



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL:

**ESTUDIO DERMATOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES
CON ALOPECIA AREATA**

Presentada por Alberto Miranda Sivelo para optar al grado de
doctor por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:

Prof. Dr. D. Alberto Miranda Romero
Prof .Dr. D. Agustín Mayo Iscar



Universidad de Valladolid

Impreso 2T

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

(Art. 2.1. c de la Normativa para la presentación y defensa de la Tesis Doctoral en la UVa)

D. ALBERTO MIRANDA ROMERO, con D.N.I. nº42677841F, profesor titular del departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, como Director de la Tesis Doctoral titulada "ESTUDIO DERMATOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA", presentada por D. ALBERTO MIRANDA SIVelo, alumno del programa de Doctorado en Medicina Interna M17, impartido por el Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología de la Universidad de Valladolid, autoriza la presentación de la misma, considerando que reúne los requisitos de originalidad precisos para ser leída y defendida para optar al título de Doctor.

Valladolid, 6 de julio de 2015

El Director de la Tesis,

Fdo.: Alberto Miranda Romero

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO



Universidad de Valladolid

Impreso 2T

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

(Art. 2.1. c de la Normativa para la presentación y defensa de la Tesis Doctoral en la UVa)

D. AGUSTÍN MAYO ÍSCAR, con D.N.I. nº 09766882R, profesor titular del departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Valladolid, como Director de la Tesis Doctoral titulada "ESTUDIO DERMATOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA", presentada por D. ALBERTO MIRANDA SIVelo, alumno del programa de Doctorado en Medicina Interna M17, impartido por el Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología de la Universidad de Valladolid, autoriza la presentación de la misma, considerando que reúne los requisitos de originalidad precisos para ser leída y defendida para optar al título de Doctor.

Valladolid, 6 de julio de 2015

El Director de la Tesis,

Fdo.: Agustín Mayo Íscar

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO

AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar, a Alberto Miranda Romero, director de esta tesis, por su estímulo constante en la realización de este trabajo y su interés en la psicodermatología, que me permitió iniciarme en este campo.

- A Agustín Mayo Iscar , codirector de esta tesis , por la ilusión con la que acogió este proyecto y su disposición permanente para resolver cualquier tipo de duda .

- A Valentín Conde López, por su interés en las relaciones entre la dermatología y la psiquiatría así como por las aportaciones en la elaboración inicial de este proyecto.

- A mi mujer Henar y a mis hijos Diego y Blanca por el tiempo sustraído.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN

1.1.PSICODERMATOLOGÍA

1.1.1.Concepto

1.1.2.Clasificación de los trastornos psicodermatológicos

1.1.2.1.Trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones dermatológicas

1.1.2.2.Enfermedades cutáneas con influencia de los factores psicosociales en su aparición y /o evolución

1.1.2.3.Trastornos psiquiátricos secundarios a procesos dermatológicos

1.1.2.4.Trastornos de la sensibilidad cutánea

1.1.2.5.Enfermedades con manifestaciones psiquiátricas y dermatológicas

1.1.2.6.Trastornos psiquiátricos secundarios a tratamientos dermatológicos

1.1.2.7.Trastornos dermatológicos secundarios al uso de psicofármacos

1.1.3.Psiconeuroinmunología

1.2.ALOPECIA AREATA

1.2.1.Definición

1.2.2.Epidemiología

1.2.3.Clínica

1.2.4.Enfermedades asociadas

1.2.5.Pronóstico

1.2.6.Etiopatogenia

1.2.6.1.Susceptibilidad genética

1.2.6.2.Infecciones

1.2.6.3.Inmunología

1.2.6.4.Aspectos psiconeuroinmunológicos

1.2.7.Repercusión psicosocial de la alopecia areata

1.2.8.Revisión de la literatura existente sobre alopecia areata y aspectos psicopatológicos

1.2.8.1.Comorbilidad psiquiátrica

1.2.8.2.Personalidad

1.2.8.3.Acontecimientos vitales estresantes

1.2.8.4.Psicopatología

2.OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1.OBJETIVOS

2.1.1.General

2.1.2.Específicos

2.2.HIPOTESIS

3.MATERIAL Y METODOS

3.1.TIPO DE ESTUDIO

3.2.SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.3.DISEÑO DEL TRABAJO

3.4.VARIABLES DE ESTUDIO

3.5.INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

3.5.1.Entrevistas

3.5.2.Cuestionarios

3.6.MÉTODO ESTADÍSTICO

4.RESULTADOS

4.1.ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1.Variables socio-demográficas

4.1.2.Variables dermatológicas

4.1.3.Estudio psicopatológico

4.1.3.1.Diagnóstico psiquiátrico

4.1.3.2.Personalidad

4.1.3.2.1.ANÁLISIS DIMENSIONAL

4.1.3.2.2.ANÁLISIS CATEGORIAL

4.1.3.3.Eventos vitales estresantes

4.1.3.4.Escalas

4.1.3.5.Otras variables psiquiátricas

4.2.ESTUDIO DE LAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DE VARIABLES

4.2.1.Sexo y edad frente a variables socio- demográficas

4.2.1.1.Edad

4.2.1.2.Sexo

4.2.2.Sexo y edad frente a variables psiquiátricas

4.2.2.1.Edad

4.2.2.2.Sexo

4.2.3.Variables socio - demográficas frente a dermatológicas

4.2.4.Variables dermatológicas frente a variables psiquiátricas

4.2.5.Factores psicológicos que se asocian a la aparición de trastornos psiquiátricos secundarios a la AA

4.2.6.Determinantes de la calidad de vida

4.2.6.1.Dermatológicas

4.2.6.2.Socio-demográficas

4.2.6.3.Psiquiátricos

4.2.7.Análisis multivariante

5.DISCUSIÓN

5.1.ESTUDIO DESCRIPTIVO

5.1.1.Variables socio-demográficas

5.1.2.Variables dermatológicas

5.1.3.Variables psiquiátricas

5.1.3.1.Diagnóstico psiquiátrico

5.1.3.2.Personalidad

5.1.3.3.Eventos vitales estresantes

5.1.3.4.Escalas

5.1.3.5.Otras variables psiquiátricas

5.2.RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE VARIABLES

5.2.1. Relaciones con las variables socio-demográficas

5.2.2. Relaciones entre las variables dermatológicas y los aspectos psicopatológicos

5.2.3. Determinantes de la calidad de vida

5.2.4. Modelo estimado para el diagnóstico de patología psiquiátrica comórbida con la AA

6.CONCLUSIONES

7.BIBLIOGRAFIA

1.INTRODUCCIÓN

1.1.PSICODERMATOLOGÍA

1.1.1.Concepto

La psicodermatología es una disciplina de transición entre la dermatología y la psiquiatría que se ocupa de las enfermedades situadas en las áreas de contacto entre estas dos especialidades a través del estudio de la conexión entre psique y piel (1) .

El psiquismo y la piel tienen entre sí vínculos privilegiados que se manifiestan de forma diversa. La piel y el sistema nervioso tienen un origen embriológico común, la epidermis y la placa neural derivan ambas del ectodermo embrionario que es la más externa de las capas celulares del embrión. Además la piel y el SNC comparten varias hormonas, neurotransmisores y receptores. No es sorprendente por tanto que la existencia de una relación entre las enfermedades dermatológicas y los factores psicológicos se haya descrito ampliamente (2) .

La piel es un envoltorio protector contra las agresiones del medio externo y además contribuye a la regulación térmica y metabólica. Estas capacidades le confieren las características de órgano fundamental en la vida de relación.

Juega un papel importante en la seducción, expresa y descubre, a veces de forma no voluntaria, sentimientos y emociones a través de manifestaciones como el enrojecimiento, picor o aumento de la sudoración. En la piel quedan grabadas las cicatrices de las heridas y los cambios cutáneos consecuencia del paso del tiempo. Ofrece también a través de los hábitos estéticos información sobre la identidad de la persona, desde el punto de vista sexual, de modas o culturas. Cuando la piel es afectada por un proceso dermatológico primario, las secuelas psicológicas que se producen menoscaban la autoestima, la confianza y la calidad de vida en su totalidad (3).

Es un órgano sensorial muy diversificado, a través de la piel percibimos el mundo y, a su vez, somos percibidos por medio de ella. La piel juega un papel cardinal en los

procesos de socialización desde la más temprana infancia, continuando de esta manera a lo largo del ciclo vital, tiene una importancia fundamental como órgano de comunicación, además reacciona ante los estímulos emocionales (2) .

Desde el punto de vista histórico los puntos de conexión entre dermatología y psiquiatría se conocen desde antiguo. El primer caso documentado de enfermedad psicocutánea, parece haber sido en el año 1200 a.C. cuando el médico del Príncipe de Persia pensó que la psoriasis de su paciente era causada por la ansiedad que al joven le producía tener que heredar el trono de su padre. Platón alentaba a los médicos a reconocer la relación entre cuerpo y alma: “este es el gran error de nuestros tiempos... los médicos ven el cuerpo separado del alma” (4) . Hipócrates señalaba que los estados emocionales podían influenciar las reacciones corporales (el miedo producía sudoración). Aristóteles advertía a los médicos que no se podía intentar tratar las dolencias del cuerpo sin tener en cuenta el alma, que era un todo indisoluble (5) .

1.1.2. Clasificación de los trastornos psicodermatológicos

La realización de una clasificación de los trastornos psicodermatológicos que resultara de utilidad en la práctica clínica tanto para los dermatólogos como para los psiquiatras o incluso que sirviera de referencia a otras especialidades ha sido tradicionalmente una tarea complicada.

Debido a esta dificultad existen distintas clasificaciones que los autores implicados en cuestiones psicodermatológicas como Koo (6), Consoli (3), Koenig (1), García-Hernández (7), Rodríguez -Pichardo (8), Koblenzer (9) y Musalek (10) han venido desarrollando. La clasificación que aquí se propone trata de recoger los modelos de estos autores aunque haciendo especial referencia a los conceptos desarrollados por Koo (6) y García- Hernández (7).

1.1.2.1. Trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones dermatológicas

Este grupo comprende aquellas enfermedades psiquiátricas cuya sintomatología se expresa en la piel. Se pueden observar tres grupos de trastornos: 1) El primero, caracterizado por la no presencia de lesión dermatológica, en este grupo el síntoma fundamental que caracteriza psicopatológicamente a estas enfermedades sería la queja del paciente sobre una supuesta afección dermatológica que no sería tal. El delirio de parasitación y el trastorno dismórfico corporal serían los trastornos principales aunque también se incluirían en este grupo otras formas de delirios de tipo somático (síndrome de referencia olfatorio, delirios hipocondríacos y dismorfofóbicos) y algunos cuadros de características fóbicas e hipocondríacas (cancerofobia, parasitofobia, venereofobia...) .

2) El segundo grupo comprendería las dermatosis autoprovocadas, es decir, la lesión dermatológica sería consecuencia directa de las alteraciones psicopatológicas. La tricotilomanía, la dermatitis artefacta (trastorno facticio dermatológico) y el trastorno de excoriación (tradicionalmente conocido como excoriaciones neuróticas) conformarían este grupo. 3) El tercer grupo estaría formado por aquellos trastornos psiquiátricos que producen manifestaciones dermatológicas de forma indirecta. Incluye los trastornos de la alimentación que provocarían alteraciones cutáneas vinculadas con la malnutrición, los vómitos provocados repetidos o la ingesta de laxantes y diuréticos. Otro ejemplo de un trastorno psiquiátrico que indirectamente produciría lesiones dermatológicas sería el trastorno obsesivo - compulsivo. A consecuencia de los rituales asociados a las obsesiones de contaminación se produciría un exceso de lavados o incluso a la utilización de productos de limpieza inadecuados.

1.1.2.2. Enfermedades cutáneas con influencia de los factores psicosociales en su aparición y /o evolución

Históricamente a estas enfermedades se las ha denominado trastornos psicofisiológicos, es decir, supondría que un trastorno genuinamente cutáneo sería exacerbado por factores emocionales. Se ha denominado también a este modelo como efecto psicosomático en contraposición al somatopsíquico que se establecería en los trastornos psiquiátricos secundarios a enfermedades dermatológicas. A este grupo pertenecerían las siguientes enfermedades: Liquen simple, rosácea, alopecia areata, acné, psoriasis, vitíligo, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, urticaria, herpes simple, verrugas, liquen plano, pénfigo, hiperhidrosis y prurito.

1.1.2.3. Trastornos psiquiátricos secundarios a procesos dermatológicos

Este apartado hace referencia a las repercusiones psicológicas y complicaciones psiquiátricas de las dermatosis; fundamentalmente trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, fobia social, cuadros paranoides e incluso suicidio.

Una enfermedad cutánea afecta al paciente desde el punto de vista psicológico, emocional, social y profesional (9). Las personas que padecen dermatosis presentan una gran disminución de la autoestima que se asocia a sentimientos de vergüenza y actitudes de evitación de situaciones ansiógenas, como la piscina o las relaciones afectivas o sexuales (1).

Debemos señalar que la influencia de los aspectos psicológicos en el curso de las dermatosis y las consecuencias psíquicas que se derivan de los procesos dermatológicos son dos aspectos que están íntimamente relacionados debiendo ser considerados de forma conjunta en la práctica clínica. Así, un acontecimiento estresante o el inicio de un trastorno psiquiátrico podría derivar en la aparición de una dermatosis con importantes repercusiones estéticas y sociales que generaría una ansiedad intensa que a su vez

complicaría la curación y el curso de la dermatosis. Es preciso por lo tanto romper este “bucle o círculo vicioso” para un correcto abordaje terapéutico.

1.1.2.4.Trastornos de la sensibilidad cutánea

Se trataría de afecciones donde la manifestación principal son las sensaciones cutáneas desagradables (dolor, quemazón , prurito, ardor, hormigueo, picazón ...) y otras disestesias sin base orgánica identificable . Suponen quejas que no corresponden a ningún sustrato anatómico. En muchos casos, tras el diagnóstico del trastorno funcional subyace un trastorno depresivo, donde los signos somáticos están en primer plano. Esta forma de presentación clínica de los cuadros depresivos se ha denominado depresión enmascarada o equivalentes depresivos. Los trastornos más destacados de este grupo serían : el prurito psicógeno, el síndrome de la boca ardiente y la vulvodinia (3, 6) .

1.1.2.5.Enfermedades con manifestaciones psiquiátricas y dermatológicas

Formarían parte de esta categoría aquellas enfermedades que presentaran entre su sintomatología manifestaciones dermatológicas y psiquiátricas, mostrándose estas de forma independiente las unas de las otras. Enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, las porfirias, la enfermedad de Lyme, la pelagra o el Behçet reunirían estas características.

1.1.2.6.Trastornos psiquiátricos secundarios a tratamientos dermatológicos

Este apartado hace referencia a las reacciones adversas en forma de enfermedades psiquiátricas de los tratamientos dermatológicos. Por ejemplo: *Corticoides* - Episodio depresivo, hipomanía, cuadro delirante agudo; *Isotretinoína* por vía oral - Depresión grave con ideas suicidas; *Interferones* - Depresión e ideas suicidas (3).

1.1.2.7.Trastornos dermatológicos secundarios al uso de psicofármacos

Bajo este epígrafe se describen los efectos secundarios dermatológicos debido a tratamientos con fármacos psiquiátricos. Por ejemplo: *Litio* - Aparición de acné severo; *Clorpromazina* - Reacciones cutáneas de fotosensibilidad; *Ácido valproico* - Pseudolinfomas; *Carbamazepina* - Síndrome de Stevens – Johnson; *Antidepresivos tricíclicos* - Reacciones de fotosensibilidad; *Bupropion* - Síndrome de Stevens – Johnson; *Lamotrigina* - Exantema maculopapular benigno , síndrome de Stevens – Johnson (3) .

1.1.3.Psiconeuroinmunología

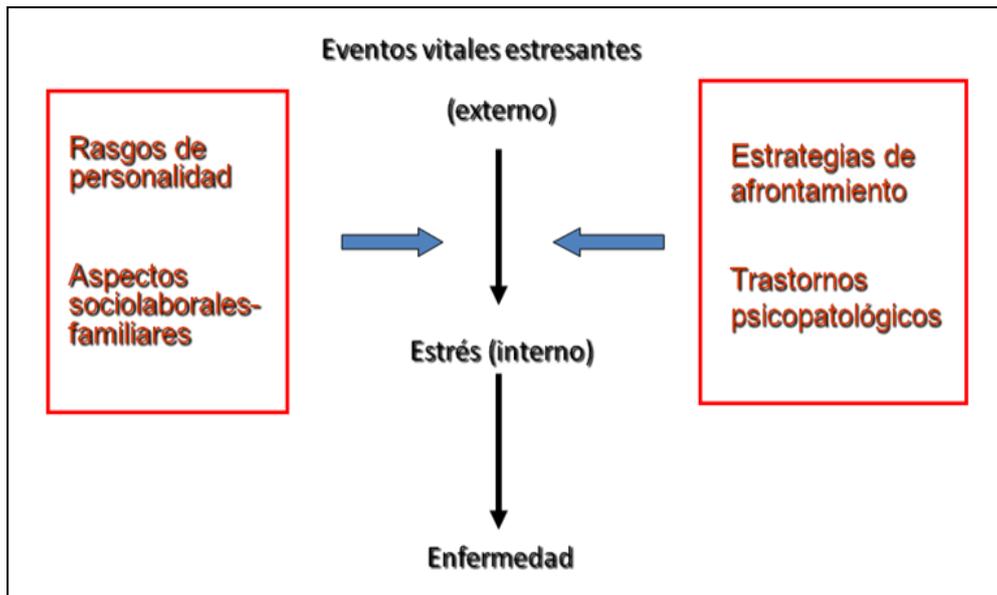
Se trata de un área interdisciplinar del conocimiento en constante evolución que trata de comprender las relaciones entre la mente y el cuerpo. Trataría lo relativo a la interacción mutua entre el sistema nervioso, el inmune y el endocrino. Estudia la interacción entre cerebro, conducta y sistema inmune, explorando los mecanismos biológicos y conductuales que explican la unión entre factores psicosociales, enfermedad y salud desde una aproximación bio-psico-social (5,11).

El inicio de la psiconeuroinmunología se remonta a los trabajos de Ader y colaboradores en la década de los 70 (cambios en la función inmune condicionados comportamentalmente de una manera análoga a los estudios de condicionamiento clásico desarrollados por Paulov con perros) (12). El término “psiconeuroinmunología” fue acuñado en 1981 por Robert Ader a partir de una revisión sobre las evidencias que existían hasta entonces de la asociación entre la conducta, el sistema nervioso, el endocrino y el inmune (11).

En el modelo bio-psico-social la capacidad para desarrollar una enfermedad viene determinada por la interacción entre los factores psicosociales y las características de la persona biológicamente determinadas (genética). La modulación que los factores

psicosociales ejercen sobre los acontecimientos vitales estresantes puede condicionar que una enfermedad para la que el sujeto tiene predisposición genética (diátesis) permanezca latente o se desarrolle (13). Los factores psicosociales influyen en la salud a través de dos mecanismos: 1) Regulando la respuesta al estrés y a los eventos vitales estresantes a través de los rasgos de personalidad, el humor, los trastornos psicopatológicos y otros recursos personales como las relaciones sociales. 2) Influenciando los hábitos de vida y promoviendo o inhibiendo los comportamientos orientados a la salud (ejercicio, nutrición, hábito tabáquico, consumo de alcohol ...) (14).

Los trastornos psicopatológicos (p.ej. alteraciones del ánimo) , los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento modulan la respuesta del sujeto al estrés desde el punto de vista endocrinológico e inmunológico. Esto explica la variabilidad interindividual en la respuesta al estrés, es decir, distintas formas de enfrentarse a los mismos eventos provocan diferencias en la respuesta endocrina e inmune (figura 1) . El soporte facilitado por las relaciones sociales puede servir para amortiguar el impacto que el estrés agudo o crónico puede tener en la función inmune. Las intervenciones psicoterapéuticas como la psicoterapia cognitivo - conductual y otras pueden amortiguar los efectos del estrés y las alteraciones inmunológicas secundarias a este (14).

Figura 1. Modelo bio-psico-social

Existen dos grandes vías que regulan la respuesta al estrés: el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HPA) y el sistema nervioso simpático. Esta respuesta se inicia cuando las señales neurosensoriales o estresores son procesadas a través del núcleo paraventricular del hipotálamo y el locus ceruleus (centro noradrenérgico). En respuesta al estresor el hipotálamo secreta hormona liberadora de corticotropina (CRH) y arginina vasopresina (AVP). Desde el núcleo paraventricular las neuronas que contienen CRH tienen vías eferentes a la hipófisis y proyecciones a los centros noradrenérgicos del tronco cerebral y médula espinal. La liberación de CRH activa el eje HPA, liberándose en la hipófisis la hormona adrenocorticotropa o corticotropina (ACTH), que inducirá la liberación de glucocorticoides en la corteza adrenal. La activación de las vías noradrenérgicas por la CRH produce la secreción de noradrenalina por el sistema nervioso simpático periférico y la liberación de adrenalina y noradrenalina de la médula adrenal (15).

La homeostasis del sistema inmune depende de las citocinas, funcionan como mensajeros entre las células inmunes y son cruciales como mediadores de la inflamación y en la respuesta inmune. Los glucocorticoides y las catecolaminas median

la diferenciación de Th0 (células T helper naïve) hacia la respuesta inmune humoral Th2 (antiinflamatorias) en detrimento de la respuesta mediada por células Th1 (proinflamatorias). Suprimen la producción por las células presentadoras de antígenos de la IL-12 que es el mayor inductor de la respuesta Th1 (inmunidad celular) y además los glucocorticoides tienen un efecto directo en las células Th2 aumentando la producción por parte de estas de IL-4, IL-10 e IL-13, las cuales aumentan la inmunidad humoral (15).

La comunicación entre el cerebro y el sistema inmune es bidireccional, las señales vuelven en dirección al cerebro a través del nervio vago y las citocinas (IL -6, IL-1 y el TNF- α). Estas citocinas activan receptores específicos en las células gliales y neuronales influyendo directamente sobre la función del SNC. Existe por tanto un doble vínculo recíproco entre la función inmune y las alteraciones psicopatológicas, los trastornos psiquiátricos influyen en la función inmune y por otro lado las alteraciones inmunológicas forman parte de la patogénesis de muchas enfermedades psiquiátricas (11).

La relación entre la psiconeuroinmunología y la dermatología es estrecha, el sistema psico -inmuno-endocrino-cutáneo se configura como una ruta primaria de comunicación entre la mente y el cuerpo, podemos considerar la piel como el lugar de confluencia de la actividad simultánea y conectada del cerebro, el sistema inmune y el cutáneo. No es de extrañar por tanto que existan una serie de enfermedades cutáneas con una influencia destacada de los factores psicosociales en su inicio y /o evolución (comentadas en el segundo apartado de la clasificación de enfermedades psicodermatológicas) donde los aspectos psiconeuroinmunológicos resultan fundamentales en su patogenia (14, 15) .

1.2.ALOPECIA AREATA

1.2.1.Definición

Se trata de una enfermedad del folículo piloso, recurrente, no cicatricial y de características autoinmunes (16)

1.2.2.Epidemiología

La alopecia areata (AA) se observa con una frecuencia del 0,7 al 3,8 % entre los pacientes que acuden a las consultas de dermatología (17) . El riesgo de padecer AA a lo largo de la vida se estima en un 1,7 % en USA. Los dos sexos son afectados por igual. Se calcula que hasta el 60 % de los pacientes presentaría su primera placa antes de los 20 años (16). Los picos de prevalencia se encontrarían entre la segunda y la cuarta década de la vida (18).

1.2.3.Clínica

La presentación más común cursa en forma de placas con pérdida de pelo, delimitadas, redondeadas u ovals y asintomáticas aunque algunos pacientes pueden referir sensación de escozor, picazón o dolor (19). Son característicos en el interior o en la periferia de las lesiones los denominados “pelos en signo de exclamación”. Cualquier área corporal con pelo puede verse afectada aunque el cuero cabelludo se ve afectado en el 90 % de los casos (18) .

La enfermedad puede ser clasificada de acuerdo a la extensión o al patrón de presentación. Según la extensión encontraríamos: Alopecia areata en placas (pérdida de pelo parcial en cuero cabelludo), alopecia areata total (pérdida total de pelo en cuero cabelludo) y alopecia areata universal (pérdida de pelo total en cuero cabelludo y en áreas corporales) (19). Aproximadamente un 5 % de los casos progresaría a alopecia total / universal (AT/AU) (18) . El patrón de presentación más común es la alopecia areata en forma de placas, observándose hasta en un 75 % de los pacientes. Otros

patrones son: el reticular , ofiásico (en forma de banda o cinta en la zona parieto-témporo-occipital), ofiasis inversa (banda fronto- parieto -temporal) y difuso (adelgazamiento difuso sobre parte o la totalidad del cuero cabelludo) (16) .

La afectación de las uñas se observa en la AA con una frecuencia que puede ir del 7 al 66 %. El piqueteado ungueal es la alteración más común. Otras alteraciones incluyen: traquioniquia, líneas de Beau, onicorrexis, onicomadesis, coiloniquia, leuconiquia punteada y eritema de la lúnula. Diversos estudios han demostrado que la afectación de las uñas se asocia a un pérdida de pelo más extensa (20) .

1.2.4.Enfermedades asociadas

La AA puede encontrarse en asociación con otras enfermedades autoinmunes. Las enfermedades que se asocian con más frecuencia a la AA son la atopia (10-60 %) y la patología tiroidea autoinmune (8-28 %) . El vitíligo ocurriría entre un 1,8-16 % de los pacientes con AA y la psoriasis en torno al 5% (17, 21). Otras enfermedades que se han asociado con la AA son: Síndrome de Down, enfermedad de Addison, anemia perniciosa, lupus, liquen plano, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, artritis reumatoide, esclerosis múltiple , miastenia gravis y síndrome de Sjögren (22).

1.2.5.Pronóstico

Los factores que condicionan un mal pronóstico en la AA son : la extensión de la pérdida de pelo (peor pronóstico en AT / AU), patrón ofiásico, larga duración de la enfermedad, atopia, historia familiar positiva, afectación ungueal, comorbilidad con otras enfermedades autoinmunes y edad temprana de comienzo. Es muy destacable que el curso de la enfermedad es impredecible (22). En pacientes con inicio de la AA antes de la pubertad la posibilidad de alopecia total es del 50 %. Con alopecia total o universal la posibilidad de recuperación completa es de menos del 10 % (18).

1.2.6. Etiopatogenia

La causa exacta es desconocida y probablemente contribuyan muchos factores en la aparición de la AA aunque la evidencia científica sugiere una patogenia autoinmune subyacente. Es necesario un enfoque holístico, la enfermedad se manifiesta en la piel pero el mecanismo patogénico de la enfermedad no se limita a la piel sino que concierne al sistema inmune en su globalidad que se ve influenciado por diversos factores genéticos y ambientales (23) .

1.2.6.1. Susceptibilidad genética

La base genética de AA está apoyada por la heredabilidad observada en familiares de primer grado, los estudios en gemelos y los análisis de ligamiento genético en familias con AA. Entre un 20-40 % de pacientes con AA tendrían familiares de primer grado afectados, existe además una muy alta concordancia en gemelos monozigotos (24). En el estudio GWAS (estudios de asociación del genoma completo) de 1.054 casos de AA y 3.278 controles realizado por Petukhova se encontró que ocho regiones genómicas que incluían loci que codifican genes de la inmunidad innata y adaptativa estaban asociadas con la AA (25). También se identificaron genes que habían sido asociados con otras enfermedades autoinmunes , indicando una vía patogénica común de la AA con otras enfermedades autoinmunes (26). Los aspectos genéticos proporcionarían una susceptibilidad innata para padecer la enfermedad pero son los factores ambientales los que determinarían cuando empieza la enfermedad , el patrón de la pérdida de pelo y la severidad de la enfermedad (18).

1.2.6.2. Infecciones

La asociación de la AA con el citomegalovirus (CMV) fue propuesta inicialmente por la presencia de secuencias de ADN de CMV en biopsias de piel de pacientes con AA ,sin embargo, esta asociación ha sido puesta en duda (27) . Otros virus, incluyendo la

hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), Epstein – Barr (28) y la gripe porcina también se ha sugerido que podrían desencadenar la AA (24). También tras vacunación de VHC y VHB (23). Se ha sugerido una relación de la AA con un patrón estacional, con un aumento de las recaídas de la enfermedad entre los meses de febrero y marzo (22). Esto apoyaría la hipótesis de que la AA puede tener relación con ciertas infecciones virales que tienen sus picos en estas fechas o incluso indicar un vínculo con la exposición a la luz solar y la producción de vitamina D (22).

1.2.6.3. Inmunología

La AA es una enfermedad autoinmune órgano-específica y dependiente de células T (29). El proceso autoinmune mediado por linfocitos T es desencadenado por estímulos endógenos o exógenos y mantenido por la interacción de diversas moléculas. Probablemente en individuos genéticamente predispuestos, bajo el efecto de las hormonas relacionadas con el estrés, los folículos del pelo entran en un ciclo de inhibición autoinmune de su crecimiento. La patogénesis de la AA incluiría una serie de complejos mecanismos inmunológicos que propiciarían la reacción inflamatoria participando citocinas como el TNF- α , INF- γ , IL-1, IL-2, IL-4 e IL-10. Los niveles séricos de IL-4 e IL-1 α están significativamente elevados en pacientes con AA localizada, mientras que IL-2 e INF- γ están principalmente elevados en estados de la enfermedad más extensos, esto implicaría que la progresión a formas más extensas estaría mediado por citocinas Th1. Se considera que un desequilibrio en la producción de las citocinas, con un exceso relativo de citocinas Th1 y proinflamatorias frente a citocinas antiinflamatorias como IL-4 e IL-10 estaría implicado en la persistencia de las lesiones de AA (30).

El folículo piloso es una estructura dinámica con un “microentorno” hormonal e inmune único. El privilegio inmune es la característica más destacada de la inmunología

del folículo piloso, existiendo una regulación a la baja del complejo mayor de histocompatibilidad de tipo I. El colapso del privilegio inmune es inducido por diversos factores ambientales (infecciones, estrés), estimulándose la producción de citocinas Th1 en el folículo piloso que atraen a las células Th1 hacia el bulbo piloso. En consecuencia los autoantígenos del folículo piloso son reconocidos por las células T citotóxicas autorreactivas. El resultado del colapso del privilegio inmune del folículo piloso es un denso acumulo de células T autoreactivas en torno al bulbo piloso que se ha denominado “ enjambre de abejas ” (31). La actividad HPA en el folículo piloso une los aspectos hormonales e inmunes del folículo piloso. El estrés ambiental puede influenciar ese “microentorno” hormonal e inmune propio del folículo piloso y producirse el desarrollo de la AA (31) .

1.2.6.4.Aspectos psiconeuroinmunológicos

La AA ha sido considerada una enfermedad psicosomática, y por tanto los factores psicológicos han sido implicados en las teorías etiológicas de la AA. Para tener completo el abordaje de la AA deberíamos tener en cuenta los aspectos psiconeuroinmunológicos como base etiopatogénica de la AA, vinculando lo psicológico con la inmunología y la neuroendocrinología (32, 33).

Las vías moleculares de respuesta al estrés que condicionan la inhibición del crecimiento del pelo estarían relacionadas tanto en humanos como en ratones con la sustancia P y el factor de crecimiento nervioso como mediadores del estrés a nivel central y con los mastocitos como responsables de la inflamación neurogénica perifolicular inducida por el estrés (29) . La sustancia P es capaz de inducir la aparición de antígenos de histocompatibilidad de clase 1 en los queratinocitos y la producción de interleucina -2 por los linfocitos T citotoxicos CD8 (22).

Altos niveles de evitación se han vinculado con baja actividad de células NK (34) , esta actividad defectuosa podría promover enfermedades autoinmunes como la tiroiditis de Hashimoto. En modelos animales de AA se ha demostrado el rol protector de las células NK frente al provocador de las células T NK. El exceso de catecolaminas circulantes bajo estrés ha sido demostrado en AA a través de sus metabolitos urinarios , esto puede llevar a un incremento en el número y en la actividad de un subgrupo de células NK más citotóxicas en detrimento de las inmunomoduladoras (22).

Se ha relacionado la presencia de traumas en la infancia con la aparición de AA en la edad adulta, este dato es importante porque se conoce que en la edad infantil es cuando el sistema neuroendocrino calibra su eje hipotálamo-hipófiso-adrenal para la adaptación y sensibilidad al estrés (22) .

En la AA interacciones significativas entre el sistema inmune y el neuroendocrino han sido observadas. Una alteración del eje HPA ha sido demostrada en la mayoría de los pacientes con AA, con una reducción del ratio DHEA –S / cortisol, que es típico de la gente que sufre estrés crónico (22). Esta alteración puede posiblemente ser primitiva , quizás se remonte a etapas tempranas de la vida, en este periodo se estropearía en cierta manera los mecanismos de feedback del sistema HPA frente al estrés (22) . DHEA es una neurohormona con efectos inmunomoduladores, antiinflamatorios y ansiolíticos en oposición a los efectos neurotóxicos de la oposición prolongada al cortisol, su deficiencia ha sido comunicada en otras muchas enfermedades autoinmunes (22) . Se ha encontrado un tono incrementado en el eje HPA (30) . En modelos animales se ha observado que la respuesta del eje HPA al estrés agudo fisiológico está embotada junto con una adaptación defectuosa al estrés psicológico repetido (29, 35) . La expresión de los receptores de los mediadores neuroendocrinos del estrés (CRH y ACTH) se ha encontrado regulada al alza en los folículos de pelo lesionado en los pacientes con AA

(29). Los niveles de TNF- α en la piel correlacionan positivamente con los niveles en plasma de ACTH y con la expresión del receptor de ACTH en la piel afecta bajo condiciones de estrés repetido (35). Esto sugiere un mecanismo patofisiológico que explicaría el papel del estrés y de los eventos estresantes en la etiopatogenia de la AA (30) .

1.2.7.Repercusión psicosocial de la alopecia areata

En este apartado trataremos de las repercusiones psicológicas derivadas del impacto de la alopecia areata desde el punto de vista psicológico, estético y social. La particularidad de las afecciones cutáneas es que atraen la mirada e inevitablemente alteran tanto la imagen que la persona tiene de sí misma como la que presenta a los demás. Según los casos esta alteración de la imagen será fuente de curiosidad, de repulsión o también de incomodidad y vergüenza. En las creencias populares aún persiste la idea de que la enfermedad de la piel puede ser sinónimo de enfermedad contagiosa, de enfermedad venérea, de enfermedad vergonzosa. En estas condiciones se puede comprender por qué la intensidad de la repercusión socioprofesional y psicoafectiva de las dermatosis frecuentemente no es proporcional a la gravedad clínica de la enfermedad (3) .

Es importante recordar que la imagen corporal es completamente abstracta y en gran parte cutánea (relacionada con la piel). Las áreas más importantes en relación con la imagen corporal, serían la cara, el cuero cabelludo, el pelo, los pechos en las mujeres y los genitales. Como la cara es tan visible e importante para la imagen corporal, las enfermedades localizadas en esta área producen mayor perturbación y gran disminución de la autoestima (36) .

La repercusión socioprofesional y psicoafectiva de las dermatosis frecuentemente es subestimada por la población, compañías de seguro médico y la comunidad médica,

incluso los dermatólogos. Aunque los procesos dermatológicos son responsables de una importante fuente de estigmatización social en muchos grupos humanos y culturas, solo recientemente hemos comenzado a cuantificar el efecto de las enfermedades cutáneas sobre la calidad de vida de los pacientes (1) .

La extensión del impacto emocional de una dermatosis puede estar en gran medida condicionada por la edad de comienzo del proceso. Cuando una dermatosis se presenta en el momento del nacimiento o durante los primeros años de vida, las actitudes de los padres frente a la enfermedad, van a ser incorporadas y a formar parte de lo propio del niño. Los padres afectuosos y comprensivos infunden al niño un sentido del valor y le brindan capacidad para aceptar y manejar el proceso. Estos niños no permitirán que la enfermedad les impida desarrollar una vida plena (9) .

Durante los años escolares, las tareas del desarrollo son dominar el cuerpo y el medio ambiente. Si la aparición o persistencia de una alteración física interfiere con el cumplimiento correcto de estos objetivos, se produce un efecto negativo sobre la autoestima y acentúa el impacto de la enfermedad. El niño que no puede participar en deportes por razones físicas o por la sobreprotección de los padres, se mantiene en una situación de dependencia, se sentirá diferente de sus compañeros y puede sufrir dificultades emocionales (9).

La adolescencia es un periodo difícil de maduración de la sexualidad y también de la afectividad. Por otra parte, el aspecto físico y el ajuste de la imagen corporal cambiante resultan fundamentales en esta etapa. Cuando el adolescente pone en duda su capacidad de seducir, la inseguridad alcanza un nivel muy alto. Esta inseguridad puede aumentar por una mínima imperfección de la cara o del cuerpo y con mayor razón si se trata de una dermatosis desfigurante o incapacitante, causando problemas emocionales significativos (3).

El pelo supone un aspecto fundamental de nuestra identidad y la pérdida incontrolable de este que sucede en la AA puede generar numerosos problemas psicológicos. La pérdida del cabello, de las pestañas y las cejas tiene una repercusión estética importante pues suponen rasgos faciales fundamentales. Entre los efectos negativos más frecuentes de la AA sobre el bienestar psicológico se han encontrado: una pérdida de la autoestima, sentimientos de miedo y vergüenza, altos niveles de ansiedad y depresión, pobre calidad de vida y afectación de la imagen corporal (37).

En nuestra sociedad el pelo se asocia a la feminidad, al atractivo, a la belleza; para la mujer no adecuarse a este modelo puede suponer una pérdida de confianza y de autoestima, limitando su actividad diaria y sus relaciones sociales, propiciando problemas conyugales y también laborales. Así las reacciones depresivas y la sensación de vergüenza sería más pronunciada en la mujer, siendo la calvicie en el hombre algo más aceptado socialmente (incluso llevar el pelo rapado puede ser algo “de moda”) (38)

1.2.8. Revisión de la literatura existente sobre alopecia areata y aspectos psicopatológicos

La investigación realizada en torno a la relación entre la AA y los aspectos psicológicos ha tratado de aportar luz sobre las dos vertientes ya comentadas de esta asociación. Por un lado, el papel de los factores psicológicos en el inicio y curso de la alopecia areata, es decir, cómo influirían estos aspectos en la patogénesis de la enfermedad y por otro, las repercusiones psicopatológicas del padecimiento de la enfermedad.

Podemos clasificar los estudios realizados en tres grandes apartados: 1) Estudios de comorbilidad psiquiátrica en AA. 2) Investigaciones sobre eventos vitales estresantes como desencadenantes de los episodios de AA. 3) Trabajos sobre la personalidad de los pacientes con AA. Como cuarto apartado podemos considerar los estudios sobre calidad

de vida y sobre otros aspectos psicopatológicos con utilización de escalas clínicas que aportan un enfoque dimensional.

1.2.8.1. Comorbilidad psiquiátrica

- Irwin estudia 55 pacientes en Inglaterra, encuentra una prevalencia del 86 % de trastorno psiquiátrico. El 63 % eran psiconeuróticos (precisarían tratamiento psiquiátrico incluso en ausencia de la alopecia) ,el 23 % neurosis traumática (la alopecia habría sido precipitada por un evento que causó un estrés emocional agudo , normalmente ansiedad) y el 14% libre de enfermedad mental y donde la AA no fue precipitada emocionalmente . Las dificultades psiconeuróticas frecuentemente precedían al comienzo de la AA (39).
- Greenberg estudia 44 pacientes, realiza entrevistas psiquiátricas y en doce pacientes aplica el test de Rorschach. Obtiene el 93 % con patología psiquiátrica: 73 % eran psiconeurosis, 9 % psicóticos borderline, 9 % eran esquizofrénicos y el 2 % psicosis involutivas. Solo tres pacientes, el 7 % del total estaban libres de enfermedad mental. Con respecto a los rasgos de personalidad les cataloga como tímidos, solitarios y pasivos. Los hombres estaban frecuentemente infelices en su trabajo y las mujeres frustradas en su matrimonio. Les faltaba la iniciativa y la asertividad para dar pasos y resolver sus dificultades, tenían síntomas ansioso-depresivos la mayoría de ellos. Refiere que en todos los casos los trastornos emocionales precedían el comienzo de la alopecia , empeorando la AA estos trastornos pero no desencadenando nuevos cuadros psiquiátricos (40).
- Macalpine estudia 125 pacientes con AA y encuentra patología mental en el 33 % . El 22 % con trastornos psiquiátricos leves “neurosis”, el 11 % con “psicosis”y el 67 % no anormalidad. Solo el 5 % relacionaban su alopecia con una historia de trauma

emocional. Concluye no encontrar evidencia a favor de que los factores psicológicos jueguen un papel significativo en causar la AA (41).

- Muller evalúa 736 pacientes con AA (158 niños y 578 adultos), encuentra trastorno psiquiátrico significativo (psiconeurosis, trastornos de personalidad o rasgos neuróticos de naturaleza severa) en el 22 % de los niños y en el 17 % de los adultos. Refiere que no encontraba correlación entre la severidad del trastorno psíquico y la AA. Comenta que estos datos se obtienen de una entrevista psiquiátrica pero no especifican su nombre (42) .

- Lyketsos estudia 26 pacientes con AA junto con 26 pacientes con psoriasis y 28 con urticaria, el grupo control es de 38 pacientes con enfermedades de la piel no psicósomáticas. Usando la entrevista clínica estructurada “Present State Examination” (PSE), encuentra en los pacientes con AA un 88 % con patología psiquiátrica, destacando los estados depresivos neuróticos (2/3) y la irritabilidad como síntoma. Se diferenciarían de los controles de forma significativa por puntuaciones más altas. En la urticaria destacarían los estados de ansiedad y no los depresivos como en la AA (43) .

- Colon en su trabajo con 31 pacientes con AA utiliza la entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos DIS. Concluye que el 74 % tenía al menos un diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida, predominado el episodio depresivo mayor (39 %) y el trastorno de ansiedad generalizada (39 %). La prevalencia a lo largo de la vida de otros diagnósticos psiquiátricos fue: tabaquismo (35 %), disfunción psicosexual (26 %), trastorno fóbico (23 %) y abuso/ dependencia de alcohol o drogas (23 %). El 58 % de los pacientes tenían al menos un familiar de primer grado con trastorno de ansiedad, el 35 % con un trastorno afectivo y el 35 % con un trastorno por uso de sustancias. No se establecieron relaciones significativas entre el diagnóstico psiquiátrico y la edad de comienzo de la AA, pero los autores llaman la atención sobre

que los pacientes con trastorno fóbico y trastorno antisocial de personalidad pudieran tener una edad de comienzo de la AA más precoz. Los pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico tenían una duración más corta de la AA. Encuentran una relación significativa entre el diagnóstico a lo largo de la vida de trastorno de ansiedad generalizada y la alopecia en parches con respecto a las otras formas de AA (total y universal). En todas las categorías aproximadamente la mitad de los trastornos psiquiátricos comenzaban antes de la AA y la mitad después (44).

- Koo en su estudio con 294 pacientes con AA a los que evaluaron a través de una encuesta usando criterios DSM - III, encuentra episodio depresivo mayor en 8,8 % de los pacientes (población general : 1,3 - 3,5 %); 18,2 % trastorno de ansiedad generalizada (8 veces más que en población general - 2,5 %); fobia social 3,5 % (población general 0,9 – 2,2 %) y paranoia en el 4,4 % (4 veces más que en población general - 1 %). Concluye que en su estudio las prevalencias de los trastornos psiquiátricos asociados a la AA son más altas que en población general (45).

- Ferrando plantea un estudio con 60 casos de AA y 60 controles, usa una entrevista semiestructurada (entrevista psiquiátrica estandarizada polivalente, EPEP), tuvo en cuenta la relación temporal con el inicio de la AA. Obtiene 60 % de patología psiquiátrica (consideración de “caso psiquiátrico”) en su muestra (la morbilidad puede que no adquiera cifras más elevadas por ser una muestra con un periodo evolutivo corto, < 6 meses), en su mayoría con una intensidad leve (54,4 %), la gravedad de la psicopatología correlacionó positivamente con el neuroticismo premorbid y el sexo femenino (casi doblan a los varones en cuanto a la consideración de “caso psiquiátrico”), predominan los diagnósticos de ansiedad y depresión así como el trastorno mixto ansioso-depresivo. En cuanto a los síntomas, la excesiva preocupación por la enfermedad (hipocondriasis) se halla presente en un 42 % de los pacientes,

mientras que los síntomas de insomnio e irritabilidad (más acusada en los más jóvenes) en una cuarta parte. Obtuvieron una correlación positiva significativa entre la hipocondriasis y el cociente de linfocitos T4/T8. Los síntomas de ansiedad y depresión se observaron en similar proporción (35 %) pero atendiendo a estos síntomas cuando se presentan con posterioridad a la AA , los de depresión (24 %) doblan a los de ansiedad (12 %) y ambos se correlacionaban exclusivamente con el tamaño de las placas y no con otros parámetros clínicos estudiados como el número o localización de las placas. Las placas pues provocarían mas sintomatología depresiva que ansiosa. Habría que prestar atención por tanto según sus resultados a descartar sintomatología ansioso-depresiva en mujeres jóvenes con mayores diámetros en las placas de AA (46).

- Ruiz - Doblado estudia una muestra de 32 pacientes con AA, usa la entrevista SCAN y CIE-10, el 66 % de los pacientes presentan un diagnóstico psiquiátrico, el más frecuente el trastorno adaptativo mixto (25,9 %), seguido del trastorno de ansiedad generalizada (22,2 %) y el episodio depresivo (7,4 %). Usan el cuestionario PAIS para evaluar la adaptación a la enfermedad, tendrían peor ajuste a la enfermedad los que padecen depresión o ansiedad generalizada (47).

- Gündel en un estudio realizado en Múnich, estudia la comorbilidad psiquiátrica existente en la tortícolis espasmódica (distonía cervical) utilizando como grupo control a pacientes con alopecia areata (48 pacientes), usan entrevista SCID y criterios DSM - IV. Encuentran un 41,7 % de patología psiquiátrica en presente y un 60,4 % a lo largo de la vida en la muestra de pacientes con AA. Comparan estos resultados con los datos de morbilidad psiquiátrica en población general alemana, siendo significativamente más alta la comorbilidad psiquiátrica en AA tanto actual (OR = 3,60; IC- 95%: 2,03-6,38) como a lo largo de la vida(OR = 2,81; IC-95%: 1,51-5,25). Predominan en los

diagnósticos actuales de la muestra de pacientes con AA los trastornos de ansiedad (33,3 %) y la fobia social (29,2 %) como diagnóstico específico (48) .

- Chu en un estudio de casos y controles realizado en Taiwán utiliza la base de datos del Sistema Nacional de Salud (CIE-9-MC) para estudiar la asociación entre la AA y los trastornos psiquiátricos (5117 AA y 20468 controles). Se encontró un riesgo incrementado de trastornos de ansiedad en los pacientes con AA y más bajo de esquizofrenia con respecto a los controles. Al estratificar por edad concluye que existe un riesgo incrementado de trastorno depresivo mayor en pacientes con alopecia areata por debajo de los 20 años, de ansiedad entre los 20-40 años y de trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad entre los 40-59 años. Por encima de los 60 años no se encontró una relación significativa entre la AA y los trastornos psiquiátricos. Aproximadamente el 50 % de los trastornos psiquiátricos ocurrieron antes que la AA (ansiedad 46 % antes , trastorno depresivo mayor 54 % y trastorno obsesivo-compulsivo 38 %) (49) .

✓POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL :

- Reeve estudia una muestra de 12 niños con AA (edad media $11,5 \pm 2,5$, rango 6,5-14,6) utiliza la entrevista DICA - R y criterios DSM - III - R. El 75 % tendría al menos algún diagnóstico. Predominan los trastornos de ansiedad (58 %), fundamentalmente la fobia simple y la ansiedad de separación (50).

- Ghanizadeh estudia 14 pacientes (edad media $11,66 \pm 6,08$) con AA a través de criterios DSM-IV y mediante la entrevista KSADS-PL versión persa que cubre los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y la adolescencia en el presente y a lo largo de la vida. El 78 % de los pacientes tuvieron al menos un diagnóstico psiquiátrico a lo largo de la vida, el 71 % tendrían un diagnóstico psiquiátrico en la actualidad. El trastorno depresivo mayor fue el diagnóstico más frecuente (50 %), seguido del trastorno obsesivo-compulsivo (35,7 %) y la fobia simple (28, 6 %) (51) .

