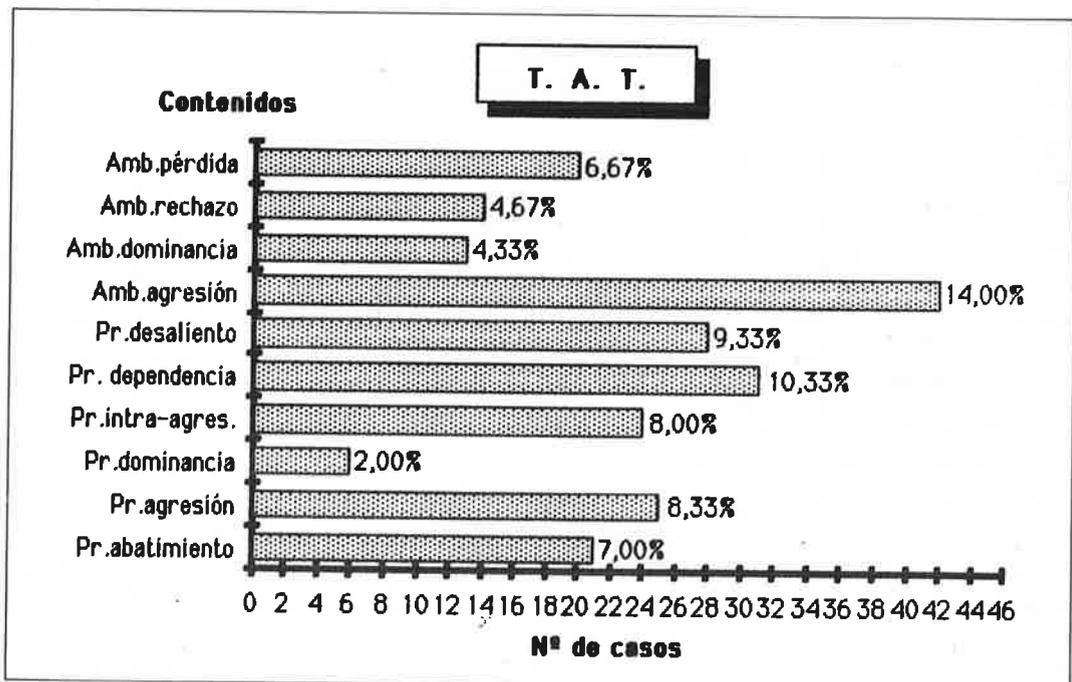


Gráfico 20

**TABLA II**  
**Tratamientos y evolución**

N.º	Diagnóstico	M. ev. prev.	Tr. 1	Tr. 2	Tr. 3	Tr. 4	Tr. 5	N.º	Tr. M. Curac.	Evoluc. post.
1	A.A. placas	12		1		1		2	5	Recaída (10 m.)
2	A.A. univer	12		1				1	—	Continúa (3 años)
3	A.T.	18					1	1	1	Deja de venir (1 m.)
4	A.A. total	12		1	1			2	12	Deja de venir (2 m.)
5	A.A. placas	0			1			1	—	Deja de venir (2 m.)
6	A.A. placas	2	1	1	1			3	—	Deja de venir (12 m.)
7	A.T.	12	1	1	1			3	—	Continúa (5 años)
8	A.A. placas	36					1	1	3	Alta (5 m.)
9	A.A. placas	36		1				1	6	Continúa (3 m.)
10	A.A. placas	12			1			1	5	Continúa (12 m.)
11	A.A. placas	12				1		1	5	Recaída (1 m.)
12	A.A. placas	9	1	1	1			3	3	Recaída (16 m.)
13	A.A. univer.	18	1		1			2	5	Recaída (13 m.)
14	A.A. placas	12		1	1			2	3	Alta (15 m.)
15	A.A. univer.	12		1	1			2	36	Recaída (1 m.)
16	A.T.	6	1					1	1	Deja de venir (4 m.)
17	A.A. placas	5	1	1				2	4	Continúa (1 m.)
18	A.A. placas	?				1		1	—	Continúa (2 años)
19	A.A. placas	60	1	1	1			3	—	Deja de venir (2 años)
20	A.A. placas	4	1					1	2	Deja de venir (1 m.)
21	A.A. placas	42	1	1	1			3	8	Alta (12 m.)
22	A.A. decalv.	24	1					1	—	Deja de venir (1 m.)
23	A.A. decalv.	?	1		1			2	4	Continúa (12 m.)
24	A.A. placas	60					1	1	—	Deja de venir (5 m.)
25	A.A. univer.	3	1		1			2	—	Continúa (12 m.)
26	A.A. decalv.	10				1		1	—	Deja de venir (5 m.)
27	A.A. placas	3	1					1	—	Continúa (3 m.)
28	A.A. univer.	6	1	1				2	12	Continúa (6 m.)

