

CALIDAD DE VIDA EN LAS ALOPECIAS E INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

María Salazar Nieves



Medicina

 **3ciencias**

**CALIDAD DE VIDA EN LAS
ALOPECIAS E INFLUENCIA
DE LA RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE**

María Salazar Nieves

Médico especialista en Dermatología médico-quirúrgica y Venereología



Editorial Área de Innovación y Desarrollo,S.L.

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: Los autores

© difusión y reproducción: ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: octubre 2017

ISBN: 978-84-947803-9-4

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2017.47>

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: QUÉ ES LA ALOPECIA.....	9
CAPÍTULO 2: HERRAMIENTAS DE MEDIDA EN LA ALOPECIA.....	11
CAPÍTULO 3: PROPUESTA DE MODELO DE CUESTIONARIO.....	13
CAPÍTULO 4: ALTERACIONES EMOCIONALES ASOCIADAS A LA ALOPECIA	17
Problemas psicológicos asociados a la alopecia	17
Influencia del sexo del paciente.....	18
Tipo de alopecia y evolución clínica	19
CAPÍTULO 5: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ALOPECIA	21
CAPÍTULO 6: CONCLUSIÓN.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

CAPÍTULO 1: QUÉ ES LA ALOPECIA

La alopecia es una enfermedad dermatológica que puede tener un curso crónico y afectar de forma considerable a la calidad de vida del paciente. Se han realizado estudios que analizan el impacto psicológico de las alopecias, no obstante, éstos son escasos y por ello en el presente trabajo se propone un proyecto de estudio de este tema, y la importancia de la relación médico paciente en el curso clínico y en el impacto en la calidad de vida de esta enfermedad.

La alopecia es un desorden común, estimando un tiempo de prevalencia de vida de 1,7% [1] aunque esta cifra no es una estimación fiable, ya que pocos estudios epidemiológicos han sido publicados.

Existen diferentes tipos de alopecia, lo cual influye también en el grado de impacto en la calidad de vida del paciente. En nuestro proyecto se analizan cuatro grupos de pacientes: con alopecia androgenética, alopecia areata, efluvio telogénico crónico y alopecias cicatriciales. La alopecia areata implica la pérdida de parches de cabello de la cabeza, que varían en tamaño desde aproximadamente 1 cm a áreas relativamente grandes. Las personas con pérdida de cabello limitada son más capaces de cubrir la pérdida con el resto del cabello y por lo tanto son menos propensos a experimentar problemas psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático (con la alopecia como el evento traumático angustiante), la ansiedad o la depresión.

Hay múltiples trastornos mentales relacionados con la piel. A pesar de la evidencia sobre las interacciones entre los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino, que han dado una explicación fisiopatológica de las enfermedades psico-dermatológicas, aún se precisan más estudios que demuestren y confirmen estos mecanismos [2]. La piel, como una parte tangible y visible del cuerpo, puede tener un importante efecto sobre el estado psicológico que participa continuamente en los procesos de socialización de la niñez a la edad adulta [3, 4].

También se ha discutido el papel de los factores psicológicos en la extensión de algunos tipos de alopecia como la alopecia areata o el efluvio telogénico crónico. Los problemas sociales y familiares y eventos vitales estresantes tienen más influencia en estos pacientes que en la sociedad normal [5], y la mayoría de ellos experimentan problemas psicológicos a largo plazo, tales como la depresión, ansiedad y trastornos paranoides [6-9]. Además, los estudios han demostrado que la baja calidad de vida de estos pacientes tiene una relación significativa con la depresión [10]. Por ejemplo, en el caso de la

alopecia areata parece que los pacientes afectados suelen tener un estado de ánimo preocupado e histérico y presentan mayores tasas de tendencia a la hipocondría, y experimentan conflictos frecuentes en las interacciones diarias con otras personas [11]. También la tendencia al suicidio es alta en estos pacientes [12]. Otros estudios han demostrado que hay una relación significativa entre la pérdida de cabello y el estrés, la ansiedad, y los acontecimientos estresantes [13]. De hecho, existe evidencia de que además de las terapias médicas, la hipnoterapia es también eficaz en el tratamiento por ejemplo de la alopecia areata [14, 15].