1.2.8.2. Personalidad

- Suarez estudia 23 enfermos con AA con un predominio de formas graves de la enfermedad con el cuestionario factorial de personalidad 16 PF y encuentra personalidad equilibrada, con todos los factores dentro de la normalidad, no encuentra asociaciones significativas entre los factores de personalidad y las variables clínicas estudiadas (tiempo de evolución de la enfermedad y patrón clínico) (52).
- Lyketsos utiliza la escala de desviaciones de la personalidad (PDS) y encuentra en los pacientes con alopecia areata con respecto a los controles baja dominancia (sumisión, poco propensos a consumir su hostilidad en acción) y alta intrapunitividad (poca autoestima, dependencia, actitud altamente autocrítica) y extrapunitividad (pensamientos hostiles y actitudes denigratorias hacia otras personas). No diferencias entre los grupos clínicos (43).
- Puente -Antón en su trabajo con 35 pacientes con AA utiliza test proyectivos de personalidad y exploraciones psicodramáticas. Encuentra rasgos de sumisión, pasividad, huida del enfrentamiento, sentimientos de inferioridad e inhibición de la agresión como características de la personalidad de estos pacientes (53).
- Wygledowska - Kania analiza el patrón de conducta tipo A en los pacientes con alopecia areata, encontrando asociación de rasgos como la impulsividad, competitividad, dominancia – agresividad, impaciencia, deseos de conseguir muchas metas en escaso tiempo. Esta forma de regular las relaciones entre el individuo y el entorno puede aumentar la susceptibilidad a padecer la enfermedad (54).
- Los mismos autores en otro estudio utilizando el inventario de personalidad de Eysenck encuentran predominancia del tipo neurótico de personalidad (55).
- Ruiz - Doblado usa el cuestionario autoadministrado IPDE – CIE 10 , obteniendo en su muestra de pacientes con areata un predominio del cluster C en cuanto a los rasgos de

personalidad sobre todo debido al componente evitativo. Comentan que asociando esto a la personalidad alexitímica y a una gran interiorización del estrés se podría producir una alteración de la respuesta inmune relacionada con los neuropéptidos. Los rasgos antisociales y dependientes se asociarían con un peor ajuste a la enfermedad (47).

- Carrizosa estudia los rasgos de personalidad de 25 pacientes con AA y lo compara con un grupo control de 25 pacientes con otras enfermedades de la piel , utilizan el cuestionario autoadministrado IPDE-versión CIE-10, no encuentra diferencias significativas en relación a las puntuaciones dimensionales en ambos grupos , concluyendo que la AA no presentaría una personalidad específica con respecto a otras enfermedades dermatológicas (56).

- Alfani utiliza el cuestionario MMPI-2 en una muestra de 73 pacientes y 73 controles, encuentran en los pacientes con alopecia con respecto a los controles: más desviación psicopática, histeria, depresión, ansiedad, psicastenia y problemas familiares (57) .

- Ferrando en su estudio con 60 casos de AA usa una entrevista semiestructurada (entrevista psiquiátrica estandarizada polivalente EPEP, con cinco ítems de la versión española del cuestionario de personalidad de Eysenck) y exploran personalidad premorbida (cinco dimensiones de personalidad anterior al desarrollo de la enfermedad) , obtiene neuroticismo premórbido en el 80 % de la muestra (46). Refieren haber encontrado un predominio de personas con gran facilidad para la preocupación por asuntos triviales , fácilmente emotivas y consideradas como más nerviosas que el resto (58).

- Burcak realiza un estudio con 73 pacientes con AA y 78 controles, evalúa la personalidad a través del Inventario de Cloninger del temperamento y el carácter (TCI) . Obtiene que los pacientes con AA tendrían un estilo de personalidad caracterizado por: Baja búsqueda de la novedad (dificultad para adaptarse a los cambios que supondrían

un estresor, no abiertos a mejorar, toleran mal las novedades), baja dependencia de la recompensa (solitarios , fríos, con dificultad para la comunicación social y para establecer relaciones) y baja autotrascendencia. Las diferencias significativas en las puntuaciones del TCI se mantenían con respecto a los controles cuando se controlaban la influencia de la ansiedad y la depresión. Las puntuaciones obtenidas en el TCI no correlacionan con parámetros clínicos como la extensión o la duración de la enfermedad (59).

- Aghaei en su estudio con 40 pacientes con AA y un grupo control apareado por sexo y edad utiliza el cuestionario de personalidad de Eysenck que evalúa cuatro dimensiones: neuroticismo, psicoticismo, extraversión y mentira/sinceridad. Encuentran diferencias significativas en neuroticismo con respecto al grupo control. No existen correlaciones significativas entre la duración de la enfermedad, edad de comienzo, numero de recaídas e intensidad de la enfermedad con respecto a las dimensiones de personalidad estudiadas. En relación a la localización , en aquellos casos que afectaban al cuero cabelludo y a la cara se encontró de forma significativa niveles altos de neuroticismo (60) .

- Erfan en su estudio con 42 pacientes con un primer brote de AA y 60 controles utiliza el TCI de Cloninger, no encuentra diferencias significativas en las puntuaciones con respecto al grupo control , explican que esto puede ser debido a que son pacientes con un primer brote y que se excluyeron a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico (61) .

✓POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL :

- Diaz-Atienza en su estudio compara un grupo de 31 pacientes con AA (16 en placas y 15 total o universal) con un grupo de 23 niños o adolescentes con epilepsia y otro formado por 25 hermanos sanos de los pacientes con AA. Todos los participantes tenían

entre 7 y 19 años. Para la evaluación de la personalidad utiliza los test de Catell, validados al español y en función del rango de edad (ESPQ, CPQ, HSPQ y 16 PF) y técnicas proyectivas (TAT, CAT – A, CAT – H). Los tres grupos no diferían significativamente en las variables de personalidad (62). Los pacientes con AA expresan menos sentimientos en los test proyectivos que los hermanos sanos (63).

1.2.8.3. Acontecimientos vitales estresantes

El estrés actuaría como factor precipitante en el comienzo o exacerbación de las enfermedades de la piel a través de mecanismos psicosomáticos. Esta posibilidad de que el estrés emocional influya en el curso de diversas enfermedades dermatológicas ha sido largamente observada y encuestas realizadas a dermatólogos y pacientes han mostrado que ambos comparten la idea de que el estrés juega un importante papel en la clínica dermatológica. La experiencia de los clínicos en este sentido está ampliamente documentada en la literatura a partir de comunicaciones de casos y series de casos, siendo algo ampliamente aceptado en el saber médico la posibilidad de que los eventos vitales estresantes puedan precipitar el comienzo o la recurrencia de muchas enfermedades cutáneas e influir de forma negativa en el curso de estas. La presencia de estudios controlados con métodos estandarizados de medición del estrés que avalen esta relación es más escasa. Picardi realizó una amplia revisión del tema con el objetivo de responder a la siguiente pregunta: ¿Existe una evidencia suficiente disponible que avale que los eventos estresantes suponen un factor de riesgo para el comienzo o exacerbación de las enfermedades de la piel tradicionalmente denominadas como psicosomáticas? (2).

En esta revisión estos autores enfatizan que el estudio de los eventos vitales solo supone una parte del estrés ambiental que pueden sufrir los sujetos. Los eventos vitales supondrían eventos discretos lo suficientemente importantes por su potencial impacto y que requieren una adaptación, diferenciándose de las exigencias del día a día o de

estresores crónicos a nivel de salud, trabajo, familia o economía. Este tipo de estrés no se mide en las listas o entrevistas sobre eventos vitales.

Señalan la importancia de usar instrumentos estandarizados de medida del estrés para evitar sesgos y medidas inexactas que empobrecen la evidencia de los estudios. Reconocen la dificultad del estudio de los eventos estresantes y refieren que no existe un método perfecto pues si bien las entrevistas estandarizadas permiten evaluar el evento de forma más global y precisa que las listas de eventos consumen mucho tiempo y son demasiado extensas. Aconsejan en cualquier caso el uso de instrumentos con fiabilidad y validez contrastada. También es muy importante no intentar que los pacientes recuerden eventos de tiempos remotos puesto que por cada mes que se remontan en el tiempo la fiabilidad disminuye. Señalan la necesidad de desarrollar estudios controlados con grupos control adecuados. Alertan sobre el sesgo de recuerdo que sucede en la investigación en eventos vitales puesto que generalmente se hace de forma retrospectiva, de tal manera que los pacientes con enfermedades de la piel tenderían a ser más conscientes de los eventos que sufrieron puesto que tratarían de buscar una explicación para su enfermedad. También señalan la importancia de conocer de forma correcta el curso temporal de la enfermedad para poder saber con exactitud en qué periodo de tiempo deben ser recogidos los eventos estresantes que influyen en la enfermedad cutánea. Señalan de forma general como tipos de eventos a tener particularmente en cuenta las pérdidas así como los eventos incontrolables y socialmente indeseables. El soporte social y los vínculos seguros servirían de moduladores para reducir el impacto de los eventos estresantes (2).

Con respecto a la AA comentan la existencia en la literatura de muchas observaciones anecdóticas de pérdida de pelo súbita relacionadas con estrés emocional, incluso un caso de ocurrencia simultánea de AA en un matrimonio tras pasar un periodo de estrés

emocional intenso común , llamándose este fenómeno “*alopecia á deus*” (64). También se ha descrito esta incidencia simultánea en dos hermanos de 4 y 9 años a los pocos días de ser separados de su madre por unas vacaciones (65). Tras la revisión de la literatura existente hasta esa fecha concluyen que solo aprecian una evidencia preliminar de la asociación entre el comienzo o exacerbación de la AA y los eventos estresantes y que es preciso más investigación en este campo (2).

Masters describió el gran incremento en el número de casos de alopecia areata en las semanas previas a la invasión de Europa por los aliados en 1944 durante la Segunda Guerra Mundial (66). En un interesante estudio realizado en Turquía se investigó la influencia de una catástrofe natural de gran magnitud (en la zona del estudio se produjeron dos terremotos en un periodo de 3 meses) sobre la incidencia de la AA. No se encontró que de forma significativa aumentará la incidencia de AA aunque se presentaron el doble de casos tras los terremotos que en el periodo previo. La mayoría de los casos aparecieron tras el segundo terremoto y el tiempo de latencia tras el segundo terremoto también fue menor. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de pacientes de antes del terremoto con respecto al de después en lo relativo a la severidad de la enfermedad, la edad de comienzo o la presencia de ofiasis (67).

- Reinhold en su trabajo de 1960 con 52 casos de AA repasa en sus conclusiones la controversia ya manifiesta en esa época sobre la relación entre el estrés y la AA. Señala trabajos con resultados a favor o en contra de esa relación y argumenta que en ciertos casos sí existiría una mayor peso de los factores psicológicos en la etiología de la AA mientras que en otros tendrían mayor peso los factores físicos. Señala también dos interesantes conclusiones: que en su opinión ni la personalidad de los pacientes ni los eventos vitales estresantes ni los factores emocionales precipitantes serían específicos

de la AA y que la intensidad del estrés no tendría relación con la intensidad de los síntomas , es decir que un gran estrés podría producir síntomas leves y viceversa (68) .

- Perini estudia 48 pacientes con AA usando la entrevista de Paykel para eventos vitales estresantes, se trata de una entrevista semiestructurada. Utiliza dos grupos control de 30 pacientes cada uno (alopecia común e infecciones fúngicas). Encuentra en un 88 % de los pacientes con AA la presencia de eventos estresantes previos, con 2,56 eventos estresantes de media por paciente. Estos resultados fueron significativos con respecto a ambos grupos control. Los eventos con impacto negativo objetivo, incontrolables, indeseables y que suponían un abandono de alguien cercano (muertes, divorcios) eran más frecuentes en el grupo de pacientes que en los grupos control. Los pacientes con AA referían significativamente más eventos en las áreas de trabajo, finanzas, familia y relaciones sociales comparado con los controles. Los resultados del estudio sugieren una relación causal entre los eventos vitales y la AA (69).

- Lyketsos utiliza la escala de reajuste social de Holmes y Rahe (SRRS), encuentra diferencias significativas entre la puntuaciones medias obtenidas en los pacientes con alopecia areata respecto a los controles (532 vs 58). Los pacientes con urticaria puntuarían significativamente más bajo. Los de psoriasis obtendrían puntuaciones similares (43) .

- Ferrando en su trabajo de casos y controles, utiliza la escala de dificultades y sucesos vitales del Bedford College creada por Brown y Harris (LEDS), se trata de una entrevista semiestructurada, diferencia el *suceso* -acontecimiento estresante puntual en el tiempo de la *dificultad*- situación de estrés mantenida a lo largo del tiempo. Encuentra que el 80 % de los casos tendrían estrés previo, con una media de 2,04 sucesos por paciente. Se encontraron diferencias significativas en relación a estos datos con respecto a los controles. Existirían un mayor número de sucesos habituales en los controles y de

perturbadores en los pacientes de AA, los sucesos habituales no serían factores de riesgo para la AA y sí de protección, exponerse a los sucesos perturbadores (robos, juicios, accidentes, contactos con la policía, desengaños con personas cercanas ...) aumenta en 2,3 veces la posibilidad de padecer la enfermedad .Similar consideración de factores de riesgo encuentran para los sucesos socio-sexuales y totalmente inesperados en su presentación. También con significación estadística y en calidad de factor de riesgo presentar al menos una dificultad y que esté relacionada con la salud del individuo o con su trabajo. El 50 % de los sucesos ocurrieron en las 6 semanas previas a la objetivación de la AA. El contraste de los fenómenos de estrés con los datos clínicos no ofreció ninguna diferencia significativa (no diferente estadio clínico o más actividad ante la presencia de mayor o menor número de fenómenos de estrés). Concluyen que en un determinado individuo, biológicamente vulnerable, la exposición a determinados sucesos podría incrementar la probabilidad de que la AA emergiera siempre y cuando esta persona tuviera un riesgo de desarrollarla. Estos sucesos serían perturbadores, con carácter socio - sexual, con amenaza a largo plazo enfocada en el sujeto y que aparecen de forma inesperada o bien determinadas dificultades, relacionadas con la salud o el trabajo. Los sucesos vitales no determinarían si la AA se desarrolla o no , sino el momento en el que lo haría (46).

- Gupta en su trabajo con 44 pacientes con AA utilizan la escala de Holmes y Rahe para estudiar eventos estresantes junto con una puntuación del estrés subjetivo y la reactividad al estrés de la AA. Divide los pacientes en dos grupos en función de la severidad de la AA (AA/AT vs AU). Relacionan la presencia de ánimo depresivo medurado con la Carrol Rating Scale for Depression (CRSD) con la reactividad al estrés de la AA , correlacionando positivamente. El 16 % de los pacientes fueron clasificados como con alta reactividad al estrés. No hubo diferencias entre los dos grupos clínicos

en función de la severidad de la AA con respecto a los parámetros de estrés. Los estados depresivos y el estrés influirían en el comienzo de la enfermedad aunque no estarían relacionados con la severidad que sería debida a otros factores que influirían una vez que el proceso de la enfermedad está establecido (70).

- Van Der Steen en su trabajo con 178 pacientes con AA con variedades severas pregunta a sus pacientes si atribuían su AA a algún evento vital ocurrido en los 6 meses previos a su primer episodio de AA . Tan solo 12 pacientes (6,7 %) vincularon su primer episodio de AA a un evento vital. Cabe destacar que en el momento de la entrevista los pacientes tenían una evolución del cuadro de entre 8-9 años, parece razonable pensar que serían evidentes las dificultades de estos pacientes para remontarse tanto tiempo atrás a la hora de recordar eventos y cómo esto ha podido condicionar las conclusiones del estudio (71).

- De Weert estudia 73 pacientes (58 adultos y 15 niños) con AA . Encuentra que un 70 % de los adultos sufrirían estrés (familiar , profesional o de tipo relacional) y un 23 % de los pacientes (tanto adultos como niños) habrían sufrido un trauma psíquico agudo justo antes del desarrollo de la AA. Estos datos son obtenidos a través de una entrevista psiquiátrica sin especificar más instrumentos (72).

- York en su estudio incluye 25 mujeres que habían experimentado pérdida de pelo inexplicable sin precisar el diagnóstico y los compara con un grupo control de 25 mujeres sin pérdida de pelo. Utiliza la escala de reajuste social de Holmes y Rahe . El 88 % de las mujeres con pérdida de pelo de etiología no precisada tenían alto estrés (puntuación mayor de 300) por el 40 % en aquellas mujeres sin pérdida de pelo. Aquellas mujeres que experimentaban alto estrés tenían 11 veces más probabilidad de experimentar pérdida de pelo que aquellas que no estuvieron expuestas a alto estrés (OR-11) (73) .

- Brajac estudia un grupo de 45 pacientes con AA y 45 controles, encuentra relación entre la presencia de eventos estresantes y las recidivas de la enfermedad pero no encuentran relación en aquellos que son primeros episodios. El 60 % habría tenido al menos un evento estresante (74).
- Picardi en su trabajo con 21 pacientes con AA de reciente comienzo y 102 controles usa la entrevista de Paykel para eventos vitales (2 eventos de media), no encuentra asociación en los pacientes con alopecia, no presentando mayor número de eventos previos al comienzo de la enfermedad que los controles (75).
- Gulec en su estudio con 52 pacientes con AA y 52 controles usa el inventario de eventos vitales LES ,no encontrando asociación entre la presencia de eventos estresantes y la aparición de alopecia (6 eventos de media), aunque existiría mayor nivel de estrés en aquellos que atribuyen la enfermedad a algún evento de la vida (76).
- Manolache en su trabajo con 45 pacientes con AA y 45 controles, evalúa los eventos estresantes con la escala de reajuste social de Holmes y Rahe , describe diferencias significativas en el número medio de eventos estresantes con respecto a los controles y también entre mujeres y hombres. Destacarían los problemas familiares (muerte de un miembro de la familia y disputas familiares, especialmente en mujeres) seguido de los problemas personales (exámenes). Señalan que un evento único de gran impacto antes del comienzo de la enfermedad sería más importante que múltiples situaciones estresantes (77)
- Willemsen en un estudio de casos – controles con 90 pacientes con AA y 91 controles utiliza el cuestionario de eventos traumáticos (TEQ). Presta atención a los eventos traumáticos en la infancia (antes de los 10 años) y su relación con la alopecia areata de adulto. Encuentran una historia incrementada de acontecimientos traumáticos infantiles (negligencia y abuso emocional) en los pacientes con alopecia areata respecto

a los controles, estos podrían incrementarían la vulnerabilidad para desarrollar AA en momentos posteriores de la vida . Con respecto a los eventos a lo largo de la vida (físicos y emocionales, no sexuales) también encuentra un incremento significativo con respecto a los controles. Reflexiona como justificación de su estudio que los estudios hasta el momento se habían centrado en los eventos recientes previos a la aparición de la enfermedad, mientras que el pretendía estudiar los eventos traumáticos acontecidos durante la infancia así como la importancia de estos eventos a lo largo de toda la vida del sujeto (78).

- Taheri incluye en su trabajo realizado en Irán a 61 pacientes con AA y 61 controles y utiliza el cuestionario de eventos traumáticos (TEQ). Encuentra resultados significativos en los eventos traumáticos de tipo emocional, no en los sexuales o físicos. En cuanto a los eventos individuales destaca la pérdida de un miembro de la familia durante la infancia y una historia de negligencia emocional por parte de los familiares. Las experiencias adversas durante la infancia aumentarían la susceptibilidad para padecer enfermedades relacionadas con el estrés de adulto (79).

- Tan en su estudio con 219 pacientes asiáticos con AA realiza una entrevista telefónica preguntando por eventos estresantes en los 6 meses previos a la pérdida del pelo, encuentra que tan solo el 10 % referían la presencia de eventos estresantes (17) .

- Mehran estudia 47 pacientes con AA y 47 controles con el cuestionario de Paykel para los eventos vitales estresantes en su versión iraní .No queda muy claro en este trabajo cuánto dura el periodo previo a la aparición de la AA en el que estudian los eventos. No encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la media de eventos estresantes en los pacientes con AA y los controles (80).

- Cordan incluye en su estudio 43 pacientes con AA y 53 adultos sanos como grupo control, utiliza la escala de reajuste social de Holmes y Rahe para estudiar los eventos

estresantes en los 6 meses previos , no encuentra diferencias significativas en las puntuaciones de estrés con respecto al grupo control (81) .

✓POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL :

- Mehlman en su estudio con 20 niños con AA se centra en eventos precipitantes , realiza una observación interesante, encuentra un intervalo en torno a 2 semanas entre un evento significativo en la vida del paciente y el inicio de la AA (82).
- Reeve en su muestra de 12 niños a través de la escala Live Events Checklist (LECL) encuentra una media de $4,1 \pm 3$ eventos en el año previo. No encuentran diferencias entre el número de eventos positivos (6,2 vs 6,9) y negativos (2,2 vs 5,5) respecto los datos normativos (50).
- Liakopoulou utiliza dos muestras de niños con AA de menos de un año de evolución (23 niños con una media de edad de $10,5 \pm 0,3$; 16 niños con una media de edad de $4,6 \pm 1,02$) y dos grupos control de similar edad a las muestras referidas. Usa The Life Events Scale for children (LES – C) para el año previo. Encuentra en los niños con AA un menor número de eventos positivos en el periodo previo a la enfermedad. No se encontraron diferencias en el número total de eventos ni en los eventos negativos respecto a los controles (83).
- Mendoza en su estudio con 43 niños con AA (edad entre los 2 -16 años) encuentra en todos los casos un suceso traumático desencadenante, señala a tener en cuenta los efectos traumáticos de las separaciones y las circunstancias que pueden ser vividas como abandono por parte del niño (nacimiento de hermanos, campamentos, estancia fuera por vacaciones, inicio de guardería a edad temprana) así como de las intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones (84).
- De Waard - Van der Spek en su trabajo con 17 niños con AA (edad 4-21 años) utiliza como controles 15 pacientes con dermatitis atópica en sitios visibles del cuerpo.

De esta manera pretende evaluar si la afectación psicológica es específica de la pérdida de pelo o por el contrario tiene que ver con la afectación en la imagen que produce cualquier enfermedad de la piel. Para el estudio de los eventos estresantes usa The Life Events Scale for children (LES – C) de Coddington. No encontró diferencias significativas entre las puntuaciones de las unidades de cambio vital de los pacientes con AA respecto el grupo control ni con la muestra normativa (85) .

- Manolache estudia 43 niños con AA (\leq de 14 años) con menos de 9 meses de duración y un grupo control con 43 niños (impétigo/ micosis / verrugas) para investigar los eventos estresantes ocurridos durante el año antes de la entrevista, excluyendo los que sucedieron después del comienzo de la alopecia. El 58,13 % de los pacientes describen al menos una situación estresante antes del comienzo de la AA frente al 16,27 % de los controles, siendo esta diferencia significativa. La diferencia entre el número medio de eventos entre los dos grupos también resulta significativa. En cuanto al tipo de eventos los más frecuentes fueron los relacionados con la escuela (resultó significativa la diferencia con los controles) seguido por los problemas familiares (86)

- Díaz-Atienza en su estudio utiliza la escala de acontecimientos vitales de Mardomingo para población infantil y adolescente para detectar la presencia de eventos vitales durante el año previo, obtiene el número de eventos y la puntuación total (puntos totales dividido entre 40). La ausencia de uno de los padres fue significativamente más frecuente en las familias de los pacientes con AA que en los pacientes con epilepsia. Encuentran un número de acontecimientos significativamente mayor ($2,7 \pm 1,6$) en el grupo de alopécicos que en el grupo control de hermanos sanos (62) . No aparecerían diferencias en cuanto al valor medio de los acontecimientos vitales, esto quiere decir que tanto los pacientes con AA como los epilépticos padecen mayor cantidad de estrés

que los hermanos sanos , pero no que tales acontecimientos por su naturaleza impliquen un mayor reajuste adaptativo (63).

1.2.8.4.Psicopatología

- Brajac encuentra usando el cuestionario de ansiedad estado –rasgo (STAI) y la escala de estrés percibido de Lemyre y Tessier, un alto nivel de estrés percibido y ansiedad – rasgo elevada en pacientes con areata, mayor en recidivas que en primeros episodios (74).
- Picardi utiliza la escala multidimensional de soporte social percibido, la escala de experiencias en las relaciones cercanas (apego) y la escala de alexitimia de Toronto (TAS -20), describe la presencia de un estilo de apego evitativo, un pobre soporte social y rasgos alexitímicos (media = 51,5) como factores de riesgo para padecer areata (75) .
- Gulec no encuentra incremento de ansiedad ni depresión usando el inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en los pacientes con alopecia. A través de SF - 36 (calidad de vida relacionada con la salud), encuentran en AA puntuaciones bajas en las subescalas de vitalidad y salud mental con respecto a los controles, curiosamente los pacientes tenían mejor función social (76).
- Gündel usa el SCL-90 –R en su estudio y encuentra un incremento significativo en todas las puntuaciones generales y en las dimensiones específicas salvo en hostilidad de los pacientes con AA respecto a la muestra original descrita por Derogatis (1977) en la validación del cuestionario (48) .
- Willemsen utiliza la TAS-20 para estudiar si existe relación entre la alexitimia y la presencia de eventos traumáticos en la infancia en los pacientes con AA. Se trata de la misma muestra de pacientes y controles descrita en el artículo en el que usa el TEQ para investigar sobre eventos traumáticos en la vida de los pacientes con AA. Las

puntuaciones de alexitimia en el grupo de AA son significativamente más altas que en controles. La subescala “dificultad para identificar sentimientos” fue la que obtuvo puntuaciones más altas. No se encontró una asociación entre las puntuaciones en alexitimia medidas con la TAS y la presencia de eventos traumáticos en la infancia. Se encontró una asociación significativa entre altos niveles educativos y puntuaciones bajas en la TAS (87).

- Matzer en un estudio con 45 pacientes con AA utiliza un cuestionario de estrategias de afrontamiento (UBV), una escala de imagen corporal (FKKS) y un cuestionario sobre cuestiones relacionadas con el estrés. No encontró diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento generales en relación con la muestra normativa de la prueba en la versión en alemán. Tampoco en relación al cuestionario de imagen. Un mejor curso de la enfermedad después de 6 meses fue relacionado con estrategias de afrontamiento más ventajosas (menos agresión como reacción emocional al estrés y la creencia de poder cambiar los estresores). Una buena regulación emocional y estrategias de afrontamiento activo facilitarían el proceso de afrontamiento de la AA. Dos tercios de los pacientes con AA pensarían que el estrés tiene influencia en su enfermedad (88).

- Tan utiliza un cuestionario propio para medir el impacto psicológico de la alopecia areata, encuentra diferencias significativas a favor de los pacientes con AA extensa según los criterios de Olsen ($> S_3$) con respecto a aquellos con AA más limitada. La afectación psicológica sería más severa en los varones jóvenes (menos de 40) que en las mujeres de la misma franja de edad (17).

- Kökçam en un estudio realizado en Turquía con 17 pacientes con AA, 11 con vitíligo y 20 controles utiliza el cuestionario SCL-90-R y la escala de depresión de Zung. Encuentran que el 36% de pacientes con AA puntúan por encima de 50 (

depresión) en la escala de Zung por tan solo el 15 % de los controles. Con respecto al SCL-90 –R se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con AA y el grupo control en las siguientes subescalas: sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, paranoia y GSI (89) .

- Poot realiza un estudio de casos y controles, los casos son pacientes con AA (15 pacientes), dermatitis atópica y psoriasis. Estudian la disfunción familiar y concluyen que los casos tendrían tres veces más riesgo de tener disfunción familiar moderada que los controles y 16 veces de que esta fuera severa. Los pacientes con AA serían entre los casos los que obtendrían valores más altos con respecto a la disfunción familiar. Utilizan también el TAS-20, la prevalencia de pacientes con alexitimia en AA sería del 33,3 % (66,7 % en psoriasis y dermatitis atópica; 27,7 % en los controles) (90) .

- Gupta en un estudio con 45 pacientes con AA (predominantemente extensa, 32 AU/AT) los compara con otros tres grupos de pacientes con enfermedades dermatológicas que podrían ser desfigurantes desde el punto de vista cosmético (dermatitis atópica, acné y psoriasis) y utiliza el cuestionario Carrol Rating Scale for Depression (CRSD). Analizan por separado los ítems correspondientes a ideación de muerte y autolítica. Los pacientes con AA obtendrían las puntuaciones más bajas en depresión con respecto al resto de patologías dermatológicas estudiadas y ninguno de los pacientes tendría ideación suicida. Por el contrario en los ítems correspondientes a ideación de muerte los niveles serían más altos que en dermatitis y acné y similares a los de psoriasis. Tendrían los pacientes con AA ideas de muerte pero no autolíticas, es decir sin deseos de pasar al acto (91).

- Cordan en su estudio utiliza la escala de alexitimia de Toronto de 26 ítems (TAS-26) y la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), encuentra diferencias significativas con el grupo control en las puntuaciones de la escala de alexitimia. No se

encontraron diferencias significativas con respecto al grupo control en la HADS ni en la subescala de depresión ni en la de ansiedad (81) .

- Ghajarzadeh estudia 100 pacientes con AA, 100 con psoriasis y 100 con vitíligo, utiliza dos cuestionarios de calidad de vida el DLQI y el SF-36 junto con el inventario de depresión de Beck (BDI). Los pacientes con psoriasis tuvieron puntuaciones más altas en el BDI que los pacientes con vitíligo y AA ($BDI = 14,4 \pm 9,7$) aunque sin ser estas diferencias significativas. Sí lo fueron en el DLQI y el SF-36 a favor de la psoriasis (peor calidad de vida) con respecto a AA ($DLQI - 6,5 \pm 5,5$; $SF- 68,01 \pm 15,1$) y vitíligo. En todos los grupos fue encontrada una correlación significativa entre las puntuaciones del BDI y las del DLQI y SF-36 (según modelos de regresión lineal), de tal manera que los síntomas de depresión serían el mejor factor predictor del deterioro en la calidad de vida (92) .

- Burcak en su estudio utiliza el cuestionario SCL-90-R y obtiene que la subescala de depresión puntúa más alto de forma significativa con respecto al grupo control así como el GSI, un índice de psicopatología general. En el resto de las subescalas del SCL-90-R no se obtuvieron diferencias significativas con respecto al grupo control (59).

- Aghaei en su estudio utiliza el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck, encuentra diferencias significativas en depresión y ansiedad con respecto al grupo control. No existen correlaciones significativas entre la duración de la enfermedad, edad de comienzo, numero de recaídas e intensidad de la enfermedad con respecto a las puntuaciones de ansiedad y depresión. En los pacientes con afectación facial se encontraron puntuaciones significativamente altas de ansiedad y depresión. Parece observarse que el incremento en la duración de la enfermedad , la edad temprana de comienzo y la frecuencia de los episodios disminuyen las tasas de ansiedad y depresión , de tal forma que los pacientes experimentarían más ansiedad y depresión en

el primer episodio, atenuándose con el paso del tiempo y la repetición de los episodios aunque sin desaparecer completamente (60) .

- Inui estudia 105 pacientes con AA a través del Epworth Sleepiness Scale (ESS), un cuestionario diseñado para evaluar la somnolencia excesiva diurna. El 11,4 % tendrían una somnolencia diurna excesiva (superarían el punto de corte), la puntuación media del EES no sería diferente significativamente de la muestra normativa en población japonesa, con lo cual según estos datos los pacientes con AA no tendrían alteraciones en la calidad del sueño. Las puntuaciones en el EES no correlacionan significativamente con la severidad, duración de la AA o presencia de prurito. Si bien se ha sugerido que las alteraciones del sueño exacerbarían la autoinmunidad y esto podría influir en la patogénesis de la AA, en este estudio no se confirma esta posible asociación (93)

- Monselise en su estudio con 42 pacientes con AA utiliza 77 controles extraídos a partir de la muestra normativa del test utilizado. Se trata de una escala que mide inteligencia emocional. Concluye en función de los parámetros con diferencias significativas con respecto a los controles que los pacientes con AA tienen pobre autoestima, están menos interesados a la hora de perseguir los objetivos personales, con dificultades para el afrontamiento del estrés, son pesimistas e infelices y tienen un mal manejo de las emociones (94) .

- Erfan en su estudio con 42 pacientes con un primer brote de AA y 60 controles utiliza el TCI de Cloninger y el DLQI, encuentra una correlación negativa significativa con la dimensión del temperamento “dependencia de la recompensa”, así pacientes con baja dependencia de la recompensa tendrían peor calidad de vida (puntuaciones más altas en el DLQI) (61) .

- Masmoudi en su estudio con 50 pacientes y 50 controles utiliza el SF-36 (cuestionario de calidad de vida) junto con parámetros socio-demográficos y clínicos

(severidad de la AA). Al comparar con el grupo control los pacientes tenían una peor calidad de vida en la puntuación general y en cinco dominios del SF-36. Las mujeres tendrían peor calidad de vida que los hombres. Los pacientes más jóvenes tendrían peores puntuaciones en el dominio de salud mental. En este dominio también se establecerían diferencias significativas entre los casados y los no casados que tendrían peor salud mental. La severidad de la AA estaría relacionada significativamente con puntuaciones más bajas en los dominios de salud mental y funcionamiento social. Reflexionan sobre esta merma de la calidad de vida en la AA, señalan la importancia del pelo en la apariencia y su influencia en la vida en sociedad, las características propias de la AA como una enfermedad recurrente y de carácter impredecible y la incertidumbre que esto le supone al paciente. El pelo en el sexo femenino tendría diferentes matices por lo relacionado con la feminidad y los estereotipos sociales. Si bien en este estudio la severidad está relacionada con la calidad de vida , advierten que esto puede tener matices en función de la percepción de su proceso por parte del paciente que podría no corresponder a la afectación clínica real (95).

- Dubois en su estudio con 60 pacientes con AA utiliza el cuestionario SF-36, el Skindex y el VQ- Dermato, todos ellos cuestionarios de calidad de vida. Compara la muestra de pacientes con AA con poblaciones procedentes de otros estudios (hidradenitis supurativa, neurofibromatosis tipo 1, psoriasis, dermatitis atópica, urticaria crónica idiopática y población general a partir de la muestra normativa de la versión francesa del SF-36). La calidad de vida estaría deteriorada en la AA, los dominios más afectados serían la autoimagen, la salud mental y la vida social. La vida social estaría deteriorada al mismo nivel que en psoriasis, dermatitis atópica y urticaria. En lo relativo a la salud mental y la vida social el deterioro sería similar al de enfermedades graves como la hidradenitis o la neurofibromatosis. Las actividades de ocio aparecerían más

afectadas en mujeres. No encuentran que la severidad de la clínica esté vinculada a una peor calidad de vida (96) .

- Al - Mutairi en un estudio con una muestra extensa recogida a lo largo de siete años aplica el cuestionario de calidad de vida DLQI a pacientes mayores de 21 años con formas extensas de alopecia (300 pacientes y 300 controles). La media de la puntuación del DLQI en los pacientes con formas extensas de AA fue de 13,54, estableciéndose una diferencia significativa con los controles. Encuentran que las puntuaciones del DLQI se correlacionan significativamente con la severidad de la AA , obteniendo las puntuaciones más altas los pacientes con alopecia universal (97) .

- Reid en un interesante trabajo estudia 104 mujeres con diagnóstico de AA, alopecia androgenética y efluvio telógeno. Mide la calidad de vida con el cuestionario Skindex - 16 y la severidad de la clínica evaluada por los dermatólogos comparada con la severidad de la pérdida de pelo estimada por los pacientes. Los pacientes evaluarían su alopecia como más severa que lo considerado por los dermatólogos. La evaluación de los pacientes correlacionaría con más intensidad con la calidad de vida que la realizada por los dermatólogos, por tanto la evaluación clínica no predeciría de forma fiable la calidad de vida ni la evaluación de los pacientes. Reflexionan que muchas veces en su experiencia la percepción de los pacientes sobre su pérdida de pelo es desproporcionada con respecto al grado de alopecia y que los datos obtenidos serían consistentes con eso. Esto puede explicar que pacientes con alopecias no muy extensas tengan una repercusión psicosocial importante. Como la calidad de vida del paciente está más relacionada con su percepción de la enfermedad no podría excluirse una evaluación psicológica en aquellos cuadros menos graves. Pobres estrategias de afrontamiento o el desconocimiento sobre el diagnóstico o el motivo por el que se le cae el pelo podrían

contribuir a una percepción más negativa de la pérdida de pelo y a una peor calidad de vida (98) .

- Cartwright estudia 214 pacientes con alopecia (todos serían AA menos el 7 % que es androgenética), utiliza los siguientes cuestionarios: el DLQI de calidad de vida, el cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ-R) y un cuestionario de afrontamiento (brief COPE). La puntuación media del DLQI fue de $12,49 \pm 6,67$, la calidad de vida fue peor en las mujeres con alopecia, afectándose en estas más las actividades relacionadas con el ocio y las relaciones sociales mientras que en los hombres existía una mayor interferencia en al área laboral. Los pacientes sentirían que tienen poco control sobre la enfermedad y su tratamiento, reflejando en cierta manera la naturaleza de la enfermedad que es impredecible, con etiología incierta y tratamiento limitado. Esto condicionaría el desarrollo de estrategias de afrontamiento certeras. Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de evitación se relacionaron con una peor calidad de vida. La percepción del paciente sobre su enfermedad estaría relacionado estrechamente con la calidad de vida. Los médicos deberían centrarse en cómo vivencia el paciente su problema de alopecia más que estrictamente en los síntomas (99) .

✓POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL :

- Reeve en su estudio utiliza los siguientes cuestionarios: Revised Children´s Manifest Anxiety Scale (RCMAS), Children´s Depression Scale, Children´s Depression Rating Scale Revised, Piers- Harris Children´s Self-concept Scale, Family Environment Scale, SCL-90-R y Child behavior Checklist (CBCL). Como conclusiones obtiene que su muestra estaría relativamente sana desde el punto de vista psicológico pues no encuentra puntuaciones por encima de las medias normativas, esto ocurriría por ejemplo en las medidas de autoestima (autoconcepto positivo). Encuentra bajas tasas de desacuerdo

en lo relativo a las percepciones del entorno familiar lo que sería indicativo de una baja conflictividad familiar. Con respecto al SCL-90-R no se encuentran puntuaciones destacadas con respecto al grupo normativo, señalan picos en las dimensiones de sensibilidad interpersonal y obsesivo-compulsiva (50).

- Liakopoulou en su estudio con 33 niños con AA (media de edad $10,5 \pm 0,3$, rango 9-11) y 30 controles de edad similar utiliza los siguientes cuestionarios: The Child Psychiatric Interview, The Child Behavior Checklist (CBCL), Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. Obtiene que los niños en edad escolar con AA tienen significativamente niveles más altos de psicopatología que el grupo control. Síntomas de ansiedad, depresión o ansioso-depresivos pero sin tratarse de un trastorno depresivo sería lo más frecuente. Solo el 21 % de estos síntomas serían de naturaleza importante. Estos síntomas obtendrían puntuaciones más altas en chicas, probablemente por la mayor importancia del pelo en la configuración de la imagen corporal en el sexo femenino, con un mayor impacto en la autoestima. Problemas con la socialización y la regulación de la agresividad serían también importantes (83).

- Mendoza en su estudio con 43 niños con AA utiliza estudios proyectivos (test de Rorschach, test de apercepción temática CAT-A y CAT-H), dibujos temáticos , test para la determinación de la capacidad intelectual (WISC, WPPSI, Brunet-Lézine) y la Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños . Encuentra una alteración del esquema corporal con dificultad para simbolizar el cuerpo, marcada pobreza del mundo fantasmático y de la capacidad creativa y de aprendizaje (84) .

- De Waard - Van der Spek en su trabajo con 17 niños con AA utiliza como controles 15 pacientes con dermatitis atópica en sitios visibles del cuerpo. Usa el cuestionario The Child Behavior Checklist (CBCL). No encuentra diferencias significativas entre ambas

patologías. El 42 % de los pacientes con AA puntuarían por debajo del percentil 10 de la población normativa (punto de corte) en desempeño social (actividades , relaciones sociales y rendimiento académico) (85) .

- Bilgiç en su estudio con 74 niños y adolescentes con AA (8-18 años, dividido en dos grupos 8-12 y 13-18) y 65 controles utiliza los siguientes cuestionarios: Child depression Inventory de Kovacs (CDI), The State-Trait Anxiety Inventories for Children (STAIc) y The Pediatric Quality of Life Inventory Parent and Child versions (PedsQL-P and -C). En el grupo de niños las puntuaciones en ansiedad- rasgo, ansiedad -estado y depresión fueron significativamente más altas que en el grupo control. En el grupo de adolescentes solo la ansiedad estado. Las puntuaciones en calidad de vida relacionadas con la salud serían más bajas en los pacientes que en los controles, particularmente en el área psicosocial. Las características clínicas de los pacientes (edad de comienzo, duración de la enfermedad, localización y extensión) no mostraban asociación con las puntuaciones de ansiedad y depresión ni en niños ni en adolescentes. Una duración prolongada de la enfermedad y un comienzo de la enfermedad tardío tendría efectos positivos sobre la calidad de vida (estos factores podrían facilitar los mecanismos de afrontamiento y la adaptación a la enfermedad) mientras que la severidad del área afectada , la ansiedad- rasgo y la depresión tendrían efectos negativos (100)

- Díaz-Atienza en su estudio, utiliza el Inventario de Depresión de Kovacs (CDI) y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo para niños (STAIC), ambos en su versión española y una escala de ambiente familiar (The family environment scale). No encuentra diferencias significativas con respecto a síntomas ansiosos y depresivos respecto a los grupos control. Con respecto al funcionamiento familiar, las familias del grupo de AA en comparación con los epilépticos se caracterizaban por menos

expresividad (esto se asociaría a altos niveles de alexitimia), más conflicto, menor cohesión familiar y menos organización. Además las familias de los pacientes con AA presentan un mayor porcentaje de familias incompletas que las familias de los epilépticos. Existirían por tanto dinámicas disfuncionales a nivel familiar en los pacientes con AA (62). Las madres de los niños con AA habrían percibido más dificultades en la crianza durante la primera infancia que en los hermanos sanos. Al comparar los pacientes con alopecia en placas (AP) y los de alopecia total (AT), encuentra ansiedad- rasgo significativamente mayor en placas, también ansiedad- estado aproximándose las diferencias a la significación. No hay diferencias entre ambos grupos en lo relativo a los síntomas depresivos. Las familias de los pacientes con AP están sujetas a más dificultades (estrés, conflictos familiares) que los de AT . Los niños con AT tienen más dificultades en la crianza, y antes de la aparición del proceso eran retraídos, poco sociables, inquietos y más difíciles. Reflexiona el autor que los factores de estrés socio- familiar parece tienen más que ver con la etiopatogenia de la alopecia en placas y la vulnerabilidad biológica o endogenicidad con la de la alopecia total o universal (63).

2.OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1.OBJETIVOS

2.1.1.Objetivo general

Caracterizar los aspectos psicológicos de la AA, evaluando su influencia en la génesis y/o evolución de la enfermedad así como las repercusiones psíquicas y su impacto psico-social, obteniendo un panorama completo de lo que sucede con la comorbilidad psiquiátrica en la AA tanto antes de la enfermedad como una vez establecida.

2.1.2.Objetivos específicos

- a) Estudiar la presencia de trastornos psiquiátricos en una muestra de pacientes con alopecia areata tanto en el momento actual como a lo largo de la vida, obteniendo la prevalencia de forma global y en los diferentes diagnósticos según el DSM-IV.
- b) Estudiar la relación temporal entre el comienzo de la AA y el inicio de la patología psiquiátrica.
- c) Evaluar la personalidad en dicha muestra tanto desde el punto de vista categorial como dimensional.
- d) Estudiar la presencia de eventos vitales estresantes antes del comienzo de la enfermedad en los pacientes con alopecia areata, caracterizando la frecuencia de dichos eventos, la carga de estrés y el tipo de evento.
- e) Describir la psicopatología, los problemas psico-sociales y la calidad de vida de los enfermos con alopecia areata.
- f) Estudiar la influencia de las variables socio-demográficas y psiquiátricas en los parámetros dermatológicos.
- g) Evaluar la relación entre las variables dermatológicas y las psiquiátricas para establecer la repercusión psicosocial de la AA.
- h) Estudiar qué factores condicionan la calidad de vida de los pacientes con AA.

2.2.HIPOTESIS

1. Se pretende confirmar que existe una elevada presencia de trastornos mentales en los pacientes con alopecia areata, según sugieren los datos encontrados en la bibliografía. La prevalencia de morbilidad psíquica en los pacientes con AA será más frecuente que la encontrada en estudios epidemiológicos de población general.
2. Los pacientes con AA presentaran unos rasgos de personalidad característicos, encontrándose estos rasgos de forma más frecuente que en la población general.
3. Los pacientes con AA en el periodo previo al comienzo de la enfermedad sufren un elevado nivel de estrés en forma de acontecimientos vitales estresantes.
4. Asimismo, estos pacientes presentaran niveles elevados de ansiedad, depresión, alexitimia, ansiedad social, una baja autoestima y alteraciones en el sueño, configurando un perfil psicopatológico determinado.
5. Aquellos pacientes con AA expuestos a mayores niveles de estrés y portadores de mayor morbilidad psíquica tendrán un peor estadio clínico , con una mayor extensión de la enfermedad
6. Aquellos pacientes con una enfermedad dermatológica más grave tendrán una mayor repercusión psicológica y una peor calidad de vida.

3.MATERIAL Y METODOS

3.1.TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, observacional, abierto, descriptivo y analítico.

3.2.SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Una muestra de 80 enfermos diagnosticados de alopecia areata fue seleccionada de manera consecutiva entre los pacientes que acudieron a las consultas externas del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid a lo largo del periodo comprendido entre septiembre de 2012 y junio de 2014.

- **Criterios de inclusión:**

Se han aceptado todos aquellos pacientes con alopecia areata que manifiestan la enfermedad, ya sean casos nuevos o antiguos y cuya edad sea mayor o igual a 16 años. El diagnóstico de alopecia areata fue establecido clínicamente por un dermatólogo del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid al observar esa placa o placas, de aparición brusca en el tiempo, con formas redondeadas u ovales, circunscritas, de piel lisa, blanda, blanca y totalmente carente de pelo, cursando sin descamación, induración o pérdida de los ostium foliculares.

- **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con enfermedades crónicas y severas
- Retrasos mentales moderados y severos
- Edad inferior a los 16 años.
- Pacientes con limitaciones sensoriales o educacionales que no permitieran la realización de los cuestionarios autoaplicados.

- **Subgrupo de pacientes para valorar presencia de eventos estresantes:**
 - El periodo de estudio para valorar la presencia de eventos estresantes comprende los seis meses previos al inicio de la alopecia areata o si se trata de una recidiva los seis meses previos al inicio de esta.
 - Para integrar este subgrupo los pacientes deben cumplir las siguientes características:
 1. Ser enfermos diagnosticados por primera vez de alopecia areata en el momento de la consulta o ser enfermos con historia anterior de alopecia areata que presentan un brote o recidiva cuando este se produzca tras un periodo asintomático mayor de 6 meses, entendiendo por asintomático la ausencia de placas y la presencia de cuero cabelludo repoblado en su totalidad.
 2. Presentar una evolución de la enfermedad en el momento de la consulta no superior a los seis meses, tanto si se trata de un primer brote como de una recidiva.
 - De esta forma pretendemos que en el periodo de estudio para la presencia de eventos estresantes el paciente esté libre de placas, evitando así un factor evidente de confusión a la hora de analizar la influencia de los sucesos vitales.
 - Por otro lado, la fecha más lejana en el tiempo por la que interrogaremos al paciente nunca excederá el año, situación que ocurrirá cuando a los 6 meses del periodo de estudio investigado se añadan los 6 meses de evolución máxima de la enfermedad, evitando así sesgos importantes de memoria.

3.3.DISEÑO DEL TRABAJO

En la primera visita, el paciente era atendido en el Servicio de Dermatología por un dermatólogo donde se completaban los datos socio-demográficos y la parte dermatológica del protocolo y se facilitaban al paciente los cuestionarios autoaplicados

para la realización de los mismos. Como parte del estudio habitual que se lleva a cabo en el Servicio de Dermatología en los pacientes con AA, se realizaba analítica completa que incluía hormonas tiroideas.

En la segunda visita, que se desarrollaba en otra jornada, el paciente era atendido por el autor de esta memoria también en el Servicio de Dermatología, llevándose a cabo la parte psiquiátrica del protocolo con la recogida de las variables correspondientes y la realización de las entrevistas diagnósticas (M.I.N.I. e I.P.D.E.) . Siempre que fue posible también se entrevistó a un familiar para completar la valoración. Durante esta visita también se repasaba si la realización de los cuestionarios autoaplicados que el paciente ya había contestado era correcta y si había alguna dificultad se solventaba. La información fue codificada con posterioridad en una base de datos para su tratamiento estadístico.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todos los pacientes y se garantizó la confidencialidad de la información según la Ley de protección de datos vigente.