MAX = 60

15 12 14 3 3

MAX = 36

MIN = 0

53,6 42,8 50,0 10,7 10,7

MIN = 1

MED = 16,6

MED = 6,76

\* 1 = Dermatológicos.

4 = Medidas psicoterapéuticas.

2 = Ansiolíticos.

5 = Ninguno.

3 = Antidepresivos.

hay una concordancia entre los resultados de los diferentes test; el alto índice de sinceridad corrobora la validez de estas pruebas. Y por otra parte que estos niños presentan una inestabilidad emocional junto con una inadaptación social y familiar, lo cual lleva a la intro-

versión como respuesta a la vivencia de un ambiente agresivo.

En adolescentes los resultados están más de acuerdo con la edad, sin embargo llama la atención en el T.A.T. el importante número de respuestas en relación con el protagonista de-

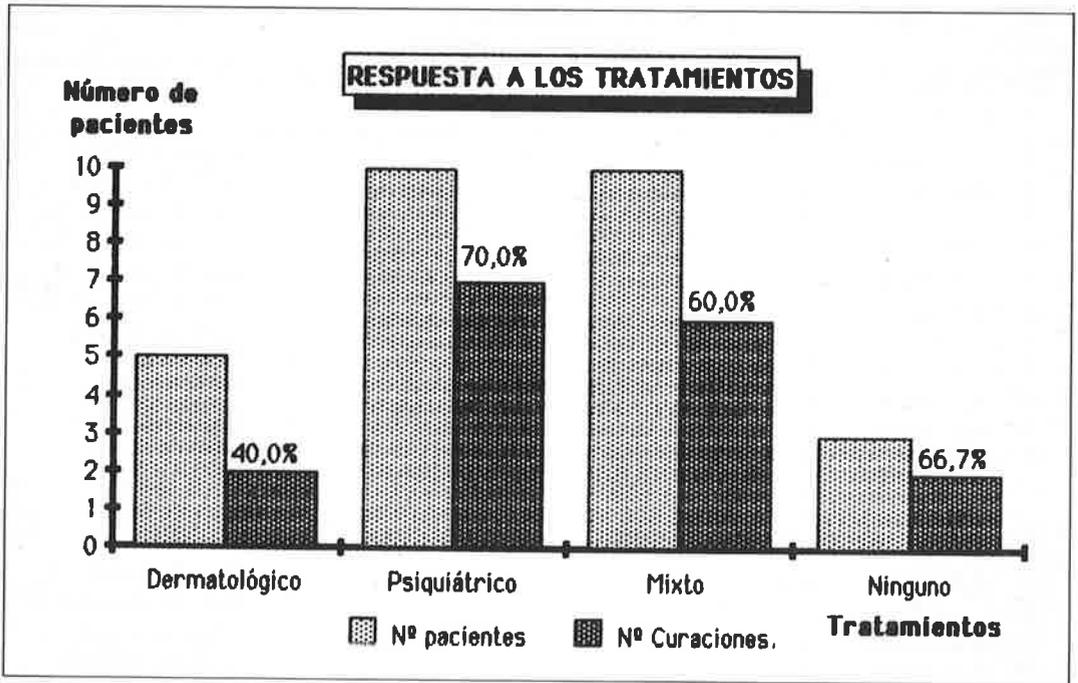


Gráfico 21.

pendencia, lo cual entra en contradicción con esta etapa de autoafirmación.