La pérdida de cabello tiene un impacto significativo sobre el estado psicológico, calidad de vida, y la interacción social de quienes la padecen. Si bien esto es esencialmente cierto para todas las formas de pérdida de cabello, la situación se agrava más en las alopecias cicatriciales, ya que suelen ser irreversibles y, a menudo de naturaleza progresiva [16].

Como hemos destacado, el pelo es un componente importante de la identidad y la propia imagen, por lo que incluso la pérdida de pelo parcial puede conducir a una variedad de problemas psicológicos. Presentamos por tanto un proyecto de estudio de la relación entre alopecia y alteraciones psicológicas.

CAPÍTULO 2: HERRAMIENTAS DE MEDIDA EN LA ALOPECIA

Es importante medir el impacto psicológico en la calidad de vida de pacientes que acuden a consulta de Dermatología por caída de cabello, así como su asociación con comorbilidades psiquiátricas y la influencia positiva o negativa de la relación médico- paciente en el curso de la enfermedad.

Para medir el impacto psicológico de la ALOPECIA Se utilizará una encuesta de respuesta múltiple en la que se incluirán preguntas sobre síntomas de ansiedad y depresión, así como la percepción tanto del médico como del paciente del grado de empatía entre ellos. Posteriormente se tendrán en cuenta factores como edad, sexo, comorbilidades, síntomas asociados, tratamientos realizados, tiempo de evolución, tricoscopia y grado mejoría objetiva y subjetiva tras 2 meses de tratamiento. El análisis estadístico se realizará en cuatro grupos diferentes de pacientes según el tipo de alopecia: androgenética (femenina y masculina), areata, efluvio telogénico crónico y alopecias cicatriciales.

CAPÍTULO 3: PROPUESTA DE MODELO DE CUESTIONARIO

En la siguiente página, proponemos el siguiente cuestionario para medir el impacto psicológico de la alopecia en el paciente.

PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE NOTO DISMUNICION DE CABELLO:

TRATAMIENTOS REALIZADOS PARA LA CAIDA:

ENFERMEDADES QUE PADECE:

TRATAMIENTOS QUE TOMA:

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE LA SIGUIENTE PAGÍNA, MARCANDO CON UNA X UNA SOLO DE LAS RESPUESTAS.

1. Respecto a la caída de pelo que padece, qué cantidad de caída considera usted que tiene:
 - a. Nada
 - b. Escasa caída, no he consultado sobre ello
 - c. Moderada caída, no tengo temor a quedarme calvo/a
 - d. Mucha caída, tengo temor a quedarme calvo/a

2. ¿Se encuentra ansioso y preocupado por su problema de pelo?
 - a. Nada, es algo que no me parece importante
 - b. Poco, no pienso en ello habitualmente
 - c. Bastante, no me gusta cuando me miro al espejo
 - d. Mucho, me ha afectado a mi relación con los demás

3. ¿Su estado de ánimo desde que comenzó con la caída de pelo es...?
 - a. El mismo que antes
 - b. Algo peor que antes
 - c. Moderadamente peor que antes
 - d. Mucho peor que antes

4. ¿Le cuesta conciliar el sueño por las noches o se despierta con frecuencia?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Algunas veces, pero más bien pocas
 - d. Habitualmente sí

5. ¿Alguna vez he sentido una profunda tristeza incluso el deseo de no haber nacido (por otros motivos o por este motivo)?
 - a. Nunca
 - b. Alguna vez
 - c. Bastantes veces
 - d. Habitualmente

6. ¿Me encuentro tenso, cansado, sin fuerzas y con pocas ganas de hacer cosas?
 - a. Nunca
 - b. Alguna vez
 - c. Bastantes veces
 - d. Habitualmente