Los recursos con los que se ha contado para la realización de este trabajo son los propios del Servicio Hospitalario donde se realizó el estudio en lo referente a instalaciones y medios informáticos. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

3.4.VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables recogidas en los protocolos socio-demográfico, dermatológico y psiquiátrico están desglosadas con detalle en las tablas 1, 2, 3 y 4.

Para la elaboración del protocolo dermatológico se tuvieron en cuenta las recomendaciones y criterios de Olsen desarrollados en la guía para la evaluación en

investigación de la alopecia areata (parte primera en el año 1999 y revisadas en la parte segunda en el año 2004) (101-103). Olsen llama la atención sobre las dificultades de la investigación en la AA debido a la naturaleza de esta enfermedad, comentando que la AA se caracteriza por una variabilidad extrema no sólo en el momento de la aparición inicial de la pérdida de pelo sino también en la duración, amplitud y el patrón de la pérdida de cabello durante cualquiera de los episodios de la pérdida activa sucesivos así como en lo impredecible de la repoblación espontanea de las placas (101).

Se siguieron estas recomendaciones a la hora de definir los datos a recoger en el protocolo así como en lo relativo a los criterios para medir la extensión de la afectación. También en la recogida de las enfermedades asociadas a la AA. Según las indicaciones del Olsen, el porcentaje de cuero cabelludo afectado se determina dividiendo el cuero cabelludo en cuatro zonas (dos zonas laterales que representarían cada una un 18 % del cuero cabelludo , una zona superior que representaría el 50 % y una zona posterior que supondría un 24 % del total de cuero cabelludo) y estimando el porcentaje de la superficie del cuero cabelludo que todas las zonas alopécicas ocuparían si se colocaran juntas (101). Este valor global de afectación se denomina puntuación SALT y se calcularía multiplicando el porcentaje de pérdida de cabello en cada área por el porcentaje que esa área de cuero cabelludo representa respecto al total y a continuación sumando los valores obtenidos en las cuatro áreas.

En función de este valor Olsen propone una clasificación para la AA teniendo en cuenta el grado de afectación que se concretaría de esta manera: S_0 = no pérdida de pelo en cuero cabelludo; S_1 = < 25 % de pérdida de pelo; S_2 = 25-49 % de pérdida de pelo ; S_3 = 50-74 % de pérdida de pelo; S_4 = 75-99 % pérdida de pelo (S_{4a} = 75-95 % ; S_{4b} = 96-99 %); S_5 = 100 % de pérdida de pelo (101) .

Para la pérdida de pelo a nivel corporal (fuera del cuero cabelludo) señala que se debe hacer un examen físico minucioso de las siguientes áreas corporales : facial, axilar, tronco, genitales y extremidades. Propone clasificar de esta manera: B_0 = No pérdida de pelo corporal; B_1 = algunas zonas corporales con pérdida de pelo; B_2 = 100 % afectación corporal.

Para la afectación ungueal propone la siguiente clasificación: N_0 = No afectación de uñas; N_1 = algunas uñas afectas; N_2 = distrofia /traquioniquia de las 20 uñas.

El termino alopecia total se referiría a S_5B_0 , es decir afectación de cuero cabelludo completa sin afectación corporal. El término alopecia total / alopecia universal a $S_5B_0-B_2$, sería afectación total del cuero cabelludo con alguna zona de afectación corporal y el termino alopecia universal sería S_5B_2 , es decir, 100 % de afectación en cuero cabelludo y afectación completa a nivel corporal (102).

Para la elaboración del protocolo psiquiátrico se ha seguido la estructura multiaxial por ejes propuesta por el DSM – IV (104). En el eje I, el diagnóstico de la patología psiquiátrica en el momento actual se ha evaluado a través de la entrevista M.I.N.I. Plus. También a través de esta entrevista se han obtenido los antecedentes personales psiquiátricos (diagnóstico psiquiátrico en tiempo pasado) y se ha explorado la relación temporal entre el comienzo de la alopecia areata y el trastorno psiquiátrico. En este apartado de la relación temporal se han considerado las siguientes posibilidades: 1) El trastorno psiquiátrico es anterior al comienzo de la alopecia areata. 2) El trastorno psiquiátrico es posterior al comienzo de la alopecia areata y secundario al problema de la alopecia areata, es decir, reactivo, consecuencia del impacto de la AA. 3) El trastorno psiquiátrico es posterior al comienzo de la alopecia areata e independiente de la AA, es decir, no tiene relación con esta, no es debido a la AA. Para atribuir esta causalidad del problema psiquiátrico a la AA se tuvieron en cuenta todos los datos obtenidos a partir

de la entrevista diagnóstica y se preguntó al paciente a propósito con la siguiente cuestión: ¿cree usted que la caída del pelo le ha producido algún problema psicológico?.

Lo relacionado con el eje II (personalidad) se ha explorado a través de la entrevista I.P.D.E. También se han recogido los problemas psicosociales y ambientales en el eje IV. La calidad de las relaciones familiares, por su importancia, se ha recogido en una variable diferenciada. En el eje V, la evaluación de la actividad global con la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La impresión clínica global (ICG) y el apartado de intervención terapéutica recomendada son una medida de la gravedad de la psicopatología. A la hora de clasificar en el apartado de intervención terapéutica recomendada se tuvo en cuenta toda la información procedente de la evaluación psicopatológica (entrevistas , cuestionarios ...). No obstante, cabe recordar que no es un objetivo de este trabajo los aspectos relacionados con el tratamiento de la AA ni desde el punto de vista dermatológico ni psiquiátrico. El índice de reactividad al estrés de la alopecia areata es un concepto desarrollado por Gupta (70), se pregunta al paciente por su opinión en lo relativo a la vinculación entre el estrés y el empeoramiento de su alopecia areata así como el grado en que esto sucede: ¿Cree usted que el estrés y las situaciones estresantes empeoran su alopecia? , las opciones de respuesta van graduadas de nada (0) a muchísimo (5).

Tabla 1. Protocolo socio-demográfico

1.Edad

2.Sexo : 0 = Varón ; 1 = Mujer

3.Estado Civil: 0 = soltero ; 1 = casado ; 2 = viudo ;3 = separado/divorciado

4.Lugar de residencia: 0 = gran urbe (> 100.000 h) ; 1 = urbano (> 10.000 h) ; 2 = semiurbano (> 2.000 h) ;3 = rural (< 2.000 h).

5.Convivencia: 0 = solo ; 1 = familia de origen ; 2 = familia propia; 3 = vive con otros familiares o amigos; 4 = centro residencial/ institución ; 5 = sin residencia fija

6.Nivel socioeconómico: 0 = alto; 1 = medio; 2 = bajo.

7.Estudios terminados: 0 = analfabeto; 1 = graduado escolar; 2 = Bachillerato / FP ; 3 = estudios universitarios .

8.Horas de trabajo semanales

9.Situación laboral : 0 =desempleado/parado ; 1 = pensionista ; 2 = activos ; 3 = baja laboral; 4 = estudiantes - ama de casa

10.Actividad laboral : 0 = trabajador no cualificado ; 1 = trabajador cualificado; 2 = mandos intermedios ; 3 = gerentes / directivos ; 4 = propietarios; 5 = no aplicable

11.Sector laboral : 0 = agropecuario;1= construcción;2 = operarios de fábricas ; 3 = transporte, comunicaciones; 4 = comercio ; 5 = banca; 6 = investigación, enseñanza; 7 = militar; 8 = sanitario; 9 = administrativo; 10 = profesiones liberales; 11 = limpieza;12 = estudiante; 13 = ama de casa

12.Consumo de tóxicos : 0 = no ; 1 = tabaco; 2 = alcohol; 3 = cannabis; 4 = cocaína; 5 = heroína; 6 = anfetaminas; 7 = drogas de diseño ; 8 = alucinógenos; 9 = otros

Tabla 2 . Protocolo dermatológico

1.Edad de aparición brote actual

2.Tiempo de evolución del brote actual

3.Tipo de consulta : 0 = primer brote ; 1 = recidiva tras periodo asintomático mayor de 6 meses ; 2 = recidiva tras no asintomático

4.Localización de las placas : 0 = frontal; 1= parietal ; 2 = temporal; 3= occipital; 4= barba; 5= cejas; 6= pestañas ; 7 = axila; 8 = vello púbico; 9 = extremidad; 10= tronco

5.Estadio clínico de las placas/momento evolutivo de las mismas: 0 = actividad ;1= repoblación; 2 = estacionario 3 = actividad y repoblación

6.Porcentaje de la superficie cuero cabelludo afectado (SALT score)

7.Clasificación SALT según % superficie cuero cabelludo afectado: 0 = S₀;1 = S₁; 2 = S₂; 3 = S₃; 4 = S_{4a}; 5 = S_{4b}; 6 =S₅

8.Superficie corporal afectada: 0 = B₀;1 = B₁;2 = B₂

9.Alteraciones ungueales : 0= N₀; 1 = N₁; 2 = N₂

10. Nevo flameo nuca : 0 = no ; 1= si

11.Clasificación de enfermedad según extensión: 0 = en placas; 1 = total; 2 = total/univ; 3 = universal

12.Clasificación de enfermedad según presentación: 0 = placas, circunscrita; 1 = reticular; 2 = difusa; 3 = ofiásica; 4 = ofiasis inversa

13.Presencia de infección / vacunación en los 6 meses previos al inicio del brote : 0= nada ; 1= vacunación ; 2 = infección

14.Edad de inicio de la enfermedad

15.Tiempo de evolución de la enfermedad hasta momento actual

16.Historia de alopecia total / universal en alguna ocasión : 0 = no ; 1 = total ; 2 = universal

17.Antecedentes familiares de alopecia areata : 0 = no ; 1= si

18.Antecedentes personales / enfermedades asociadas a la AA

19.Patología tiroidea: 0 = hipotiroidismo; 1 = hipotiroidismo subclinico; 2 = hipertiroidismo; 3 = hipertiroidismo subclinico; 4 = eutiroideos pero con anticuerpos antitiroideos positivos (enfermedad tiroidea autoinmune); 5 = sin patología tiroides

Tabla 3. Protocolo psiquiátrico

<p>1.Diagnóstico psiquiátrico DSM-IV según entrevista M.I.N.I.-PLUS : a) En el momento actual . b) En pasado (AP psiquiátricos). c) Relación temporal entre el comienzo de la alopecia areata y el trastorno psiquiátrico actual.</p> <p>2.Personalidad según entrevista I.P.D.E. (Examen internacional de los trastornos de la personalidad) : a) Diagnóstico categorial . b) Diagnóstico dimensional</p> <p>3.Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales: 0 = problemas relativos al grupo primario de apoyo ; 1 = ambiente social ; 2 = enseñanza; 3 = laborales; 4 = vivienda; 5 = económicos; 6 = acceso a servicios médicos; 7 = interacción con sistema legal o crimen; 8 =otros; 9 = ninguno</p> <p>4.Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)</p> <p>5.Escala de impresión clínica global (ICG)</p> <p>6.Antecedentes familiares psiquiátricos : 0 = no ; 1= si</p> <p>7.¿Cree usted que la caída del pelo le ha producido algún problema psicológico? : 0 = no; 1 = si ; 2 = no sabe</p> <p>8.Intervención terapéutica recomendada : 1 = dermatólogo + psicoterapia básica de apoyo; 2 = dermatólogo + ansiolítico/antidepresivo; 3 = psiquiatra + psicofármacos; 4 = psiquiatra + psicoterapia; 5 = psiquiatra + psicoterapia + psicofármaco</p> <p>9.Reactividad al estrés de la AA: 0 = nada; 1 = poco; 2 = algo; 3 = bastante; 4 = mucho; 5 = muchísimo</p> <p>10. Relaciones familiares :0 = buenas; 1 = discusiones; 2 = desavenencias; 3 = conflictos graves; 4 = malos tratos; 5 = ausentes</p> <p>11. Riesgo de suicidio según MINI PLUS</p>
--

Tabla 4. Protocolo psiquiátrico. Cuestionarios

1. Cuestionario de sucesos vitales
2. Inventario para la depresión de Beck
3. Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo. STAI
4. Escala de alexitimia de Toronto
5. Escala de ansiedad social de Liebowitz
6. Índice de calidad de Sueño de Pittsburgh
7. Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI)
8. Escala para la medida de la depresión de Zung y Conde
9. Escala de ansiedad de Zung
10. Escala de autoestima de Rosenberg
11. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas
12. Cuestionario sobre el estado de salud - SF-36
13. Índice de reactividad al estrés (IRE-32)

3.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

3.5.1. Entrevistas

- **Entrevista M.I.N.I. Plus (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Mini) :**
La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (104) y de la CIE-10 (105, 106). La M.I.N.I. Plus es una edición más detallada, especialmente indicada para la investigación. Existe una versión en español de la M.I.N.I. Plus (107) . La entrevista está dividida en módulos identificados por letras, cada una corresponde a una categoría diagnóstica, al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. En nuestro trabajo se incluyó la puntuación para el riesgo de

suicidio según el módulo C de la M.I.N.I. plus, con los siguientes puntos de corte: riesgo de suicidio leve entre 1 y 5 puntos, riesgo de suicidio moderado entre 6 y 9 puntos, riesgo de suicidio alto ≥ 10 . Se exploró tanto el diagnóstico psiquiátrico actual como la presencia de trastornos psiquiátricos en el pasado (a lo largo de la vida, antecedentes personales psiquiátricos). A través de la entrevista se recogió la fecha de inicio del trastorno psiquiátrico para poder establecer la relación temporal con respecto al inicio del brote de AA.

- **Examen internacional de los trastornos de la personalidad (I.P.D.E.):** Es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV (104) y / o CIE -10 (106, 108) . La estructura de las versiones para DSM-IV y CIE-10 es común aunque no son exactamente idénticas (104, 106). Los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a seis áreas de la vida del paciente: Trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectas, prueba de realidad y control de impulsos. La puntuación se basa en el consenso de que un rasgo o conducta puede estar ausente o ser normal (0), exagerado o acentuado (1) o ser patológico - criterio positivo (2). Para puntuar un rasgo como patológico es necesario que las respuestas iniciales a las preguntas que lo evalúan sean complementadas por descripciones y ejemplos convincentes. El criterio debe estar presente como mínimo durante cinco años y debe ser evidente a los 25 años de edad. La información puede ser obtenida también de un informante (familiar o amigo), si bien es necesario señalar este hecho. A través del I.P.D.E. se obtienen dos tipos de resultados: 1) Diagnóstico de cada uno de los distintos tipos de trastorno de la personalidad - positivo, probable (se cumple un criterio menos del mínimo requerido) o ausente. 2) Puntuación dimensional de cada uno de los

diagnósticos (109) . En este trabajo se ha escogido de referencia el modulo de la CIE - 10 , para no excluir ningún diagnóstico se han incorporado del módulo del DSM-IV los diagnósticos de trastorno esquizotípico y narcisista, realizándose también en la entrevista las preguntas correspondientes a estos diagnósticos (104, 106). Se ha contemplado un diagnóstico categorial (padecer o no cada diagnóstico de la personalidad según las clasificaciones referidas) y un diagnostico dimensional (se han usado puntuaciones porcentuales relativas para cada trastorno). Para la puntuación dimensional del trastorno de personalidad no especificado se han usado valores absolutos, sumando la puntuación obtenida en cada uno de los trastornos por lo que se trata de un valor global que puede servir como referencia del peso de la disfunción de la personalidad en cada paciente.

3.5.2. Cuestionarios

- **Inventario para la depresión de Beck:** Desarrollado inicialmente por Beck en 1961(110). Es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas tanto en la práctica profesional como en la investigadora. Asimismo, es sin duda uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la efectividad de las terapias farmacológicas o psicológicas para la depresión. El BDI cuenta con unas buenas propiedades psicométricas avaladas por una abundante literatura. En 1978, Beck (111) da a conocer una nueva versión del inventario que ha sido adaptada y validada al castellano por Vázquez y Sanz ,siendo la versión utilizada para este trabajo (112) . El BDI es un instrumento de 21 ítems en los que se evalúa la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas (ordenadas por su gravedad) que mejor se aproxima a su estado durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de

0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Se han propuesto los siguientes puntos de corte para las categorías de gravedad : Mínima 0-9; Leve 10-16; Moderada 17-29; Grave 30-63 (112). El punto de corte para diferenciar los sujetos deprimidos podría situarse en poblaciones españolas en 13 puntos (113).

- **Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo :** El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos). El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado “ahora mismo, en este momento”, y en la ansiedad como rasgo “en general, en la mayoría de las ocasiones”. Se trata de una escala autoaplicada. Es útil tanto en población normal como en pacientes. Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad a través de una tabla de baremación a partir de la muestra de la adaptación española (114).

- **Escala de alexitimia de Toronto:** El TAS-20 fue desarrollado por Bagby (115) en 1994 y la adaptación española por Martínez-Sánchez en 1996 (116). Es un autoinforme de 20 ítems que mide el grado de alexitimia, en base a una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1-5) que refleja desde el total acuerdo al total desacuerdo en cada uno de los ítems. Consta de tres factores o subescalas: F I (Dificultad para

identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, dificultad para discriminar señales emocionales); F II (Dificultad para describir sentimientos, dificultad en expresión verbal de emociones); F III (Patrón de pensamiento orientado hacia detalles externos). Los puntos de corte del TAS-20 son: "no alexítimicos" – TAS < 51; "alexitimia baja" - TAS >52 y <59 y "alexitimia alta" - TAS \geq 60 (117).

- **Escala de ansiedad social de Liebowitz:** Fue publicada por Liebowitz en 1987 (118). Ha sido traducida, adaptada al castellano y validada por Bobes en 1999 (119). Es una escala diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de ansiedad social. Consta de 24 ítems que se refieren a 24 situaciones que se evalúan desde una doble vertiente: miedo o ansiedad que experimenta el paciente en esas situaciones, y grado de evitación de las mismas. De las 24 situaciones, 13 son situaciones de actuación (p. ej., participar en pequeños grupos, escribir mientras le observan, etc.) y 11 son sociales (p. ej., conocer a gente nueva, ser el centro de atención, etc.). Los aspectos de miedo o ansiedad se puntúan mediante una escala Likert de intensidad que oscila entre 0 y 3, y el grado de evitación mediante una escala de frecuencia también entre 0 y 3. Aunque inicialmente fue desarrollada para ser heteroaplicada, en muchos estudios se ha utilizado de forma autoaplicada. La adaptación al castellano se realizó en forma heteroaplicada. Se recomiendan los siguientes puntos de corte: \leq 51 - ansiedad social leve; 52-81- ansiedad social moderada; \geq 82 - ansiedad social grave. El punto de corte óptimo para discriminar entre pacientes y sujetos sanos estaría comprendido entre los valores 19,6 y 32,7 en el cuestionario de ansiedad total (rango 0-72), y entre 19,6 y 26,1 en el cuestionario de evitación total (rango 0-72) (120).

- **Índice de calidad de sueño de Pittsburgh** : Diseñado por Daniel J. Buysse (121) en 1988 , adaptado y validado en nuestro país por A. Royuela (122). Es un cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems evaluados por el paciente y 5 ítems evaluados por su compañero/a de cama. Proporciona una puntuación global y puntuaciones parciales en siete componentes distintos: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Las preguntas hacen referencia al último mes. La puntuación de cada uno de los siete componentes oscila entre 0 (no existe dificultad) y 3 (grave dificultad); la puntuación global tiene un rango entre 0 (ninguna dificultad) y 21 (dificultades en todas las áreas), con un punto de corte en la puntuación 5 para diferenciar a los buenos de los malos dormidores (≤ 5 buen dormidor) (123) .
- **Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI)**: Instrumento diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes afectados de cualquier enfermedad dermatológica . Fue desarrollado por Finlay (124) en 1994 , la adaptación española ha sido realizado por De Tiedra y Badía (125) . Se trata de un cuestionario autoadministrado de diez preguntas con cuatro opciones de respuesta. La puntuación puede variar entre 0 (máxima calidad de vida) y 30 (mínima calidad de vida) , pudiendo consignarse en dos formatos : una puntuación total en formato numérico y una puntuación porcentual que comprende el número de respuestas con respecto al total (125) .
- **Escala para la medida de la depresión de Zung y Conde**: Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente debe indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Desarrollada por Zung en 1965 (126). Esta escala fue adaptada y validada al español por Conde en 1967 (127) . Consta de 20 ítems, se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que

hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual. Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems. La puntuación total oscila entre 20 y 80, a mayor puntuación mayor gravedad del cuadro depresivo. Los puntos de corte propuestos son: 20-40 = no depresión; 41-47 = depresión leve; 48-55 = depresión moderada ; 56-80 = depresión grave (127) .

- **Escala de ansiedad de Zung** : Fue descrita por Zung en 1971 (128). Se trata de una escala autoadministrada. Ha sido adaptada y validada al español (129). Consta de 20 ítems. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la frecuencia de los síntomas. La puntuación total es la suma de todos los ítems. A mayor puntuación mayor grado de ansiedad.

- **Escala de autoestima de Rosenberg**: Desarrollada para la evaluación global de la autoestima, partiendo de una concepción unidimensional de la misma (130). Es un instrumento autoaplicado. Validado y traducido al español (131). Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Los contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. Esta escala consta de diez ítems, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa. Los ítems, estructurados en una escala de tipo Likert, presentan cuatro categorías de respuesta, que incluyen desde “muy de acuerdo” con la frase planteada a “muy en desacuerdo”. El rango del instrumento es de 10 a 40, con una mayor puntuación cuanto más alta es la autoestima (132) .

- **SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas**: Es uno de los instrumentos autoaplicados más ampliamente utilizados en el ámbito de la salud mental para evaluar psicopatología, tanto en muestras clínicas como en población general. Desarrollado por Leonard Derogatis a partir de instrumentos anteriores (133). La adaptación española ha sido

llevada a cabo por González de Rivera (134) . Consta de 90 ítems que conforman nueve dimensiones y tres índices globales. Cada uno de los síntomas puede graduarse según la molestia que origina en una escala que va desde el 0 (no existente) al 4 (máximo sufrimiento). Las dimensiones sintomatológicas son: Somatización, obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Los tres índices globales que proporcionan una medida de distrés son los siguientes: Índice de sintomatología general (GSI), índice de distrés de síntomas positivos (PSDI) y el total de síntomas positivos (PST) (135) .

- **Cuestionario sobre el estado de salud. SF-36:** Es un instrumento para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental (136). Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas: Funcionamiento físico: Diez ítems que evalúan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas. Rol físico: Está formado por cuatro ítems que evalúan hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente. Dolor: Dos ítems que evalúa tanto el grado del mismo como la interferencia que produce en la vida del paciente. Salud general: Cinco ítems referidos a la percepción personal del estado de salud así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente. Vitalidad: Cuatro ítems que valoran el nivel de fatiga y energía del paciente. Funcionamiento social: Dos ítems que interrogan acerca de las limitaciones en la vida socio-familiar por problemas de salud. Rol emocional: Tres ítems que evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente. Salud mental: Consta de cinco ítems que intentan evaluar el estado de ánimo del paciente durante el último mes. Existe un ítem no incluido en estas ocho categorías que explora los cambios

experimentados en el estado de salud en el último año. Para este estudio se ha incluido además un valor global calculado como puntuación media de las distintas subescalas. Es una escala autoaplicada. Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida. Existe una versión española con valores poblacionales de referencia (137) .

- **Índice de reactividad al estrés:** Este instrumento tiene por objeto evaluar la reactividad al estrés comportamental; es decir, las formas habituales de respuesta cognitiva, vegetativa, emocional y conductual (motora) de las personas ante situaciones generadoras de tensión, que se perciben como peligrosas o nocivas para el bienestar. Ha sido desarrollado por González de Rivera (138). Constituye un instrumento autoadministrado de 32 ítems de evaluación de factores internos de estrés muy utilizado tanto en la población general como en poblaciones clínicas, con unas buenas características psicométricas de fiabilidad y validez. La persona debe señalar sus reacciones habituales ante situaciones de estrés. A partir del IRE-32 se obtienen cinco indicadores: Índices de reactividad al estrés vegetativo, emocional, conductual, cognitivo y global. Puntuaciones elevadas en el IRE-32 constituyen un factor de vulnerabilidad al estrés y predisponen al padecimiento de patología médica y/o psiquiátrica. El test se ha aplicado con forma de puntuación dicotómica (el ítem está presente o no) y de forma escalar como en nuestro estudio, en que la persona gradúa su respuesta en una escala de 0 a 4 (139) .

- **Cuestionario de sucesos vitales:** En 1967, Thomas Holmes y Richard Rahe diseñaron una escala con los 43 eventos vitales más representativos y le adjudicaron a cada uno un valor entre 0 y 100 (unidades de cambio vital), así nació la Social Readjustment Rating Scale (SRRS) con el objetivo de dotar de mayor precisión a los estudios que trataban de demostrar la asociación entre acontecimientos vitales

estresantes y enfermedad (140). Esta escala ha tenido gran difusión y ha sido utilizada en múltiples estudios. En España, en 1983, González de Rivera diseñó en castellano y adaptado a nuestro entorno cultural, un cuestionario de sucesos vitales tomando como modelo el de Holmes y Rahe (141). Es el instrumento que se ha utilizado en este trabajo. Este cuestionario consta de 61 ítems que se administraron a una muestra de 397 personas que fueron los encargados de otorgar a cada ítem un peso específico mediante las unidades de cambio vital. Los resultados se expresan en número de eventos registrados a través del índice de sucesos vitales (ISV) y con la suma de las unidades de cambio vital a través del índice de reajuste Social (IRS). Se administra de forma autoaplicada, el paciente debe contestar si le han sucedido alguna de las 61 situaciones que se enumeran en el último año (para nuestro trabajo de esta manera se cubría el periodo de investigación de los 6 meses previos a la aparición del brote de AA en todos los casos puesto que los pacientes que se incluyeron para el estudio de los eventos vitales tenía como máximo 6 meses de evolución del brote). Además para nuestra investigación se añadió un apartado de estrés subjetivo, solicitando al paciente que puntuara según una escala tipo Likert de 0 a 5 (“ Indique qué cantidad de estrés supuso para usted el suceso puntuando de la siguiente manera : nada - 0; poco -1 ; algo – 2 ; bastante – 3 ; mucho – 4 ; muchísimo – 5 ”). También se codificó por separado los eventos negativos de los positivos solicitándole al paciente esta distinción según su criterio (“ señale si el suceso supuso para usted algo positivo o negativo”). También se codificó para cada suceso el tiempo transcurrido en semanas entre el evento y el inicio del brote de AA.

- **Escala de impresión clínica global (ICG) :** Esta escala fue diseñada por Guy para valorar de una forma sencilla la gravedad de un cuadro (142) . Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro. Se ha

utilizado de forma heteroaplicada , siendo puntuada por el examinador. La escala consta de un único ítem que valora la gravedad utilizando una escala tipo Likert de ocho valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos) .

- **Escala de evaluación de la actividad global (EEAG):** Es un instrumento para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos, a lo largo de un hipotético continuum de salud – enfermedad. Consta de un único ítem, el de la actividad global del paciente, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades) y 1 (expectativa manifiesta de muerte). El marco de referencia temporal es el momento actual. Es una escala heteroaplicada y descriptiva. A mayor puntuación , mejor nivel de actividad (143) .

3.6.MÉTODO ESTADÍSTICO

Las variables numéricas se resumieron utilizando medias y desviaciones típicas y las variables cualitativas con porcentajes. Calculamos el intervalo de confianza del 95 % (IC 95%) para algunas de las prevalencias obtenidas. Se analizó la relación entre variables cualitativas utilizando tablas de contingencia y el test chi-cuadrado, el test exacto de Fisher se utilizó cuando el test chi-cuadrado no estaba indicado por aparecer celdas en la tabla con insuficiente número de individuos en alguna celda. Para la relación entre las variables cualitativas y las cuantitativas se usó la prueba t de Student o el análisis de la varianza (según el número de categorías en la variable cualitativa) en aquellos casos en los que la distribución de los valores de la variable cuantitativa no mostrara importantes desviaciones de la normalidad, y la prueba no paramétrica U de Mann-Whithney o el test de Kruskal-Wallis (según el número de categorías en la variable cualitativa) en aquellas situaciones en que hubo evidencias de este tipo de desviaciones del comportamiento normal. Para comprobar si dichas variables

presentaban evidencias de falta de normalidad, utilizamos el test de Kolmogórov – Smirnov junto con los coeficientes estandarizados de asimetría y kurtosis. Para estudiar la relación entre variables cuantitativas se utilizaron los coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman, según se consideró más adecuado.

Se comparó los resultados obtenidos en nuestra muestra con valores normativos poblacionales utilizando las pruebas descritas con anterioridad según correspondiera para comprobar si existían evidencias de comportamiento diferencial.

Por último se realizaron análisis multivariante utilizando modelos de regresión logística. En estos modelos aparecen como variables explicativas aquellas que aparecieron como significativas al aplicar un procedimiento de selección paso a paso. En él se incluyeron aquellas variables que habían mostrado una relación estadísticamente significativa con la respuesta en los análisis bivariantes.

Se consideraron como estadísticamente significativos p-valores inferiores a 0,05.

4.RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. Variables socio-demográficas

La edad media de la muestra fue de 41,32 años con una desviación típica de 15,48, con un rango entre 16 y 74 años. Componen la muestra 35 varones (43,8 %) y 45 mujeres (53,6 %). Con respecto al estado civil, el 55 % de los pacientes estaba casado, el 36,3 % se encontraba soltero, cuatro pacientes estaban viudos (5 %) y tres divorciados / separados (3,8 %). Casi el 70 % de los pacientes residen en un núcleo urbano de más de 100.000 habitantes. Con respecto al resto, el 15 % vive en un núcleo poblacional de más de 10.000 habitantes, el 7,5 % en poblaciones de más de 2000 habitantes y el 8,8 % en núcleos de menos de 2000 habitantes. Por lo tanto se trata de una muestra de carácter preferentemente urbano. Si analizamos el patrón de convivencia, el 8,8 % de los pacientes viviría solo. Entre el resto de pacientes, es decir, aquellos que conviven con alguien, destaca que el 70 % viven con su propia familia.

El 25 % de los pacientes de la muestra tendría un nivel socio-económico bajo, el 70 % medio y el 5 % alto. El 54,4 % tendría estudios básicos (graduado escolar), el 29 % estudios de bachillerato/FP) y el 16,4 % estudios universitarios. El 57,5 % de la muestra (46 pacientes) estaba en situación activa desde el punto de vista laboral. Entre los pacientes no activos, catorce pacientes eran amas de casa, diez estudiantes, nueve pensionistas y un paciente estaba desempleado / parado. El 51,78 % tenía un empleo no cualificado. Entre los sectores laborales destaca el comercio (30 %) y los operarios de fábricas (17,85 %). La media de horas de trabajo semanales por paciente activo fue de 41,57 horas, con una desviación típica de 9,8.

En relación al consumo de tóxicos, el 36,25 % de los pacientes era fumador de tabaco y el 25 % consumía alcohol. Los pacientes no refirieron consumo de ninguna otra sustancia.

4.1.2. Variables dermatológicas

La edad media de comienzo del brote actual es de 40,67 años con una desviación típica de 15,86, con un rango entre 12 y 73 años. La mediana del tiempo de evolución del brote actual en meses fue de 3,5, con un rango entre 1 semana y 5 años. El 83,5 % de los pacientes tenían una evolución del brote actual inferior a los seis meses. En cuanto al tipo de consulta, en el 57,5 % de los pacientes se trataba de un primer brote y en el 42,5 % de una recidiva.

Con respecto a la localización de las placas en el cuero cabelludo, la localización más frecuente fue la occipital (70 % de los pacientes tuvieron al menos una placa en esa localización), seguido de la temporal (45 %) y la parietal (31,5 %), la menos frecuente fue la frontal (27,3 %). La afectación fuera del cuero cabelludo (superficie corporal afectada) se distribuyó de la siguiente manera : Barba (27,5 % del total de pacientes, el 63 % de los varones), cejas (18,7 %), vello púbico (17,5 %), extremidades (15 %), axila (12,5 %), tronco (11,2 %) y pestañas (10 %).

Siguiendo los criterios de Olsen y en función de la clasificación según la superficie del cuero cabelludo afectado en tantos por ciento (puntuación SALT) podemos señalar: cuatro pacientes no tuvieron afectación del cuero cabelludo (S_0); 60 pacientes (78 %) pertenecían al grupo S_1 (con una afectación inferior al 25 % del cuero cabelludo); cuatro pacientes tuvieron una afectación completa del cuero cabelludo (alopecia total S_5) y el resto de pacientes se distribuyeron de la siguiente manera - S_2 (cinco pacientes), S_3 (2 pacientes), S_{4a} (1 paciente) y S_{4b} (1 paciente) .

El 61,3 % de los pacientes no tuvieron afectación corporal (B_0), el 32,5 % tuvieron algunas áreas corporales con pérdida de pelo (B_1) y cinco pacientes (6,3 %) tuvieron una afectación total de las áreas corporales (B_2).

Con respecto a la afectación ungueal , el 65 % de los pacientes no tuvieron afectación (N_0), el 16,3 % con distrofia en algunas uñas (N_1) y el 18,8 % con distrofia de las 20 uñas (N_2).

La clasificación de la enfermedad según la extensión resultaría de la siguiente forma : Tres pacientes padecían una alopecia universal (3,8 %) , con afectación total del cuero cabelludo y de todo el vello corporal (S_5B_2 según Olsen); un paciente tenía alopecia total / univ ($S_5 B_1$), es decir, afectación total del cuero cabelludo con algún grado de afectación corporal sin ser esta completa y el resto de los pacientes (95 %) tenían una alopecia areata en placas ($S_0 - S_4$) y distinto grado de afectación corporal (B_0-B_2). Ningún paciente tuvo una alopecia total definida como $S_5 B_0$, es decir, todo el cuero cabelludo sin pelo pero sin afectación corporal . Dos pacientes tuvieron una afectación corporal total (B_2) pero con un afectación parcial del cuero cabelludo (S_1-S_4) .

Teniendo en cuenta la clasificación de la enfermedad según el patrón de presentación, el 93,8 % de los pacientes tendría una alopecia circunscrita, en placas. Tres pacientes tuvieron un alopecia ofiásica. Dos pacientes una alopecia difusa. Ningún paciente presentó una alopecia reticular o con ofiasis inversa.

Según el estadio clínico de las placas (momento evolutivo de las mismas): En el 32, 5 % de los pacientes la enfermedad se encontraba en fase de actividad , en el 33,8 % en fase de repoblación, en el 15,6 % en fase estacionaria y en el 18,2 % en fase de actividad y repoblación.

El 27 % de los pacientes presentaban nevo flameo en la nuca. Con respecto a la presencia de infección o vacunación en los seis meses previos al inicio del brote actual: en el 75 % de los pacientes no se registró ningún de los dos acontecimientos, en el 10 % de los pacientes se registró vacunación, en el 8,8 % algún tipo de infección y en el 6,3 % se encontraron ambos sucesos.

En lo que respecta a los datos correspondientes al proceso global de la enfermedad (todo su curso evolutivo desde el primer brote) podemos señalar que la edad media de inicio de la enfermedad fue de 34,52 años, con una desviación típica de 17,49 y un rango entre 4 y 71 años. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad en meses fue de 12,5, con un rango entre 1 semana y 60 años. Tres pacientes tenían antecedentes personales de haber sufrido alopecia total / universal en algún periodo a lo largo de su enfermedad. El 23,8 % de los pacientes tenían antecedentes familiares de alopecia areata.

En cuanto a los antecedentes personales relativos a aquellas enfermedades relacionadas con la alopecia areata cabe destacar que trece pacientes padecían atopía (dermatitis atópica / asma / rinitis alérgica /conjuntivitis), es decir, el 17,8 % de los pacientes. Diez pacientes padecían enfermedades de carácter autoinmune (12.7 %) : Psoriasis (4 pacientes), sarcoidosis (1), lupus eritematoso (1), urticaria (1), liquen plano (1), enfermedad inflamatoria intestinal (1) y diabetes (1). Ningún paciente padecía vitíligo ni enfermedad celiaca ni artritis reumatoide.

Se ha recogido la patología tiroidea por su importancia de forma detallada. El 20 % de los pacientes padecían patología tiroidea en el momento del estudio. De estos 16 pacientes que padecían patología tiroidea, ocho tenían hipotiroidismo subclínico, cuatro hipotiroidismo, dos hipertiroidismo y dos se encontraban eutiroideos pero con anticuerpos antitiroideos positivos (diagnosticados de enfermedad tiroidea autoinmune). Desde el punto de vista de la etiología, en todos los casos se trataba de patología tiroidea de carácter autoinmune. Un paciente más de la muestra, aunque se encontraba eutiroideo en el momento del estudio (estaba en tratamiento), tenía antecedentes de patología de tiroides con diagnostico de hipotiroidismo post tiroidectomía por bocio multinodular .

Si consideramos globalmente toda la patología de carácter autoinmune (patología tiroidea y las otras enfermedades autoinmunes) 23 pacientes la padecían , siendo el 28,75 % de la muestra.

4.1.3. Estudio psicopatológico

4.1.3.1. Diagnóstico psiquiátrico

El diagnóstico actual más frecuente según la entrevista M.I.N.I. Plus fue el trastorno de ansiedad generalizada (15 pacientes, 18,75 %) junto con el trastorno adaptativo (misma frecuencia). A continuación se sucedieron la fobia simple (13 pacientes, 16,25 %), la fobia social (11 pacientes , 13,75 %) , el trastorno depresivo mayor (5 pacientes, 6,25 %) y el trastorno disfórico premenstrual (misma frecuencia que el trastorno depresivo mayor).

Teniendo en cuenta la relación temporal del trastorno psiquiátrico con respecto al comienzo de la AA podemos señalar que fueron más frecuentes los diagnósticos anteriores al comienzo de la AA con gran diferencia (63 diagnósticos anteriores frente a doce posteriores). Así, en función del número de pacientes, 43 pacientes iniciaron el trastorno que padecían en el momento de la evaluación anteriormente al inicio de la AA mientras que once pacientes padecieron algún trastorno psiquiátrico cuyo inicio fue posterior a la AA. De estos once pacientes, ocho padecieron un trastorno secundario a la AA, es decir, directamente relacionado con las repercusiones psicosociales de esta.

Por diagnósticos individuales, el trastorno adaptativo se presentó en ocho pacientes anteriormente a la AA y en siete de forma posterior, en seis casos el cuadro adaptativo fue consecuencia directa de la AA (sintomatología ansioso-depresiva secundaria a la AA, siendo considerada esta como el estresor que producía el cuadro adaptativo) . En el caso de la fobia social, ocho pacientes ya la padecían antes de la AA y tan solo tres la desarrollaron como consecuencia del padecimiento de la AA. De los cinco pacientes

con trastorno depresivo mayor , cuatro fueron de inicio previo a la AA y uno fue de aparición posterior pero sin tener relación con la AA en su génesis. En las siguientes dos tablas se detalla lo referido en este párrafo (tablas 5 y 6) .

Tabla 5. Diagnostico psiquiátrico actual

	Trastorno psiquiátrico anterior a AA	Trastorno psiquiátrico posterior y secundario a AA	Trastorno psiquiátrico posterior e independiente de AA	Total	%
Trastorno de ansiedad generalizada	15			15	18,75 <i>IC95%:10-27,4</i>
Trastorno Adaptativo	8	6	1	15	18,75 <i>IC95%:10-27,4</i>
Fobia simple	13			13	16,25 <i>IC95%: 8-24</i>
Fobia Social	8	3		11	13,75 <i>IC95% :6-21,45</i>
Trastorno depresivo mayor	4		1	5	6,25 <i>IC95%:0,8-11</i>
Trastorno disfórico premenstrual	5			5	6,25 <i>IC95%:0,8-11</i>
Distimia	2			2	2,5
Dependencia de alcohol	2			2	2,5
Hipocondría	2			2	2,5
Bulimia	1		1	2	2,5
Agorafobia	1			1	1,25
Hipomanía	1			1	1,25
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	1			1	1,25

Tabla 6. Relación temporal entre el comienzo de la areata y la patología psiquiátrica

	Número de diagnósticos	Número de pacientes	Porcentaje del total de pacientes	Porcentaje del total de pacientes con patología psiquiátrica
Trastorno psiquiátrico anterior a AA	63	43	53,7	84,3
Trastorno psiquiátrico posterior a AA :	12	11	13,75	21,5
Secundario	9	8	10	15,6
Independiente	3	3	3,75	5,88

Teniendo en cuenta los antecedentes psiquiátricos de cada paciente podemos calcular la prevalencia-vida de los distintos diagnósticos psiquiátricos que aparecen en la muestra de pacientes con AA, es decir, se calcula el número de pacientes que han padecido en algún momento a lo largo de la vida cada trastorno. Respecto al diagnóstico psiquiátrico actual la diferencia principal se observa en que el trastorno depresivo mayor aumentaría su frecuencia hasta el 20 % (16 pacientes habrían padecido un episodio depresivo mayor al menos una vez a lo largo de la vida) , situándose como el segundo trastorno más frecuente a lo largo de la vida tras el trastorno adaptativo (Tabla 7) .

Tabla 7. Diagnóstico psiquiátrico a lo largo de la vida (prevalencia-vida)

	Pacientes n	%
Trastorno adaptativo	29	36,25 <i>IC95%: 25-47</i>
Trastorno depresivo mayor	16	20 <i>IC95%: 11-29</i>
Trastorno de ansiedad generalizada	15	18,75 <i>IC95%:10-27,4</i>
Fobia simple	13	16,25 <i>IC95%: 8-24</i>
Fobia Social	11	13,75 <i>IC95% :6-21,45</i>
Trastorno disfórico premenstrual	7	8,75 <i>IC95% :2,4-15</i>
Dependencia de alcohol	4	5
Distimia	2	2,5
Hipocondría	2	2,5
Bulimia	2	2,5
Agorafobia	1	1,25
Trastorno de angustia con agorafobia	1	1,25
Hipomanía	1	1,25
Abuso de cocaína	1	1,25
Trastorno por estrés postraumático	1	1,25
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	1	1,25

De los 80 pacientes con AA que componen la muestra de estudio, 51 padecían algún trastorno psiquiátrico en la actualidad (63,75 %) y 65 lo padecieron en algún momento de su vida (81,25 %) . 31 pacientes (38,75 %) padecían algún trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social o agorafobia) en el momento actual y 33 pacientes (41,25 %) padecieron algún trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno por estrés postraumático o trastorno de angustia con agorafobia) en algún momento de su vida. Siete pacientes (8,75 %) padecían algún trastorno depresivo (trastorno depresivo mayor o distimia) en el momento actual y 17 pacientes (21,25 %) padecieron algún trastorno depresivo en algún momento de su vida (Tabla 8) .

Dos pacientes presentaron cuatro diagnósticos comórbidos psiquiátricos en el momento actual, cuatro pacientes tres diagnósticos comórbidos, 17 pacientes dos diagnósticos comórbidos y 28 pacientes solo un diagnóstico actual.

Tabla 8. Prevalencia global y por grupos diagnósticos

	N pacientes	%
Algún trastorno psiquiátrico DSM-IV-MINI actual	51	63,75 <i>IC95% :53-74,4</i>
Algún trastorno psiquiátrico DSM-IV-MINI vida	65	81,25 <i>IC95%:72,5-90</i>
Algún trastorno de ansiedad actual	31	38,75 <i>IC 95%:27,8-49,6</i>
Algún trastorno de ansiedad vida	33	41,25 <i>IC95%:30-52,2</i>
Algún trastorno depresivo actual	7	8,75 <i>IC95% :2,4-15</i>
Algún trastorno depresivo vida	17	21,25 <i>IC95%:12-30</i>

4.1.3.2. Personalidad

4.1.3.2.1. ANÁLISIS DIMENSIONAL :

Desde el punto de vista dimensional los rasgos de personalidad más frecuentes observados en nuestra muestra fueron los anancásticos, seguidos por los impulsivos (inestabilidad emocional) y en tercer lugar por los evitativos. En la siguiente tabla se muestran de mayor a menor las puntuaciones obtenidas a partir del I.P.D.E. en valores porcentuales en las diferentes dimensiones (Tabla 9) .

Tabla 9. Personalidad análisis dimensional

	Media	Desv. típ.	Máximo	Mínimo
anancastico/ obs-comp	27,4351	21,07698	81,25	,00
impulsiv o	24,6753	24,03859	100,00	,00
ansioso / evitativo	18,5029	22,96535	91,70	,00
limite	14,0260	13,40265	50,00	,00
paranoide	13,7253	15,27268	64,28	,00
dependiente	12,7671	19,61531	100,00	,00
histrionico	8,7626	11,13759	33,33	,00
esquizotípico	6,5836	8,14455	33,33	,00
disocial / antisocial	4,1578	7,73933	33,33	,00
esquizoide	3,3353	6,71973	33,33	,00
narcisista	2,2364	8,37011	50,00	,00

Si realizamos este análisis dimensional por cluster, las puntuaciones más altas corresponderían al grupo C, seguido del B y luego del A. Si contemplamos solo los diagnósticos propios del DSM – IV, el segundo lugar lo ocuparía el A y el tercero el B pero el grupo C seguiría siendo el más frecuente (Tabla 10).

Tabla 10. Análisis dimensional por cluster

	Todos los diagnósticos		DSM-IV		CIE -10	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
GRUPO A	7,88	5,31	7,88	5,31	8,53	7,34
GRUPO B	10,77	9	7,29	5,25	12,90	8,82
GRUPO C	19,56	7,39	19,56	7,39	19,56	7,39

Todos los diagnósticos : Grupo A (paranoide + esquizoide + esquizotípico) ; Grupo B (impulsivo + límite+ histriónico + narcisista + disocial); Grupo C (dependiente + evitativo + anancástico) . DSM- IV: Grupo A (paranoide + esquizoide + esquizotípico) ; Grupo B (límite+ histriónico + narcisista + disocial) ; Grupo C (dependiente + evitativo + anancástico) . CIE-10 : Grupo A (paranoide + esquizoide) ; Grupo B (impulsivo + límite+ histriónico + disocial) ; Grupo C (dependiente + evitativo + anancástico)

4.1.3.2.2. ANÁLISIS CATEGORIAL :

Un total de 23 pacientes tuvieron al menos un diagnóstico de trastorno de la personalidad, es decir, el 30 % de los pacientes de nuestra muestra. De estos 23 pacientes, 16 pacientes tuvieron solo un diagnóstico de trastorno de la personalidad, 6 pacientes tuvieron dos diagnósticos comórbidos y un paciente tuvo tres diagnósticos comórbidos de trastorno de la personalidad. El diagnóstico más frecuente observado en nuestra muestra fue el anancástico (15,6 %), seguido del impulsivo (7,8 %) y del ansioso (6,5 %). En la siguiente tabla se desglosan las frecuencias de cada trastorno (Tabla 11).

Tabla 11 . Personalidad análisis categorial

	Pacientes	Porcentaje
Anancástico	12	15,6 <i>IC95%:7,4-23,7</i>
Impulsivo	6	7,8 <i>IC95%:1,8-13,7</i>
Ansioso	5	6,5 <i>IC95%:0,9-12</i>
Paranoide	3	3,9
Dependencia	3	3,9
Narcisista	1	1,3
No especificado	1	1,3
Esquizoide	0	0
Disocial	0	0
Limite	0	0
Histriónico	0	0
Esquizotípico	0	0
Total	23	29,87 <i>IC95%:19,6-40</i>

Si realizamos el análisis categorial por cluster , el grupo C sería el más representado en nuestra muestra, seguido por el B y el A se situaría en último lugar. Si atendemos a la clasificación DSM – IV, el segundo puesto lo ocuparía el A y el tercero el B (Tabla 12).

Tabla 12. Análisis categorial por cluster

	Todos los diagnósticos		DSM-IV		CIE -10	
	N	%	N	%	N	%
GRUPO A	3	3,9	3	3,9	3	3,9
GRUPO B	6	7,8 <i>IC95%:1,8-13,7</i>	1	1,3	6	7,8
GRUPO C	18	23,37 <i>IC95%:13,8-32,7</i>	18	23,37	18	23,37

4.1.3.3. Eventos vitales estresantes

67 pacientes fueron incluidos en el subgrupo para el estudio de los eventos estresantes y por tanto cumplieron los criterios de inclusión en este sentido.