Centrándonos en la clínica que presentan estos pacientes, el motivo de consulta es en casi todos los casos uno u otro tipo de alopecia. El diagnóstico de la alopecia se ha hecho siguiendo las clasificaciones señaladas en la introducción de este trabajo, llegando solamente en dos casos al diagnóstico de alopecia telógena tras circunstancias emocionales estresantes; el resto de los casos se trata de alopecias areatas, diferenciando entre alopecia areata en placas, total de cuero cabelludo, universal o decalvante. Más de la mitad de los casos corresponden a alopecia areata en placas.

Generalmente han sido remitidos por el dermatólogo tras intentar diversos tratamientos, y tras varios meses de evolución del cuadro. El tiempo medio de evolución desde el comienzo de la alopecia hasta que llegan a la consulta de Psiquiatría es de 16,56 meses, lo cual ha podido ser para el niño una fuente de tensión (Tabla 2).

El tiempo que aparece entre paréntesis en

la columna «Evolución posterior» se refiere en el caso de recaída al número de meses entre la curación y la recaída; en los casos en que continúa viniendo, al número de meses o años que se especifica, desde el momento en que se ha curado hasta la actualidad, o bien en los casos en que no se ha curado, desde que ha iniciado el tratamiento hasta la actualidad; y en los casos en los que deja de venir o se le da el alta, al número de meses o años transcurridos desde que se ha curado hasta que deja de venir, o bien desde que se inicia el tratamiento hasta que deja de venir.

Los tratamientos recibidos por estos niños han sido de cuatro tipos diferentes: — Un 53,57 % han recibido tratamiento dermatológico. — Un 42,86 % tratamiento con ansiolíticos. — Un 50,00 % tratamiento con antidepresivos. — Un 10,71 % no han recibido ningún tipo de tratamiento.

En todos los casos se han llevado a cabo medidas psicoterapéuticas de apoyo. Hay que tener en cuenta que ha habido distintas combinaciones entre estos tipos de tratamientos con

respecto al tratamiento que ha recibido cada niño.

En un 60,71 % de los casos se ha llegado en un momento determinado de su evolución a la curación de la alopecia, con un tiempo medio de curación de 6,76 meses. De los 17 casos en que ha habido remisión de la alopecia, en 12 se instauró tratamiento psicofarmacológico, si bien 4 de ellos han vuelto a recaer tras un período que oscila entre un mes y un año y medio. De los pacientes curados el 70 % ha llevado tratamiento psicofarmacológico.

De los pacientes no curados, en 5 se había prescrito tratamiento psicofarmacológico sin obtener respuesta favorable al mismo, lo cual supone un 45 % de este grupo de pacientes.

En la respuesta a los tratamientos (Gráfico 21) se observa que un 70 % de los que han recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico han llegado a la curación; de los que han recibido solamente tratamiento dermatológico se han curado un 40 %; y de los que han recibido tratamiento mixto, psiquiátrico y dermatológico, un 60 %. En los casos en que no han recibido ningún tipo de tratamiento un 66,7 % se ha curado espontáneamente.

En estos porcentajes hay que tener en cuenta el escaso número de pacientes con el que se ha trabajado, por lo cual los resultados son solamente descriptivos de nuestra experiencia, dejando el estudio abierto de tal forma que al ampliarlo con nuevos casos el porcentaje de curaciones con los distintos tratamientos sea significativo.

## CONCLUSIONES

1.<sup>a</sup> Existe una manifiesta descoordinación entre los servicios de Dermatología y de Psiquiatría, como se demuestra por el promedio de meses que tardan en llegar estos pacientes a la consulta de Psiquiatría, habiendo llevado mientras tanto múltiples tratamientos dermatológicos para su problema sin que se le haya solucionado, lo cual puede afectar a estos niños desde el punto de vista psicológico. En al-

gunos casos se les envía a Psiquiatría como último recurso.