7. ¿Disfruto de las cosas del día a día y me río con facilidad?
 - a. Nunca
 - b. Alguna vez
 - c. Bastantes veces
 - d. Habitualmente

8. ¿Siento la necesidad de estar en continuo movimiento y me cuesta estar sentado relajadamente?
 - a. Nunca
 - b. Alguna vez
 - c. Bastantes veces
 - d. Habitualmente

9. Antes de comenzar con la caída de pelo, ¿tuvo usted algún problema o preocupación importante (trabajo, familia, operaciones, muerte de un ser querido, etc.)?
 - a. Sí
 - b. No

10. ¿Su médico le ha detectado algún problema en la analítica?
 - a. No
 - b. Sí (escriba cuál):
 - c. No me he hecho analítica
 - d.

11. ¿Dedica mucho tiempo cada día a examinar su cabello y los pelos que se le caen?
- Nunca
 - Alguna vez
 - Bastantes veces
 - Habitualmente
12. ¿Cumplo cada día sin fallar el tratamiento que me ha indicado mi dermatólogo?
- Nunca
 - Alguna vez
 - Bastantes veces
 - Habitualmente
13. ¿Cuando voy por la calle me fijo en otras personas con una melena buena, y siento tristeza por no ser como ellas? ¿me dura bastante tiempo esta sensación?
- Nunca
 - Alguna vez
 - Bastantes veces
 - Habitualmente
14. ¿He tenido que visitar al psiquiatra en los últimos 5 años por cualquier motivo?
- Nunca
 - Alguna vez
 - Bastantes veces
 - Habitualmente
15. ¿Confío en mi dermatólogo o he acudido ya a muchos dermatólogos o he consultado en la farmacia?
- Siempre voy al mismo dermatólogo y confío en él
 - He acudido a varios dermatólogos
 - He acudido a la farmacia o la peluquería y he seguido sus recomendaciones
16. ¿Cree usted que su dermatólogo se preocupa por su alopecia y trata de ponerle solución?
- Sí, me encuentro bien atendida por mi dermatólogo, me escucha y me explica todo
 - No, mi dermatólogo cree que todo lo que tengo es psicológico
 - No, mi dermatólogo no está interesado en mi problema de pelo
17. ¿Considera que ha mejorado su problema de caída de pelo tras realizar el tratamiento indicado por su dermatólogo?
- Nada
 - Algo
 - Bastante
 - Mucho

A RELLENAR POR EL DERMATÓLOGO:

-----TRICOSCOPIA:

-----TIPO DE ALOPECIA:

-----TRATAMIENTOS PRESCRITOS:

-----RESPUESTA TRAS 2 MESES DE TRATAMIENTO:

Se espera estimar que la alopecia puede ser una condición que afecte de forma importante la calidad de vida de los pacientes, además un gran porcentaje de los pacientes que acuden a nuestras consultas por este motivo presentan una comorbilidad psiquiátrica de base. Una buena relación médico-paciente es clave en la mejoría de la enfermedad. Además, el dermatólogo debe estar entrenado en el manejo del aspecto psicológico y derivar si fuese necesario a una unidad de Salud mental.

Según una revisión de la literatura sobre este tema, es posible descubrir que aún faltan más estudios en esta línea de investigación y se trata de un campo de elevado interés para el paciente y para el médico. A continuación, vamos a destacar los puntos clave que han sido publicados hasta ahora respecto al impacto en la calidad de vida de la alopecia.

CAPÍTULO 4: ALTERACIONES EMOCIONALES ASOCIADAS A LA ALOPECIA

Realizando una búsqueda bibliográfica sobre el tema que queremos investigar, partimos de las siguientes premisas:

Problemas psicológicos asociados a la alopecia

La investigación sobre los problemas psicológicos asociados a la alopecia a menudo no ha sido exhaustiva y sistemática. Tal investigación es a menudo secundaria a otro objetivo de la investigación (por ejemplo, efectos de un tratamiento). Estos estudios apoyan la opinión de que la experiencia de la alopecia provoca un intenso sufrimiento emocional, y conduce a problemas relacionados con el trabajo y sociales [17]. Existe un vínculo importante entre el pelo y la identidad, especialmente para las mujeres [18]. Alrededor del 40% de las mujeres con alopecia han tenido problemas maritales como consecuencia [19].