- **ÍNDICE DE SUCESOS VITALES:** Se contabilizaron un total de 137 eventos estresantes , de los cuales 38 fueron considerados positivos por los pacientes y 99 como negativos. La media por paciente fue de 2 eventos vitales estresantes con una desviación típica de 1,41. El número máximo de eventos que sufrió un paciente durante el periodo de evaluación (seis meses previos a la aparición de la AA) fue de 6. La media de eventos positivos por paciente fue de 0,56 con una desviación típica de 0,94. La media de eventos negativos por paciente fue de 1,47 con una desviación típica de 1,14 (Tabla 13) .

Tabla 13. Índice de sucesos vitales. Estadísticos descriptivos.

	índice sucesos vitales	eventos positivos	eventos negativos
N	67	67	67
Media	2,0299	,5672	1,4776
Mediana	2,0000	,0000	1,0000
Desv. típ.	1,41389	,94105	1,14625
Máximo	6,00	5,00	5,00
Mínimo	,00	,00	,00
Suma	137,00	38,00	99,00

Tan solo cuatro pacientes no tuvieron ningún evento durante el periodo de estudio, es decir que el 94 % de los pacientes tuvieron al menos un evento estresante en los seis meses previos al inicio de la AA. El 53,7 % de los pacientes tuvieron más de un evento estresante. Tres pacientes tuvieron hasta seis eventos estresantes durante el periodo de estudio. En la tabla siguiente puede verse la distribución de las frecuencias en función del número de eventos (Tabla 14).

Tabla 14. Sucesos vitales. Frecuencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
,00	4	6,0	6,0
1,00	27	40,3	46,3
2,00	15	22,4	68,7
3,00	12	17,9	86,6
4,00	5	7,5	94,0
5,00	1	1,5	95,5
6,00	3	4,5	100,0
Total	67	100,0	

- **ÍNDICE DE REAJUSTE SOCIAL:** La media por paciente del índice de reajuste social fue de 109,59 unidades de cambio vital (UCV), con una desviación típica de 78,42. El valor máximo alcanzado por un paciente en el índice de reajuste social fue de 349 (tabla 15).

Tabla 15. Índice de reajuste social. Estadísticos descriptivos

N	67
Media	109,5970
Mediana	94,0000
Desv. típ.	78,42059
Mínimo	,00
Máximo	349,00

En la siguiente tabla se señala la distribución de los pacientes en función de los puntos de corte propuestos para la SRRS de Holmes y Rahe (Tabla 16)

Tabla 16. Índice de reajuste social. Puntos de corte

	Porcentaje de pacientes	Número de pacientes
Bajo riesgo: IRS <150	73,1 %	49
Riesgo medio: IRS 150-300	22,4 %	15
Riesgo alto : IRS > 300	4,5 %	3

El valor medio por evento en unidades de cambio vital fue de 53,6, este valor sería una medida del *estrés objetivo* de cada evento, es decir, el proporcionado por la escala, en contraposición al estrés subjetivo que era el que establecía el propio paciente para cada evento. Si comparamos este “evento tipo” de nuestra muestra con los eventos de la escala de González de Rivera en lo relativo a las UCV, observamos que se sitúa en valores intermedios pues la media de las UCV en los eventos de la escala se situaría en 57, con un rango de valores posibles en la escala entre 32 y 92 (valores mínimos y máximos para las UCV).

Si dividimos los eventos vitales de la escala de González de Rivera en tres grupos en función del grado de severidad de los mismos expresado a través de los valores de las UCV (eventos de bajo impacto 32-50 UCV; moderado 51-63 UCV y alto impacto 64-92 UCV), el “evento tipo” se situaría en el grupo de moderado impacto.

Siguiendo esta clasificación, los eventos de nuestra muestra se distribuirían de la siguiente manera: el 36,5 % corresponderían a eventos de bajo impacto, el 39,4 % a eventos de impacto moderado y el 24 % a eventos de alto impacto, los más frecuentes por tanto serían los de severidad moderada (Tabla 17).

Tabla 17. Distribución eventos en función del grado de severidad

UCV	Número de eventos	Porcentaje de eventos
32 -50 (eventos bajo impacto)	50	36,5 %
51-63 (eventos moderado impacto)	54	39.4 %
64 -92 (eventos alto impacto)	33	24 %

- **ESTRÉS SUBJETIVO:** La media por evento en relación al estrés subjetivo fue de 2,96. Correspondería por tanto al valor “bastante”, un valor medio en el rango entre 0 (nada) y 5 (muchísimo) . Por tanto, el “evento tipo” desde el punto de vista de la carga de estrés estaría en valores intermedios tanto en el valor subjetivo dado por el paciente como en el objetivo proporcionado por el cuestionario de eventos vitales.
- **TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL EVENTO Y EL INICIO DE LA AA:** El lapso medio fue de 8,28 semanas, es decir, que el tiempo medio entre la aparición de un evento y el inicio de la AA fue de entorno a los dos meses. El lapso más corto fue de dos días entre evento e inicio de brote y el más largo de 6 meses (máximo tiempo del periodo de estudio de los eventos) .
- **DESCRIPCIÓN DE LOS EVENTOS VITALES ESTRESANTES:** El evento vital estresante más frecuente en nuestra muestra fue “ enfermedad de un miembro cercano de la familia ” que se repitió en 21 ocasiones. A continuación “ cambio de horario de trabajo ” (9 veces), “ problemas con vecinos o familiares que no viven en casa” (7 veces), “ enfermedad o accidente que requiere guardar cama ” (7 veces) y “exámenes” (6 veces). Estos son los cinco acontecimientos vitales estresantes más frecuentes, en la siguiente tabla se muestran todos los eventos recogidos ordenados por su frecuencia (Tabla 18).

Tabla 18 . Descripción de los eventos vitales estresantes

Número de eventos	Eventos por paciente	Tipo de evento
21	0,31	Enfermedad de un miembro cercano de la familia
9	0,13	Cambio de horario de trabajo
7	0,1	Problemas con vecinos o familiares que no viven en casa
7	0,1	Enfermedad o accidente que requiere guardar cama
6	0,09	Exámenes
5	0,07	Un miembro de la familia se va
5	0,07	Cambio de trabajo
5	0,07	Problemas con superiores en el trabajo
5	0,07	Problemas compañeros de trabajo
4	0,06	Dificultades con los hijos
4	0,06	Muerte de un familiar cercano
4	0,06	Nuevo miembro en la familia
4	0,06	Cambio de casa
3	0,04	Rotura de relación
3	0,04	Iniciar una relación
3	0,04	Hijos lejos de hogar
3	0,04	Compra de casa
3	0,04	Reforma casa
3	0,04	Cambio de costumbres
2	0,03	Embarazo
2	0,03	Niños bajo el cuidado de otras personas
2	0,03	Periodo de alejamiento del hogar
2	0,03	Retiro laboral
2	0,03	Éxito personal
2	0,03	Ritmo sueño
2	0,03	Enfermedad prolongada
1	0,014	Reconciliación
1	0,014	Matrimonio
1	0,014	Aborto no deseado
1	0,014	Relación sexual al margen del matrimonio
1	0,014	Dificultades sexuales
1	0,014	Quedarse sin trabajo
1	0,014	Despido
1	0,014	Ascenso en el trabajo
1	0,014	Nuevo empleo en la misma línea de trabajo
1	0,014	Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo
1	0,014	Préstamo o hipoteca importante
1	0,014	Ingresos aumentados sustancialmente
1	0,014	Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento
1	0,014	Muerte de un amigo
1	0,014	Accidente o situación de violencia física
1	0,014	Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito
1	0,014	Vacaciones fuera de casa
1	0,014	Fiestas de navidad
1	0,014	Repentino y serio deterioro de la audición y la visión

Si clasificamos los eventos estresantes agrupándolos en grandes grupos en función de la esfera o área de la vida del sujeto a la que afectan, obtendríamos que los más frecuentes serían los eventos estresantes relacionados con la familia, seguidos por los del área laboral y a continuación los relacionados con la salud, en la siguiente tabla se desglosan los eventos de la manera descrita así como el número de pacientes que sufrieron al menos un evento estresante en cada una de las categorías referidas (Tabla 19).

Tabla 19. Eventos agrupados por áreas

	Frecuencia eventos	Porcentaje del total de eventos	Número de pacientes	Porcentaje del total de pacientes
Familia	52	38 %	33	49,25 %
Trabajo	31	22,6 %	27	40,29 %
Salud	14	10,2 %	13	19,4 %
Otros	14	10,2 %	13	19,4 %
Esfera sexual y pareja	13	9,5 %	10	14,92 %
Vivienda	10	7,3 %	10	14,92 %
Problemas económicos y legales	3	2,2 %	3	4,47 %

Otros : muerte amigo, éxito personal, exámenes , cambio costumbres, vacaciones fuera de casa y fiestas de navidad

4.1.3.4. Escalas

- **INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK:** Estableciendo el punto de corte para diferenciar los sujetos deprimidos en mayor o igual a 13 puntos, el 19,7 % podrían considerarse como sujetos deprimidos, 15 pacientes en total. En la tabla 20 se presentan los principales estadísticos descriptivos para el inventario de depresión de Beck y su distribución por sexos . En la tabla 21 se muestra la distribución de los pacientes en función de las categorías de gravedad de la depresión según el BDI .

Tabla 20. BDI

	Varon	Mujer	Total
N	34	42	76
Media	5,7647	8,7619	7,4211
Mediana	3,0000	7,0000	5,0000
Desv. típ.	6,88018	7,56052	7,37069
Mínimo	,00	,00	,00
Máximo	31,00	30,00	31,00

Tabla 21. Puntos de corte para las categorías de gravedad de la depresión

	Porcentaje de pacientes	Número de pacientes
Mínima (0-9)	73,7 %	56
Leve (10-16)	14,5 %	11
Moderada (17-29)	9,2 %	7
Grave (30-63)	2,6 %	2

- CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO (STAI) : En la tabla 22 se presentan los principales estadísticos descriptivos para el cuestionario STAI y su distribución por sexos. En la tabla 23 se señala la puntuación centil obtenida a partir de los baremos de la muestra de la adaptación española teniendo en cuenta la media de las puntuaciones directas obtenida en nuestra muestra.

Tabla 22. STAI

				STAI estado	STAI rasgo
sexo	Varon	Total	N	34	34
			Media	14,7059	14,3529
			Mediana	13,5000	12,5000
			Desv. típ.	11,93297	10,31587
			Mínimo	1,00	,00
			Máximo	49,00	43,00
	Mujer	Total	N	42	42
			Media	21,4048	25,5714
			Mediana	18,0000	25,5000
			Desv. típ.	11,94716	10,80908
			Mínimo	3,00	2,00
			Máximo	49,00	44,00
Total	N		76	76	
		Media	18,4079	20,5526	
		Mediana	15,5000	19,5000	
		Desv. típ.	12,32578	11,92576	
		Mínimo	1,00	,00	
		Máximo	49,00	44,00	

Tabla 23 . Puntuación centil STAI

	STAI estado	STAI rasgo
Varones	30	25
Mujeres	50	55

- **ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO:** En la tabla 24 se presentan los principales estadísticos descriptivos de la escala de alexitimia de Toronto y su distribución por sexos tanto en la puntuación total como en las tres subescalas. En la tabla 25 se muestra la distribución de los pacientes para las categorías de alexitimia a partir de las puntuaciones del TAS -20.

Tabla 24. TAS-20

sexo		escala de toronto. puntuación total	dificultad para discriminar señales emocionales	dificultad en expresión verbal de emociones	pensamiento orientado hacia detalles externos
Varon	N	32	32	32	32
	Media	47,0938	13,8125	11,4063	21,8750
	Mediana	48,0000	12,5000	10,5000	23,5000
	Desv. típ.	12,43398	6,68382	4,83842	4,61938
	Mínimo	26,00	7,00	5,00	12,00
	Máximo	77,00	28,00	22,00	30,00
Mujer	N	42	42	42	42
	Media	52,5476	17,1905	13,3571	22,0000
	Mediana	54,0000	15,5000	13,5000	22,5000
	Desv. típ.	14,14938	7,05808	4,76686	5,50388
	Mínimo	25,00	7,00	5,00	11,00
	Máximo	79,00	32,00	24,00	32,00
Total	N	74	74	74	74
	Media	50,1892	15,7297	12,5135	21,9459
	Mediana	51,5000	13,5000	12,0000	23,0000
	Desv. típ.	13,61976	7,05613	4,86318	5,10678
	Mínimo	25,00	7,00	5,00	11,00
	Máximo	79,00	32,00	24,00	32,00

Tabla 25 . Puntos de corte TAS-20

	Porcentaje de pacientes	Número de pacientes
No alexítimicos (TAS < 52)	50 %	37
Alexitimia baja (TAS ≥ 52 y <60)	27 %	20
Alexitimia alta (TAS ≥ 60)	23 %	17

• ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ : El punto de corte en el cuestionario de *ansiedad total* para discriminar entre pacientes y sujetos sanos sería 26,15 puntos , así, el 24,35 % de la muestra tendría ansiedad social, 19 pacientes en total. En el cuestionario de *evitación total* se establecería en 22,85 puntos y el 29,48 % de la muestra tendría evitación de situaciones sociales, 23 pacientes en total. En la tabla 26 se presentan los principales estadísticos descriptivos de la LSAS y su distribución por sexos tanto en la puntuación total como en las subescalas de ansiedad y evitación . En la tabla 27 se señala la distribución de los pacientes para las categorías de gravedad de ansiedad social.

Tabla 26 . LSAS

sexo		total ansiedad	total evitación	Puntuación total
Varon	N	34	34	34
	Media	11,6176	11,3529	22,9706
	Mediana	9,5000	9,5000	15,5000
	Desv. típ.	11,22231	10,29234	20,95231
	Mínimo	,00	,00	,00
	Máximo	40,00	35,00	69,00
Mujer	N	44	44	44
	Media	20,5455	20,6136	41,1591
	Mediana	22,0000	19,5000	42,0000
	Desv. típ.	10,94480	12,44937	22,91434
	Mínimo	2,00	1,00	4,00
	Máximo	46,00	48,00	93,00
Total	N	78	78	78
	Media	16,6538	16,5769	33,2308
	Mediana	13,0000	14,0000	27,0000
	Desv. típ.	11,86266	12,38193	23,74372
	Mínimo	,00	,00	,00
	Máximo	46,00	48,00	93,00

Tabla 27 . Categorías de gravedad ansiedad social

	Porcentaje de pacientes	Número de pacientes
<i>Ansiedad social leve (≤ 51)</i>	74,4 %	58
<i>Ansiedad social moderada (52-81)</i>	23 %	18
<i>Ansiedad social grave (≥ 82)</i>	2,6 %	2

- **ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH:** El 30,8 % de los pacientes serían malos dormidores, 24 pacientes en total, el punto de corte para diferenciar a los buenos de los malos dormidores se estableció en ≤ 5 . En la tabla 28 se presentan los principales estadísticos descriptivos del índice de calidad de sueño y su distribución por sexos tanto en la puntuación total como en las distintas subescalas .

Tabla 28. Calidad del sueño

sexo		calidad subjetiva del sueño	duración del sueño	alteraciones del sueño	disfunción diurna	latencia del sueño	eficiencia habitual del sueño	uso de medicación para dormir	puntuación global
Varon	N	34	34	34	34	34	34	34	34
	Media	,8824	,9706	1,4118	,6176	,6176	,4118	,3235	5,2059
	Mediana	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	,5000	,0000	,0000	4,0000
	Desv. típ.	,72883	,90404	,78306	,65202	,73915	,92499	,91189	3,80414
Mujer	N	44	44	44	44	44	44	44	44
	Media	1,0682	,9091	1,1591	,6591	,9545	,4091	,2045	5,3636
	Mediana	1,0000	1,0000	1,0000	,0000	1,0000	,0000	,0000	5,0000
	Desv. típ.	,69542	,74141	,68005	,80531	1,09872	,75693	,70148	3,34171
Total	N	78	78	78	78	78	78	78	78
	Media	,9872	,9359	1,2692	,6410	,8077	,4103	,2564	5,2949
	Mediana	1,0000	1,0000	1,0000	,0000	1,0000	,0000	,0000	4,0000
	Desv. típ.	,71157	,81128	,73278	,73810	,96776	,82864	,79668	3,52766

- **ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA:** En la tabla 29 se presentan los principales estadísticos descriptivos del DLQI tanto en su valor absoluto como en el porcentual así como su distribución por sexos.

Tabla 29. DLQI

sexo		Numérico	Porcentual %
Varon	N	34	34
	Media	1,4412	5,2047
	Mediana	1,0000	3,3300
	Desv. típ.	2,12048	8,38367
	Mínimo	,00	,00
	Máximo	11,00	45,83
Mujer	N	43	43
	Media	2,6512	8,9026
	Mediana	1,0000	4,0000
	Desv. típ.	3,46330	11,18089
	Mínimo	,00	,00
	Máximo	14,00	46,66
Total	N	77	77
	Media	2,1169	7,2697
	Mediana	1,0000	3,7000
	Desv. típ.	2,99110	10,14992
	Mínimo	,00	,00
	Máximo	14,00	46,66

- **ESCALA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE:** En la tabla 30 se presentan los principales estadísticos descriptivos de la escala de depresión de Zung-Conde y su distribución por sexos . En la tabla 31 se señala la distribución de

los pacientes para las categorías de gravedad de depresión según las puntuaciones de la escala.

Tabla 30. Zung-conde

sexo	N	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Varon	34	33,3529	31,0000	8,81418	23,00	64,00
Mujer	44	39,7045	39,0000	7,78663	25,00	56,00
Total	78	36,9359	35,0000	8,78656	23,00	64,00

Tabla 31. Categorías gravedad de la depresión

	Porcentaje de pacientes	Número de pacientes
20-40: no depresión	67,9 %	53
41-47: depresión leve	18 %	14
48-55: depresión moderada	11,53 %	9
56-80: depresión grave	2,56 %	2

- ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG: En la tabla 32 se muestran los principales estadísticos descriptivos de la escala de ansiedad de Zung y su distribución por sexos.

Tabla 32. Zung

sexo	N	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Varon	34	31,3824	29,0000	6,67430	22,00	52,00
Mujer	44	35,6591	36,0000	6,62252	21,00	52,00
Total	78	33,7949	34,5000	6,93824	21,00	52,00

- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG: En la tabla 33 se señalan los principales estadísticos descriptivos de la escala de autoestima y su distribución por sexos.

Tabla 33 . Rosenberg

sexo	N	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Varon	34	32,6765	33,0000	4,05059	23,00	39,00
Mujer	44	30,2045	30,0000	5,09254	21,00	40,00
Total	78	31,2821	31,0000	4,79961	21,00	40,00

- SCL-90-R. CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS: En varones, las puntuaciones centiles más elevadas se obtuvieron en las dimensiones de somatización, ansiedad fóbica y psicoticismo (65 en las tres). En mujeres las puntuaciones centiles más

elevadas se obtuvieron en las dimensiones de obsesividad, sensibilidad interpersonal y psicoticismo (75 en las tres). Solo en somatización y ansiedad fóbica la puntuación centil fue mayor en varones que en mujeres, en lo relativo a las medias, en todas las dimensiones fueron superiores en mujeres. En la tabla 34 se muestran los principales estadísticos descriptivos del SCL-90-R en sus diferentes perfiles psicopatológicos y su distribución por sexos. En la tabla 35 se señalan los estadísticos descriptivos correspondientes a las tres índices generales. En la tabla 36 se detalla la puntuación centil obtenida a partir del baremo para población general de la muestra de la adaptación española teniendo en cuenta la media de las puntuaciones directas obtenida en nuestra muestra. En la tabla 37 se describe la distribución de los pacientes en función del tipo de baremo utilizado según los criterios del manual SCL-90-R.

Tabla 34. SCL-90-R

sexo		somatización	obsesión	sensibilidad interpersonal	depresión	ansiedad	hostilidad	ansiedad fóbica	ideación paranoide	psicoticismo
Varon	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	Media	,4012	,4606	,4639	,4294	,3121	,4091	,2076	,3936	,2455
	Mediana	,2500	,2000	,2200	,3100	,1000	,3300	,0000	,1700	,0000
	Desv. típ.	,50434	,65045	,62679	,54406	,45741	,60149	,42827	,56899	,46777
Mujer	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Media	,6181	,9023	,7198	,8623	,6000	,6044	,2491	,6086	,3837
	Mediana	,5000	,8000	,6700	,6200	,4000	,3300	,1400	,5000	,2000
	Desv. típ.	,55109	,68920	,59347	,74201	,62374	,66385	,37980	,54556	,42758
Total	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	Media	,5239	,7105	,6087	,6743	,4750	,5196	,2311	,5153	,3237
	Mediana	,3750	,5500	,3300	,5000	,2000	,3300	,0000	,3300	,1000
	Desv. típ.	,53881	,70362	,61738	,69374	,57251	,64082	,39933	,56242	,44777

Tabla 35. SCL-90-R . Índices generales

sexo		GSI	PST	PSDI
Varon	N	33	33	33
	Media	,3779	21,2727	1,3179
	Mediana	,1600	12,0000	1,1500
	Desv. típ.	,47820	21,46985	,64986
Mujer	N	43	43	43
	Media	,6419	34,2398	1,5974
	Mediana	,5400	32,0000	1,5200
	Desv. típ.	,48200	21,64563	,46120
Total	N	76	76	76
	Media	,5272	28,6093	1,4761
	Mediana	,3550	25,0000	1,3500
	Desv. típ.	,49499	22,38106	,56459

Tabla 36. Puntuación centil

	Varón	Mujer
Somatización	65	50
Obsesividad	45	75
Sensibilidad interpersonal	55	75
Depresión	40	55
Ansiedad	45	60
Hostilidad	60	65
Ansiedad fóbica	65	55
Paranodismo	50	65
Psicoticismo	65	75
GSI	50	65
PST	50	70
PSDI	25	40

Tabla 37. Tipo de baremo utilizado en cada paciente

	Frecuencia	Porcentaje
normal	46	60,5
psicosomatico	17	22,4
psiquiatría	13	17,1
Total	76	100,0

- CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE SALUD SF-36: En la tabla 38 se detallan los estadísticos descriptivos correspondientes a las nueve dimensiones del estado de salud según el SF-36 y su distribución por sexos. En la tabla 39 se muestran

los datos correspondientes al valor global y a la cuestión sobre los cambios de salud en el último año.

Tabla 38 . SF-36. Dimensiones

sexo		FUNCIÓN FÍSICA	problemas físicos	dolor	función social	salud mental	problemas emocionales	vitalidad	percepción salud
Varon	N	34	34	34	34	34	34	34	34
	Media	93,8235	89,7059	78,1618	90,4412	79,7647	86,2765	72,9412	70,2941
	Mediana	95,0000	100,0000	90,0000	100,0000	88,0000	100,0000	75,0000	77,5000
	Desv. típ.	9,05027	23,92986	25,82949	17,69342	19,56970	30,83296	17,41288	20,74160
Mujer	N	44	44	44	44	44	44	44	44
	Media	86,7045	88,6364	83,2386	84,6591	63,9091	84,0932	62,1591	65,1136
	Mediana	95,0000	100,0000	80,0000	100,0000	66,0000	100,0000	65,0000	67,5000
	Desv. típ.	17,78238	22,52553	13,58200	20,68304	19,60519	26,40577	21,30612	16,61775
Total	N	78	78	78	78	78	78	78	78
	Media	89,8077	89,1026	81,0256	87,1795	70,8205	85,0449	66,8590	67,3718
	Mediana	95,0000	100,0000	90,0000	100,0000	76,0000	100,0000	70,0000	70,0000
	Desv. típ.	14,97709	23,00118	19,88374	19,52919	21,00942	28,24889	20,30784	18,58159

Tabla 39. SF-36. Valor global y cambios de salud

sexo		valor global	cambios salud
Varon	N	34	34
	Media	82,6761	50,7353
	Mediana	86,2188	50,0000
	Desv. típ.	13,56558	17,92799
Mujer	N	44	44
	Media	77,3142	48,4091
	Mediana	81,7500	50,0000
	Desv. típ.	13,19462	16,73225
Total	N	78	78
	Media	79,6514	49,4231
	Mediana	83,7813	50,0000
	Desv. típ.	13,53708	17,18843

- **ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS:** El valor porcentual relativo de los subíndices del IRE-32 se distribuiría de la siguiente manera: Cognitivo - 25 ,8 %; emocional - 23,5 %; conductual - 22,4 %; vegetativo - 15,3 %. En la tabla 40 se señalan los estadísticos descriptivos principales del índice de reactividad al estrés en su valor total y en los cuatro subíndices.

Tabla 40. IRE-32

sexo		índice reactividad estrés	conductual	cognitivo	emocional	vegetativo
Varon	N	34	34	34	34	34
	Media	21,0000	5,2353	4,7059	3,9118	7,1471
	Mediana	17,0000	4,5000	4,0000	3,5000	5,5000
	Desv. típ.	15,68052	4,21440	3,42477	3,24147	6,82745
Mujer	N	44	44	44	44	44
	Media	28,7955	7,1136	5,5227	5,3182	10,8409
	Mediana	25,5000	6,0000	5,0000	4,5000	11,0000
	Desv. típ.	16,30605	4,29286	3,33054	3,53568	7,69156
Total	N	78	78	78	78	78
	Media	25,3974	6,2949	5,1667	4,7051	9,2308
	Mediana	23,0000	5,0000	5,0000	4,0000	7,5000
	Desv. típ.	16,40109	4,33383	3,37453	3,46076	7,51090

4.1.3.5. Otras variables psiquiátricas :

- EJE IV. PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES: El 56,3 % de los pacientes tenían problemas referidos a este eje. Los más frecuentes fueron los problemas relativos al grupo primario de apoyo (35 % de los pacientes) , seguido de los laborales (12.5 %). Cuatro pacientes tuvieron problemas relativos a la enseñanza, dos relacionados con la vivienda y uno con el ambiente social.
- ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG) : La media fue de 72,5 puntos, con una desviación típica de 10. Con un rango entre 50 y 90. La puntuación media correspondería a “algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar pero en general funciona bastante bien, algunas relaciones interpersonales significativas”.
- ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL - (ICG) : La media fue de 2,28 puntos con una desviación típica de 2 . Con un rango entre 1 y 5. La media se situaría por tanto entre “dudosamente enfermo” y “ levemente enfermo ” en lo relativo a la gravedad de la psicopatología actual. Por categorías los pacientes se distribuirían de la siguiente forma : 33,8 % normal – no enfermo, 25 % dudosamente enfermo, 25 %

levemente enfermo, 11, 3 % moderadamente enfermo y 5 % marcadamente enfermo. Ningún paciente puntuó ni gravemente enfermo ni extremadamente enfermo.

- ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS: El 42 % de los pacientes tenía antecedentes familiares psiquiátricos.

- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA ¿CREE USTED QUE LA CAÍDA DEL PELO LE HA PRODUCIDO ALGÚN PROBLEMA PSICOLÓGICO?: La mitad de los pacientes contestaron que si y la mitad que no, justo al 50 %.

- REACTIVIDAD AL ESTRÉS DE LA ALOPECIA AREATA - ¿CREE USTED QUE EL ESTRÉS Y LAS SITUACIONES ESTRESANTES EMPEORAN SU ALOPECIA?: Los resultados por categorías quedarían de la siguiente forma : nada - 21,8 %, poco - 24,4 % , algo - 17,9 % , bastante - 6,4 %, mucho - 21,8 % y muchísimo - 7,7 % . El 64 ,1 % tiene una reactividad al estrés baja (nada, poco o algo) y el 35,9 % alta (bastante, mucho o muchísimo). El 78, 2 % tiene por tanto algún grado de reactividad al estrés (respuesta positiva). Si consideramos la variable desde el punto de vista numérico (valores de 0 a 5), la reactividad al estrés media sería de dos , correspondiendo a la categoría “ algo ”.

- RELACIONES FAMILIARES: En el 47, 5 % de los pacientes las relaciones familiares serían buenas. En el 52,5 % de los casos habría problemas familiares de algún tipo. La distribución en categorías graduadas de mejores a peores relaciones familiares sería : buenas - 47,5 % ; discusiones - 13,8 %; desavenencias - 18,8 % ; conflictos graves - 17,5 % , malos tratos - 1,3 %; relaciones familiares ausentes - 1,3 % .

- INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA RECOMENDADA: El 62 ,5 % de los pacientes podrían ser atendidos por parte del dermatólogo sin ser necesario una derivación a psiquiatría. De estos pacientes que no precisarían derivación a psiquiatría, el 22 % necesitaría de la prescripción de algún ansiolítico o antidepresivo a dosis bajas y de fácil

manejo por parte del dermatólogo. El resto solo la atención habitual de su dermatólogo centrada en los aspecto psicológicos de la alopecia areata como explicación, información, clarificación, resolución de dudas y abordaje básico de los aspectos relacionados con el estrés y de carácter psicosocial.

El 37,5 % de los pacientes precisaría de atención por parte de psiquiatría para la realización de tratamientos psicoterapéuticos específicos, prescripción de psicofármacos o ambas cosas. De estos pacientes que habría que derivar a psiquiatría, el 56,6 % necesitaría psicoterapia más psicofármacos, el 40 % solo psicoterapia y el 3,33 % solo psicofármacos .

- **RIESGO DE SUICIDIO:** 16 pacientes presentaban ideación de muerte o autolítica en el momento de la evaluación (20,3 %). Seis pacientes presentaban ideación de muerte (7,5 %) y diez ideación autolítica (12,5 %) . En función de la clasificación propuesta por la entrevista M.I.N.I. plus : Riesgo de suicidio leve (1-5 puntos) – 6 pacientes ; riesgo de suicidio moderado (6-9 puntos) - 8 pacientes ; riesgo de suicidio alto (≥ 10 puntos) - 2 pacientes.

4.2. ESTUDIO DE LAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DE VARIABLES

4.2.1. Sexo y edad frente a variables socio - demográficas

4.2.1.1. Edad

- ESTADO CIVIL CASADO: La edad media de de los pacientes casados (50 años) resultado significativamente mayor que la de los pacientes solteros (31 años) ($p < 0,001$). También existe esta relación considerando la edad por estratos (< 30 ,30-50, >50). El 93 % de los pacientes mayores de 50 años estaban casados, el 56 % de los pacientes entre 30 y 50, mientras que solo el 16 % de los menores de 30 años lo estaba ($p < 0,001$).
- ESTUDIOS BÁSICOS: La media de edad de los pacientes con estudios básicos era de 45 años por 37 años de aquellos que tenían estudios de más nivel ($p = 0,02$). Por estratos, se aprecia una diferencia significativa entre los pacientes de más 50 años con respecto a los de menos de 50 años ($p = 0,002$).

4.2.1.2. Sexo

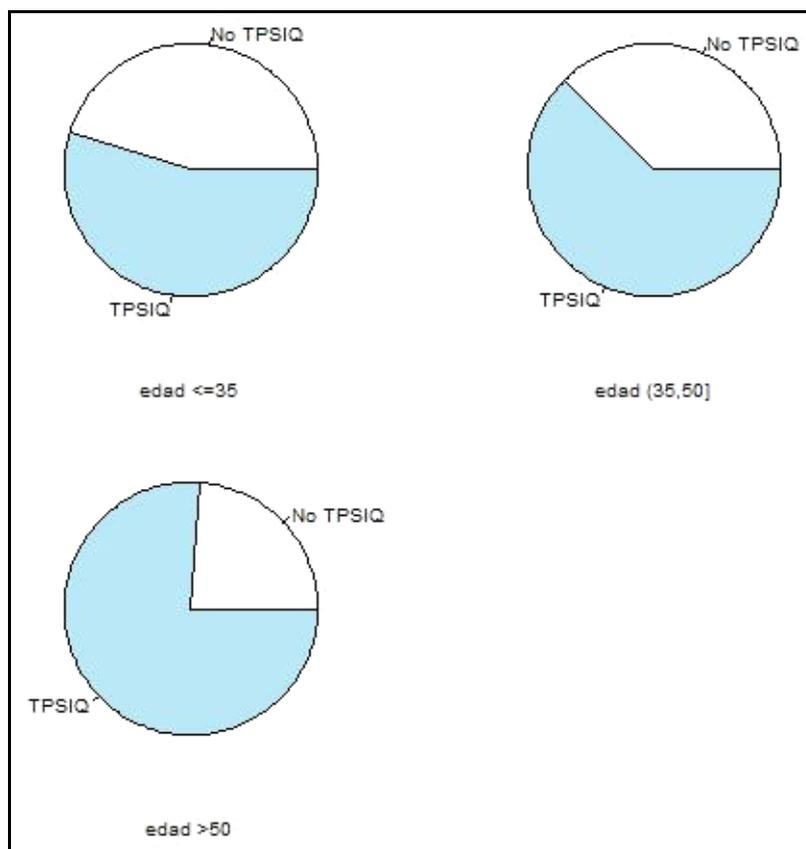
- ESTUDIOS BÁSICOS: El 65 % de las *mujeres* tenían estudios básicos por el 40 % de los hombres ($p = 0,02$).
- HORAS DE TRABAJO SEMANALES: Más horas de trabajo en los *varones*. El 65 % de las mujeres trabajaría menos de 38 horas semanales por el 20 % de los varones ($p < 0,001$).
- CONSUMO DE ALCOHOL: El 46 % de los *varones* consumía alcohol frente al 8 % de las mujeres ($p < 0,001$). También existe esta asociación en los pacientes que consumen alcohol más tabaco ($p = 0,001$). No existe diferencias entre sexos en los que respecta al consumo de tabaco aislado.

4.2.2. Sexo y edad frente a variables psiquiátricas

4.2.2.1. Edad

- EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH: Se observó una relación significativa, con una peor eficiencia del sueño a mayor edad, se apreció esta relación considerando la edad de forma numérica ($p=0,05$). Por estratos de edad, se asoció al grupo de edad de mayores de 35 años ($p=0,05$).
- ÍNDICE PSDI. CUESTIONARIO SCL-90-R: Se observó una relación significativa con respecto a la edad tanto de forma numérica ($p = 0,03$) como por estratos (mayores de 50 años > 30-50 > menores de 30) ($p= 0,03$) . A mayor edad existirían valores más altos de PSDI, es decir, que la intensidad media de los síntomas que es lo que mide el PSDI sería mayor en los grupos de edad más avanzada.
- PENSAMIENTO ORIENTADO HACIA DETALLES EXTERNOS. ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO: Esta subescala tendría una relación significativa con la edad, es decir, a mayor edad puntuaciones más altas en el componente de la alexitimia pensamiento orientado en detalles externos ($p = 0,03$).
- SUCESOS VITALES:
 - Existe una relación significativa entre la edad y el índice de sucesos vitales ($p = 0,001$) y el índice de reajuste social ($p = 0,03$) . A menor edad se observa un mayor número de eventos vitales estresantes (ISV) durante los seis meses previos a la aparición de la AA y mayor carga de estrés (IRS). Por grupos de edad , también existen diferencias significativas entre los valores medios del ISV($p =0,001$) y del IRS ($p=0,02$) (< 35 años: ISV = 2,6 , IRS =133 ; 35-50 años : ISV= 2,28 , IRS =119; >50 años: ISV=1,18, IRS = 74,68).

- En cuanto al tipo de eventos, son los eventos relacionados con la esfera sexual y de pareja los que se asocian de forma significativa con la edad, siendo los pacientes que sufrieron este tipo de eventos más jóvenes (la edad media de los pacientes con este tipo de eventos fue de 31 años por 43 años de los que no los tuvieron) ($p = 0,03$). También los eventos de la categoría miscelánea “otros”(muerte de un amigo, éxito personal , exámenes , vacaciones , navidades o cambio costumbres) se asocian de forma significativa con la edad. Así, la edad media de los que sí tuvieron estos eventos fue de 29 años frente a 44 años los que no ($p = 0,001$).
- ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG) :
Diferencia significativa por estratos de edad, entre los mayores de 50 años y los menores de 50 años. El 71 % de los pacientes mayores de 50 años tendrían valores bajos de EEAG (mala funcionalidad) por tan solo el 40 % de los menores de 50 años ($p = 0,03$).
- DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ACTUAL :
 - Trastornos de ansiedad (grupo): La edad media de los pacientes que padecían algún trastorno de ansiedad fue de 48 años frente a 39 años de los que no lo padecían ($p = 0,05$). Por estratos, mayores de 50 años más trastorno de ansiedad que entre 30-50 y estos más que los menores de 30. El 34 % de los mayores de 50 años tuvieron un trastorno de ansiedad por solo el 8 % de los menores de 30 ($p = 0,03$).
 - Los paciente con cualquier diagnostico psiquiátrico tendrían una edad media significativamente más alta que aquellos sin diagnostico psiquiátrico ($p = 0,05$) (figura 2).

Figura 2 . Edad y padecer un diagnostico psiquiatrico comorbido a la AA

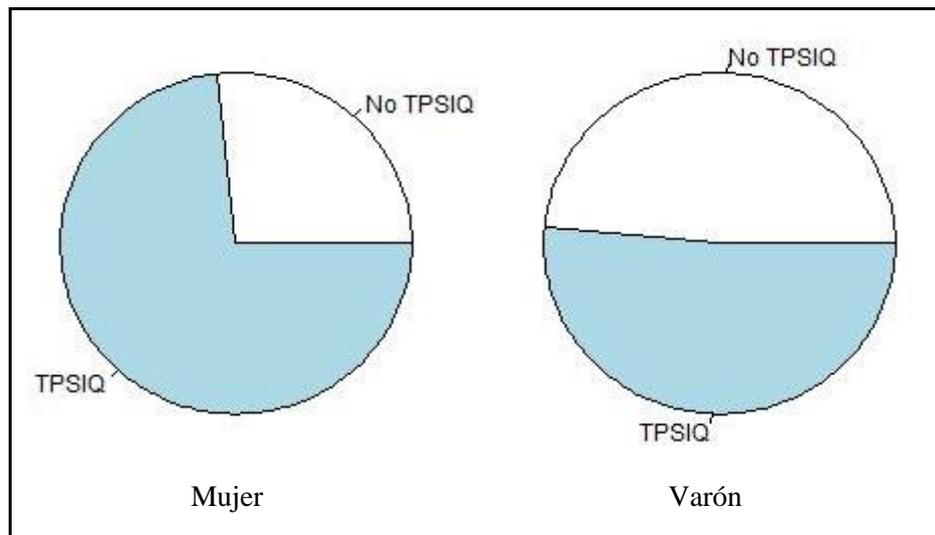
4.2.2.2. Sexo

- DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ACTUAL :

- Relación significativa entre tener un *diagnóstico psiquiátrico* y el *sexo femenino*.

El 74 % de las mujeres tenían algún diagnóstico psiquiátrico frente al 50 % de los hombres ($p=0,04$) (figura 3).

- En cuanto a los diagnósticos concretos fueron los *trastornos adaptativos* como grupo en los que se encontraron diferencias significativas también en relación al *sexo femenino*. El 34 % de las mujeres tuvieron un trastorno adaptativo frente al 2 % de los hombres $p < 0,001$.

Figura 3 . Sexo y padecer un diagnostico psiquiatrico comorbido a la AA

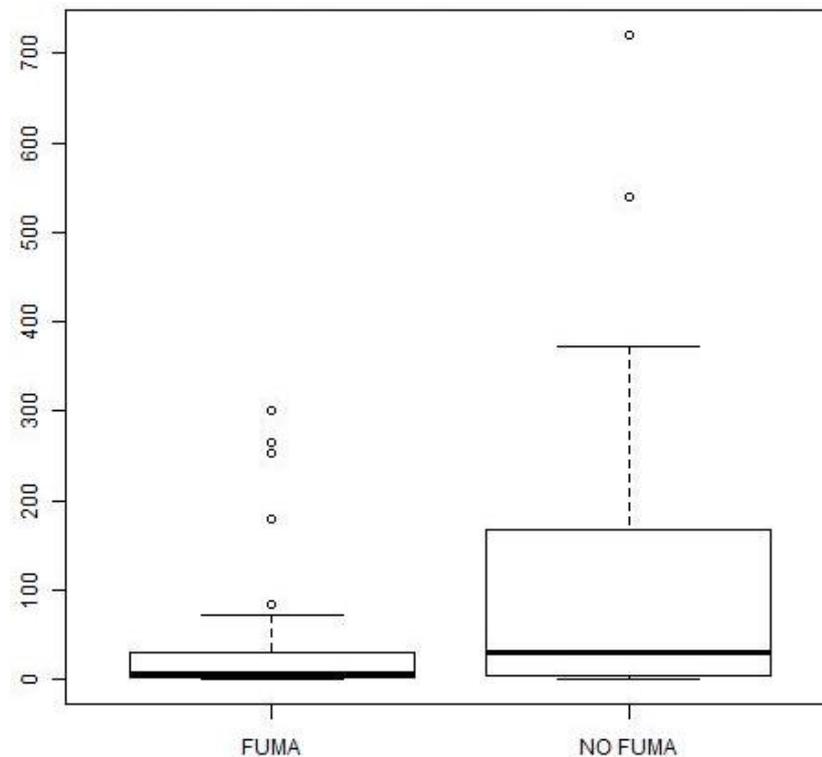
- EVENTO “ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO RELACIONADO CON LA FAMILIA”: Más eventos de este tipo en *mujeres*. El 30 % de las mujeres tuvieron un evento de este tipo en los meses previos al inicio de la AA frente a tan solo el 10 % de los hombres ($p = 0,05$).
- DIMENSIÓN DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD: Relación significativa con el sexo femenino, más puntuación en *mujeres*. La puntuación media porcentual en esta dimensión fue tres veces mayor en mujeres que en hombres ($p = 0,003$).
- ESCALAS: Ninguna escala fue significativa a favor del sexo masculino, todas las que a continuación se señalan lo fueron en relación con el *sexo femenino*.
 - Escala de depresión de Conde ($p = 0,001$); Inventario de depresión de Beck ($p = 0,03$).
 - Índice de reactividad al estrés: valor total ($p = 0,04$), subescala conductual ($p=0,05$) y subescala vegetativa ($p=0,03$); Escala de alexitimia de Toronto, subescala dificultad para discriminar señales emocionales ($p= 0,04$); Escala de autoestima de Rosenberg, menor puntuación en mujeres y por lo tanto peor autoestima de forma significativa ($p = 0,02$).

- Inventario de ansiedad STAI: *Ansiedad- estado* ($p = 0,01$) y *ansiedad- rasgo* ($p < 0,001$); Escala de ansiedad de Zung ($p = 0,006$); Escala de ansiedad social de Liebowitz: *puntuación total* ($p < 0,001$), *subescala de ansiedad* ($p = 0,001$) y *de evitación* ($p=0,001$).
- SCL - 90 - R: *Dimensión de obsesividad* ($p= 0,005$), *depresión* ($p = 0,006$), *somatización* ($p = 0,03$), *sensibilidad interpersonal* ($p = 0,02$), *ansiedad* ($p = 0,02$), *paranoidismo* ($p = 0,02$), *psicoticismo* ($p = 0,02$) e *índices globales GSI* ($p= 0,02$), *PST* ($p= 0,01$) y *PSDI* ($p = 0,03$).

4.2.3. Variables socio - demográficas frente a dermatológicas

- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL BROTE ACTUAL**: Relación significativa con el *sexo*, los *varones* tendrían más meses de evolución del brote (5 meses de media las mujeres y 12 los hombres; mediana 3,5 mujeres vs 5,5 varones) ($p = 0,003$).
- **EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD HASTA EL MOMENTO ACTUAL**: La media de los que consumían *tabaco* fue de 3,75 años por 8 años de aquellos que no fumaban (medio año vs 2,5 años las medianas) ($p = 0,03$). Por lo tanto, menos tiempo de evolución de la enfermedad en los que fumaban de forma significativa (figura 4).

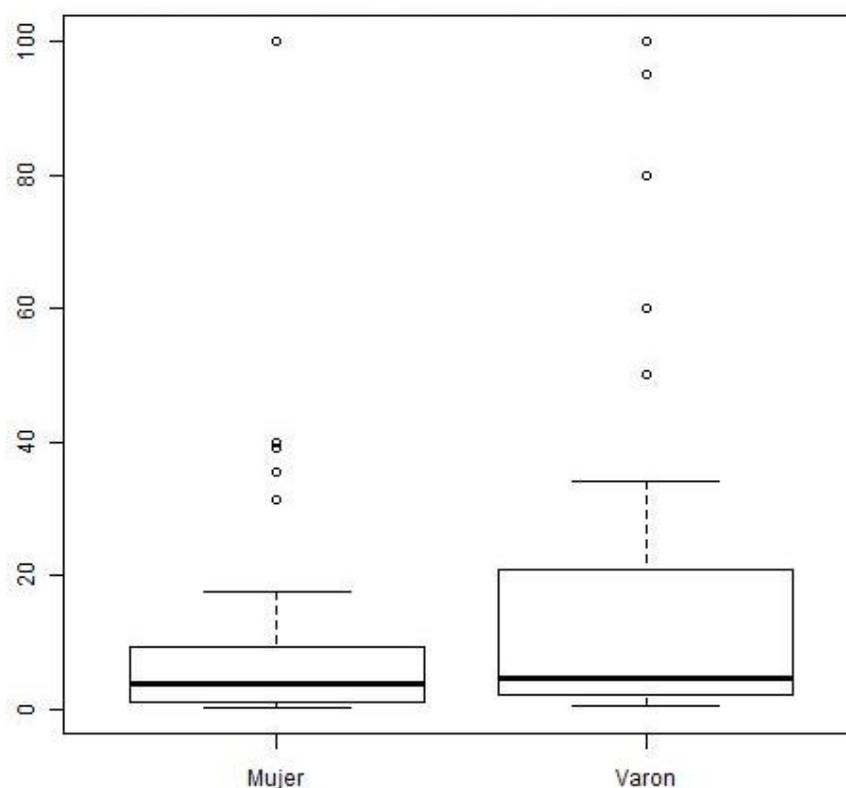
Figura 4. Evolución de la enfermedad hasta el momento actual y consumo de tabaco



- TIPO DE EPISODIO: Relación significativa entre tener un *primer brote* y más *horas de trabajo semanales* con respecto a tener una *recidiva* ($p = 0,05$).

Relación significativa entre el *tabaco* y tener un *primer brote* frente a una *recidiva*. El 47 % de los pacientes con un *primer brote* fumarían frente al 23 % de aquellos con una *recidiva* ($p=0,04$).

- SUPERFICIE CUERO CABELLUDO AFECTADA (SALT SCORE %): Relación significativa con el *sexo*, mayor afectación en *varones*. La afectación media en tantos por ciento en *varones* sería del 23 % frente al 10 % en *mujeres* ($p = 0,04$) (figura 5).

Figura 5. Superficie cuero cabelludo afectada y sexo

- ALTERACIONES UNGUEALES: Asociación con la *edad*, los pacientes con alteraciones ungueales tenían una edad media de 47 años por 38 años los que no tenían ($p = 0,003$. Por grupos de edad, la asociación se manifiesta partir de los 50 años. El 54 % de los pacientes con alteraciones ungueales tenían más de 50 años mientras que tan solo el 20 % de los que no tenían afectación en uñas superaban esta edad ($p = 0,006$).
- ENFERMEDADES AUTOINMUNES: Asociación con la *edad*. El 32 % de los pacientes mayores de 50 años tenían enfermedades autoinmunes frente al 3 % de los menores de 35 ($p = 0,01$).
- ATOPIA: Asociación significativa con el *sexo masculino*. El 26 % de los varones tenían atopia frente al 8 % de las mujeres ($p = 0,04$).
- ALTERACIONES TIROIDEAS: Asociación significativa con el *sexo femenino*, el 30 % de las mujeres tenían alteraciones tiroideas frente a solo el 10 % de los varones ($p = 0,05$).

4.2.4. VARIABLES DERMATOLÓGICAS FRENTE A VARIABLES PSIQUIÁTRICAS

- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD HASTA EL MOMENTO ACTUAL: A mayor tiempo de evolución de la enfermedad más *uso de medicamentos para dormir* medido a través del índice de calidad de sueño de Pittsburg ($p = 0,002$).
- TIPO DE EPISODIO: Los pacientes con una *recidiva* tenían con respecto a aquellos con un primer brote más puntuación de forma significativa en las siguientes escalas:
 - *Ansiedad estado según el STAI - 22* puntos de media en recidiva frente a 15 puntos de media en primer bote ($p = 0,02$). El 60 % de los pacientes con una recidiva tendrían puntuaciones altas en el STAI- estado mientras que solo el 40 % de aquellos con un primer brote tendrían puntuaciones altas ($p = 0,05$).
 - *Depresión según la escala de Conde* - Media de 39 puntos en pacientes con recidiva frente a 35 puntos en aquellos con primer brote ($p = 0,04$).
 - *Ansiedad según el SCL- 90* - Media de 0,6 en recidiva frente a 0,3 en primer brote ($p = 0,04$). El 70 % de los pacientes con una recidiva tendrían puntuaciones altas en ansiedad mientras que solo el 40 % de aquellos con un primer brote tendrían puntuaciones altas ($p = 0,007$).
 - *Calidad de sueño según índice de Pittsburg: Latencia del sueño* - mayor latencia de sueño en recidivas (puntuación media = 1) frente a primeros brotes (media = 0,6) ($p = 0,05$); *uso de medicaciones para dormir* - más uso de medicación para dormir en recidiva (media= 0,5) frente a primeros brotes (media= 0,04) ($p = 0,006$); *mayor puntuación global del índice* en recidivas (media = 6) frente a primeros brotes (media = 4,6) ($p = 0,05$).
 - *Dimensión de personalidad ansiosa según el I.P.D.E* . El 64 % de los pacientes con una recidiva tendrían puntuaciones altas en esta dimensión mientras que solo el 43 % de los primeros brotes tendrían puntuaciones altas ($p = 0,05$).