Por lo tanto se debería elaborar un protocolo de actuación conjunta entre el servicio de Dermatología y el nuestro, teniendo en cuenta en qué casos y en qué momento es conveniente valorar el aspecto psiquiátrico, y fijando por nuestra parte una sistemática de actuación en cuanto a la exploración psicológica.

2.<sup>a</sup> Se observa en el presente trabajo que existe una respuesta favorable a los psicofármacos en este tipo de pacientes. Se han prescrito ansiolíticos y/o antidepresivos, estos últimos, en los casos en los que se apreciaba algún síntoma depresivo acompañante. Este efecto beneficioso de los psicofármacos se puede explicar en el sentido de que estos niños tienen la vivencia de una situación tensional, que en unas ocasiones crea únicamente ansiedad y en otras puede llevar a una depresión reactiva. Esta sintomatología se beneficia de la acción de los psicofármacos.

3.<sup>a</sup> En la casuística de este trabajo solamente encontramos un caso de alopecia aguda o caída brusca del pelo, y otro caso dudoso, puesto que el episodio agudo sobrevino tras la curación de un episodio crónico. No es valorable en este sentido la existencia de un choque emocional como posible factor desencadenante de este trastorno en nuestra experiencia, sino que se trata de niños que se sienten agredidos por el ambiente de una manera más o menos prolongada, bien porque el ambiente sea ya amenazante para el niño previamente a la alopecia, o bien porque, tras desencadenarse la alopecia, el niño se siente rechazado o agredido por el ambiente, debido precisamente a su problema de pérdida de pelo.

4.<sup>a</sup> Intentando acercarnos al perfil psicológico de estos niños, de acuerdo con nuestros resultados, vemos que se trataría de un varón en edad escolar, que ocupa el último lugar en la fratría, con un buen nivel intelectual y que se siente sometido a una situación tensional prolongada; en las pruebas de personalidad se nos presenta como muy sincero, inadaptado en todos los ambientes, y con un alto grado de introversión y de neuroticismo.

**Bibliografía**

- AJURIAGUERRA, J. DE.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray Masson (Barcelona 1979).
- BELL, H.M.: *Cuestionario de adaptación para adolescentes*. Ed. Herder. Barcelona. 1987.
- EYSENCK, H.I.: *E.P.Q.-J. Cuestionario de personalidad*. Ed. TEA. Madrid. 1981.
- GOGA, D., VAILLANT, L.: *Las alopecias*. *Tiempos médicos*. N.º 354. Octubre 87. 6-15.
- JUON, M.: *Les pelades Psychosomatiques*. Les monographies medicales et scientifiques. París. 1966.
- MENDIGUCHIA, F.J.: *Psiquiatría Infantojuvenil*. Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1980.
- SIMON MERCHANT, A.: *Alopecias*. *El Médico*. Julio-85. 51-59.
- STONE, F.H., KOUPERNIK, C.: *Psiquiatría infantil*. Ed. Salvat. Barcelona. 1980.
- TECNICAS PROSPECTIVAS.: (*Test de apercepción*). Manual. Ed. TEA. Madrid. 1981.
- VELILLA PICAZO, J.M., BONALS PI, A. y cols.: *Inciden-  
cia del abandono y carencias afectivas en una con-  
sulta de Psiquiatría infantojuvenil*. I Congreso so-  
bre el niño abandonado. Zaragoza. Marzo-84. Actas  
del Congreso.

**Comentario de publicaciones****ABUSO DE COCAINA.**

H.I. Spitz, J.R. Rosecan, 1990.

Ediciones en Neurociencias.

En primer lugar, los autores, hacen un recorrido extenso en la neurobiología de la cocaína y su conducta, describiendo la fenomenología del cocainismo. Posteriormente, dedica gran parte del libro a los diversos tipos de intervenciones psicológicas —psicoterapia individual, grupal y familiar— dando predominancia a los factores de abstinencia como elemento vertebrador de todo tratamiento. Concluye con el tratamiento de orden farmacológico a corto, medio y largo plazo.

J.M.<sup>a</sup> ILLA  
Barcelona