- Los pacientes con recidiva tendrán de forma significativa más *trastornos de ansiedad (grupo) como diagnóstico* obtenido a través de la *entrevista MINI* que aquellos con un primer brote. El 30 % de los pacientes con una recidiva tendrían un trastorno de ansiedad frente al 13 % de aquellos con un primer brote ($p= 0,05$) (figura 6).

Los pacientes con un *primer brote* tenían con respecto a aquellos con una recidiva más puntuación de forma significativa en las siguientes escalas:

- *Eventos vitales* previos medidos a través del *índice de sucesos vitales (ISV)*. La media en los pacientes con un primer brote fue de 2,3 eventos por 1,6 de media en los pacientes con recidiva ($p= 0,05$).

- La *carga de estrés* medida a través del *índice de reajuste social (IRS)*. La media en los pacientes con un primer brote fue de 125 puntos por 89 puntos de media en los pacientes con recidiva ($p=0,05$) (figura 7).

- *Problemas psicosociales (eje IV DSM) relacionados con el ambiente social ,la enseñanza, laborales y de vivienda*. El 30 % de los pacientes con un primer brote tendría problemas de este tipo por tan solo el 10 % de aquellos con una recidiva ($p= 0,03$) .

Figura 6. Tipo de episodio y diagnóstico de trastorno de ansiedad como grupo

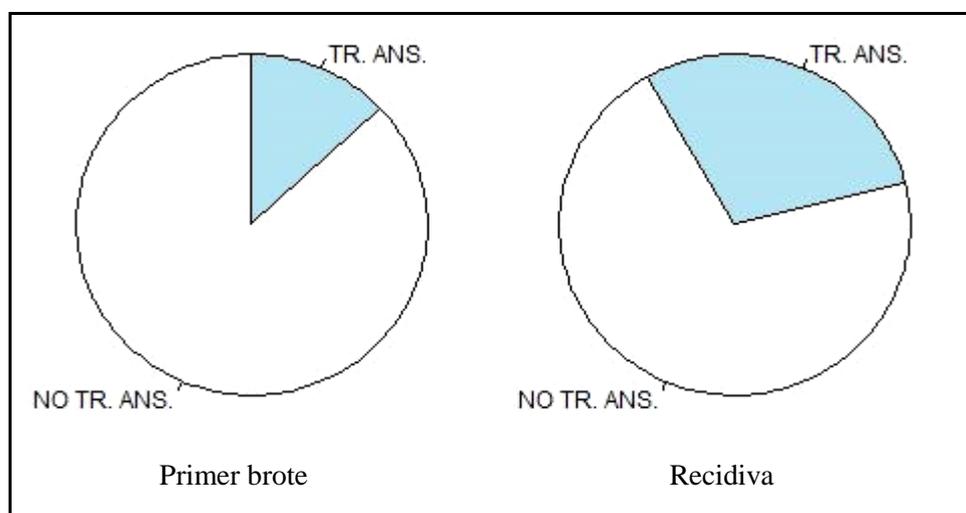
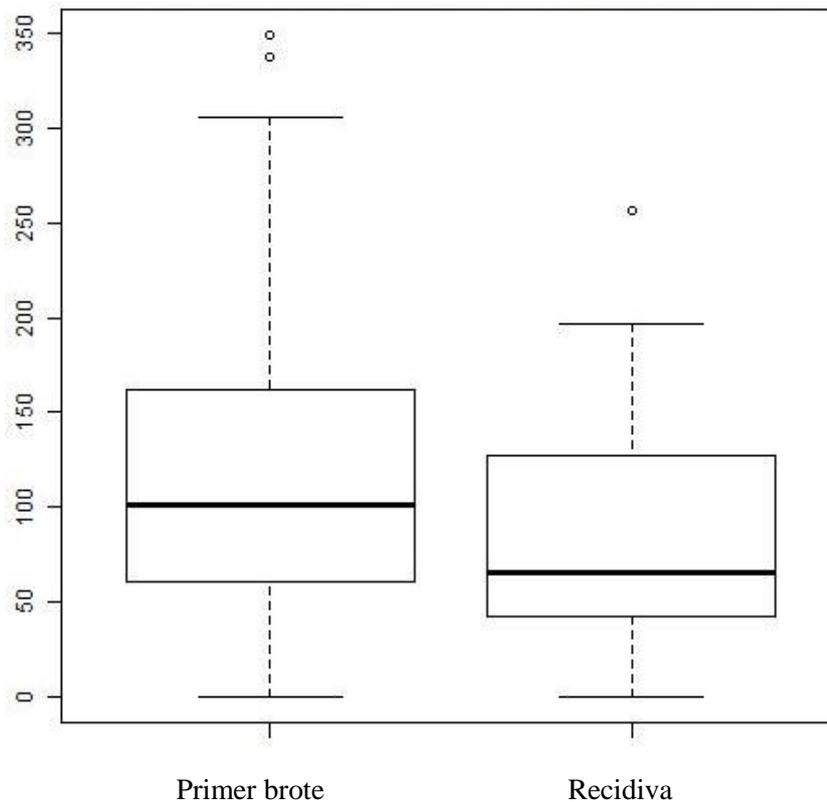


Figura 7. Tipo de episodio e índice de reajuste social

• SUPERFICIE CUERO CABELLUDO AFECTADA (SALT SCORE Y CLASIFICACIÓN SALT SEGÚN EL PORCENTAJE AFECTADO):

- Relación significativa positiva entre las *alteraciones del sueño* medidas a través de las puntuaciones en el índice de calidad de sueño de Pittsburgh y la superficie de cuero cabelludo afectada en porcentaje ($p = 0,04$) (figura 8).

- Relación significativa positiva entre la superficie de cuero cabelludo afectada y las siguientes *dimensiones de personalidad* : paranoide ($p = 0,05$), impulsivo ($p = 0,03$), anancástico ($p = 0,018$), narcisista ($p = 0,03$) y no especificado – disfunción global de personalidad ($p = 0,03$).

- El 31 % de los pacientes con una superficie del cuero cabelludo afectada superior al 25 % (S₂-S₅) tenían el *diagnóstico de fobia social* mientras que solo el 8% de aquellos con menos del 25 % afectado (S₁) lo tenían ($p = 0,02$) (figura 9). La superficie de cuero cabelludo afectada en tanto por ciento fue significativamente

superior en los pacientes con *fobia social* (media = 30 ; mediana = 21) que en aquellos sin este diagnóstico (media = 13 ; mediana = 4) ($p= 0,05$) (figura 10).

- La superficie de cuero cabelludo afectada en tanto por ciento fue significativamente superior en los pacientes con *diagnóstico de trastorno adaptativo secundario a la alopecia areata* (media = 39; mediana = 31) que en aquellos pacientes sin este diagnóstico (media =13; mediana = 4) ($p= 0,04$). El 23 % de los pacientes con una superficie del cuero cabelludo afectado superior al 25 % (S_2-S_5) tenían el *diagnóstico de trastorno adaptativo secundario a la alopecia areata* mientras que solo el 3 % de aquellos con menos del 25 % afectado (S_1) lo tenían ($p= 0,01$). Esta relación con la superficie de cuero cabelludo afectado no se muestra con el trastorno adaptativo de inicio anterior a la AA ni con el trastorno adaptativo en términos globales sin tener en cuenta la relación temporal.

- La superficie de cuero cabelludo afectada se asocia a la aparición de *trastornos psiquiátricos secundarios a la AA*, al comparar la superficie afectada en los pacientes que no desarrollaron un trastorno psiquiátrico secundario a la AA (media = 12; mediana = 4) con los que sí lo desarrollaron (media = 31; mediana = 21) los resultados son significativos ($p= 0,05$) (figura 11) .

Figura 8. Alteraciones del sueño y porcentaje de superficie cuero cabelludo afectada

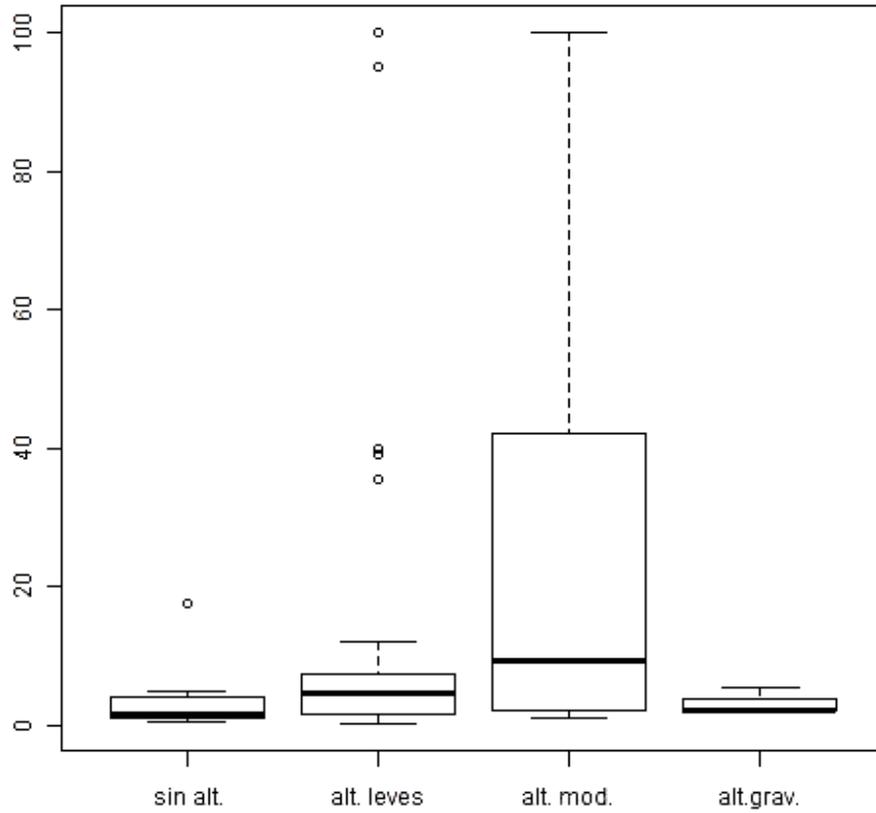


Figura 9. Fobia social y clasificación SALT

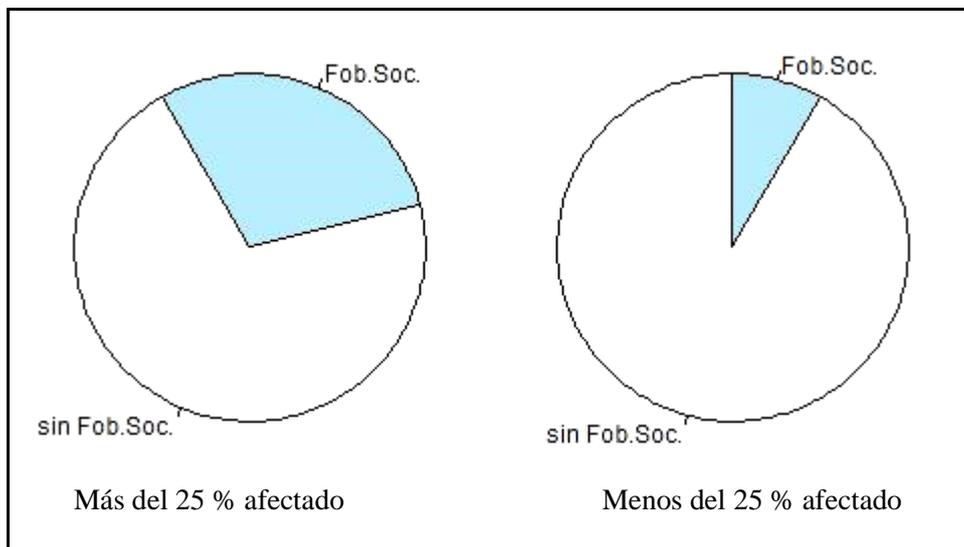


Figura 10. Porcentaje de superficie cuero cabelludo afectada y fobia social

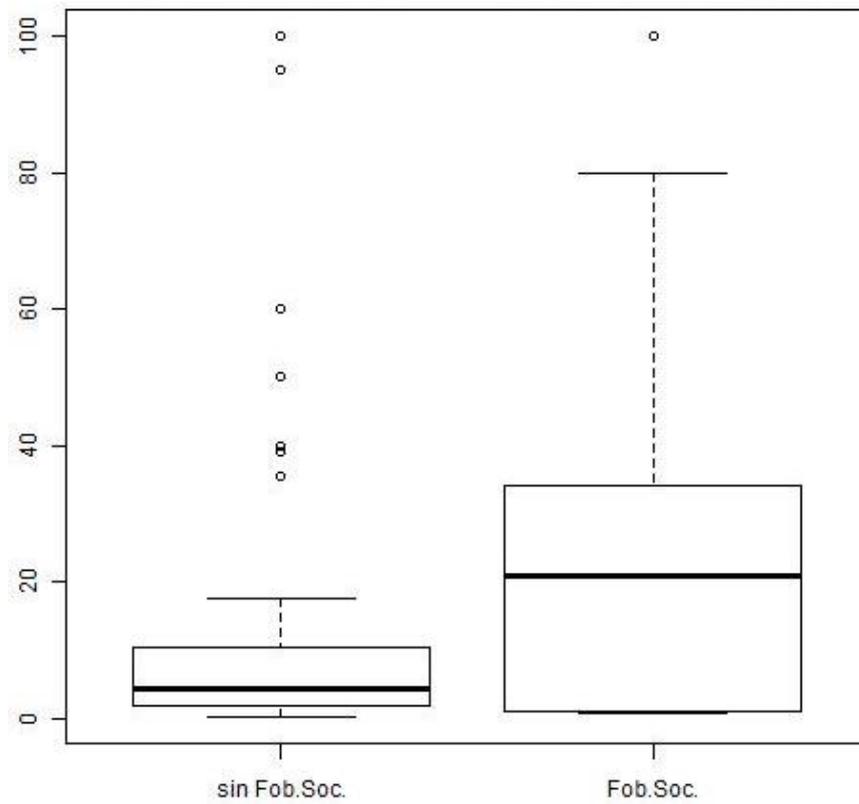
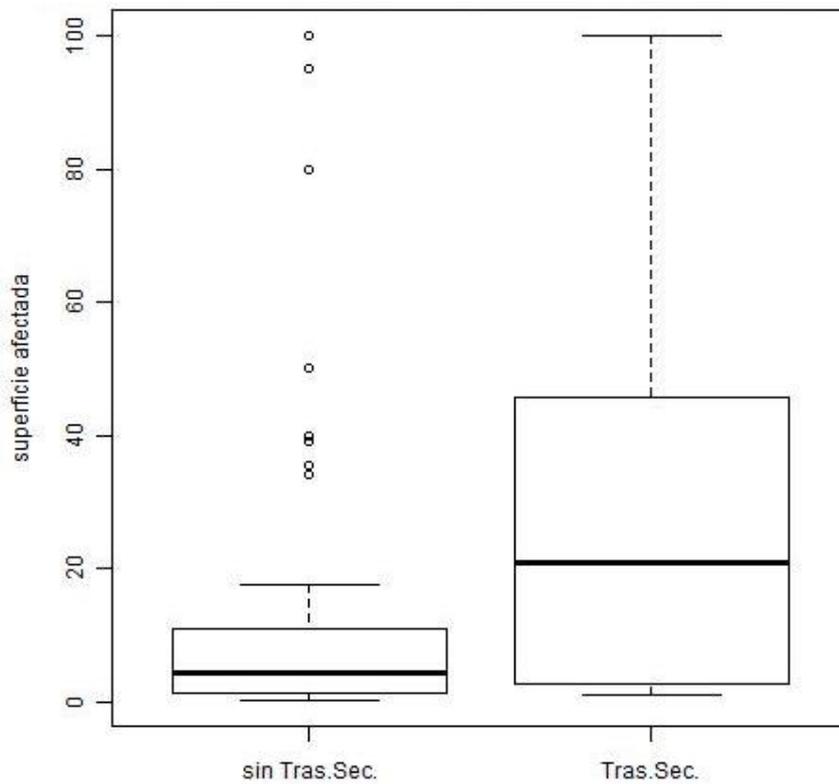


Figura 11. Superficie cuero cabelludo afectada y trastorno psiquiátrico secundario a la AA



• SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA: Los pacientes con afectación de la superficie corporal (B_1 o B_2) tenían con respecto a aquellos sin afectación (B_0) mas puntuación de forma significativa en las siguientes escalas :

- Peor calidad del sueño debido a *alteraciones del sueño* medido a través del índice de calidad de Sueño de Pittsburgh ($p = 0,003$) (figura 12) .
- Dimensión sintomática *psicoticismo* en el SLC-90-R ($p = 0,01$).
- Dimensión de *personalidad anancástica* según el I.P.D.E. ($p = 0,03$) (figura 13) .
- Dimensión de *personalidad no especificada* (*disfunción global de personalidad*) ($p=0,05$) (figura 14) .

Existiría una relación significativa entre los pacientes que tenían afectación corporal y los siguientes diagnósticos psiquiátricos:

- *Trastorno de ansiedad generalizada* - El 30 % de los pacientes con la superficie corporal afectada tenían un trastorno de ansiedad generalizada por tan solo un 10 % de aquellos que no tenían afectación ($p = 0,03$) .
- *Trastornos de ansiedad como grupo* - El 32 % de los pacientes con la superficie corporal afectada tenían un trastorno de ansiedad mientras que solo el 10 % de los pacientes sin afectación corporal padecían un trastorno de ansiedad ($p=0,03$) (figura 15).
- *Trastorno depresivo mayor* - Todos los pacientes con trastorno depresivo mayor tenían afectación corporal, mientras que solo el 34 % de los que no padecían trastorno depresivo mayor tenían afectación corporal ($p= 0,004$).

Figura 12. Superficie corporal afectada y alteraciones del sueño

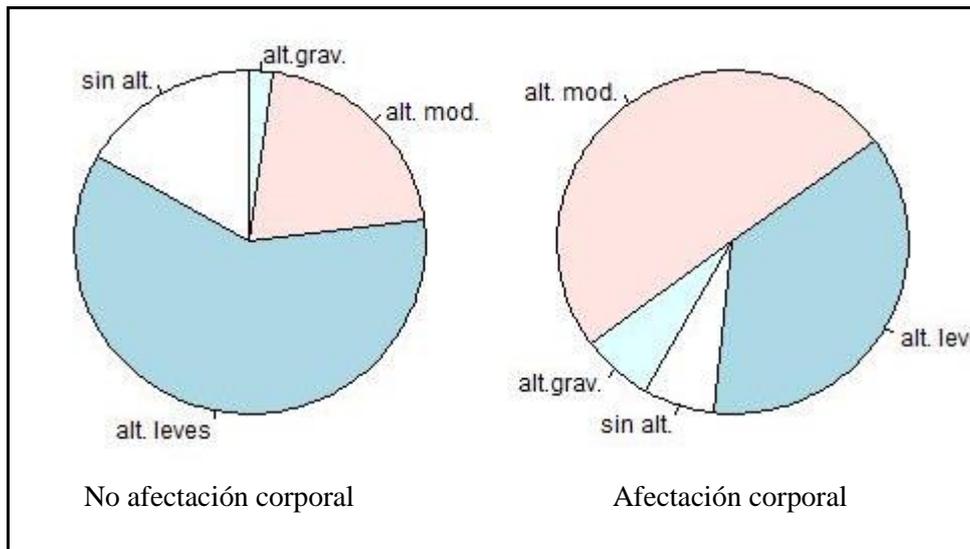


Figura 13. Superficie corporal afectada y dimensión obsesivo-compulsiva de personalidad

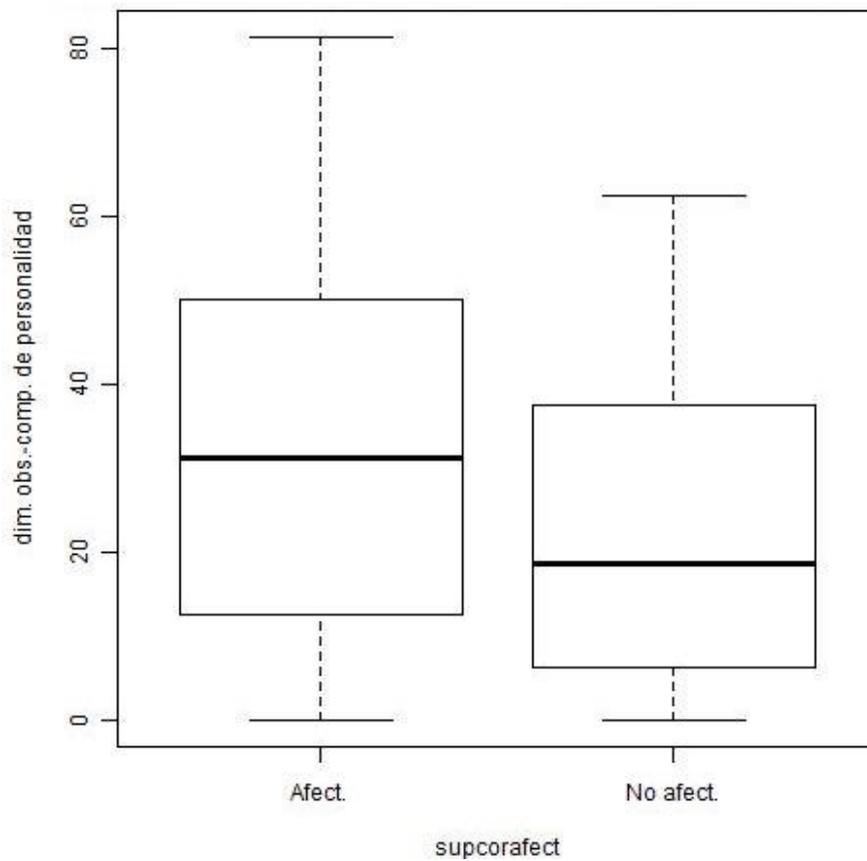


Figura 14. Superficie corporal afectada y disfunción global de personalidad

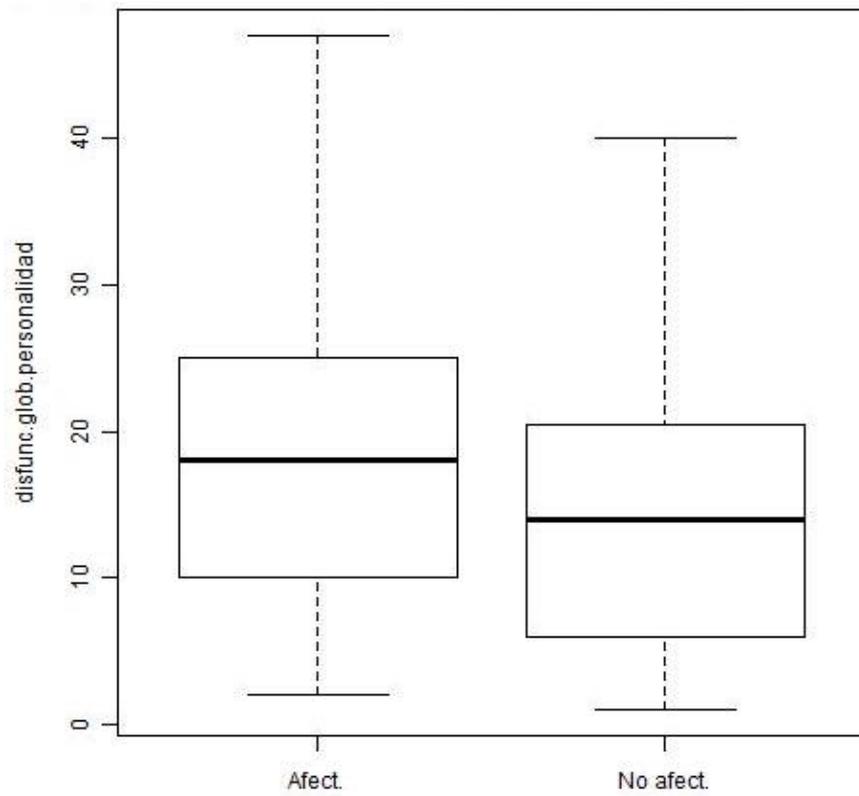
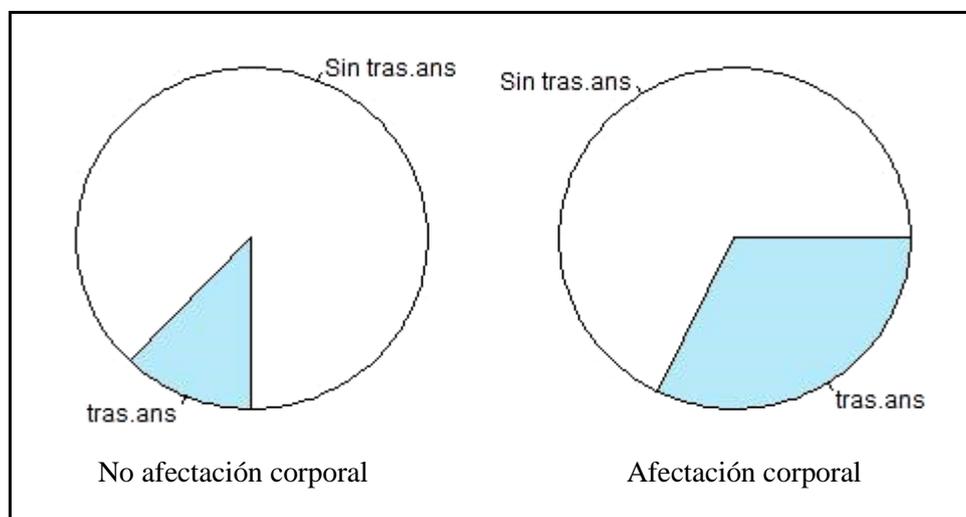


Figura 15. Superficie corporal afectada y trastorno de ansiedad como grupo



• AFECTACIÓN FACIAL: Los pacientes con afectación de la cara (cejas o pestañas) tenían con respecto a aquellos sin afectación más puntuación de forma significativa en las siguientes escalas :

- Dimensiones SCL-90-R: *sensibilidad interpersonal* ($p = 0,027$), *ansiedad* ($p = 0,027$), *psicoticismo* ($p = 0,025$) , índice global *PST* ($p = 0,02$) e índice global *PSI* ($p = 0,05$) (figura 16).

- Dimensión de personalidad medida según el I.P.D.E: *anancástica* ($p = 0,004$), *esquizotípica* ($p = 0,04$), *narcisista* ($p = 0,001$), *no especificada* ($p = 0,014$) (figura 17).

Existiría una relación significativa entre los pacientes que tenían afectación facial y los siguientes diagnósticos psiquiátricos:

- *Trastornos de ansiedad como grupo*. El 40 % de los pacientes con afectación facial tendrían un trastorno de ansiedad mientras que solo el 15 % de aquellos sin afectación facial lo tendrían ($p = 0,03$) (figura 18).

- *Trastorno de ansiedad generalizada*. El 40 % de los pacientes con afectación facial tenían un trastorno de ansiedad generalizada mientras que solo el 12 % de los pacientes sin afectación facial lo padecían ($p = 0,01$).

- *Fobia social*. El 33 % de los pacientes con afectación facial tenían fobia social mientras que solo el 9 % de los pacientes sin afectación facial lo padecían ($p = 0,02$) (figura 19). Al dividir los pacientes con fobia social en función de la relación temporal en anteriores y posteriores no se obtenían resultados significativos.

- No se encontró relación significativa con los trastornos secundarios a la AA en términos globales ni con los trastornos adaptativos secundarios.

Figura 16. Afectación facial y psicopatología general (GSI)

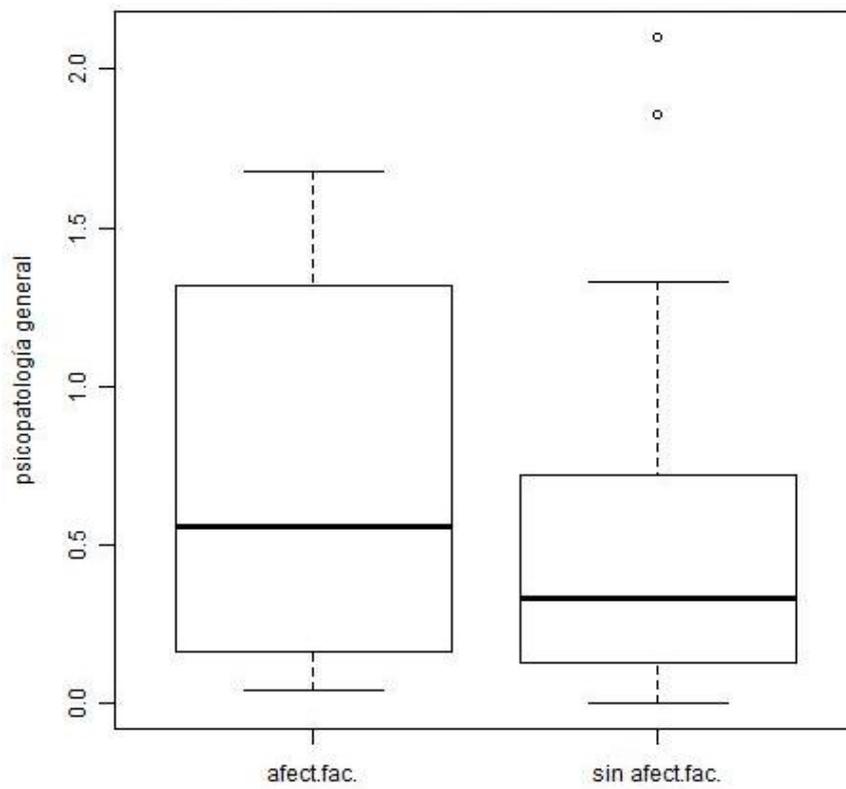


Figura 17. Afectación facial y disfunción global de la personalidad

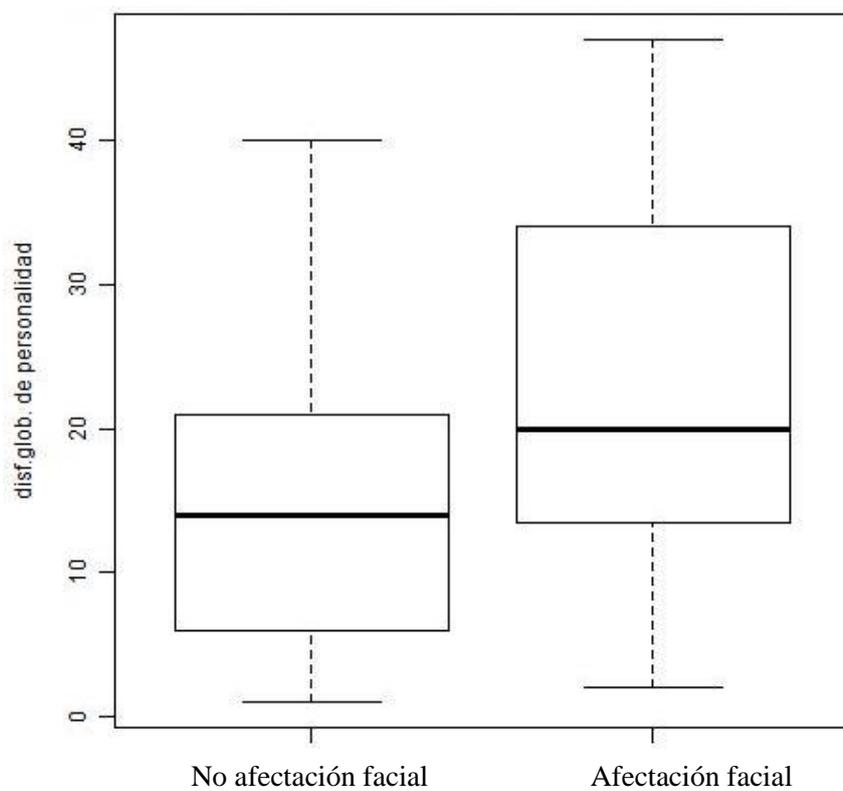
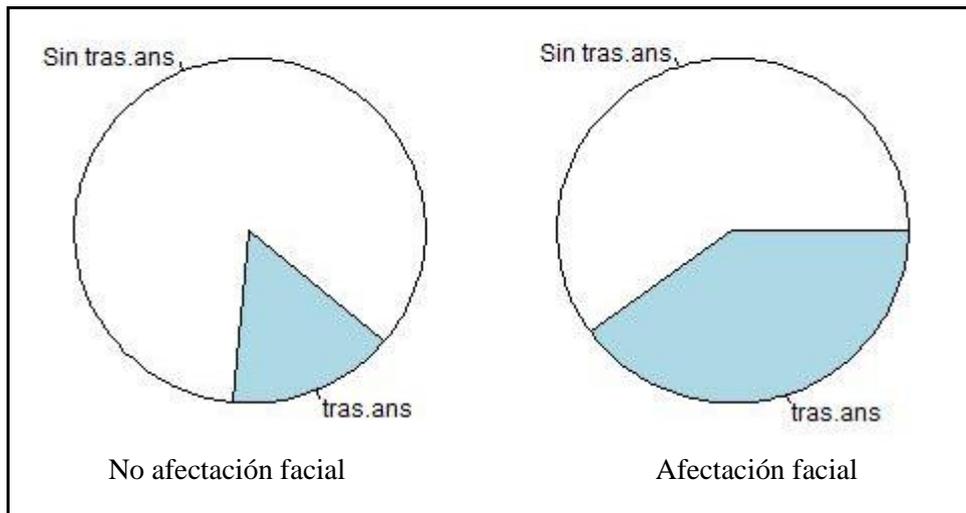
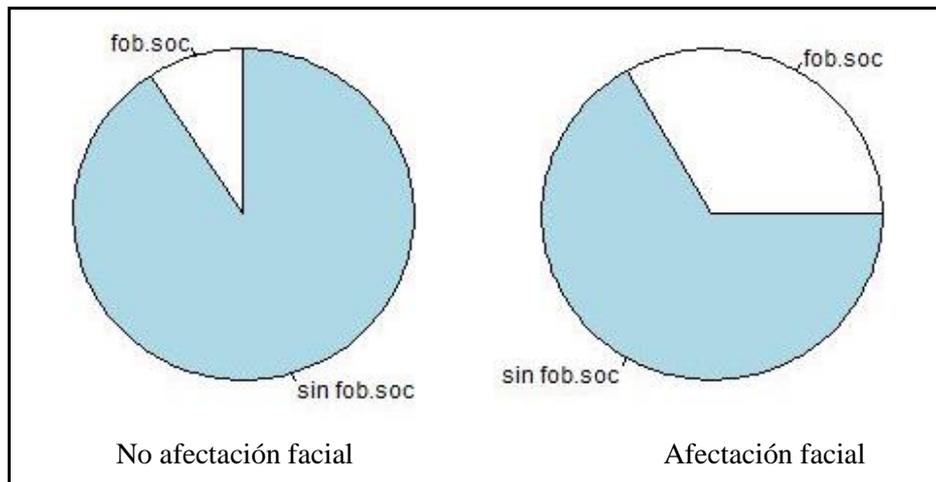


Figura 18 . Afectación facial y trastorno de ansiedad como grupo**Figura 19. Afectación facial y fobia social**

- BARBA: Los varones con afectación en la barba tenían con respecto a aquellos sin afectación más puntuación de forma significativa en las siguientes escalas :
 - *Peor calidad del sueño* medido a través del índice de Pittsburg en los siguientes parámetros - *alteraciones del sueño* ($p = 0,05$), *eficiencia habitual del sueño* ($p = 0,05$) y *puntuación global* ($p = 0,02$) (figura 20).
 - *Reactividad al estrés - respuesta de tipo vegetativa* ($p = 0,04$).
 - Sintomatología de *ansiedad* medida a través de la escala de ansiedad de Zung ($p = 0,03$) (figura 21).

Figura 20. Afectación de la barba y calidad del sueño (puntuación total Pittsburg)

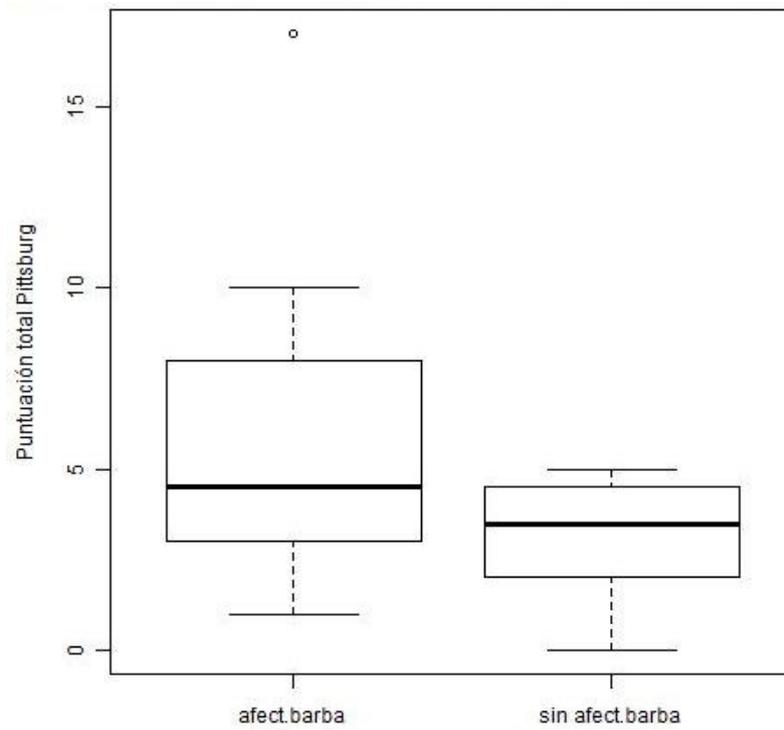
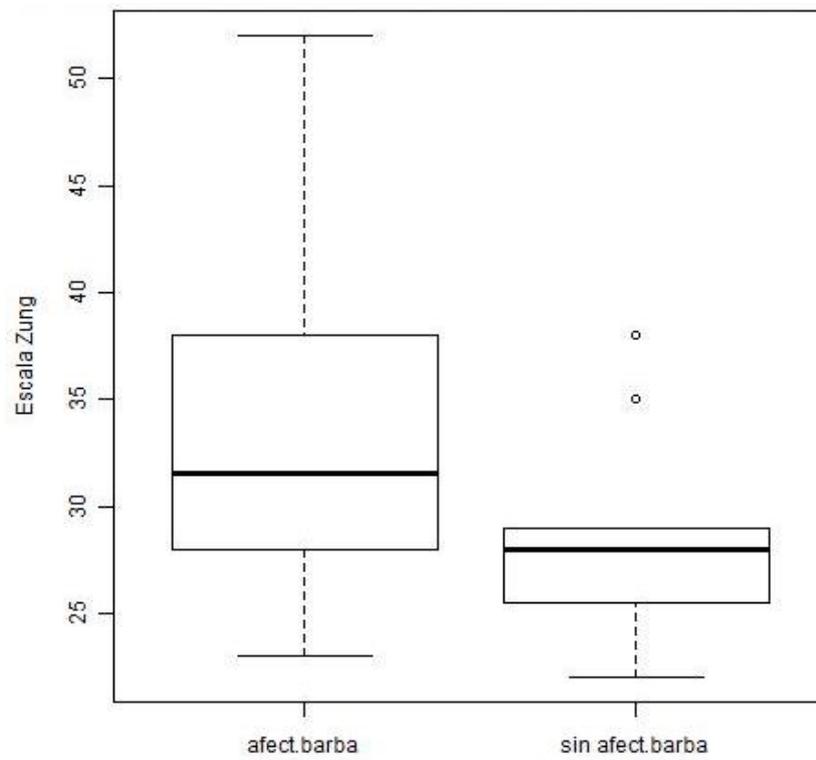


Figura 21. Afectación de la barba y ansiedad según la escala de Zung



• ALTERACIONES UNGUEALES : Los pacientes con algún grado de afectación en las uñas (N₁ o N₂) tendría de forma significativa valores más altos en las siguientes escalas :

- *Alexitimia, puntuación total* según la escala de alexitimia de Toronto ($p = 0,04$) (figura 22).

- *Personalidad anancástica* puntuación dimensional según el I.P.D.E. ($p = 0,04$) (figura 23).

- Puntuaciones más bajas en el *EEAG* (Eje V DSM), es decir menor actividad global, menor funcionalidad ($p = 0,01$).

Existe una asociación significativa entre tener alteraciones ungueales y los siguientes diagnósticos psiquiátricos:

- *Trastorno de ansiedad generalizada*. El 60 % de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tendrían alteraciones ungueales mientras que solo el 30 % de los pacientes sin trastorno de ansiedad generalizada las tendrían ($p = 0,05$).

- *Trastornos de ansiedad como grupo*. El 35 % de los pacientes con alteraciones ungueales tuvieron un trastorno de ansiedad frente al 10 % de aquellos sin alteraciones ungueales ($p = 0,009$) (figura 24).

Figura 22. Alteraciones ungueales y alexitimia (puntuación total Toronto)

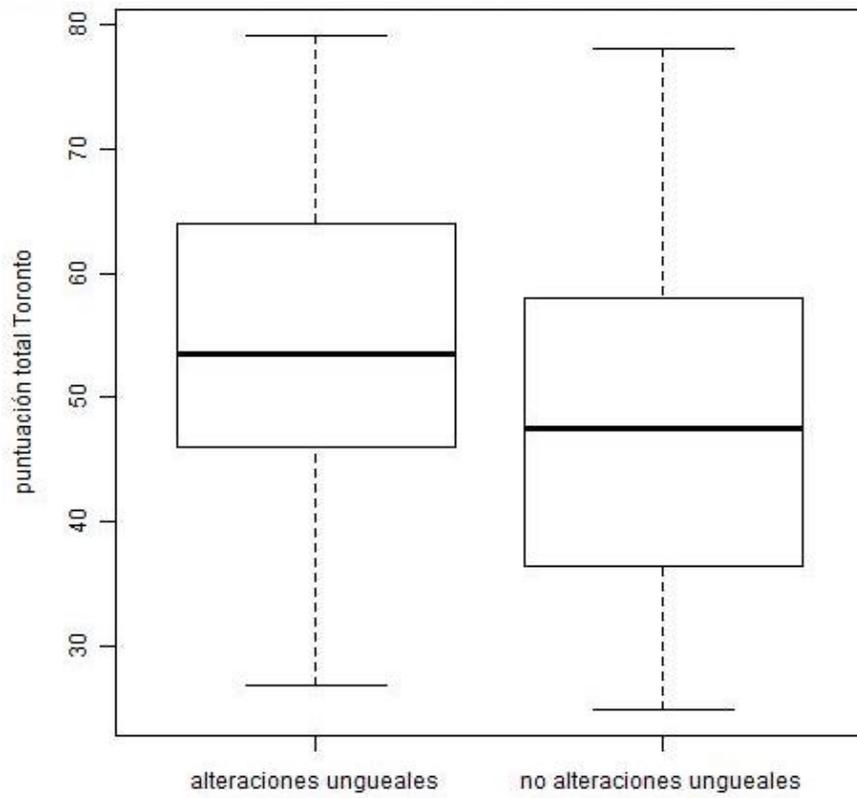


Figura 23 . Alteraciones ungueales y dimensión obsesiva-compulsiva de personalidad

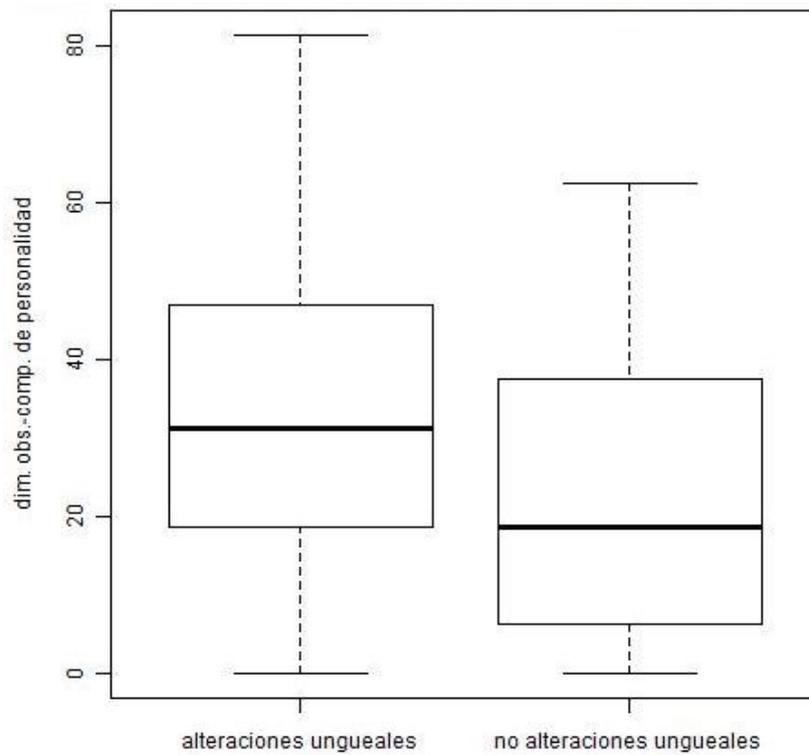
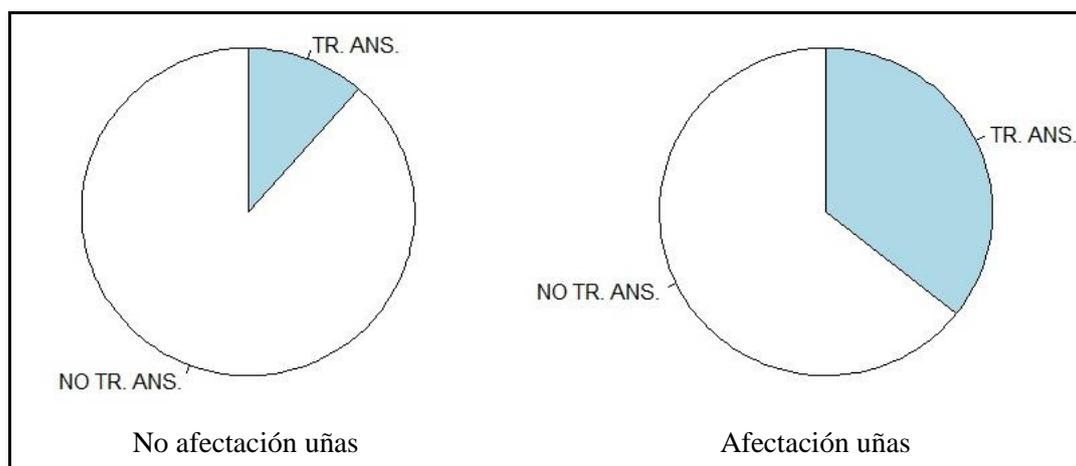
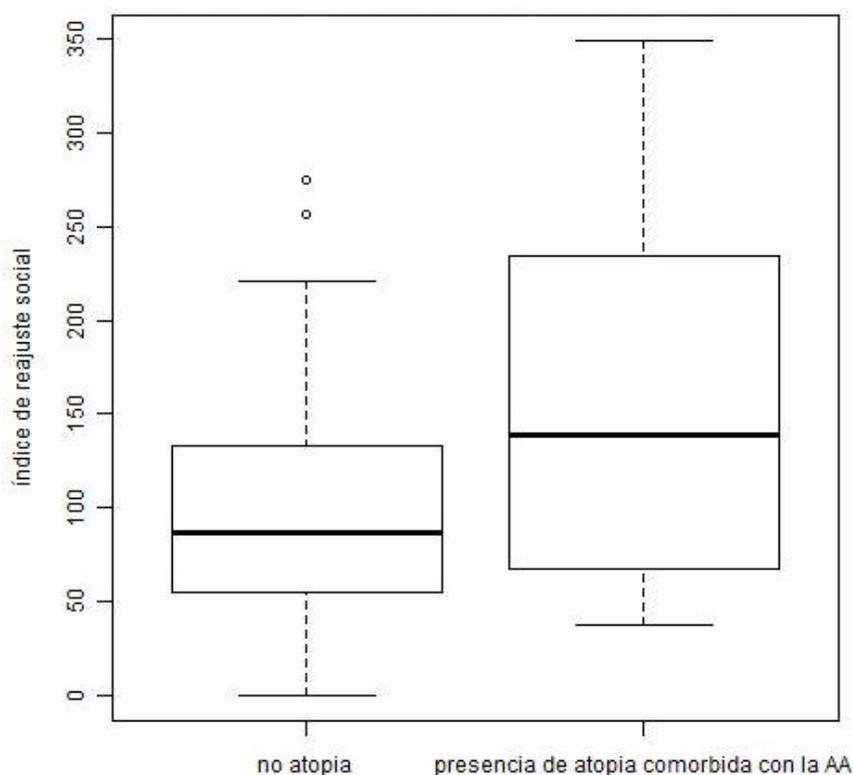


Figura 24. Alteraciones ungueales y trastorno de ansiedad como grupo

- ENFERMEDADES AUTOINMUNES: Los pacientes con enfermedades autoinmunes tendrían más *alteraciones del sueño* con valores más altos en esta *subescala del Pittsburg* de forma significativa con respecto a aquellos sin enfermedades autoinmunes ($p = 0,05$).
- ATOPIA: Los pacientes con atopia tendría de forma significativa valores más altos en las siguientes escalas:
 - *Personalidad esquizotipica* puntuación dimensional en el I.P.D.E. ($p = 0,025$).
 - *Número de sucesos vitales* estresantes en los seis meses previos al inicio de la AA medido a través del *índice de sucesos vitales (ISV)*, 1,8 eventos en los no atópicos frente a 3 eventos de media por paciente en los atópicos ($p = 0,01$) . *Carga de estrés* medido a través del *índice de reajuste social (IRS)*, 99 unidades de carga vital de media por paciente en no atópicos frente a 160 UCV de media en atópicos ($p = 0,01$) . *Número de eventos de carácter negativo* , 1,3 eventos negativos de media en no atópicos frente a 2,27 eventos negativos de media en atópicos ($p = 0,01$) . Esta diferencia no se apreciaba en los eventos de carácter positivo (figura 25) .

Figura 25. Atopia e índice de reajuste social (eventos estresantes previos a la AA)

- ALTERACIONES TIROIDEAS :

- Los pacientes con alteraciones en la función tiroidea (patología de tiroides) tenían un *lapso de tiempo más corto entre el evento vital estresante y el inicio de la AA* con respecto a aquellos sin alteraciones tiroideas, 4 semanas frente a 9 semanas de media por paciente ($p = 0,005$).

- Existiría una asociación significativa entre el *trastorno de ansiedad generalizada* y padecer alteraciones tiroideas. El 43 % de los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada tendrían alteraciones tiroideas frente a un 16 % de alteraciones tiroideas en aquellos sin el trastorno ($p = 0,02$).

- Existiría una asociación significativa entre los *trastornos adaptativos como grupo* y padecer alteraciones tiroideas. El 35 % de los pacientes con alteraciones tiroideas tenían un trastorno adaptativo mientras que solo un 14 % de aquellos que no tenían alteraciones tiroideas lo padecían ($p = 0,05$). Esta asociación es debido a los

trastornos adaptativos de inicio anterior a la AA, no a los trastornos adaptativos secundarios. El 24 % de los pacientes con alteraciones en el tiroides tenían un trastorno adaptativo de inicio anterior a la AA frente al 4 % de aquellos que no tenían alteraciones tiroideas ($p = 0,015$).

4.2.5. Factores psicológicos que se asocian a la aparición de trastornos psiquiátricos secundarios a la AA

Se han encontrado una serie de factores psicológicos que están relacionados con el desarrollo de trastornos psiquiátricos secundarios al padecimiento de una AA. Permitirían diferenciar a estos pacientes de aquellos que tenían un trastorno psiquiátrico previo a la AA pero no desarrollaron uno secundario. Esta asociación no sería por tanto algo inherente al hecho de padecer un trastorno psiquiátrico sino al aspecto temporal y causal en relación a la AA.

Se trata de factores estables en el tiempo, que no dependen del estado psicopatológico puntual del sujeto y que tienen que ver con la personalidad. Definirían dificultades en el afrontamiento y una especial vulnerabilidad. Los pacientes con estos rasgos tendrían más posibilidades de verse afectados por la irrupción de la AA, adaptarse peor y desarrollar alteraciones psíquicas francas.

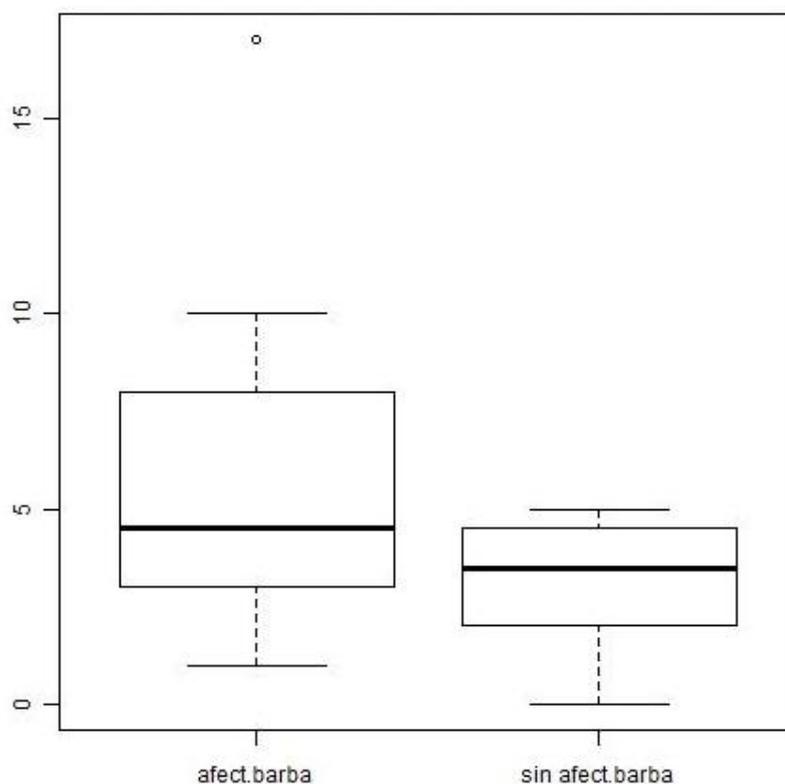
Estas variables, cuyos resultados son significativamente más altos en los pacientes con trastorno secundarios a la AA que en aquellos con trastornos que se originaron de forma previa a la AA son: *dimensión histriónica de personalidad* ($p = 0,04$); *dimensión dependiente de personalidad* ($p = 0,04$); *ansiedad como rasgo* ($p = 0,05$); *alexitimia en relación al pensamiento orientado hacia detalles externos* ($p = 0,05$).

4.2.6. Determinantes de la calidad de vida

4.2.6.1. Variables Dermatológicas

- SUPERFICIE CUERO CABELLUDO AFECTADA (SALT SCORE %): A mayor superficie de cuero cabelludo afectado en tantos por ciento mayor puntuación en *DLQI* (peor calidad de vida) de forma significativa ($p = 0,01$).
- BARBA: Los varones con afectación en barba tenían peor calidad de vida con puntuaciones más altas en el *DLQI* ($p=0,05$) (figura 26) .

Figura 26. Afectación de la barba y calidad de vida (DLQI)



4.2.6.2. Variables Socio – demográficas

- SEXO: Las mujeres tendrían de forma significativa peor calidad de vida.
 - Valores más bajos en *SF* , puntuación global ($p = 0,02$) (Figura 27) .
 - Valores más altos en *DLQI* ($p = 0,05$) (Figura 28) .

Figura 27. Sexo y calidad de vida (SF-36)

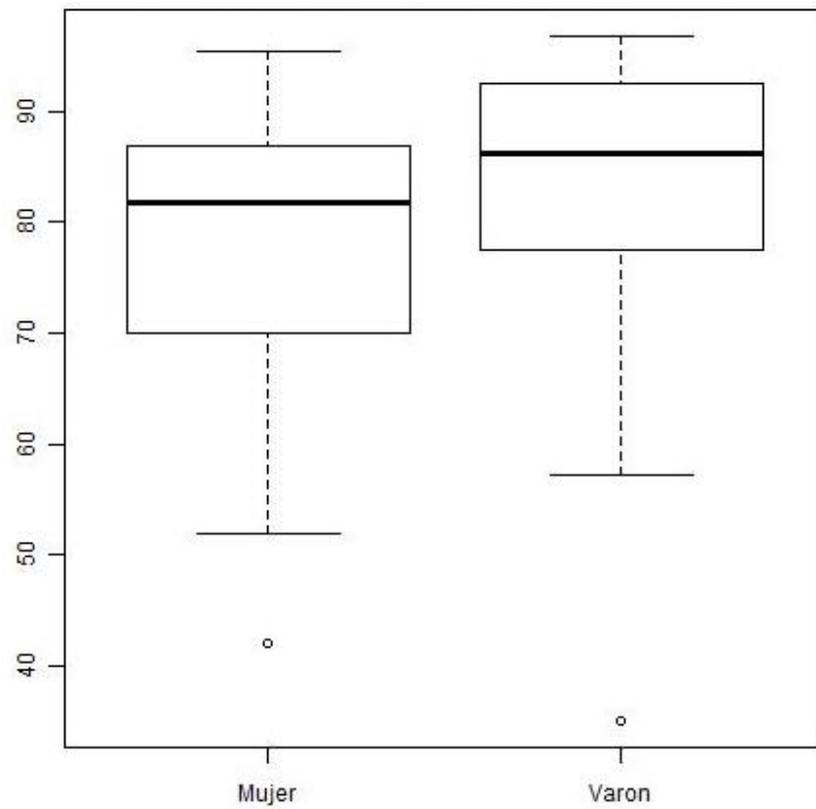
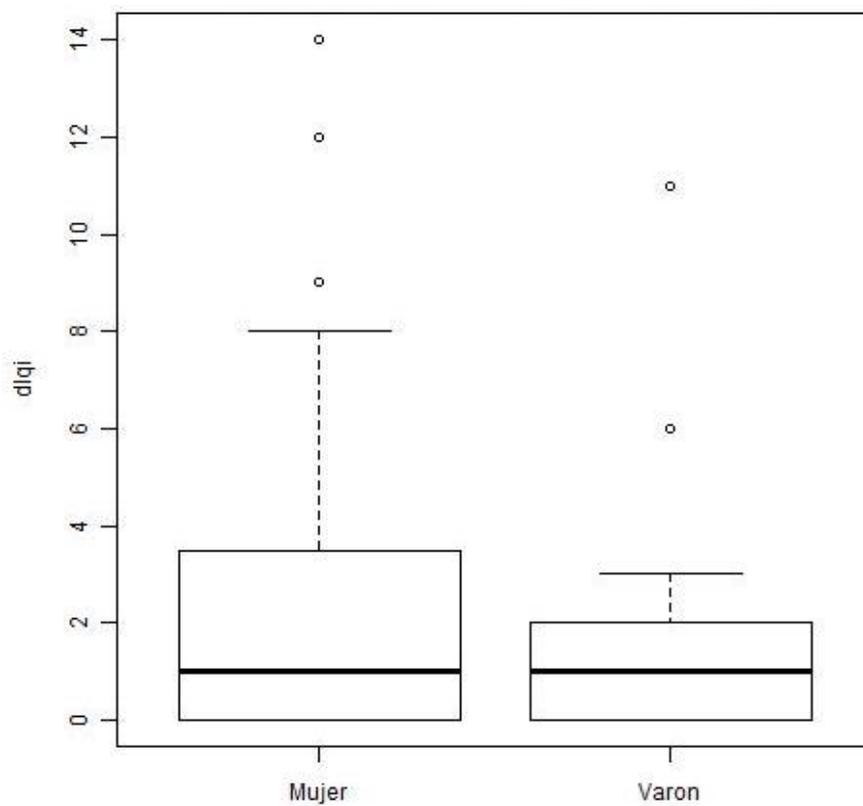
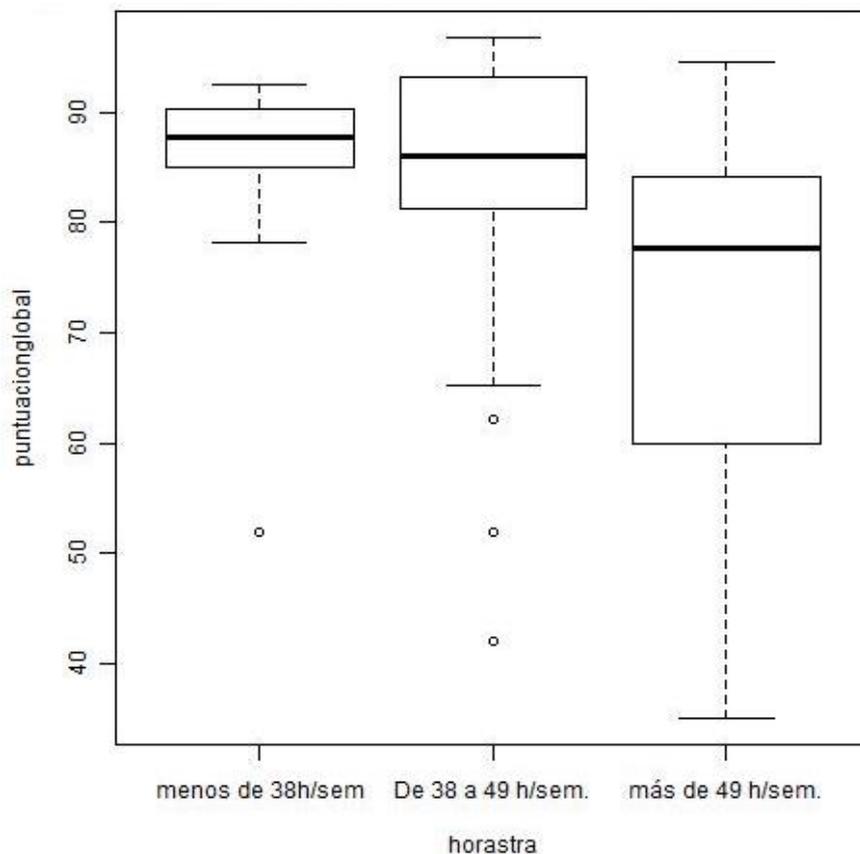


Figura 28. Sexo y calidad de vida (DLQI)



- HORAS DE TRABAJO SEMANALES: A más horas de trabajo semanales, peor calidad de vida, puntuaciones más bajas en *SF puntuación global* ($p = 0,03$) (Figura 29).

Figura 29. Horas de trabajo semanales y calidad de vida (SF- 36 global)



4.2.6.3. Variables Psiquiátricas

- DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO:
 - *Trastornos de ansiedad como grupo*: Los pacientes con algún trastorno de ansiedad tendrían de forma significativa peor calidad de vida, puntuaciones más bajas en el *SF global* ($p = 0,002$) (figura 30).
 - *Fobia social*: Los pacientes con fobia social tendrían peor calidad de vida de forma significativa medida a través de las siguientes pruebas: Puntuaciones más altas en el *DLQI* ($p = 0,004$) y puntuaciones más bajas en *SF global* ($p = 0,03$) (figura 31) .

- *Trastorno adaptativo secundario a la alopecia areata*: Puntuaciones más altas en *DLQI* ($p = 0,029$) . Ni los trastornos adaptativos como grupo sin tener en cuenta la relación temporal con la AA ni los trastornos adaptativos de comienzo anterior a la AA obtuvieron asociaciones significativas con los parámetros de calidad de vida.
- *Trastorno depresivos como grupo* : Los pacientes con un trastorno depresivo tendrían peor calidad de vida de forma significativa , con puntuaciones más bajas en el *SF global* ($p = 0,002$) .
- *Trastorno psiquiátrico*: Los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico comórbido tendrían peor calidad de vida de forma significativa , con puntuaciones más altas en *DLQI* ($p = 0,003$) y más bajas en *SF global* ($p < 0,001$) (figura 32) .

Figura 30. Diagnóstico de trastorno de ansiedad como grupo y calidad de vida (SF-36)

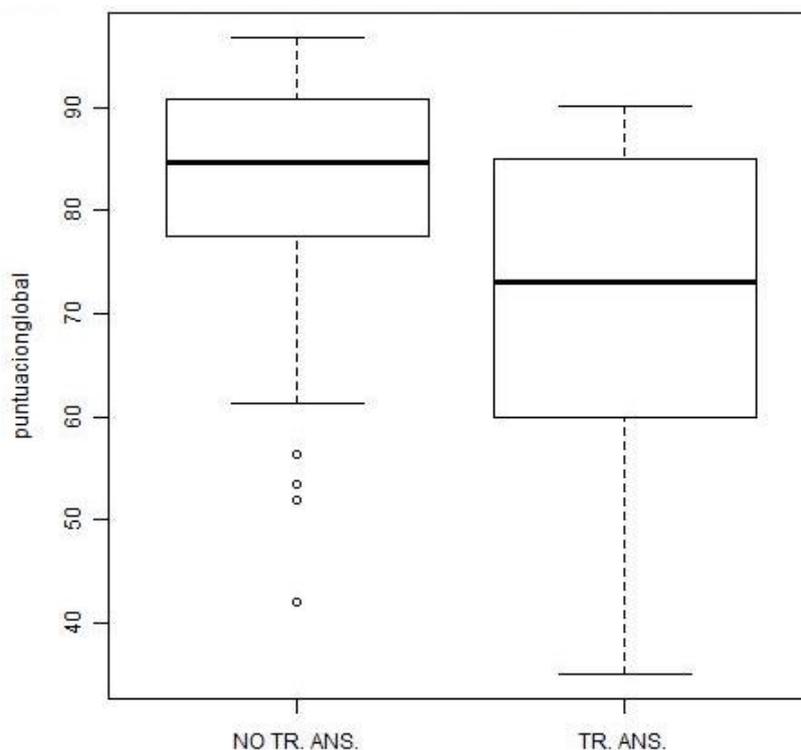


Figura 31. Diagnostico de fobia social y calidad de vida (DLQI)

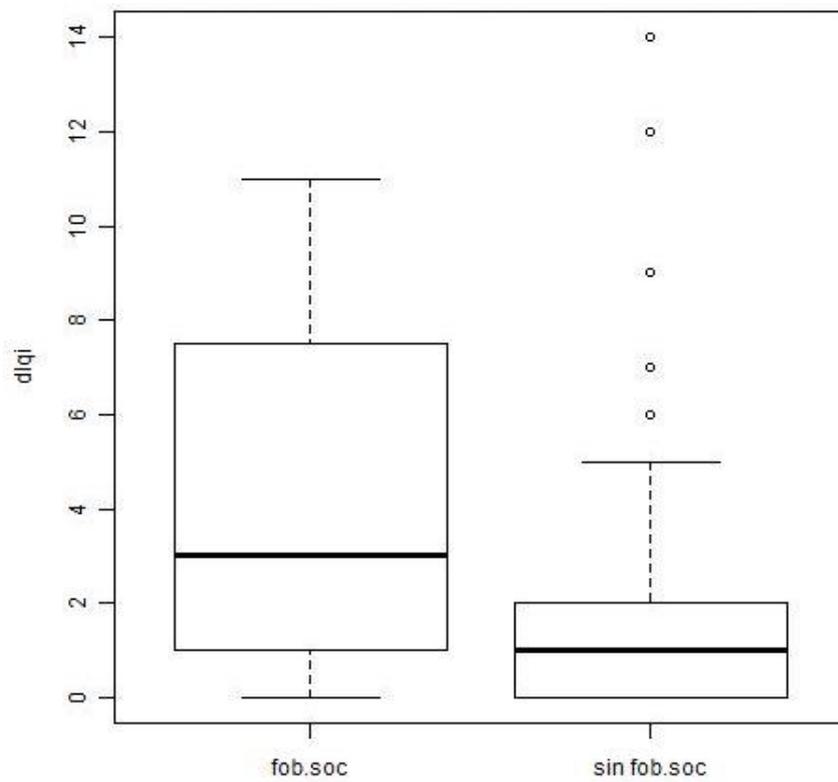
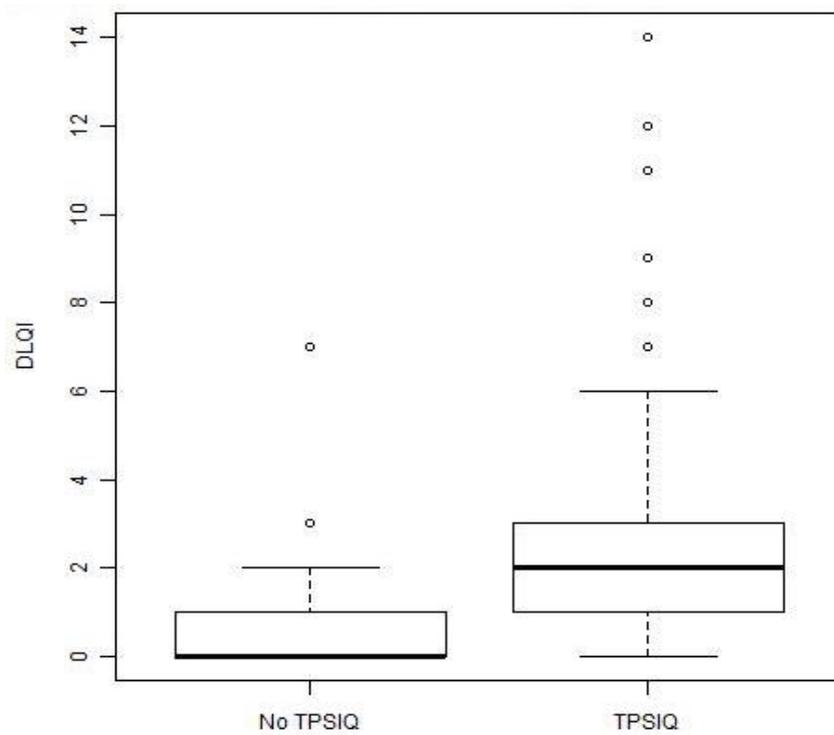


Figura 32. Diagnostico psiquiátrico comórbido con AA y calidad de vida (DLQI)



- PERSONALIDAD: En la tabla 44 se detallan los valores del coeficiente de correlación en aquellas dimensiones de personalidad donde se encontró una asociación significativa con los parámetros de calidad de vida. Tan solo las dimensiones de personalidad disocial, histriónica y narcisista no influyeron de forma significativa en la calidad de vida. En el resto a mayor puntuación en cada dimensión de personalidad, peor calidad de vida.

Tabla 44. Personalidad y calidad de vida

	<u>DLQI</u>	<u>SF-global</u>
Paranoide		-0,28*
Esquizoide		-0,22*
Disocial		
Impulsivo	0,28*	-0,33**
Límite	0,3**	-0,32**
Histriónico		
Anancástico	0,27*	-0,41**
Ansioso	0,39**	-0,45**
Dependiente	0,31**	-0,36**
Narcisista		
Esquizotípica		-0,25*
No especificada	0,44**	-0,57**

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ Coeficientes de correlación de Spearman

- ESCALAS: En la tabla 45 se incluyen los valores del coeficiente de correlación correspondientes a las asociaciones entre los parámetros de calidad de vida y las escalas utilizadas en nuestro estudio. Todas las escalas se asociaron de forma significativa con ambos parámetros de calidad de vida. A mayor gravedad en la sintomatología que valoran las distintas escalas, peor calidad de vida.

Tabla 45 . Escalas de evaluación y calidad de vida

	<u>DLQI</u>	<u>SF-global</u>
Beck	0,5**	-0,8 **
STAI - estado	0,5**	-0,7**
STAI- rasgo	0,5**	-0,8**
Toronto total	0,2*	-0,5 **
Liebowitz total	0,2*	-0,5**
Pittsburg total	0,2*	-0,6**
Conde	0,4**	-0,7**
Zung	0,3**	-0,7**
Autoestima	- 0,3*	0,6**
IRE total	0,4**	-0,7**
Scl 90 som	0,3**	-0,6**
Scl 90 obs	0,3**	-0,7**
Scl 90 int	0,5**	-0,7**
Scl 90 dep	0,5**	-0,8**
Scl 90 ans	0,5**	-0,6**
Scl 90 hos	0,4**	-0,5**
Scl 90 fob	0,4**	-0,6**
Scl 90 par	0,3**	-0,5**
Scl 90 psi	0,5**	-0,7**
Scl 90 gsi	0,5**	-0,8**

** p < 0,01 * p < 0,05 Coeficientes de correlación de Spearman

- ESTRÉS: Ninguno de los parámetros de estrés (número de sucesos, carga de estrés, estrés subjetivo o categorías de tipo de evento) correlacionó con ninguna de las escalas de calidad de vida.

• OTRAS VARIABLES PSIQUIÁTRICAS :

- *Problemas grupo primario de apoyo en eje IV*: Los pacientes con problemas psicosociales relacionados con el grupo primario de apoyo tuvieron peor calidad de vida, con puntuaciones más bajas en *SF global* ($p= 0,03$).

- En la tabla 46 se describen los valores del coeficiente de correlación para las asociaciones entre los parámetros de calidad de vida y variables psiquiátricas como el EEAG, ICG, puntuación del riesgo de suicidio, relaciones familiares y reactividad al estrés de la AA. Todas resultaron significativas, así, a peor funcionalidad, más gravedad psicopatológica, más riesgo de suicidio, peores relaciones familiares y mayor reactividad al estrés peor calidad de vida. Todas correlacionaron con las dos escalas de calidad de vida salvo las relaciones familiares que solo lo hicieron con el SF.

Tabla 46. Calidad de vida y otras variables psiquiátricas

	<u>DLQI</u>	<u>SF-glob</u>
Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)	- 0,33**	0,5**
Riesgo de suicidio	0,3**	-0,4**
Escala de impresión clínica global (ICG)	0,4**	-0,6**
Relaciones familiares		-0,3**
Reactividad al estrés de la AA	0,25*	-0,25*

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ Coeficientes de correlación de Spearman

4.1.7. Análisis multivariante

En esta sección hemos estimado modelos multivariantes para explicar algunas variables respuesta.

Los dos primeros modelos tienen como objetivo predecir la gravedad de la enfermedad, explorar los factores que contribuyen a una mayor afectación y que supondrán una peor evolución. La variable respuesta será la superficie corporal afectada según clasificación de Olsen para el primer modelo y la superficie afectada del cuero cabelludo en tantos por ciento para el segundo. Las variables explicativas fueron comunes a ambos modelos, se incluyeron: sexo, edad, horas de trabajo a la semana, alcohol, tabaco, atopia, enfermedades autoinmunes asociadas, enfermedad tiroidea y alteraciones ungueales. Para las variables psiquiátricas se tuvieron en cuenta aquellas que por sus características permiten desarrollar un modelo predictivo, es decir, las que no se ven modificadas o son consecuencia de la propia AA. De esta manera, se incluyeron las relacionadas con la personalidad, alexitimia y ansiedad como rasgo. También las relacionadas con los eventos vitales pues se refieren al periodo previo a la AA y por último, la presencia de trastorno psiquiátrico de comienzo anterior a la AA. Serían rasgos duraderos, permanentes, estables o bien aspectos acontecidos antes del inicio de la AA. En tabla 47 y 48 se describen los resultados para las variables en las que finalmente se encontró significación estadística en estos dos modelos.

Tabla 47. Modelo estimado para la afectación de la superficie corporal (sin barba)

	Estimación	Error estándar	p-valor	OR	IC 95% =OR	
Ordenada en el origen	-1,953	0,45	< 0,0001			
Enfermedad autoinmune	1,744	0,683	0,01	5,721	1,49	21,83
Puntuación dimensión no especificada de personalidad > 20	1,265	0,58	0,029	3,546	1,13	11,06

Tabla 48. Modelo estimado para una afectación de la superficie de cuero cabelludo superior al 5 %

	Estimación	Error estándar	p-valor	OR	IC 95% =OR	
Ordenada en el origen	-1,832	0,695	0,008			
Puntuación dimensión obsesiva-compulsiva de personalidad >10	1,348	0,721	0,061	3,852	0,93	15,84
Puntuación dimensión límite de personalidad >7	0,968	0,546	0,076	2,634	0,9	7,68

Los dos siguientes modelos pretenden predecir qué factores determinan un mal ajuste a la enfermedad, es decir, la aparición de síntomas psicológicos secundarios o reactivos a la AA. Las variables respuesta fueron la aparición de trastorno psiquiátrico secundario a la AA y la valoración subjetiva del paciente sobre si la AA le ha producido un trastorno psíquico. Estas variables miden observaciones secundarias a la AA y por tanto posteriores a su aparición. Como variables explicativas se incorporaron las variables socio-demográficas (sexo, edad, horas de trabajo y relaciones familiares), dermatológicas (la superficie corporal afectada según clasificación de Olsen, la superficie afectada del cuero cabelludo en tantos por ciento y el tiempo total de evolución de la enfermedad, atopía, enfermedades autoinmunes asociadas, enfermedad tiroidea, alteraciones ungueales, afectación facial y barba) junto con las variables psiquiátricas expuestas en los dos primeros modelos. En las tablas 49 y 50 se detallan los resultados para las variables que resultaron estadísticamente significativas en estos modelos.

Tabla 49. Modelo estimado para la aparición de trastorno psiquiátrico secundario a la AA

	Estimación	Error estándar	p-valor	OR	IC 95% =OR	
Ordenada en el origen	-3,198	0,721	< 0,0001			
Ansiedad rasgo STAI > 26	2,046	0,86	0,0174	7,752	1,43	41,66

Tabla 50. Modelo estimado para la valoración subjetiva del paciente sobre tener afectación psicológica debido a la AA

	Estimación	Error estándar	p-valor	OR	IC 95% =OR	
Ordenada en el origen	- 0,663	0,298	0,026			
Ansiedad rasgo STAI > 26	2,049	0,582	0,0004	7,752	2,48	24,39

El quinto modelo que hemos realizado pretende estudiar qué factores determinarían una mala calidad de vida. Como variable respuesta se ha escogido el DLQI y como variables explicativas las mismas que en los dos modelos anteriores, es decir, las que se han utilizado en los modelos que pretenden predecir un mal ajuste a la enfermedad, pues son conceptos vinculados. En la tabla 51 se especifican las variables con resultados significativos y que según este modelo determinarían una afectación de la calidad de vida.

Tabla 51 . Modelo estimado para la afectación de la calidad de vida (DLQI > 0)

	Estimación	Error estándar	p-valor	OR	IC 95% =OR	
Ordenada en el origen	- 1,114	0,813	0,17			
Edad: < 35 ; 35-50 ; > 50	- 0,811	0,363	0,025	0,444	0,21	0,9
Puntuación dimensión no especificada de personalidad: <10 ;10-20; >20	1,083	0,41	0,008	2,959	1,32	6,62
Ansiedad rasgo STAI: < 13;13-26; >26	0,891	0,393	0,023	2,439	1,12	5,26

Edad < 35 = 0; 35-50 = 1 ; > 50 = 2. Dimensión no especificada de personalidad <10 = 0; 10-20 = 1; >20 = 2. Ansiedad rasgo STAI < 13 = 0; 13-26 = 1; >26 = 2

El último modelo realizado pretende, de una manera sencilla, usando los datos que el dermatólogo maneja de forma habitual en la consulta del paciente con AA junto un test accesible y del ámbito dermatológico como el DLQI obtener la posibilidad de determinar aquellos pacientes que tienen un diagnóstico psiquiátrico comórbido con la AA independientemente de la relación temporal con un alto grado de fiabilidad. Así ,la

variable respuesta fue padecer un trastorno psiquiátrico comórbido con la AA y como variables explicativas se incluyeron: sexo, edad, consumo de alcohol, consumo de tabaco, superficie corporal afectada según clasificación de Olsen, la superficie afectada del cuero cabelludo en tantos por ciento, el tiempo total de evolución de la enfermedad y el DLQI. En la tabla 52 se detallan los resultados con las variables que resultaron significativas y que configuran el modelo predictivo.

Tabla 52. Modelo estimado para la presencia de diagnóstico psiquiátrico comórbido con la AA

	Estimación	Error estándar	p-valor	OR	IC 95% =OR	
Ordenada en el origen	-2,231	0,85	0,0087			
DLQI (0,1, ≥ 2)	1,326	0,352	0,0002	3,759	1,88	7,51
Edad : < 35 ; 35-50 ; > 50	0,784	0,345	0,023	2,188	1,11	4,31

Edad < 35 = 0; 35-50 = 1 ; > 50 = 2. DLQI 0 = 0; DLQI 1 = 1 ; DLQI ≥ 2 = 2

La tabla 53 ofrece valores de sensibilidad/especificidad para algunas reglas de clasificación basadas en los modelos predictivos anteriores y en los puntos de corte señalados. En ellas se incluyen los valores predictivos correspondientes a nuestra población. Los valores predictivos estimados para cada regla serían útiles en su aplicación a otras poblaciones que presentarán prevalencias en el problema de salud definido por cada variable respuesta similar a la de nuestra población, en otros casos se podría calcular a partir de la correspondiente prevalencia.

Tabla 53. Sensibilidad, especificidad y valores predictivos

	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
Superficie corporal	-0,45	70,0	59,6	37,8	85,0
Superficie de cuero cabelludo afectada	0,00	67,7	60,5	59,8	68,3
Trastorno psiquiátrico secundario	-0,79	75,0	72,1	23,3	96,2
Valoración subjetiva	0,18	54,1	86,5	79,6	65,9
Calidad de vida I	-0,10	69,0	80,0	68,7	80,2
Calidad de vida II	-0,33	75,9	64,4	57,6	80,8
Calidad de vida III	-0,37	82,8	62,2	58,2	85,0
Diagnóstico psiquiátrico	0,41	73,5	75,0	83,9	61,4

5.DISCUSIÓN

5.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

5.1.1. Variables socio - demográficas

La edad media de la muestra fue de 41,3 años, con un rango entre 16 y 74 años, siendo la distribución por grupos de edad uniforme (el 38,7 % entre los 16 y los 35 años, el 30 % entre 35 y 50 años, el 31,2 % entre 50 y 74 años). La media de edad es ligeramente superior a la obtenida en otras series (34, 3 años, rango 18-64 en el trabajo de Ferrando; 35 años , rango 17-59 en el de Colón) (44, 58). El 53,6 % eran mujeres, con una ratio mujer frente a varón de 1,28:1. Es una distribución homogénea en lo que respecta al sexo aunque con un predominio ligero femenino que ha sido ya descrito en otros trabajos (46). En el trabajo de Tan, la ratio mujeres/varones es idéntica al nuestro (1,3:1) (17). En general, se considera que en la alopecia areata hombres y mujeres son afectados por igual (19).

La mayor parte de los pacientes estaban casados y residían en el núcleo urbano donde se realizó el estudio. Lo más frecuente es que vivan con su propia familia y la mayoría tienen un nivel socio-económico medio. Predominan los pacientes con estudios básicos y en situación activa desde el punto de vista laboral. Respecto a los no activos, tan solo un paciente estaba en situación de desempleo. La muestra se distribuye a partes iguales entre los que tienen un empleo cualificado y aquellos en los que su trabajo no exige cualificación. El sector laboral más frecuente fue el del comercio. La media de horas de trabajo a la semana por paciente activo fue de 41,5 horas.

En relación al consumo de tóxicos en el momento de la entrevista, solo se encontró en la muestra referencias a alcohol y tabaco, no apareciendo otro tipo de tóxicos. El 51,2 % de los pacientes no consumía ninguna sustancia.

5.1.2. Variables dermatológicas

El tiempo entre el comienzo del brote y la consulta fue corto en la mayoría de los pacientes. Así, prácticamente el 50 % de la muestra tenía un tiempo de evolución del brote actual inferior a 3 meses y el 83,5 % inferior a los seis meses. Por tanto los estadísticos relativos a la edad media de comienzo del episodio actual (media - 40,6) y los relacionados con la edad de los pacientes son muy similares.

Fueron más frecuentes los pacientes recogidos en la muestra cuyo episodio actual era un primer brote (57,5 %) aunque los pacientes con recidivas también estuvieron representados de forma amplia (42,5 %). Nuestra muestra, por tanto, permite comparar los matices diferenciales desde el punto de vista psicológico que implica tener un primer brote (novedad, desconocimiento) o una recidiva (acostumbramiento, sensación de cronicidad) .

En cuanto al proceso global de la enfermedad, el 20 % de los pacientes tuvieron un inicio de la enfermedad antes de los 16 años. La edad media de inicio de la enfermedad fue de 34 años, con un rango amplio entre los 4 años que fue el paciente con el inicio más precoz y 71 años el más tardío , estando representadas todas las franjas de edad. A este respecto, cabe destacar que en la literatura se ha referido que la alopecia areata puede aparecer en cualquier edad (19), aunque también se ha destacado que el 80 % de los casos comenzarían antes de los 40 años (144). En nuestro trabajo solo el 55 % de los pacientes comenzaron su enfermedad antes de los 40 años por lo que se trataría de una muestra con un inicio de la enfermedad más bien tardío, dato que podría en general considerarse un factor de buen pronóstico y que podría explicar que la gravedad de la muestra sea leve. El rango del tiempo de evolución de la enfermedad también fue muy amplio, desde 1 semana hasta 60 años, configurando una muestra que abarca pacientes con un inicio muy reciente de la enfermedad y otros con un curso muy dilatado.

La mayoría de los pacientes tuvieron placas en el cuero cabelludo, solo cuatro pacientes tuvieron afectación únicamente en localizaciones corporales. La localización más frecuente en el cuero cabelludo fue la occipital (70 %), este dato es similar al encontrado por Ferrando (58) en su muestra donde esta localización también es la más frecuente (60 %), así como en el trabajo de Anderson (145) . En la afectación corporal la localización más frecuente fue la barba (hasta un 54 % de los varones tuvieron al menos un placa en la barba), seguida por las cejas (18,7 %) .

El 78 % de los pacientes tuvo una afectación inferior al 25 % del cuero cabelludo, solo cuatro pacientes tuvieron una alopecia total (S₅). El 38,7 % tuvieron algún grado de afectación corporal, cinco pacientes tuvieron una afectación total de las áreas corporales (B₂). Tres pacientes padecían alopecia universal (S₅ B₂) .

El 35 % de los pacientes tuvieron afectación ungueal (trece pacientes con distrofia en algunas uñas y 15 pacientes con distrofia de las 20 uñas). Se ha referido que entre un 7 y un 66 % de los pacientes con alopecia areata desarrollarían afectación ungueal (18) , nuestro estudio se situaría en la parte media de ese abanico , en una cifra muy cercana a la referida por Goh (38 %) (21) .

Según el patrón de presentación, el 93,8 % de los pacientes tendría una alopecia circunscrita, en placas. Tres pacientes tuvieron una alopecia ofiásica. Dos pacientes padecieron una alopecia difusa.

Por tanto, se trata de una muestra con una afectación discreta , con un predominio de afectación en el cuero cabelludo y en placas .

El 27 % de los pacientes presentaban nevo flameo en la nuca, dato ligeramente superior al que encuentra Akhyani en su trabajo sobre nevo flameo y alopecia areata (17,6 %) y que encuentra significativo cuando lo compara con su grupo control (solo 9,3 %) (146) .

El 23,8 % de los pacientes tenían antecedentes familiares de alopecia areata, dato este prácticamente idéntico al que encuentra Ferrando en su trabajo (25 %) (58) y al que se señala en la revisión de Blaumeiser (21,8 %) (147) o en el trabajo de De Waard (17 %) (144) o en un trabajo anterior como el de Anderson (19 %) (145).

El 20 % de los pacientes padecían patología tiroidea en el momento del estudio (la mitad de los que tenían patología de tiroides se trataba de un hipotiroidismo subclínico). Esta cifra es prácticamente idéntica a la encontrada en los estudios de Goh (19 %), Thomas (18,3 %) y Díaz - Angulo (22 %) (21, 148, 149) . En el trabajo de Thomas y en el de Bakry también se señala el hipotiroidismo como la alteración más frecuente (148, 150) .

El 18 % de los pacientes padecería atopia , cifra sensiblemente inferior a la encontrada en estudios como el de Goh (46 %) (21) o el de Ferrando (58) en nuestro medio (42 %) aunque similar al de De Weert (22 %) (72) .

Con respecto al resto de enfermedades de tipo autoinmune, la más frecuente fue la psoriasis, padeciéndola un 5 % de los pacientes, cifra casi idéntica a la encontrada por Goh en su estudio (4,3 %) y similar a la obtenida en el trabajo de Huang (6,3 %) (21, 151) .

Por tanto, la patología tiroidea, la atopia y la psoriasis serían las enfermedades que con más frecuencia se encontraron asociadas a la AA en nuestro estudio, este aspecto se encuentra reflejado de forma recurrente también en la literatura que constata este patrón de asociación.

5.1.3. Variables psiquiátricas

5.1.3.1. Diagnóstico psiquiátrico

- En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con diagnóstico psiquiátrico fue del 63,7 % en el momento actual y del 81,2 % a lo largo de la vida, en la tabla 54 figuran los datos correspondientes a los distintos trabajos que han estudiado el diagnóstico de patología psiquiátrica en los enfermos con AA y los instrumentos que han utilizado. En los párrafos que siguen a continuación analizaremos estos estudios y los datos obtenidos en ellos, poniéndolos en relación a la información obtenida en nuestra investigación.

Comenzando por los primeros estudios, cabe destacar que en los correspondientes a las décadas 50 y 60 del pasado siglo (39-42) no se utilizó una entrevista psiquiátrica estandarizada por lo que la comparación de los hallazgos resulta más dificultosa. Llama la atención lo dispar de las cifras de prevalencia (17 - 93 %) debida probablemente a la falta de uniformidad en los criterios de lo evaluado , no obstante, los trabajos de Irwin (39) y Greenberg (40) sirvieron para poner de relevancia lo prevalente que podrían resultar los trastorno psiquiátricos en los pacientes con AA. En los trabajos de Irwin (39) ,Greenberg (40) y Macalpine (41) la patología más prevalente fue de carácter neurótico como en nuestro estudio (trastorno de ansiedad generalizada, fobias) e incluso en el trabajo de Irwin (39) la segunda patología más frecuente fue la de carácter adaptativo como en nuestro trabajo. Tanto Greenberg (40) como Irwin (39) destacan en sus conclusiones que los trastornos que encontraron generalmente precedían en su comienzo a la AA, dato este muy significativo y que coincide plenamente con nuestros resultados donde la patología psiquiátrica es mayoritariamente de comienzo anterior a la AA, siendo sobresaliente que ya en estos primeros trabajos se pudiera poner en relieve este aspecto.

A partir del trabajo de Lyketsos (43), en todos los estudios se utilizan ya entrevistas estructuradas estandarizadas aunque estas difieren de unos trabajos a otros. Lyketsos (43) también observa un porcentaje alto de patología psiquiátrica en su muestra (88 %) aunque obtiene con más frecuencia depresión neurótica que trastorno de ansiedad, al contrario que en nuestro trabajo en lo que respecta a la patología actual. Colon (44) en un interesante estudio, encuentra un 74 % de prevalencia- vida de patología psiquiátrica en su muestra, dato este muy similar al obtenido en nuestro estudio. Predomina el episodio depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada en el diagnóstico a lo largo de la vida como en nuestra muestra. Señala con respecto a la relación temporal con el inicio de la AA, que aproximadamente la mitad de los trastornos psiquiátricos comenzarían antes y la otra mitad después, proporción esta más balanceada que en nuestro estudio donde como hemos comentado la gran mayoría de la patología psiquiátrica empezaría con anterioridad a la AA. Como debilidad de estos dos trabajos cabe decir que las muestras son pequeñas, 26 y 31 pacientes respectivamente.

Los estudios de Ferrando (58) y Ruiz - Doblado (47) ambos realizados en nuestro medio y con una metodología más similar a nuestro estudio ofrecen resultados de prevalencia global de patología psiquiátrica muy equiparables (60 % y 66 % respectivamente por 63,75 % en nuestro estudio). Es destacable que los tres trabajos realizados en nuestro entorno se aproximen tanto en cuanto a los datos de prevalencia global. Ferrando (58) señala que la patología psiquiátrica encontrada en su muestra fue en su mayoría de carácter leve, esto también sucede en nuestra muestra donde se ha medido este aspecto con diversas variables (el ICG, el EEAG, las puntuaciones de las escalas y la intervención terapéutica recomendada). En el estudio de Ruiz - Doblado (47), los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron: trastorno adaptativo mixto (25,9 %), trastorno de ansiedad generalizada (22,2 %) episodio depresivo y fobia

social (7,4 %). Estos cuatro trastornos también fueron los más frecuentes de nuestra muestra si excluimos a la fobia específica y con resultados de frecuencia muy similares.

Chu (49) también encuentra un riesgo incrementado de trastornos de ansiedad en los pacientes con AA, señalando que aproximadamente el 50 % de los trastornos psiquiátricos ocurrieron antes que la AA.

Los estudios de Reeve y Ghanizadeh son en población infantil y están realizados con muestras pequeñas (50, 51).

Koo en su estudio desarrollado en 1994 con una muestra amplia de pacientes con AA, evalúa la presencia de episodio depresivo mayor (8,8 %); trastorno de ansiedad generalizada (18,2 %); fobia social (3,5 %) y paranoia (4,4 %) (45). Las prevalencias del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor son muy similares a nuestro estudio (TAG-18,7 %; TDM-6,2 %) aunque la fobia social es considerablemente inferior (3,5 % vs 13,7 %). En nuestra muestra no detectamos ningún caso de trastorno paranoide ni ningún trastorno de tipo psicótico. Señala que en su estudio las prevalencias del episodio depresivo mayor, del trastorno de ansiedad generalizada (8 veces más) y del trastorno paranoide (4 veces más) son más altas que en población general.

Gundel encuentra un predominio en los diagnósticos actuales de los trastornos de ansiedad y la fobia social como diagnóstico específico, coincidiendo con nuestro estudio en la predominancia de los trastornos de ansiedad y destacando la fobia social como un diagnóstico a tener en cuenta en los pacientes con AA (48). Como en el trabajo de Koo (45) comparan los resultados con los datos de morbilidad psiquiátrica en población general alemana, siendo significativamente más alta la comorbilidad psiquiátrica en AA tanto actual (OR = 3,60) como a lo largo de la vida (OR = 2,81). Destaca también el trastorno de ansiedad (OR para el diagnóstico actual = 5,09; OR

para diagnóstico a lo largo de la vida = 4,1) . Con respecto a los trastorno depresivos solo en el diagnóstico a lo largo de la vida obtienen resultados significativos (OR = 2,39) pero no en el actual .

Tabla 54. Prevalencia diagnóstico psiquiátrico. Revisión bibliográfica

Autor y año	Porcentaje con patología psiquiátrica	Entrevista psiquiátrica utilizada
<i>Irwin 1953</i>	86 %	
<i>Greenberg 1955</i>	93 %	
<i>Macalpine 1958</i>	33%	
<i>Muller 1963</i>	17 % adultos ,22 % niños	
<i>Lyketsos 1985</i>	88 %	P.S.E
<i>Colon 1991</i>	74 % a lo largo de su vida	D.I.S
<i>Ferrando 1995</i>	60%	E.P.E.P
<i>Reeve 1996 (población infante-juvenil)</i>	75%	DICA - R y criterios DSM - III - R
<i>Ruiz - Doblado 2003</i>	66%	SCAN Y CIE -10
<i>Gündel 2003</i>	41,7 % de patología psiquiátrica en presente; 60,4 % a lo largo de la vida	SCID y DSM - IV
<i>Ghanizadeh 2008 (población infante-juvenil)</i>	71 % en la actualidad; 78 % a lo largo de la vida	DSM-IV y entrevista KSADS-PL
<i>Nuestro estudio</i>	63,7 % en el momento actual; 81,2 % a lo largo de la vida	M.I.N.I. - PLUS y DSM - IV

- Para comparar los resultados de la presente investigación con los **valores poblacionales de referencia** en nuestro medio en cuanto a la prevalencia de los trastornos psiquiátricos hemos seleccionado tres estudios. El estudio DASMAP de Serrano-Blanco (152) con una muestra de 3815 pacientes procedentes de atención primaria, recoge a través de de la entrevista SCID y la MINI de acuerdo a criterios DSM - IV la prevalencia actual y a lo largo de la vida. El estudio de Qureshi (153) con una muestra de 1503 pacientes de atención primaria estudia a través de la entrevista MINI la

prevalencia actual. Por último, el estudio ESEMeD-España de Haro (154) sobre epidemiología de los trastornos mentales en España, con una muestra de 5473 individuos representativa de la población española mayor de 18 años, evaluados a través de la entrevista CIDI con diagnósticos DSM-IV actuales y a lo largo de la vida.

Así, en relación a la **prevalencia actual**, la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en nuestro estudio sería de forma significativa más alta con respecto a los tres estudios de referencia poblacional contemplados. Lo mismo sucede en la fobia social también con resultados significativos en relación a las frecuencias obtenidas en los estudios de referencia y la fobia simple aunque en este caso el estudio de Qureshi (153) no lo incluye en sus diagnósticos. Por tanto, los tres diagnósticos que fueron más frecuentes en nuestra muestra de pacientes con AA (exceptuando el trastorno adaptativo que no es contemplado en los estudios de referencia poblacional) tuvieron valores de prevalencia más altos de forma significativa respecto a las cifras de prevalencias de estos trastorno psiquiátricos en las muestras poblacionales (tabla 55). Podría deducirse en base a lo comentado la existencia de una asociación entre estos diagnósticos y la presencia de AA, que pudiera tener una influencia en la génesis de la AA puesto que estos diagnósticos aparecieron mayoritariamente de forma previa al inicio de la AA .

Tabla 55. Prevalencia actual diagnóstico psiquiátrico. Comparación con estudios poblacionales

	Prevalencia actual nuestro estudio	ESEMeD	Qureshi	DASMAP
Trastorno de ansiedad generalizado	18,75	0,5 p < 0,001 IC = 9,3 -27,2	7,6 p = 0,006 IC = 2,1-20,2	3,80 p < 0,001 IC = 6,1 -,23,8
Fobia simple	16,25	3,6 p = 0,001 IC = 4,2-21,1		6,65 p = 0,011 IC =1,2-18
Fobia Social	13,75	0,6 p < 0,001 IC = 5,2-21,1	1,6 p = 0,001 IC = 4,2-20,1	1,9 p = 0,001 IC = 4-19,7
Tr. depresivo mayor	6,25	3,9	10,8	9,6
Distimia	2,5	1,49	2,2	3
Dependencia de alcohol	2,5	0,1	3,3	1,3
Bulimia	2,5		0,6	
Agorafobia	1,25	0,3	0,7	3,4
Hipomanía	1,25		1,3	0,49

En rojo – resultados significativos con p- valor e intervalo de confianza

En relación a la **prevalencia-vida**, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia simple y la fobia social también obtienen diferencias significativas con los valores de referencia poblacional como ocurría en la prevalencia actual, además el trastorno depresivo mayor obtiene diferencias significativas con los valores de prevalencia del estudio ESEMeD (154) , no así en relación al DASMAP (152) que obtiene frecuencias de trastorno depresivo mayor mayores incluso que en nuestra muestra (tabla 56) .

Tabla 56. Prevalencia - vida diagnóstico psiquiátrico. Comparación estudios poblacionales

	Prevalencia -vida nuestro estudio	ESEMeD	DASMAP
Trastorno depresivo mayor	20	10,55 p = 0,02 IC = 0,2 -18,7	30
Trastorno de ansiedad generalizada	18,75	1,89 p < 0,001 IC = 7,9 – 25,8	
Fobia simple	16,25	4,52 p = 0,002 IC = 3,2-20,2	7 p = 0,014 IC = 0,7- 17,8
Fobia Social	13,75	1,17 p < 0,001 IC = 4,7-20,5	2 p = 0,001 IC = 3,8-19,7
Distimia	2,5	3,65	
Agorafobia	1,25	0,62	4
Trastorno por estrés postraumático	1,25	1,95	
Dependencia alcohol	5	0,57	
Trastorno de angustia con agorafobia	1,25	1,7	9

En rojo – resultados significativos con p- valor e intervalo de confianza

El porcentaje de pacientes en nuestra muestra con algún trastorno psiquiátrico fue significativamente superior a los porcentajes encontrados en las muestras poblacionales seleccionadas como referencia tanto en el momento actual como a lo largo de la vida. Estos mismos resultados encontramos al considerar los trastornos de ansiedad como grupo encontrando también prevalencias superiores a las poblacionales. Sin embargo, en los trastornos depresivos como grupo solo encontramos valores significativamente diferentes a los poblacionales en lo relativo a la prevalencia - vida y solo en relación al estudio ESEMeD (154) y no al estudio DASMAP (152) (tabla 57) .

Tabla 57. Prevalencia valores globales y por grupos diagnósticos. Comparación estudios poblacionales

	Prevalencia nuestro estudio	ESEMeD	Qureshi	DASMAP
Algún trastorno psiquiátrico DSM-IV- actual	63,75	8,48 p < 0,001 IC = 44,2-66,3	26,1 p < 0,001 IC = 26,4-48,9	31,24 p < 0,001 IC=21,5-43,5
Algún trastorno psiquiátrico DSM-IV- vida	81,25	19,46 p < 0,001 IC=52,8 -70,8		45 p < 0,001 IC= 27,3-45,2
Algún trastorno de ansiedad actual	38,75	6,2 p < 0,001 IC =21,4-43,7		18,49 p < 0,001 IC=9,2-31,4
Algún trastorno de ansiedad vida	41,25	9,39 p < 0,001 IC = 20,5-43,2		20,8 p < 0,001 IC = 9,2-31,7
Algún trastorno depresivo actual	8,75	4,37		13,41
Algún trastorno depresivo vida	21,25	11,47 p = 0,018 IC = 0,4-19,2		31,8

En rojo – resultados significativos con p- valor e intervalo de confianza

5.1.3.2. Personalidad

- En relación a la personalidad podemos señalar dos aspectos destacados. Por un lado, el predominio de los rasgos de personalidad del grupo C, siendo los más frecuentes tanto desde el punto de vista categorial como dimensional y en concreto el subtipo anancástico. Esta relación entre la AA y los rasgos de tipo neurótico (grupo C) de personalidad ha sido también reflejada en la literatura . Así, Lyketsos encuentra en los pacientes con AA sumisión, poca autoestima, dependencia y actitud altamente autocrítica (43). Puente - Antón encuentra rasgos de sumisión, pasividad, huida del enfrentamiento, sentimientos de inferioridad e inhibición de la agresión (53). Wygledowska – Kania encuentran predominancia del tipo neurótico de personalidad (55). Ruiz - Doblado observa un predominio del cluster C debido al componente evitativo (47) . Ferrando obtiene neuroticismo premorbido en el 80 % de la muestra, con un predominio de personas con gran facilidad para la preocupación por asuntos triviales y fácilmente emotivas (58). Burcak obtiene que los pacientes con AA tendrían un estilo

de personalidad caracterizado por baja búsqueda de la novedad, con dificultad para adaptarse a los cambios que supondrían un estresor, no abiertos a mejorar y que toleran mal las novedades (59). Aghaei encuentra diferencias significativas en neuroticismo con respecto al grupo control.

Por otro lado, un aspecto menos recogido en la literatura y que sí refleja el análisis de nuestros datos es la presencia de un componente impulsivo (estudiado a partir de los criterios CIE-10) y que si bien se sitúa por detrás de lo neurótico en cuanto a frecuencia merece una mención (60). Tan solo en el trabajo de Wygledowska - Kania se señala también esta observación, así analizan el patrón de conducta tipo A en los pacientes con alopecia areata, encontrando asociación de rasgos como la impulsividad, competitividad, dominancia – agresividad, impaciencia y deseos de conseguir muchas metas en escaso tiempo (54).

- Para comparar los resultados con los **valores poblacionales de referencia** en cuanto a la prevalencia de los trastornos de personalidad se han escogido tres estudios. El estudio de Fernández - Montalvo y el de Echeburúa están realizados en nuestro medio y con el mismo instrumento diagnóstico utilizado en nuestro estudio (entrevista I.P.D.E.) aunque las muestras son pequeñas (55 y 31 pacientes respectivamente) (155, 156). El estudio NESARC “National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions” es un estudio poblacional desarrollado en USA (n = 43.093) y que incluye el estudio de los trastorno de personalidad con criterios DSM-IV (157) .

De esta manera, el trastorno de personalidad de tipo anancástico obtiene diferencias significativas en su prevalencia tanto con el estudio desarrollado en nuestro medio como con el NESARC. Otros diagnósticos del cluster C como el *ansioso* y el *dependiente* también obtienen prevalencias más altas en nuestra muestra que en las poblacionales pero sin llegar a mostrarse estas diferencias significativas desde el punto de vista

estadístico ($p = 0,07$; $p = 0,06$ respectivamente con respecto al NESARC) (157) . La prevalencia total de cualquier trastorno de personalidad en nuestra muestra es también más alta de forma significativa con respecto a los tres estudios que hemos tomado como referencia poblacional (tabla 58) .

Tabla 58 . Prevalencia trastornos de personalidad. Comparación estudios poblacionales

	Prevalencia nuestro estudio	Fernández-Montalvo	Echeburúa	NESARC
Anancástico	15,6	1,8 $p = 0,001$ IC = 4,7-22,9		7,9 $p = 0,03$ IC = 0,5-15,9
Impulsivo	7,8			
Ansioso	6,5	1,8		2,4
Paranoide	3,9		3,2	4,4
Dependencia	3,9			0,5
Narcisista	1,3			6,2
No especificado	1,3	1,8		
Esquizoide	0			3,1
Disocial	0			3,6
Limite	0			5,9
Histriónico	0	1,8	3,2	1,8
Esquizotipia	0			
Total	29,87	7,3 $p < 0,001$ IC = 9,9-35,2	6,4 $p < 0,001$ IC = 9,8-37,2	14,8 $p = 0,001$ IC = 5-25,1

En rojo – resultados significativos con p- valor e intervalo de confianza

5.1.3.3. Eventos vitales estresantes

- En lo que respecta a los eventos estresantes podemos señalar que la presencia de estos en los seis meses previos al inicio de la AA fue muy frecuente, hasta el 94 % de los pacientes tuvieron al menos un evento y el 54 % más de un evento, con una media por paciente de dos eventos vitales. Si bien la presencia de eventos fue notable, estos fueron de intensidad leve - moderada tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo. No se trataría por tanto de eventos singulares de gran impacto sino de una

acumulación de eventos con un impacto leve-moderado, relacionados fundamentalmente con la familia y el trabajo.

La revisión bibliográfica ofrece información abundante pues ha sido un tema ampliamente tratado, intentando los investigadores confirmar la apreciación que los clínicos siempre han reflejado sobre la relación del inicio de los brotes de AA con las situaciones estresantes. Ya se ha comentado la dificultad que ofrece la investigación en relación a los eventos estresantes pues a los problemas para establecer causalidad se suma el curso de la propia AA, con brotes repetidos y fases en las que se pueden observar a la vez zonas de repoblación y otras activas. El resultado de esto es un panorama dividido, con estudios que se posicionan debido a sus resultados a favor de la asociación y otros que obtienen resultados negativos por lo que la controversia al respecto sigue vigentes. En la tabla 59 se describen los estudios principales con las variables relacionadas con el estrés y sus conclusiones respecto a la existencia de la asociación.

Hay que resaltar que el estudio de Ferrando (58) realizado en nuestro medio y con una recogida rigurosa de los eventos estresantes aunque con un instrumento diferente al nuestro encuentra una media de sucesos por paciente idéntica a la de nuestro estudio (2,04) y un tanto por ciento alto también de pacientes con al menos un evento previo (80 %). Los estudio de Perini (69) y Picardi (75), ambos también con una metodología rigurosa y con instrumentos validados en lo que respecta a los eventos vitales, encuentran datos muy similares. En el de Picardi (75) dos eventos de media por paciente y 2,5 en el de Perini (69), con presencia en este último en el 88 % de los casos de al menos un evento previo.

En relación al tipo de eventos, Perini refería significativamente más eventos en las áreas de trabajo, finanzas, familia y relaciones sociales (69). Ferrando (58) señalaba con

significación estadística y en calidad de factor de riesgo presentar al menos una dificultad y que esté relacionada con la salud del individuo o con su trabajo. Manolache destaca los problemas familiares (muerte de un miembro de la familia y disputas familiares) seguido de los problemas personales (exámenes). Coinciden como nuestro estudio en señalar los eventos relacionados con la familia y los aspectos laborales como a tener en cuenta en los pacientes con AA (77) .

En el estudio de Ferrando, el 50 % de los sucesos ocurrieron en las 6 semanas previas a la objetivación de la AA (58). En nuestro estudio la mediana del tiempo entre la aparición de un evento y el inicio de la AA se situaría en las 8 semanas.

- A diferencia de otros factores psicológicos analizados en este trabajo con los eventos vitales estresantes resulta más compleja la comparación con muestras poblacionales e incluso con otras investigaciones en pacientes con AA. La disparidad de instrumentos utilizados, las diferencias en la duración del periodo donde se recogen los eventos, el propio concepto utilizado de evento vital estresante o directamente la ausencia de explicitación en el método de estos aspectos complican los análisis comparativos.

No obstante, podemos considerar como referencia los valores obtenidos por Ferrando (58) en su grupo control de sanos (60 controles , el tiempo de recogida es el mismo que en nuestro estudio, los seis meses previos al brote). El número medio de sucesos por individuo (índice de sucesos vitales) fue de $1,41 \pm 0,73$ y estos valores supondrían diferencias significativas ($p = 0,002$; IC 95% = $0,21-1,02$) con respecto a los obtenidos en nuestro estudio en los pacientes con AA ($2,04 \pm 1,4$). Perini (69) con un resultado similar al nuestro en el índice de sucesos vitales ($2,5$) también encuentra significación con respecto a dos grupos control (30 pacientes cada uno, alopecia común - ISV = $0,73$; infecciones fúngicas – ISV = $0,5$). Según estos datos, los pacientes con AA por tanto

si padecerían un mayor número de eventos estresantes que la población sana en el periodo previo a la aparición de la enfermedad.

Con respecto al impacto o carga de estrés de los eventos (índice de reajuste social), podemos considerar como referencia en individuos sanos los valores del estudio de Morera (158) con un IRS de $195,4 \pm 99,7$ (36 individuos) que superaría los valores obtenidos en nuestro estudio para los pacientes con AA (110 ± 78). Si bien en este estudio el instrumento que utilizan para la recogida de los eventos vitales es también la escala de González de Rivera, estos datos hay que considerarlos con cautela puesto que no queda claro el tiempo durante el cual se recogieron los eventos.

A la luz de lo expuesto podemos considerar que la presencia de eventos estresantes relacionados con la familia y el trabajo en los meses previos a la aparición de la AA podría estar en relación con su génesis pero que estos eventos no necesariamente serían de gran impacto o con una gran carga de estrés. La asociación se establecería con el número de eventos y con el tipo, no tanto con la importancia de un evento singular. Esto difiere de lo señalado por Manolache (77) que refiere que un evento único de gran impacto antes del comienzo de la enfermedad sería más importante que múltiples situaciones estresantes.

Tabla 59. Eventos vitales estresantes. Revisión bibliográfica

Autor y año	Porcentaje con estrés	Media de sucesos	Lapso en semanas	Evidencia de la asociación	Metodología
<i>Perini 1984</i>	87,5	2,56		Positiva	Entrevista Paykel (6 meses previos, evolución de menos de 8 meses)
<i>Mendoza 1987(población infanto-juvenil)</i>	100				
<i>Ferrando 1995</i>	80 % al menos un suceso	2,04 ± 1,3	6	Positiva	Entrevista Brown –Harris (6 meses previos al brote, evolución de menos de 6 meses)
<i>Reeve 1996 (población infanto-juvenil)</i>		4,1 ± 3		Negativa	LECL (último año)
<i>Manolache 2009 (población infanto-juvenil)</i>	58,13	0,67		Positiva	Último año, excluyendo los eventos tras el comienzo
<i>Díaz-Atienza 1997(población infanto-juvenil)</i>		2,7 ± 1,6		Positiva	Mardomingo (año previo)
<i>Brajac 2003</i>	60 % al menos un evento				Lista de eventos vitales propia (6 meses previos)
<i>Van der Steen 1992</i>	6,7				Entrevista ,preguntan por 6 meses previos primer episodio AA, 8 años de evolución
<i>Picardi 2003</i>		2 ± 1,5		Negativa	Paykel (7-12 meses previos)
<i>Gulec 2004</i>		6,11 ± 4,9		Negativa	LES (6 meses previos)
<i>Manolache 2007</i>	68,88	1,02 ± 0,65		Positiva	Holmes y Rahe (7-12 meses previos)
<i>Tan 2002</i>	10				Entrevista telefónica (6 meses previos)
<i>Nuestro estudio</i>	94 % al menos un evento	2,03 ± 1,4	8		González de la Rivera

5.1.3.4. Escalas clínicas

- En relación a la psicopatología medida a través de las escalas clínicas, aquellas que miden **síntomas depresivos** no muestran diferencias significativas con los valores de referencia poblacional (tabla 60) .

Considerando el punto de corte para el Inventario de depresión de Beck en trece puntos, el 20 % de los pacientes podría considerarse como deprimidos, pero en función de las categorías de gravedad solo dos pacientes tendrían una depresión importante. La distribución de los pacientes en función de las categorías de gravedad (mínima, leve , moderada y grave) sería muy similar a la poblacional (112).

Según las categorías de gravedad en la escala de depresión Zung - Conde, los pacientes con depresión grave también serían solo dos (127). En la subescala de depresión del SCL-90-R las puntuaciones centiles con respecto a la muestra de población general no clínica están tanto en hombres como en mujeres cercanas al percentil 50.

En la bibliografía se alternan los trabajos que sí encuentran diferencias significativas (48, 59, 60, 89) en escalas de depresión en pacientes con AA respecto a población sana con los que no las encuentran (76, 81). En aquellos que comparan con otras muestras dermatológicas, Gupta encuentra que los pacientes con AA tendrían puntuaciones más bajas en depresión que aquellos con dermatitis atópica, acné y psoriasis (91). Ghajarzadeh también obtiene estos resultados frente a psoriasis y vitíligo (92) .

Tabla 60. Escalas depresión . Comparación valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95%	Referencia poblacional
Inventario de depresión de Beck	7,5 ± 6,7 N = 445	7,42 ± 7,37 n = 76	0,925	-1,61 - 1,76	Vázquez 1997
Escala de depresión de Zung- Conde	34,1 ± 8,5 N = 36	36,93 ± 8,78 n = 78	0,109	-6,35 - 0,68	Moreira 1983
SCL- 90-R depresión	0,72 ± 0,55 N = 530	0,67 ± 0,69 n = 76	0,514	-0,09 - 0,18	Derogatis 2002

- Entre las escalas que miden **síntomas de ansiedad** (tabla 61) solo la escala de ansiedad de Zung obtiene diferencias significativas con los valores poblacionales tanto con la referencia de nuestro medio (159) como con los valores para controles normales aportados por Zung en el trabajo originario ($27 \pm 5,9$; la diferencia con nuestros valores también es significativa $p < 0,001$) (128).

En el STAI los valores medios en mujeres estarían cercanos al percentil 50 según la baremación española mientras que en varones estarían incluso por debajo, este comportamiento se aprecia tanto en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo manteniéndose los valores en unos percentiles similares.

En las subescalas de ansiedad y somatización del SCL-90-R (la subescala de somatización se ha incluido aquí pues describe síntomas compatibles con ansiedad somatizada) los valores medios de la muestra están cercanos al percentil 50 con respecto a la baremación española.

En cuanto a la literatura sobre AA, al igual que con los síntomas depresivos, los trabajos que han medido síntomas de ansiedad a través de distintas escalas se distribuyen casi por igual entre los que sí encuentran resultados significativos con respecto a valores en sanos (48, 60, 74, 89) con aquellos en los que no se hallan diferencias significativas (59, 76, 81) .

Tabla 61. Escalas Ansiedad . Comparación valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95%	Referencia poblacional
STAI estado Varones	20,54 ± 10,56 N = 295	14,7 ± 11,93 n=34	0,002	1,94-9,71	<i>Spielberger 1994</i>
STAI estado Mujeres	23,3 ± 11,93 N = 365	21,4 ± 11,94 n=42	0,330	-1,99-5,78	<i>Spielberger 1994</i>
STAI rasgo Varones	20,19 ± 8,89 N=318	14,35 ± 10,37 n=34	< 0,001	2,57-9,10	<i>Spielberger 1994</i>
STAI rasgo Mujeres	24,99 ± 10,05 N = 387	25,57 ± 10,82 n=42	0,724	-3,87-2,71	<i>Spielberger 1994</i>
Escala de ansiedad Zung Varones	24,45 ± 6,67 N =20	31,38 ± 6,67 n=34	< 0,001	3,13 - 10,72	<i>Sanz 1993</i>
Escala de ansiedad Zung Mujeres	26,12 ± 6,62 N = 25	35,65 ± 6,62 n = 44	< 0,001	6,19-12,88	<i>Sanz ,1993</i>
SCL-90-R ansiedad	0,52 ± 0,49 N = 530	0,475 ± 0,57 n = 76	0,464	-0,07-0,16	<i>Derogatis 2002</i>
SCL-90-R somatización	0,55 ± 0,55 N = 530	0,52 ± 0,53 n = 76	0,699	-0,10-0,16	<i>Derogatis 2002</i>

En rojo – resultados significativos

- En las escalas que miden **ansiedad fóbica y ansiedad social** (tabla 62), la subescala del SCL-90-R sobre sensibilidad interpersonal (timidez, vergüenza, ansiedad social) obtiene diferencia significativas con los valores de referencia poblacional tanto en su valor total como en mujeres, no así en varones.

En la escala de ansiedad social de Liebowitz no se encuentran valores mayores que los poblacionales de forma significativa aunque hay que destacar que la población de referencia eran adolescentes y esto puede hacer que sus valores sean mayores que en otras franjas de edad más avanzada. En relación con los puntos de corte de la escala de Liebowitz (119), en torno al 25 % de la muestra (20 pacientes) superarían el punto de corte para considerar que tiene ansiedad social.

Resulta muy llamativo en nuestra muestra las diferencias en las puntuaciones en función del sexo tanto en el Liebowitz como en la subescala de sensibilidad interpersonal a favor de las mujeres que reflejarían el impacto de la AA en el sexo

femenino en lo relativo al desempeño social y el desarrollo de síntomas de ansiedad social.

Tanto Gündel (48) como Kökçam (89) encuentran diferencias significativas con sanos en las subescalas del SCL-90-R de ansiedad fóbica y sensibilidad interpersonal, sin embargo Burcak (59) no obtiene diferencias significativas. Reeve en su estudio en población infantil comenta que con respecto al SCL-90-R no se encuentran puntuaciones destacadas con respecto al grupo normativo pero sí señala picos en las dimensiones de sensibilidad interpersonal (50).

Tabla 62. Escalas Ansiedad Fóbica y social . Comparación valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95%	Referencia poblacional
Liebowitz ansiedad Varones	16,3 ± 11,7 N = 430	11,61 ± 11,22 n = 34	0,028	0,52-8,84	Zubeidat 2008
Liebowitz ansiedad Mujeres	20,28±13 N = 582	20,54 ± 10,94 n = 44	0,895	-4,29-3,76	Zubeidat 2008
Liebowitz evitación Varones	17,05 ± 12,3 N = 430	11,35 ± 10,29 n = 34	0,008	1,35-10,03	Zubeidat 2008
Liebowitz evitación Mujeres	19,2 ± 12,8 N = 582	20,61 ± 12,44 n = 44	0,479	-5,41-2,58	Zubeidat 2008
Liebowitz total Varones	33,35 ± 22,6 N = 430	22,97 ± 20,95 n = 34	0,009	2,35-18,39	Zubeidat 2008
Liebowitz total Mujeres	39,47 ± 23,87 N = 582	41,15 ± 22,91 n = 44	0,650	-9,13-5,76	Zubeidat 2008
SCL-90 ansiedad fóbica	0,25 ± 0,36 N=530	0,23 ± 0,39 n = 76	0,672	-0,07-0,1	Derogatis 2002
SCL-90 sensibilidad interpersonal total	0,45 ± 0,44 N = 530	0,60 ± 0,61 n = 76	0,005	0,04-0,27	Derogatis 2002
SCL-90 sensibilidad interpersonal Varones	0,43 ± 0,39 N = 252	0,46 ± 0,62 n = 33	0,666	-0,19/0,12	Derogatis 2002
SCL-90 sensibilidad interpersonal mujeres	0,48 ± 0,47 N = 278	0,71 ± 0,59 n = 43	0,002	0,07-0,4	Derogatis 2002

En rojo – resultados significativos

- El análisis de las diferencias de la escala de **alexitimia** de Toronto respecto a los valores poblacionales revela que no son significativas en su puntuación total ni en las subescalas dificultad para discriminar señales emocionales y dificultad en la expresión verbal de emociones. Sí son significativas las diferencias en la subescala pensamiento orientado hacia detalles externos (tabla 63). Según los puntos de corte del TAS -20, el 50 % de los pacientes tendrían alexitimia (27 % baja y 23 % alta).

Picardi en su estudio no encuentra diferencias significativas con respecto al grupo control en la comparación de medias, la media que obtiene en la puntuación total del TAS-20 es muy similar a la de nuestro estudio (51,5) así como la distribución entre no alexitimicos, alexitimia baja y alexitimia alta (43%; 24%; 33%) (75). Sellami en su trabajo no encuentra diferencias significativas entre la puntuación total del TAS-20 con respecto a un grupo control de individuos adultos sanos (160). Willemsen sí que encuentra diferencias significativas con respecto al grupo control en la puntuación total y en el factor 1 y 2 pero curiosamente no en el factor 3 (Pensamiento orientado hacia detalles externos) que es en el que sí las encontramos en nuestro estudio (87). La media de la puntuación total es también muy similar a nuestro estudio (51,22) y la distribución entre no alexitimicos, alexitimia baja y alexitimia alta (53 %; 23 %; 23 %) presenta el mismo tanto por ciento de pacientes con alexitimia alta que en nuestro estudio (75). Cordan en su estudio utiliza la escala de alexitimia de Toronto de 26 ítems (TAS-26) y encuentra diferencias significativas con el grupo control (81) .

Tabla 63. Alexitimia. Comparación valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95%	Referencia poblacional
Escala de Toronto. Puntuación Total	50,58 ± 11,34 N = 370	50,18 ± 13,61 n = 74	0,794	-2,60-3,38	<i>Martínez-Sánchez 1996</i>
Dificultad para discriminar señales emocionales	18,8 ± 6,37 N = 370	15,72 ± 7,05 n = 74	< 0,001	1,41-4,72	<i>Martínez-Sánchez 1996</i>
Dificultad en expresión verbal de emociones	14,35 ± 4,69 N = 370	12,51 ± 4,86 n = 74	0,002	0,63-3,03	<i>Martínez-Sánchez 1996</i>
Pensamiento orientado hacia detalles externos	17,43 ± 4,36 N = 370	21,94 ± 5,10 n=74	< 0,001	3,37-5,66	<i>Martínez-Sánchez 1996</i>

En rojo – resultados significativos

- En relación al **sueño**, de todos los parámetros estudiados a través del índice de calidad de Sueño de Pittsburgh solo las puntuaciones en alteraciones del sueño en varones resultan significativas con respecto a los valores poblacionales (tabla 64). Este parámetro estudia aspectos como despertarse de madrugada, tener que ir al baño durante el sueño, no poder respirar adecuadamente, tos o ronquidos, sensación de frío, sensación de calor, pesadillas o sentir dolor durante el sueño.

Un 30 % de nuestra muestra puntuarían por encima de cinco en la puntuación global que es el punto de corte y serían malos dormidores.

Solo un trabajo ha abordado el problema del sueño en la AA aunque centrado en la somnolencia diurna (Epworth Sleepiness Scale) y no obtuvieron valores que difirieran significativamente de la muestra normativa poblacional (93). El 11,4 % tendría una somnolencia excesiva diurna en este estudio, en nuestra muestra aunque a través de otra escala como es el Pittsburg la disfunción diurna por somnolencia sería del 15 % (93). Estos autores sugieren que las alteraciones del sueño exacerbarían la autoinmunidad y esto podría influir en la patogénesis de la AA aunque reconocen que en su estudio no se confirma esta posible asociación. En nuestro estudio podríamos aplicar esto a las

alteraciones en el sueño en varones como uno de los factores psicosociales a tener en cuenta en relación a la patogénesis de la enfermedad aunque sin descartar que estas alteraciones del sueño pudieran ser secundarias al estrés o la preocupación debido al padecimiento de la AA.

Tabla 64. Sueño. Comparación valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95%	Referencia poblacional
Calidad subjetiva del sueño varones	1,18 ± 0,83 N = 132	0,88 ± 0,72 n = 34	0,058	-0,014-0,61	Sierra 2002
Calidad subjetiva del sueño mujeres	1,14 ± 0,81 N= 584	1,06 ± 0,69 n = 44	0,567	-0,17-0,32	Sierra 2002
Duración del sueño varones	0,83 ± 0,7 N = 132	0,97 ± 0,90 n = 34	0,330	-0,42-0,14	Sierra 2002
Duración del sueño mujeres	0,76 ± 0,76 N = 584	0,90 ± 0,74 n = 44	0,209	-0,38-0,08	Sierra2002
Alteraciones del sueño varones	1,15 ± 0,48 N = 132	1,41 ± 0,78 n = 34	0,015	0,04-0,47	Sierra 2002
Alteraciones del sueño mujeres	1,25 ± 0,5 N = 584	1,15 ± 0,68 n = 44	0,259	-0,07-0,25	Sierra.2002
Disfunción diurna varones	1,41 ± 0,92 N = 132	0,61 ± 0,65 n = 34	< 0,001	0,45-1,12	Sierra 2002
Disfunción diurna mujeres	1,52 ± 0,89 N = 584	0,65 ± 0,80 n = 44	< 0,001	0,58-1,13	Sierra 2002
Latencia del sueño varones	1,58 ± 1 N = 132	0,61 ± 0,73 n = 34	< 0,001	0,59-1,32	Sierra.2002
Latencia del sueño mujeres	1,57 ± 0,91 N = 584	0,95 ± 1,09 n = 44	< 0,001	0,32-0,90	Sierra 2002
Eficiencia habitual del sueño varones	0,49 ± 0,8 N = 132	0,41 ± 0,92 n = 34	0,624	-0,24-0,39	Sierra 2002
Eficiencia habitual del sueño mujeres	0,4 ± 0,76 N = 584	0,40 ± 0,75 n = 44	0,939	-0,24-0,22	Sierra 2002
Uso de medicación para dormir varones	0,13 ± 0,53 N = 132	0,32 ± 0,91 n = 34	0,111	-0,43-0,04	Sierra 2002
Uso de medicación para dormir mujeres	0,27 ± 0,74 N = 584	0,20 ± 0,70 n = 44	0,570	-0,16-0,29	Sierra 2002
Puntuación global varones	6,77 ± 3,5 N = 132	5,20 ± 3,80 n = 34	0,024	0,18-2,93	Sierra 2002
Puntuación global mujeres	6,91 ± 3,37 N = 584	5,36 ± 3,34 n = 44	0,003	0,49-2,60	Sierra 2002

En rojo – resultados significativos

- En las escalas de **calidad de vida** relacionada con la salud observamos en el SF-36 diferencias significativas con los valores poblacionales en las siguientes dimensiones: Función física, función social, salud mental y percepción de salud general (tabla 65) .

La afectación de la función social en la AA parece razonable por el impacto en la imagen y la repercusión estética así como la afectación en la salud mental que es el objeto de esta investigación y tiene un recorrido amplio en la literatura como hemos comentado.

Existe también una percepción de tener peor salud general en los pacientes con AA y puntuaciones bajas en lo que respecta a la función física. Esta afectación de la función física pudiera ser atribuida a las enfermedades que se asocian a la AA como las enfermedades de tiroides, autoinmunes... que sí tienen una repercusión directa en este aspecto.

Gulec (76), Masmoudi (95) y Dubois (96) también encuentran en sus trabajos usando el SF-36 con respecto a controles sanos afectación en salud mental. Dubois (96) y Masmoudi (95) destacan también la afectación en la función social . Este último autor en su trabajo refiere además también peor percepción de salud general respecto a controles.

Con respecto al DLQI como era de esperar las puntuaciones son más elevadas (peor calidad de vida) de forma significativa en relación a los valores poblacionales generales sin afectación dermatológica. Las puntuaciones medias en nuestro estudio son más bajas (mejor calidad de vida) en relación a otras patologías dermatológicas como psoriasis ($4,51 \pm 4,06$) o eczema ($4,14 \pm 3,75$).

Otros estudios en pacientes con AA que han utilizado el DLQI también encuentran puntuaciones superiores a las nuestras, las puntuaciones medias se situarían en un intervalo que varía desde 5,8 hasta 13,54 en función de los estudios. Aquellos trabajos

con puntuaciones más elevadas (peor calidad de vida) recogían pacientes con formas más extensas de la enfermedad por lo que la afectación leve - moderada de nuestra muestra puede explicar las puntuaciones bajas en el DLQI (92, 97, 99, 161, 162) .

Tabla 65. Calidad de vida. Comparación valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95%	Referencia poblacional
Función física	94,42 ± 12,82 N = 1250	89,80 ± 14,97 n = 78	0,002	1,58-7,63	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
Limitaciones de rol: problemas físicos	91,13 ± 25,76 N = 1250	89,10 ± 23,00 n = 78	0,497	-3,95-8,00	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
Dolor	82,35 ± 24,82 N = 1250	81,02 ± 19,88 n = 78	0,644	-4,40-7,053	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
Función social	96,03 ± 14,12 N = 1250	87,17 ± 19,52 n = 78	< 0,001	5,46-12,23	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
Salud mental	77,72 ± 17,32 N = 1250	70,82 ± 21,00 n = 78	< 0,001	2,79-10,99	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
Limitaciones de rol: problemas emocionales	90,19 ± 26,03 N = 1250	85,04 ± 28,24 n = 78	0,092	-0,96-11,25	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
Vitalidad	69,99 ± 18,45 N = 1250	66,85 ± 20,30 n = 78	0,148	-1,20-7,46	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
Percepción salud general	80 ± 18,89 N = 1250	67,37 ± 18,58 n = 78	< 0,001	8,22-17,03	<i>Ayuso-Mateos 1999</i>
DLQI	0,27 ± 0,91 N = 100	2,11 ± 2,99 n = 77	< 0,001	-2,48/-1,21	<i>Tiedra 2000</i>

En rojo – resultados significativos

- En lo relativo a la **autoestima** no se observan diferencias con los valores poblacionales, tampoco en el índice de **reactividad al estrés** (tabla 66). En el análisis de los componentes de la reactividad al estrés, el cognitivo, emocional y conductual tienen valores porcentuales parecidos, siendo el vegetativo el menos importante.

Solo Reeve en su estudio en población infanto-juvenil valora la autoestima , utiliza el cuestionario “ Piers-Harris Children´s Self-concept Scale”, no encuentra puntuaciones por encima de las medias normativas al igual que en nuestro estudio (50). Monselise, a partir de una de las subescalas del instrumento sobre la inteligencia emocional que utiliza en su trabajo, sí encuentra de forma significativa pobre autoestima en su muestra

de pacientes con AA utilizando como referencia la muestra normativa aunque no se trata de un cuestionario propiamente de autoestima (94).

Tabla 66. Autoestima e IRE . Comparación valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95 %	Referencia poblacional
Autoestima Rosenberg varones	32,53 ± 3,92 N = 124	32,67 ± 4,05 n = 34	0,848	-1,68-1,38	<i>Martin Albo 2008</i>
Autoestima Rosenberg mujeres	31,14 ± 4,55 N = 296	30,20 ± 5,09 n = 44	0,212	-0,56-2,43	<i>Martin Albo 2008</i>
Índice de reactividad al estrés	33,7 ± 16,29 N = 134	25,39 ± 16,40 n = 78	< 0,001	3,63-12,96	<i>Gasul 2010</i>

En rojo – resultados significativos

- Con respecto a los ítems del **SCL-90-R** no encuadrados en otras categorías los que resultan significativos con respecto a los valores normativos son: Obsesión - compulsión en mujeres, psicoticismo valor global y en mujeres y PST (total de respuestas positivas en el test) en mujeres. Hostilidad, paranoidismo y los índices globales GSI y PSDI no obtuvieron resultados significativos (tabla 67).

El análisis de estos resultados pone de manifiesto una mayor psicopatología en mujeres, que tendrían una mayor amplitud y diversidad en la psicopatología aunque la intensidad sintomática no sería mayor. El índice psicoticismo en la población general hace referencia a sentimientos de alienación social más que a una psicosis clínicamente manifiesta recogiendo también el espectro de lo esquizoide y esquizotípico. En la literatura Gündel y Reeve obtienen resultados similares respecto a lo obsesivo-compulsivo y Gündel también en psicoticismo, pero no en hostilidad (48, 50) .

Tabla 67. SCL-90-R. Comparación con valores poblacionales

	Valores poblacionales	Valores nuestro estudio	p-valor	IC 95 %	Referencia poblacional
Obsesión valor total	0,6 ± 0,5 N = 530	0,71 ± 0,70 n = 76	0,089	-0,24-0,014	<i>Derogatis 2002</i>
Obsesión Varones	0,56 ± 0,45 N = 252	0,46 ± 0,65 n = 33	0,262	-0,07-0,27	<i>Derogatis 2002</i>
Obsesión mujeres	0,63 ± 0,55 N = 278	0,90 ± 0,68 n = 43	0,003	0,08-0,45	<i>Derogatis 2002</i>
Hostilidad	0,45 ± 0,53 N = 530	0,51 ± 0,64 n = 76	0,298	-0,20-0,06	<i>Derogatis 2002</i>
Ideación paranoide	0,47 ± 0,5 N = 530	0,51 ± 0,56 n = 76	0,468	-0,17-0,07	<i>Derogatis 2002</i>
Psicoticismo valor total	0,21 ± 0,3 N = 530	0,32 ± 0,44 n = 76	0,004	0,03-0,19	<i>Derogatis 2002</i>
Psicoticismo varones	0,21 ± 0,28 N = 252	0,24 ± 0,46 n = 33	0,534	-0,14-0,07	<i>Derogatis 2002</i>
Psicoticismo mujeres	0,22 ± 0,32 N = 278	0,38 ± 0,42 n = 43	0,003	0,05-0,27	<i>Derogatis 2002</i>
GSI	0,51 ± 0,36 N = 530	0,52 ± 0,49 n = 76	0,711	-0,11-0,07	<i>Derogatis 2002</i>
PST valor total	25,32 ± 14,3 N = 530	28,60 ± 22,38 n = 73	0,090	-7,16-0,58	<i>Derogatis 2002</i>
PST Varones	22,9 ± 13,3 N = 252	21,27 ± 21,46 n = 33	0,544	-3,74-7,00	<i>Derogatis 2002</i>
PST Mujeres	27,4 ± 14,8 N = 258	34,23 ± 21,64 n = 43	0,009	1,56-12,09	<i>Derogatis 2002</i>
PSDI	1,75 ± 0,48 N = 530	1,47 ± 0,56 n = 76	< 0,001	0,15/0,39	<i>Derogatis 2002</i>

En rojo – resultados significativos

- Como resumen de los resultados obtenidos a partir de las escalas clínicas en su comparación con los valores de referencia poblacional, cabe destacar que confirman aspectos ya referenciados en los apartados anteriores. Se observaría una mayor psicopatología en las mujeres con AA que en la población general (PST en SCL-90-R) y existiría un predominio de la clínica ansiosa, fóbica sobre la sintomatología depresiva con una mayor importancia de lo obsesivo y lo relacionado con lo neurótico. Ninguna escala de depresión obtendría resultados significativos cuando se compara con

los valores poblacionales pero si lo harían en ansiedad (Zung), sensibilidad interpersonal y obsesividad.

Por otro lado, ponen de relevancia otros aspectos psicopatológicos no explorados a través del diagnóstico categorial como las diferencias con los valores poblacionales en varones en alteraciones del sueño (la entrevista M.I.N.I no explora trastornos del sueño), la importancia de la alexitimia en función de su componente pensamiento orientado hacia lo externo y la presencia de una peor calidad de vida en muchas de las dimensiones con respecto a la población general (tabla 68).

Tabla 68. Resumen escalas con diferencias significativas con los valores de referencia poblacional

<i>Escala de ansiedad de Zung</i>
<i>Escala de alexitimia de Toronto: Pensamiento orientado hacia detalles externos</i>
<i>Índice de calidad de sueño de Pittsburg: Alteraciones del sueño</i>
<i>SF-36: Función física</i>
<i>SF-36: Función social</i>
<i>SF-36: Salud mental</i>
<i>SF-36: Percepción salud general</i>
<i>DLQI</i>
<i>SCL-90 - R: Sensibilidad interpersonal</i>
<i>SCL-90 - R: Obsesión</i>
<i>SCL-90 - R: Psicoticismo</i>
<i>SCL-90 - R : PST</i>

5.1.3.5. Otras variables psiquiátricas

- Los resultados encontrados en lo relativo al **eje IV (problemas psicosociales y ambientales)** según la clasificación DSM-IV apoyan lo referido en cuanto a los eventos estresantes y ofrecen información complementaria puesto que permiten registrar otro tipo de estrés diferente al suceso estresante puntual. El 56,3 % de los pacientes tenían problemas en este eje, siendo los más frecuentes los problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia), seguido de los laborales . Son, por tanto, las mismas áreas

de afectación y en el mismo orden que los resultados obtenidos en el análisis de los eventos vitales estresantes.

- La importancia de los problemas familiares también viene reflejado en el apartado de **relaciones familiares**. En el 52,5 % de los casos habría problemas familiares en alguna medida y en más del 20 % de los pacientes las relaciones familiares estarían muy deterioradas (conflictos graves, malos tratos o relaciones familiares ausentes). Esto refuerza lo que ya se expresado en párrafos anteriores respecto a que el área “familia” se configura como un aspecto muy relevante a tener en cuenta a la hora de abordar a los pacientes con AA.

En relación con este aspecto hay que comentar el estudio de Poot que concluye que los casos (pacientes con AA, dermatitis atópica y psoriasis) tendrían tres veces más riesgo de tener disfunción familiar moderada que los controles y 16 veces más riesgo de que esta fuera severa. Los pacientes con AA serían ente los casos los que obtendrían valores más altos con respecto a la disfunción familiar (90). En la misma línea, Díaz-Atienza señala en su estudio con respecto al funcionamiento familiar que las familias del grupo de AA en comparación con los epilépticos se caracterizaban por menos expresividad, más conflicto, menor cohesión familiar y menos organización (62) . Existirían por tanto dinámicas disfuncionales a nivel familiar en los pacientes con AA.

- Los datos relativos a la **reactividad al estrés de la AA** referida por los pacientes apoyan la idea de que el estrés sí juega un papel importante en la historia natural de la AA. El 78,2 % referiría algún grado de reactividad al estrés, es decir, considerarían que el estrés influye en su alopecia de alguna manera, siendo un dato por tanto basado en la valoración subjetiva del paciente, una apreciación del vínculo entre AA y estrés.

- La **gravedad** media de la clínica desde el punto de vista psicopatológico medida a través del ICG fue de carácter leve, ningún paciente puntuó ni gravemente enfermo ni extremadamente enfermo.

De igual manera sucedió con la funcionalidad medida a través de la escala EEAG del DSM y cuya puntuación media reflejaba solo dificultades leves.

Son esperables por tanto los resultados obtenidos respecto a la intervención terapéutica recomendada en los cuales la mayoría de los pacientes (más del 60 %) podrían ser atendidos por parte del dermatólogo sin ser preciso una derivación a psiquiatría.

- El 20 % de los pacientes presentaba **ideación de muerte o autolítica** en el momento de la evaluación (el 7,5 % ideación de muerte y el 12 ,5 % ideación autolítica), se trata de una cifra importante y que habla a favor de considerar este aspecto a la hora de evaluar psicopatológicamente a los pacientes con AA.

Existen pocos estudios en la literatura que evalúen esta cuestión. Saleh en su trabajo obtiene que las ideas de suicidio ocurrían en un 8 % de los pacientes con AA, obtiene cifras similares en pacientes con vitíligo (6 %) y psoriasis (8 %) (163). Gupta, en su estudio, a través de una serie de ítems del cuestionario “Carrol Rating Scale for Depression ” encuentra un 9 % de ideación de muerte en su muestra de pacientes con AA aunque ningún paciente con ideación autolítica (91) . El instrumento que utiliza es distinto pero se trata de una cifra similar a la nuestra con respecto a la ideación de muerte. En este artículo también se destacan cifras similares respecto a otras enfermedades dermatológicas como la psoriasis. Por tanto, la presencia de ideación de muerte o autolítica debe ser un aspecto muy a tener en cuenta en la clínica psicodermatológica y que no se debe pasar por alto.

5.2. RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE VARIABLES

5.2.1. Relaciones con las variables socio-demográficas

- Completando el perfil socio - demográfico de nuestra muestra a través de las relaciones significativas que hemos encontrado entre el sexo y la edad con el resto de las variables socio-demográficas, podemos decir que estar casado y tener estudios básicos se asocia con una mayor edad de los pacientes. El sexo femenino se asocia a tener estudios básicos y menos horas de trabajo a la semana que los varones, a su vez estos consumirían más alcohol y alcohol con tabaco de forma conjunta.
- Con respecto a los aspectos psicopatológicos relacionados con la edad, a mayor edad existiría una mayor psicopatología en términos generales y una asociación con las alteraciones del sueño y los trastornos de ansiedad, también existiría una peor funcionalidad. Saleh en su estudio también encuentra una media de edad significativamente más alta en los pacientes con trastornos del sueño con respecto a aquellos que no los padecen (163). En los jóvenes, sin embargo, se comprueba una mayor presencia de eventos estresantes en el periodo previo a la aparición de la AA con una mayor carga de estrés (sobre todo relacionado con aspectos de pareja, sexuales y con exámenes). Así, podríamos deducir que en los jóvenes los eventos vitales estresantes tendrían una mayor influencia en la aparición de la AA mientras que en las franjas de edad más avanzada serían los trastornos psiquiátricos y la psicopatología lo que tendría un mayor peso.
- Existe una asociación significativa entre el sexo femenino y padecer algún trastorno psiquiátrico comórbido con la AA. Por grupos diagnósticos esta relación se observa con el trastorno adaptativo. En todas las escalas, salvo en las relacionadas con el sueño y las dimensiones de hostilidad y síntomas fóbicos del SCL-90-R, también se observa una relación significativa con el sexo femenino (autoestima baja, depresión, ansiedad,

ansiedad social, alexitimia, reactividad al estrés, obsesividad, paranoidismo, psicoticismo, sensibilidad interpersonal y psicopatología general). Ferrando en su estudio también obtiene estos resultados y comenta que la gravedad de la psicopatología correlacionó positivamente con el sexo femenino (casi doblan a los varones en cuanto a la consideración de “caso psiquiátrico”) (58). Liakopoulou en su trabajo llama la atención sobre este aspecto de una mayor psicopatología en el sexo femenino, lo explica por la mayor importancia del pelo en la configuración de la imagen corporal en chicas, con un mayor impacto en la autoestima (83). Este aspecto también es reflejado por Sellami, que encuentra en su trabajo altos niveles de ansiedad y depresión en mujeres respecto a los varones, haciendo referencia a los aspectos culturales relacionados con el pelo en la mujer (países islámicos) pues su investigación se realiza con población de Túnez (160).

Un aspecto que también debiéramos tener en cuenta en relación al sexo femenino es que los problemas derivados de una enfermedad en un miembro de la familia en los meses previos a la AA aparecieron de forma significativa con más frecuencia en mujeres que en varones (4 veces más frecuente en mujeres que en varones). Cabe recordar que este fue el evento más frecuente en nuestra muestra, y por tanto, lo relacionado con la familia pudiera ser una importante fuente de estrés en mujeres y su aparición en los meses previos a la AA influir en su patogénesis.

- En cuanto a la influencia de las variables socio - demográficas en los parámetros dermatológicos, el tiempo de evolución del brote fue menor en mujeres, es decir, consultaban antes, pasaba menos tiempo hasta que acudían a consulta desde que empezaba el brote, esto puede significar que la AA en mujeres tiene una mayor repercusión psicosocial por la importancia del pelo en la imagen en la mujer y es lo que les lleva a consultar con más celeridad mientras que en los varones existiría una menor

preocupación. En nuestra muestra existe una mayor afectación en varones de forma significativa a nivel de cuero cabelludo pero a pesar de esto tardarían más en consultar.

El pronóstico de la enfermedad sería más sombrío en varones pues asocia dos de los factores conocidos de mal pronóstico en la AA como son la atopia y la ya referida mayor extensión (18) .

El estrés de tipo laboral como puede ser tener un trabajo con más horas estaría relacionado según lo encontrado en nuestro estudio con la génesis de los primeros brotes y tendría menos influencia en la aparición de las recidivas. El estrés , por tanto, sería importante en el inicio de la enfermedad, en el debut, pero ya no lo sería en el curso posterior, produciéndose las recidivas independientemente de este o por otros factores .

El tabaco resultaría un factor protector en los que respecta al pronóstico de la enfermedad pues los que fuman tendrían un curso de la enfermedad más benigno, con menos tiempo de evolución de la enfermedad y menos recidivas. El tabaco ha sido vinculado al desarrollo de alopecia androgenética en hombres pero no existen estudios sobre su influencia en la alopecia areata (164). Con respecto a otras enfermedades de etiología autoinmune, en la gran mayoría el tabaco exacerba estas patologías (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Graves, enfermedad de Crohn, cirrosis biliar primaria, esclerosis múltiple) (165). No obstante, en algunas de ellas como la colitis ulcerosa donde el curso es más benigno en fumadores o la enfermedad de Behcet donde los fumadores tienen menos aftas orales parece tener un efecto protector similar al encontrado en nuestro estudio con respecto a la AA . Este efecto en estas patologías parece mediado por la inhibición que produce la nicotina en la liberación de IL-8, también se ha sugerido que inhibiría la producción de TNF- α , IL-1b

, IL-6 ,IL-2 e IFN- γ (165). El tabaco también ha sido asociado con una disminución del riesgo de pénfigo vulgar y pioderma gangrenoso (164).

5.2.2. Relaciones entre las variables dermatológicas y los aspectos psicopatológicos

- Los pacientes con una recidiva tuvieron más psicopatología que aquellos con un primer brote. Esto se puede interpretar desde dos puntos de vista, por un lado entendiendo que aquellos pacientes con psicopatología comórbida tendrán una peor evolución, con más recidivas y por tanto un peor pronóstico. Así, aquellos aspectos como la dimensión ansiosa de personalidad o los trastornos de ansiedad (en todos los pacientes fueron de comienzo anterior a la AA) que podemos asegurar son previos al inicio de la AA contribuirían a esta explicación. Por otro lado, también se puede considerar que la recidiva en sí tiene una repercusión psicológica más grave para el paciente que el primer brote por lo que comporta de cronicidad y sensación de que la enfermedad no desaparece. Las puntuaciones más altas en las recidivas que se obtienen en las escalas de ansiedad, depresión y sueño podrían ser resultado de esto. No obstante, ambas explicaciones son complementarias y la psicopatología previa pueda condicionar la recidiva y a su vez esta originar clínica reactiva secundaria que contribuye a perpetuar el cuadro. Los rasgos de personalidad (estables, duraderos y que no se modifican por el hecho de tener la AA) y los diagnósticos psiquiátricos en los que hemos codificado su relación temporal con el inicio de la AA permiten establecer conclusiones más certeras en lo que respecta a la relación de causalidad. Sin embargo, la mayoría de las escalas que hemos usado en el estudio (salvo la alexitimia y la ansiedad-rasgo del STAI) tienen un matiz dimensional y transversal en lo temporal, pudiendo reflejar aspectos que se iniciaron antes de la AA o síntomas reactivos a la aparición de esta .

Por contra, lo relacionado con el estrés se asociaría con los primeros brotes y no con las recidivas, tanto el número de sucesos vitales como la carga de estrés total así como los problemas psicosociales serían mayores en los primeros brotes. Esto confirma lo encontrado también en relación a las horas de trabajo semanales y los primeros brotes. Por tanto, podemos deducir que los aspectos más relacionados con el estrés (eventos vitales fundamentalmente) estarían vinculados al inicio, a la génesis de la enfermedad mientras que lo relacionado con el curso, el pronóstico y la gravedad se asociaría más a lo psicopatológico (personalidad, síntomas de las diferentes esferas psicopatológicas y trastornos psiquiátricos comórbidos). En esta línea, Gupta comenta que el estrés influiría en el comienzo de la enfermedad aunque no estaría relacionado con la severidad que sería debida a otros factores que influirían una vez que el proceso de la enfermedad está establecido (70).

- La atopía es el único parámetro dermatológico junto con ser un primer brote que se asocia a la presencia de sucesos vitales estresantes previos a través del ISV y el IRS. Ningún parámetro relacionado con la afectación o el pronóstico se relaciona con los sucesos vitales. Esto confirma lo reseñado en el párrafo anterior en relación a que los eventos estresantes se relacionarían con el inicio de la enfermedad pero no con el curso posterior. Reinhold ya señalaba este aspecto en su trabajo donde comentaba que la intensidad del estrés no tendría relación con la intensidad de los síntomas de la AA, es decir, que un gran estrés podría producir síntomas leves y viceversa (68).

Al igual que en la AA los sucesos vitales también se han relacionado en la literatura con la patogenia de la atopía por lo que sería comprensible esta asociación. Este factor patogénico común a ambas enfermedades podría explicar la comorbilidad existente entre estos dos cuadros que desarrollarían individuos predispuestos ante la incidencia de

sucesos vitales estresantes. Recordemos que la atopía sería dos veces más frecuente en los pacientes con AA que en la población general (18) .

- Un aspecto a destacar sería que los pacientes con patología de tiroides tenían un lapso de tiempo más corto entre el evento vital estresante y el inicio de la AA, es decir, que en el caso de estos pacientes el evento desencadenó antes la AA, de forma más rápida. Así, la patología tiroidea podría ser un factor que incrementaría la susceptibilidad al estrés, haciendo a los sujetos más vulnerables a desarrollar AA si se ven sometidos a un evento vital estresante y por tanto propiciando la alta comorbilidad entre estos dos trastornos que se observa en la literatura.

- La presencia de una mayor patología de personalidad y de trastornos psiquiátricos de inicio previo a la AA (trastornos de ansiedad y depresivo mayor) condiciona en nuestra muestra un peor pronóstico pues se asocia a factores como una mayor extensión (más superficie de cuero cabelludo implicada y afectación superficie corporal), alteraciones ungueales, alteraciones tiroideas, atopía y presencia de recidivas. Todos ellos han sido descritos como factores de mal pronóstico en la AA (18) . La patología de personalidad que se ha encontrado relacionada con estos factores de mal pronóstico corresponde fundamentalmente al clúster C (anancástica y ansiosa). También cabe destacar en este sentido la dimensión esquizotípica que se ha asociado a la atopía y los rasgos alexitímicos que se han asociado las alteraciones ungueales. La dimensión paranoide, impulsiva y narcisista se relacionó además con la superficie de cuero cabelludo afectada.

- Una mala calidad del sueño se asoció de forma llamativa con la mayoría de los parámetros dermatológicos estudiados que suponen cronicidad, peor pronóstico y mayor afectación: Más tiempo de evolución de la enfermedad, recidiva frente a primeros brotes, mayor superficie de cuero cabelludo afectada , afectación de superficie corporal

y presencia de alteraciones autoinmunes. No existen apenas estudios que se hayan fijado en la relación entre la AA y las alteraciones del sueño. Inui sugería como hipótesis de su estudio que las alteraciones del sueño exacerbarían la autoinmunidad y esto podría influir en la patogénesis de la AA aunque no logró confirmar dicha asociación (93). Nuestros resultados podían seguir este razonamiento aunque también pueden ser debidos a que aquellos pacientes con un AA más grave desarrollarían una alteración del sueño secundaria como parte de la repercusión psicológica de la enfermedad.

- Los dos primeros modelos de análisis multivariante que se han realizado estudian los factores que influirían en el pronóstico de la AA (tablas 47 y 48). Tener enfermedad autoinmune multiplica por cinco el riesgo de desarrollar afectación corporal y una disfunción de personalidad alta (puntuación dimensión no especificada de personalidad > 20) por tres . El riesgo se multiplicaría por quince si se tienen los dos factores a la vez. Una puntuación en la dimensión obsesiva-compulsiva de personalidad por encima de diez multiplica casi por cuatro el riesgo de tener la superficie de cuero cabelludo afectada por encima del 5 % y una puntuación en la dimensión límite de personalidad mayor de siete por dos . Si se tienen los dos factores a la vez el riesgo aumentaría casi hasta diez veces. Estos resultados derivados del análisis multivariante apoyan y complementan lo reflejado hasta ahora sobre la importancia de la personalidad en el pronóstico de la enfermedad tanto en lo relativo a la disfunción global como a dimensiones concretas como la anancástica o la límite / impulsiva.

- La superficie de cuero cabelludo afectada es el único parámetro dermatológico que determina la aparición de trastornos psiquiátricos secundarios a la AA. Ni la afectación facial de cejas y pestañas que tiene un gran impacto estético porque no es camuflable, ni la barba en varones, ni la afectación de zonas corporales menos visibles ni la afectación de uñas se asociaron de forma significativa a los trastornos psiquiátricos secundarios a

la AA. Esto explicaría que en nuestra muestra la prevalencia de estos trastornos reactivos sea escasa, al no tratarse de una muestra con gran afectación a nivel de cuero cabelludo. Ferrando en su trabajo también encuentra que los síntomas ansioso-depresivos cuando se presentan con posterioridad a la AA se correlacionaban exclusivamente con el tamaño de las placas y no con otros parámetros clínicos estudiados como el número o localización de las placas (58).

En los trastornos adaptativos la relación significativa encontrada con la superficie de cuero cabelludo afectada es debida claramente a los trastorno adaptativos secundarios a la AA. Sin embargo, en la fobia social donde también es significativa esta asociación con la superficie de cuero cabelludo afectada no es tan fácil determinar la relación temporal pues al dividir los pacientes en anteriores o secundarios a la AA ya no se obtenían resultados significativos. La fobia social pues podría contribuir por un lado cuando es previa a originar AA más extensas o también ser reactiva o secundaria a consecuencia de alopecias más graves y por tanto con mayor impacto estético.

La afectación facial de cejas y/o pestañas no se asocia de forma significativa a la aparición de trastornos psiquiátricos secundarios a la AA como hemos comentado. Sí que condiciona una mayor psicopatología desde el punto de vista dimensional (SCL-90-R), lo que podría ser por el impacto estético. La afectación facial también se asocia de forma significativa con la fobia social pero al igual que ocurre en relación a la afectación del cuero cabelludo existen casos de inicio antes y después de la AA, por lo que esta relación no se puede achacar exclusivamente al impacto en la imagen debido a la afectación facial.

- Se ha realizado el estudio de los factores psicológicos que determinan la aparición de los trastornos psiquiátricos secundarios a la AA desde dos aproximaciones complementarias. Por un lado, se compararon los pacientes que solo padecieron

trastornos psiquiátricos de inicio anterior a la AA con aquellos que desarrollaron uno secundario a la AA buscando las diferencias en los factores asociados a las características de la personalidad. Así, se encontró que la presencia de rasgos dependientes o histriónicos de personalidad, la ansiedad como rasgo o un estilo de pensamiento alexitímico condicionaría una mayor vulnerabilidad al impacto de la AA en el paciente, pudiendo desarrollar trastornos psiquiátricos reactivos, secundarios al padecimiento de la AA. En esta línea, Ruiz - Doblado en su estudio encuentra que los rasgos dependientes de personalidad se asocian a un peor ajuste a la enfermedad (47).

Por otro lado, en el tercer y cuarto modelo del análisis multivariante se exploraron las variables (socio-demográficas, dermatológicas y psicológicas) que determinarían la aparición de trastornos psiquiátricos secundarios a la AA tanto en su valoración objetiva por parte del examinador a través de la entrevista M.I.N.I como en la subjetiva por parte del paciente con su apreciación de padecer un trastorno psicológico a causa de la AA (tablas 49 y 50). Tener la puntuación de la ansiedad - rasgo del STAI por encima de 26 multiplica por ocho el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico secundario a la AA tanto si se tiene en cuenta el diagnóstico basado en la M.I.N.I como la valoración del paciente.

La ansiedad como rasgo aparece en ambos abordajes como un factor que determinaría la aparición de trastornos psicológicos reactivos a la AA.

Por tanto, la personalidad, y en particular los rasgos de personalidad de tipo neurótico (grupo C) tendrían un papel destacado en la comprensión de las relaciones entre los factores psicológicos y la AA, influyendo como hemos visto a lo largo de esta discusión tanto en el “ antes “ , es decir , la aparición de la AA y su evolución clínica como en el “ después ” , facilitando el desarrollo de trastornos psicológicos secundarios o reactivos a padecer la AA pues incrementarían la vulnerabilidad del paciente .

5.2.3. Determinantes de la calidad de vida

- Las mujeres tendrían peor calidad de vida, de igual modo que presentaban como ya se ha comentado mayor psicopatología. Masmoudi (95) y Cartwright (99) en sus trabajos sobre calidad de vida en AA también obtienen este resultado en lo relativo a una peor calidad de vida en mujeres. Tener más horas de trabajo y problemas en el ámbito familiar también merma la calidad de vida.

En el modelo multivariante realizado para estudiar los factores que influían en la calidad de vida se obtuvo que la edad (peor calidad de vida en los más jóvenes) era uno de los factores que predecía la afectación de la calidad de vida (DLQI > 0) (tabla 51). Los pacientes menores de 35 años tenían cinco veces más riesgo de tener afectación en la calidad de vida que los mayores de 50 años.

Parece razonable esperar una peor calidad de vida en los pacientes más jóvenes debido a la influencia que la pérdida de pelo y su repercusión estética tendría en aspectos como las relaciones sociales, de pareja o incluso la búsqueda de un trabajo. Qi en su estudio realizado en China sobre calidad de vida con el DLQI también obtiene peor calidad de vida en jóvenes y señala también los aspectos relacionales como causa principal (161).

En un estudio en USA donde se recogieron datos de 532 pacientes con AA se realizó un modelo de regresión logística multivariante para valorar los factores de riesgo para tener una calidad de vida relacionada con la salud pobre. Obtuvieron que la edad por debajo de los 50 años era un factor de riesgo para tener una pobre calidad de vida (OR = 3,59). También el sexo femenino, los problemas familiares y laborales se asociaban a una peor calidad de vida (162).

- Los parámetros dermatológicos con influencia significativa en la calidad de vida fueron la superficie de cuero cabelludo afectada y la afectación de la barba en los varones. En varias investigaciones los autores reflejan esta relación entre la severidad de

la AA y una peor calidad de vida. Masmoudi obtiene que la severidad de la AA estaría relacionada significativamente con puntuaciones más bajas en los dominios de salud mental y funcionamiento social en el SF-36 (95). Al-Moutari encuentra que las puntuaciones del DLQI se correlacionan significativamente con la severidad de la AA (97). Este mismo resultado es también obtenido por Saleh (163). Bilgiç en su estudio en población infanto-juvenil refiere que la severidad del área afectada tendría un efecto negativo sobre la calidad de vida (100).

- La psicopatología comórbida tiene una influencia manifiesta en la calidad de vida de los pacientes con AA. Padecer algún trastorno psiquiátrico supone de forma significativa puntuaciones más altas en el DLQI y más bajas en el SF-36 (peor calidad de vida). Por grupos diagnósticos los trastornos depresivos, de ansiedad , la fobia social y el trastorno adaptativo secundario a la AA se asociarían a una peor calidad de vida. Una mayor psicopatología medida a través de las escalas utilizadas en el estudio se relaciona de forma significativa con una peor calidad de vida, en todas las escalas sin excepción resultó significativa esta asociación tanto con el DLQI como con el SF-36. Una mayor gravedad clínica medida a través de la escala de impresión clínica global y una peor funcionalidad a través del EEAG también correlacionaron de forma significativa con una peor calidad de vida . Saleh en su trabajo obtiene relaciones significativas entre tener una peor calidad de vida medida a través del DLQI y padecer patología psiquiátrica comórbida a la AA. También obtiene una asociación significativa entre puntuaciones más altas en el DLQI y síntomas de ansiedad y depresivos medidos con la escala de Taylor y Zung-Conde respectivamente (163). Ghajarzadeh en su estudio utiliza el DLQI y el SF-36 junto con el inventario de depresión de Beck y encuentra una correlación significativa entre las puntuaciones del BDI y las de los

cuestionarios de calidad de vida , de tal manera que los síntomas de depresión serían el mejor factor predictor del deterioro en la calidad de vida (92).

Una patología de personalidad más severa (puntuaciones mayores en la dimensión no especificada del IPDE) se asocia de forma significativa a una peor calidad de vida . Las dimensiones del cluster C (anancástica, ansiosa y dependiente) y la impulsiva-limite se asociaron con ambos parámetros de calidad de vida (DLQI y SF), mientras que el cluster A (esquizoide, esquizotípico y paranoide) solo con el SF. Puntuaciones más altas en estas dimensiones implican por tanto peor calidad de vida. En las dimensiones disocial, histriónica y narcisista no se encontró esta asociación. Erfan en su trabajo con el TCI de Cloninger encuentra una peor calidad de vida en los pacientes con baja dependencia de la recompensa. Pacientes esquizoides, obsesivos y explosivos se caracterizan por baja dependencia a la recompensa y estas dimensiones también se han asociado en nuestra muestra con mala calidad de vida a mayor puntuación (61).

Por último señalar que ninguno de los parámetros de estrés correlacionó con ninguna de las escalas de calidad de vida y que por tanto los eventos vitales estresantes previos a la AA no supondrían una peor calidad de vida en el transcurso de la misma. Sí existía una relación significativa con la apreciación subjetiva del paciente sobre si el estrés empeoraba su alopecia (reactividad al estrés de la AA), tanto Reid (98) como Cartwright (99) ya advierten en sus estudios que la percepción del paciente sobre su enfermedad estaría relacionado estrechamente con la calidad de vida y señalan la importancia de la evaluación del paciente respecto a su AA.

- En el modelo multivariante realizado para estudiar los factores que influían en la calidad de vida se obtuvo que la disfunción global de personalidad y la ansiedad-rasgo predecían la afectación de la calidad de vida ($DLQI > 0$) (tabla 51). Tener una puntuación en la dimensión no especificado de personalidad por encima de 20

multiplica por nueve el riesgo de desarrollar una afectación en la calidad de vida con respecto a los que puntúan por debajo de 10. Tener una puntuación en ansiedad rasgo STAI por encima de 26 multiplica por seis el riesgo de tener una afectación en la calidad de vida con respecto a los que puntúan por debajo de trece.

La ansiedad - rasgo y la personalidad se muestran como factores determinantes como ya sucedía en lo relativo a la aparición de trastornos psiquiátricos secundarios a la AA, confirmando su papel destacado en propiciar un mal ajuste a la enfermedad, un mala adaptación a la enfermedad dermatológica. Bilgiç obtiene también en un análisis multivariante que la ansiedad - rasgo y la depresión tendrían efectos negativos sobre la calidad de vida (100). Cartwright también llamó la atención sobre la influencia de los rasgos de personalidad en la calidad de vida de los pacientes con AA y en su estudio concluye que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de evitación se relacionaron con una peor calidad de vida (99) .

5.2.4. Modelo estimado para el diagnóstico de patología psiquiátrica comórbida con la AA

El último modelo multivariante que se ha realizado serviría para poder determinar de una manera sencilla aquellos pacientes que tienen un diagnóstico psiquiátrico comórbido con la AA (independientemente de la relación temporal) y qué serían por tanto susceptibles de ser derivados a salud mental para una valoración. Se han utilizado los datos clínicos habituales de la entrevista dermatológica para la AA y el DLQI (test fácil de usar y que pertenece al ámbito dermatológico). Así, la edad y las puntuaciones del DLQI son los factores que finalmente configurarían este modelo (tabla 52). Los pacientes con $DLQI \geq 2$ tendrían 14 veces más riesgo de tener un diagnóstico psiquiátrico que los que tienen una puntuación de cero en el DLQI. Los pacientes mayores de 50 años tendrían cuatro veces más riesgo de tener un diagnóstico

psiquiátrico que los menores de 35 años. La regla predictiva derivada de este modelo podría aplicarse con la información relativa a su definición que aparece en la tabla 52 junto con el punto de punto de corte ofrecido en la tabla 53, esperándose para ella unos valores de sensibilidad y especificidad de 73,5 % y 75 % respectivamente .

6. CONCLUSIONES

1. El 63,75 % de los pacientes con AA padecía algún trastorno psiquiátrico en la actualidad y el 81,25 % lo padecieron en algún momento de su vida. Ambos valores son significativamente superiores a los que se han encontrado en población general. Tanto en el momento actual como a lo largo de la vida fueron más frecuentes los trastornos de ansiedad que los trastornos depresivos. Los diagnósticos psiquiátricos de comienzo anterior a la AA fueron considerablemente más frecuentes que los de inicio posterior.
2. El 30 % de los pacientes tuvieron al menos un diagnóstico de trastorno de la personalidad, siendo esta cifra más alta de forma significativa respecto a los valores poblacionales de referencia. Se obtuvo un predominio de los trastornos de personalidad del grupo C, siendo los más frecuentes tanto desde el punto de vista categorial como dimensional. El trastorno de personalidad de tipo anancástico fue el único que obtuvo diferencias significativas en su prevalencia respecto a los valores en población sana.
3. La presencia de eventos vitales estresantes en los seis meses previos al inicio de la AA fue muy frecuente, hasta el 94 % de los pacientes tuvieron al menos un evento. Fueron de intensidad leve - moderada tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo. Habría que prestar especial atención a los eventos estresantes relacionados con la familia (especialmente en mujeres) y el trabajo.
4. Globalmente la gravedad de la psicopatología fue leve y la mayoría de los pacientes podrían ser atendidos por parte del dermatólogo sin ser preciso una derivación a psiquiatría. Existiría una mayor psicopatología en mujeres, cabe resaltar el impacto de la AA en el sexo femenino en el desempeño social. En varones destacarían las alteraciones del sueño que resultan significativas con respecto a los valores poblacionales.

5. El 50 % de los pacientes padecerían algún grado de alexitimia, en pensamiento orientado hacia detalles externos son significativas las diferencias con los valores poblacionales. En la calidad de vida relacionada con la salud observamos diferencias significativas con los valores poblacionales en función social y salud mental. Los aspectos familiares se configuran como un aspecto muy relevante a la hora de abordar a los pacientes con AA.
6. El pronóstico de la enfermedad sería más sombrío en varones pues asocian de forma significativa dos factores de mal pronóstico en la AA como son la atopia y una mayor extensión en cuero cabelludo. El tabaco resultaría un factor protector, los que fuman tendrían un curso de la enfermedad más benigno, con menos tiempo de evolución de la enfermedad y menos recidivas. La patología tiroidea incrementaría la susceptibilidad al estrés, haciendo a los sujetos más vulnerables a desarrollar AA si se ven sometidos a un evento vital estresante, propiciándose una alta comorbilidad entre estos dos trastornos.
7. Los aspectos relacionados con el estrés (eventos vitales , horas de trabajo semanales y problemas psicosociales) estarían vinculados con el inicio de la enfermedad pero no con el desarrollo posterior. Por el contrario, lo relacionado con el curso, el pronóstico y la gravedad de la AA se asociaría a la psicopatología (personalidad, trastornos psiquiátricos, mala calidad de sueño y alexitimia). Especial importancia tendría la personalidad en el pronóstico de la AA tanto en lo relativo a la disfunción global como a dimensiones concretas como la anancástica o la límite / impulsiva.

- 8.** La superficie de cuero cabelludo afectada es el único parámetro dermatológico que determina la aparición de trastornos psiquiátricos secundarios a la AA. Los factores psicológicos que se asocian a la aparición de los trastornos psiquiátricos secundarios a la AA serían: la presencia de rasgos dependientes o histriónicos de personalidad, la ansiedad como rasgo o un estilo de pensamiento alexitímico.
- 9.** Los factores que mejor predecían la afectación de la calidad de vida fueron : la edad (peor calidad de vida en los más jóvenes), la disfunción global de personalidad y la ansiedad-rasgo .
- 10.** Por tanto, la personalidad, y en particular los rasgos de personalidad del grupo C tendrían un papel destacado en la comprensión de las relaciones entre los factores psicológicos y la AA. Por un lado, influyendo en la aparición de la AA y su evolución clínica. Por otro lado, facilitando el desarrollo de trastornos psicológicos secundarios a la AA pues propiciarían una mala adaptación a la enfermedad dermatológica e influirían de forma determinante en la afectación de la calidad de vida.
- 11.** En conclusión y en función de los resultados obtenidos podemos señalar que los aspectos psicosociales tienen un papel destacado tanto en la génesis como en el curso posterior de la AA y que resultan fundamentales en el abordaje terapéutico del paciente, precisando de una colaboración conjunta entre el dermatólogo y el psiquiatra.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Koenig T, Garnis- Jones S, Rencic A. Psychological Aspects of Skin Diseases In: Freedberg IM, Eisen AC, Wolf K editor. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. Sixth edition ed. New York: Mc Graw- Hill; 2003. p. 389-98.
2. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001 May-Jun;70(3):118-36.
3. Consoli S. Psiquiatría y dermatología. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* París: Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS; 2002. p. E - 98-874-A-10.
4. Panconesi E. Psychosomatic factors in dermatology: special perspectives for application in clinical practice. *Dermatol Clin.* 2005 Oct;23(4):629-33.
5. Leonard BE, Myint A. The psychoneuroimmunology of depression. *Hum Psychopharmacol.* 2009 Apr;24(3):165-75.
6. Koo J. Trastornos dermatológicos. In: Kaplan H, Sadock B, editors. *Tratado de Psiquiatría* 6ª ed: Intermedica; 1995. p. 1451-60.
7. García Hernández M, Ruiz Doblado S, Caballero Andaluz R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (I). Concepto. Bases biológicas, psicológicas y sociales. *Psiconeuroinmunología Anales de psiquiatría.* 2000;16(9):366 - 71
8. Rodríguez Pichardo A. Dermatitis psicógenas. *Dermatología práctica.* 2002;10(10):14-20.
9. Koblenzer C. Psychological Aspects of Skin Diseases In: Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Fitzpatrick T, editors. *Dermatology In General Medicine.* Five ed. New York: Mc Graw - Hill; 1999. p. 475- 86.
10. Musalek M, Hobl B, Mossbacher U. Diagnóstico y clasificación en psicodermatología. In: Grimalt F, Cotterill J, editors. *Dermatología y Psiquiatría.* Madrid: Aula Médica; 2002. p. 133-42.
11. Zachariae R. Psychoneuroimmunology: a bio-psycho-social approach to health and disease. *Scand J Psychol.* 2009 Dec;50(6):645-51.
12. Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med.* 1975 Jul-Aug;37(4):333-40.
13. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977 Apr 8;196(4286):129-36.

14. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatol Clin.* 2005 Oct;23(4):609-17.
15. Tausk F, Elenkov I, Moynihan J. Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther.* 2008 Jan-Feb;21(1):22-31.
16. Alkhalifah A. Alopecia areata update. *Dermatol Clin.* 2013 Jan;31(1):93-108.
17. Tan E, Tay YK, Goh CL, Chin Giam Y. The pattern and profile of alopecia areata in Singapore--a study of 219 Asians. *Int J Dermatol.* 2002 Nov;41(11):748-53.
18. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update: part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2010 Feb;62(2):177-88, quiz 89-90.
19. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol.* 2000 Apr;42(4):549-66; quiz 67-70.
20. Kasumagic-Halilovic E, Prohic A. Nail changes in alopecia areata: frequency and clinical presentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009 Feb;23(2):240-1.
21. Goh C, Finkel M, Christos PJ, Sinha AA. Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006 Oct;20(9):1055-60.
22. D'Ovidio R. Alopecia Areata: news on diagnosis, pathogenesis and treatment. *G Ital Dermatol Venereol.* 2014 Feb;149(1):25-45.
23. McElwee KJ, Gilhar A, Tobin DJ, Ramot Y, Sundberg JP, Nakamura M, et al. What causes alopecia areata? *Exp Dermatol.* 2013 Sep;22(9):609-26.
24. Islam N, Leung PS, Huntley AC, Eric Gershwin M. The autoimmune basis of alopecia areata: A comprehensive review. *Autoimmun Rev.* 2015 Feb;14(2):81-9.
25. Petukhova L, Duvic M, Hordinsky M, Norris D, Price V, Shimomura Y, et al. Genome-wide association study in alopecia areata implicates both innate and adaptive immunity. *Nature.* 2010 Jul 1;466(7302):113-7.
26. Gilhar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia areata. *N Engl J Med.* 2012 Apr 19;366(16):1515-25.

27. García-Hernández MJ, Torres MJ, Palomares JC, Rodríguez-Pichardo A, Aznar J, Camacho F. No evidence of cytomegalovirus DNA in alopecia areata. *J Invest Dermatol.* 1998 Feb;110(2):185.
28. Rodríguez TA, Duvic M. Onset of alopecia areata after Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *J Am Acad Dermatol.* 2008 Jul;59(1):137-9.
29. Paus R, Arck P. Neuroendocrine perspectives in alopecia areata: does stress play a role? *J Invest Dermatol.* 2009 Jun;129(6):1324-6.
30. Gregoriou S, Papafragkaki D, Kontochristopoulos G, Rallis E, Kalogeromitros D, Rigopoulos D. Cytokines and other mediators in alopecia areata. *Mediators Inflamm.* 2010:928030.
31. Ito T. Recent advances in the pathogenesis of autoimmune hair loss disease alopecia areata. *Clin Dev Immunol.* 2013:348546.
32. García-Hernández MJ, Ruiz-Doblado S, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol.* 1999 Oct;26(10):625-32.
33. Ruiz-Doblado S, Estepa-Zabala MB, García-Solier MR, García-Hernández MJ. Alopecia Areata and Psychiatric Disorders: An Association Often Overlooked and Left Untreated. *Dermatology and Psychosomatics / Dermatologie und Psychosomatik.* 2004;5(4):167-71.
34. Picardi A, Miglio R, Tarsitani L, Battisti F, Baldassari M, Copertaro A, et al. Attachment style and immunity: a 1-year longitudinal study. *Biol Psychol.* 2013 Feb;92(2):353-8.
35. Kim JE, Cho BK, Cho DH, Park HJ. Expression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in common skin diseases: evidence of its association with stress-related disease activity. *Acta Derm Venereol.* 2013 Jul 6;93(4):387-93.
36. Cotterill JA. Psychiatry and the skin. *Br J Hosp Med.* 1989 Nov;42(5):401-4.
37. Tucker P. Bald is beautiful?: the psychosocial impact of alopecia areata. *J Health Psychol.* 2009 Jan;14(1):142-51.
38. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ.* 2005 Oct 22;331(7522):951-3.
39. Irwin D. Alopecia. In: Russel B, Wittkower E, editors. *Emotional factors in skin disease.* New York: Paul B. Hoeber , Inc; 1953. p. 176-89.

- 40.** Greenberg SI. Alopecia areata, a psychiatric survey. *AMA Arch Derm.* 1955 Nov;72(5):454-7.
- 41.** Macalpine I. Is alopecia areata psychosomatic? A psychiatric study. *Br J Dermatol.* 1958 Apr;70(4):117-31.
- 42.** Muller SA, Winkelmann RK. Alopecia Areata. An Evaluation of 736 Patients. *Arch Dermatol.* 1963 Sep;88:290-7.
- 43.** Lyketsos GC, Stratigos J, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychother Psychosom.* 1985;44(3):122-31.
- 44.** Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry.* 1991 May-Jun;32(3):245-51.
- 45.** Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol.* 1994 Dec;33(12):849-50.
- 46.** Ferrando-Roqueta F, Corral -Blanco C, Lobo-Satue A, Grasa- Jordán M. Estudio de los fenómenos de estrés y su relación con variables psicopatológicas , clínicas e inmunológicas en pacientes con alopecia areata *Actas Dermosifiliogr.* 1996;87:597-609.
- 47.** Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol.* 2003 Jun;42(6):434-7.
- 48.** Gundel H, Wolf A, Xidara V, Busch R, Ladwig KH, Jacobi F, et al. High psychiatric comorbidity in spasmodic torticollis: a controlled study. *J Nerv Ment Dis.* 2003 Jul;191(7):465-73.
- 49.** Chu SY, Chen YJ, Tseng WC, Lin MW, Chen TJ, Hwang CY, et al. Psychiatric comorbidities in patients with alopecia areata in Taiwan: a case-control study. *Br J Dermatol.* 2012 Mar;166(3):525-31.
- 50.** Reeve EA, Savage TA, Bernstein GA. Psychiatric diagnoses in children with alopecia areata. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996 Nov;35(11):1518-22.
- 51.** Ghanizadeh A. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample. *Int J Dermatol.* 2008 Nov;47(11):1118-20.
- 52.** Suarez E, Ballesteros S, Simón A. Estudio de 16 factores de personalidad en un grupo de enfermos de alopecia areata *Gaceta Dermatológica* 1980;1(1):29-36.

- 53.** Puente - Antón M, López - Sánchez J, Piñero - León J, Naranjo - Sintés R. Exploración psicológica en alopecia areata. a propósito de 35 observaciones. *Actas Dermosifiliogr.* 1988;79(2):165-71.
- 54.** Wygledowska-Kania M, Bogdanowski T. [Examination of the significance of psychological factors in the etiology of alopecia areata. I. Examining Type A behavior]. *Przegl Lek.* 1995;52(6):311-4.
- 55.** Wygledowska-Kania M, Bogdanowski T. [Testing the significance of psychic factors in the etiology of alopecia areata. II. Examination of personality by means of Eysenck's Personality Inventory (MPI) adapted by Choynowski]. *Przegl Lek.* 1995;52(11):562-4.
- 56.** Carrizosa A, Estepa-Zabala B, Fernández-Abascal B, García-Hernández MJ, Ruiz-Doblado S. Alopecia areata: a specific personality? *Int J Dermatol.* 2005 May;44(5):437-8.
- 57.** Alfani S, Antinone V, Mozzetta A, Di Pietro C, Mazzanti C, Stella P, et al. Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Derm Venereol.* 2012 May;92(3):304-6.
- 58.** Ferrando- Roqueta F. Estudio de los fenómenos de estrés y su relación con variables psicopatológicas, clínicas e inmunológicas en pacientes con alopecia areata [Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1995.
- 59.** Burcak Annagur B, Bilgic B, Kaya Simsek K, Guler O. Temperament-Character Profiles in Patients with Alopecia Areata. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 2013; 23(4):326-34.
- 60.** Aghaei S, Saki N, Daneshmand E, Kardeh B. Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects. *ISRN Dermatol.* 2014:304370.
- 61.** Erfan G, Albayrak Y, Yanik ME, Oksuz O, Tasolar K, Topcu B, et al. Distinct temperament and character profiles in first onset vitiligo but not in alopecia areata. *J Dermatol.* 2014 Aug;41(8):709-15.
- 62.** Diaz-Atienza F, Gurpegui M. Environmental stress but not subjective distress in children or adolescents with alopecia areata. *J Psychosom Res.* 2011 Aug;71(2):102-7.
- 63.** Díaz- Atienza F. Evaluación medico-psicológica de la alopecia areata infanto-juvenil [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 1998.

64. Zalka AD, Byarlay JA, Goldsmith LA. Alopecia a deux: simultaneous occurrence of alopecia in a husband and wife. *Arch Dermatol.* 1994 Mar;130(3):390-2.
65. Wolf D, Wolf R. Simultaneous alopecia areata in two siblings. *J Am Acad Dermatol.* 1984 Nov;11(5 Pt 1):897-8.
66. Masters R. Psyche and skin. In: Soter N, Baden H, editors. *Pathophysiology of Dermatologic Diseases.* New York: McGraw-Hill; 1984. p. 441-53.
67. Kavak A, Yesildal N, Parlak AH. Effect of two consecutive earthquakes on outbreaks of alopecia areata. *J Dermatol.* 2002 Jul;29(7):414-8.
68. Reinhold M. Relationship of stress to the development of symptoms in alopecia areata and chronic urticaria. *Br Med J.* 1960 Mar 19;1(5176):846-9.
69. Perini GI, Veller Fornasa C, Cipriani R, Bettin A, Zecchino F, Peserico A. Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom.* 1984;41(1):48-52.
70. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol.* 1997 Jul;77(4):296-8.
71. Van der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happle R. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? An uncontrolled evaluation of 178 patients with extensive hair loss. *Acta Derm Venereol.* 1992 Aug;72(4):279-80.
72. De Weert J, Temmerman L, Kint A. Alopecia areata: a clinical study. *Dermatologica.* 1984;168(5):224-9.
73. York J, Nicholson T, Minors P, Duncan DF. Stressful life events and loss of hair among adult women, a case-control study. *Psychol Rep.* 1998 Jun;82(3 Pt 1):1044-6.
74. Brajac I, Tkalcic M, Dragojevic DM, Gruber F. Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. *J Dermatol.* 2003 Dec;30(12):871-8.
75. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics.* 2003 Sep-Oct;44(5):374-81.
76. Gulec AT, Tanriverdi N, Duru C, Saray Y, Akcali C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol.* 2004 May;43(5):352-6.

- 77.** Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Aug;21(7):921-8.
- 78.** Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Mar;60(3):388-93.
- 79.** Taheri R, Behnam B, Tousi JA, Azizzade M, Sheikvatan MR. Triggering role of stressful life events in patients with alopecia areata. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2012 Dec;20(4):246-50.
- 80.** Mehran G, Rohaninasab M, Hanifnia A, Darvari B, Mehrnahad Z. The Impact of Recent Life Events on Patients with Alopecia Areata: A Study from Iran. *J Clin Exp Dermatol Res*. 2012;3(1):141.
- 81.** Cordan Yazici A, Basterzi A, Tot Acar S, Ustunsoy D, Ikizoglu G, Demirseren D, et al. [Alopecia areata and alexithymia]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2006 Summer;17(2):101-6.
- 82.** Mehlman RD, Griesemer RD. Alopecia areata in the very young. *Am J Psychiatry*. 1968 Nov;125(5):605-14.
- 83.** Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Kakourou T, Tselalidou E, Tsiantis J, et al. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 May;36(5):678-84.
- 84.** Mendoza-Berjano E. Psicósomática de la alopecia areata : A propósito de 43 casos. *An Esp Pediatr*. 1987;26(4):236-66.
- 85.** De Waard-van der Spek F, Oranje A, De Raeymaecker D. Alopecia Areata and stress in children. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 1994;3:16-21.
- 86.** Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Alopecia areata and relationship with stressful events in children. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Jan;23(1):107-9.
- 87.** Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia in patients with alopecia areata: educational background much more important than traumatic events. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Oct;23(10):1141-6.
- 88.** Matzer F, Egger JW, Kopera D. Psychosocial stress and coping in alopecia areata: a questionnaire survey and qualitative study among 45 patients. *Acta Derm Venereol*. 2011 May;91(3):318-27.

- 89.** Kökçam I, Akyar N, Saral Y, Oğuzhanođlu N. Psychosomatic symptoms in patients with alopecia areata and vitiligo. *Turk J Med Sci.* 1999 Aug;29(4):471-4.
- 90.** Poot F, Antoine E, Gravellier M, Hirrt J, Alfani S, Forchetti G, et al. A case-control study on family dysfunction in patients with alopecia areata, psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2011 Jun;91(4):415-21.
- 91.** Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol.* 1998 Nov;139(5):846-50.
- 92.** Ghajarzadeh M, Ghiasi M, Kheirkhah S. Associations between skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. *Acta Med Iran.* 2012;50(7):511-5.
- 93.** Inui S, Hamasaki T, Itami S. Sleep quality in patients with alopecia areata: questionnaire-based study. *Int J Dermatol.* 2013 Jan;53(1):e39-41.
- 94.** Monselise A, Bar-On R, Chan L, Leibushor N, McElwee K, Shapiro J. Examining the relationship between alopecia areata, androgenetic alopecia, and emotional intelligence. *J Cutan Med Surg.* 2013 Jan-Feb;17(1):46-51.
- 95.** Masmoudi J, Sellami R, Ouali U, Mnif L, Feki I, Amouri M, et al. Quality of life in alopecia areata: a sample of tunisian patients. *Dermatol Res Pract.* 2013;2013:983804.
- 96.** Dubois M, Baumstarck-Barrau K, Gaudy-Marqueste C, Richard MA, Loundou A, Auquier P, et al. Quality of life in alopecia areata: a study of 60 cases. *J Invest Dermatol.* 2010 Dec;130(12):2830-3.
- 97.** Al-Mutairi N, Eldin ON. Clinical profile and impact on quality of life: seven years experience with patients of alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011 Jul-Aug;77(4):489-93.
- 98.** Reid EE, Haley AC, Borovicka JH, Rademaker A, West DP, Colavincenzo M, et al. Clinical severity does not reliably predict quality of life in women with alopecia areata, telogen effluvium, or androgenic alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2012 Mar;66(3):e97-102.
- 99.** Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol.* 2009 May;160(5):1034-9.
- 100.** Bilgic O, Bilgic A, Bahali K, Bahali AG, Gurkan A, Yilmaz S. Psychiatric symptomatology and health-related quality of life in children and adolescents with alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Nov 16.

- 101.** Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines--Part II. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2004 Sep;51(3):440-7.
- 102.** Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, Price V, Roberts J, Shapiro J, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 1999 Feb;40(2 Pt 1):242-6.
- 103.** Olsen EA. Investigative guidelines for alopecia areata. *Dermatol Ther.* 2001 May-Jun;24(3):311-9.
- 104.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM IV. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
- 105.** Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
- 106.** OMS. CIE-10. Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.
- 107.** Ferrando L, Franco AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L. Mini International Neuropsychiatric Interview. M.I.N.I. PLUS. Versión en español 5.0.0. Madrid: Instituto IAP; 1998.
- 108.** Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1994 Mar;51(3):215-24.
- 109.** López Ibor Aliño J, Pérez Urdániz A, Rubio Larrosa V. IPDE . International Personality Disorder. Madrid: Meditor 1996.
- 110.** Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4:561-71.
- 111.** Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
- 112.** Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Revista de Psicología de Clínica y Salud.* 1997;8(3):403-22.

- 113.** Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Diez-Manrique FJ, Dowrick CF. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord.* 2000 Jan-Mar;57(1-3):261-5.
- 114.** Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. 4.^a ed. Madrid: TEA Ediciones; 1994.
- 115.** Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994 Jan;38(1):23-32.
- 116.** Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud.* 1996;7(1):19-32.
- 117.** Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 1994 Jan;38(1):33-40.
- 118.** Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry.* 1987;22:141-73.
- 119.** Bobes J, Badia X, Luque A, Garcia M, Gonzalez MP, Dal-Re R. [Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia]. *Med Clin (Barc).* 1999 Apr 24;112(14):530-8.
- 120.** Zubeidat I, Salinas JM, Sierra JC. Exploration of the psychometric characteristics of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a Spanish adolescent sample. *Depress Anxiety.* 2008;25(11):977-87.
- 121.** Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28:193-213.
- 122.** Royuela A, Macías J. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. *Vigilia-Sueño* 1997;9:81-94.
- 123.** Sierra JC, Jiménez-Navarro C, Martín-Ortiz JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental.* 2002;25(6):35-43.
- 124.** Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994 May;19(3):210-6.

- 125.** Badia X, Mascaró JM, Lozano R. Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. The Cavide Research Group. *Br J Dermatol*. 1999 Oct;141(4):698-702.
- 126.** Zung WW. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965 Jan;12:63-70.
- 127.** Conde V, Escriba JA, Izquierdo JA. [Statistic evaluation and Spanish adaptation of Zung's self-applied scale for depression. II]. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1970 Jul-Sep;33(3):281-302.
- 128.** Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971 Nov-Dec;12(6):371-9.
- 129.** Peña-Casanova J, Aguilar M, Bertrán-Serra I, Santacruz P, Hernández G, Insa R, et al. [Normalization of cognitive and functional assessment instruments for dementia (NORMACODEM) (I): objectives, content and population]. *Neurologia*. 1997 Feb;12(2):61-8.
- 130.** Rosenberg M. *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- 131.** Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *Span J Psychol*. 2007 Nov;10(2):458-67.
- 132.** Rosenberg M. *Society and the adolescent selfimage (revised edition)* Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1989.
- 133.** Derogatis LR. *SCL-90-R. Administration, Scoring and procedures Manual I for the revised version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1977.
- 134.** González de Rivera J, De la Hoz J, Rodríguez-Abuin M, Monterrey A. Disfunción témporo-mandibular y psicopatología: Un estudio comparativo con la población general y con pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Anales de Psiquiatría*. 1999;15:91-5.
- 135.** De las Cuevas C, González de Rivera JL, Henry-Benítez M, Monterrey AL, Rodríguez-Pulido F, Gracia Marco R. Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*. 1991;7:93-6.
- 136.** Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.

- 137.** Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. [Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36]. *Med Clin (Barc)*. 1998 Oct 10;111(11):410-6.
- 138.** De Rivera JL, De las Cuevas C, Monterrey AL, Rodríguez-Pulido F. Stress reactivity in the general population. *The European Journal of Psychiatry*. 1993 Jan-Mar;7(1):5-11.
- 139.** Gassull C, Casanova C, Botey Q, Amador M. The Impact of the Reactivity to Stress in Teachers with Voice Problems. *Folia Phoniatr Logop*. 2010;62:35-9
- 140.** Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;1(1):213-8.
- 141.** González de la Rivera JL, Morera AL. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4(1):20-5.
- 142.** Guy W. *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville: National Institute Mental Health; 1976.
- 143.** Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1976 Jun;33(6):766-71.
- 144.** De Waard-van der Spek FB, Oranje AP, De Raeymaecker DM, Peereboom-Wynia JD. Juvenile versus maturity-onset alopecia areata--a comparative retrospective clinical study. *Clin Exp Dermatol*. 1989 Nov;14(6):429-33.
- 145.** Anderson I. Alopecia areata: a clinical study. *Br Med J*. 1950 Dec 2;2(4691):1250-2.
- 146.** Akhyani M, Farnaghi F, Seirafi H, Nazari R, Mansoori P, Taheri A. The association between nuchal nevus flammeus and alopecia areata: a case-control study. *Dermatology*. 2005;211(4):334-7.
- 147.** Blaumeiser B, van der Goot I, Fimmers R, Hanneken S, Ritzmann S, Seymons K, et al. Familial aggregation of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Apr;54(4):627-32.
- 148.** Thomas EA, Kadyan RS. Alopecia areata and autoimmunity: a clinical study. *Indian J Dermatol*. 2008;53(2):70-4.

- 149.** Díaz-Angulo S, López-Hoyos M, Muñoz-Cacho P, López-Escobar M, González-López MA. High prevalence of thyroid autoimmunity in patients with alopecia areata and vitíligo: a controlled study. *Australas J Dermatol.* 2015 May;56(2):142-3.
- 150.** Bakry OA, Basha MA, El Shafiee MK, Shehata WA. Thyroid disorders associated with alopecia areata in egyptian patients. *Indian J Dermatol.* 2014 Jan;59(1):49-55.
- 151.** Huang KP, Mullangi S, Guo Y, Qureshi AA. Autoimmune, atopic, and mental health comorbid conditions associated with alopecia areata in the United States. *JAMA Dermatol.* 2013 Jul;149(7):789-94.
- 152.** Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Feb;45(2):201-10.
- 153.** Qureshi A, Collazos F, Sobradie N, Eiroa-Orosa FJ, Febrel M, Revollo-Escudero HW, et al. Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013 Jan-Feb;35(1):93-9.
- 154.** Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, et al. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc).* 2006 Apr 1;126(12):445-51.
- 155.** Fernandez-Montalvo J, Landa N, Lopez-Goñi JJ, Lorea I. Personality disorders in alcoholics: a comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addict Behav.* 2006 Aug;31(8):1442-8.
- 156.** Echeburúa E, de Medina RB, Aizpiri J. Alcoholism and personality disorders: an exploratory study. *Alcohol Alcohol.* 2005 Jul-Aug;40(4):323-6.
- 157.** Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 Apr;61(4):361-8.
- 158.** Morera Fumero AL, González de Rivera J. Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis.* 1983;4:253-60.
- 159.** Sanz-Carrillo C, García-Campayo JJ, Sanchez Blanque A. [Personality in patients with panic disorder]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1993 Nov-Dec;21(6):243-9.

- 160.** Sellami R, Masmoudi J, Ouali U, Mnif L, Amouri M, Turki H, et al. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian J Dermatol.* 2014 Jul;59(4):421.
- 161.** Qi S, Xu F, Sheng Y, Yang Q. Assessing quality of life in Alopecia areata patients in China. *Psychol Health Med.* 2015 Jan;20(1):97-102.
- 162.** Shi Q, Duvic M, Osei JS, Hordinsky MK, Norris DA, Price VH, et al. Health-Related Quality of Life (HRQoL) in alopecia areata patients-a secondary analysis of the National Alopecia Areata Registry Data. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2013 Dec;16(1):S49-50.
- 163.** Saleh H, Salem S, El-Sheshetawy R, Abd El-Samei A. Comparative Study of Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Psoriasis, Vitiligo and Alopecia Areata. *Egyptian Dermatology Online Journal.* 2008 June; 4 .(1):1-28.
- 164.** Metelitsa AI, Lauzon GJ. Tobacco and the skin. *Clin Dermatol.* 2010 Jul-Aug;28(4):384-90.
- 165.** Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. *J Autoimmun.* 2010 May;34(3):J258-65.