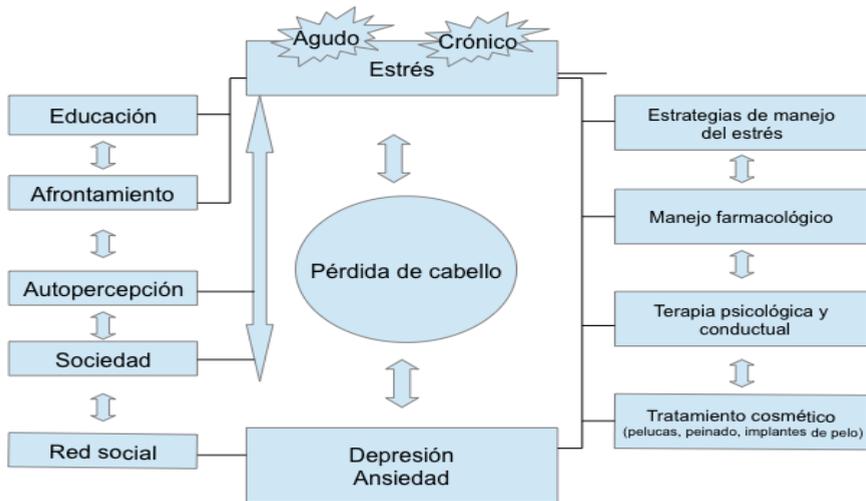
La extensión de la alopecia es uno de los predictores de los trastornos psicológicos. Las personas con pérdida de cabello severa son más propensas a experimentar angustia psicológica. Algunos estudios no apoyan plenamente la idea de que la alopecia es angustiante, aunque éstos a menudo todavía muestran que las personas con alopecia tienen más problemas que los controles [20]. Hace varias décadas, la alopecia se consideraba un trastorno psicossomático, pero la limitada investigación se asoció con graves problemas metodológicos, como la mala evaluación psiquiátrica, criterios diagnósticos pobres e inadecuados sistemas de clasificación [21]. Los trastornos psiquiátricos son más comunes en personas con alopecia que en la población general, lo que sugiere que las personas con alopecia pueden estar en mayor riesgo de desarrollar un episodio depresivo grave, trastorno de ansiedad y/o fobia social [22]. La mayor parte de la investigación muestra que las personas con alopecia tienen niveles más altos de ansiedad y depresión que los controles. También experimentan baja autoestima, peor calidad de vida, y peor autoimagen corporal [23]. Una limitación común en estos estudios es que la asociación entre la alopecia y la depresión o la ansiedad puede ser confundida por los acontecimientos estresantes de la vida, los cuales pueden desencadenar tanto la alopecia como la depresión o la ansiedad.

El estrés durante mucho tiempo ha sido implicado como uno de los factores causales involucrados en la pérdida del cabello (Bosse y Gieler, 1987; Paus, 2000; Botchkarev, 2003). Con respecto a las conexiones entre el estrés psico-emocional y la pérdida del cabello, varios niveles de interacciones se pueden distinguir:

(a) el estrés agudo o crónico como un inductor primario del efluvio telógeno,

(b) de estrés agudo o crónico como un factor agravante en un trastorno de pérdida de cabello cuya patogénesis primaria es endocrina, tóxica, metabólica o de naturaleza inmunológica (por ejemplo, AGA o alopecia areata y (c) el estrés como un problema secundario en respuesta a la pérdida de cabello previa. Este último también podría contribuir a la perpetuación o el agravamiento de la caída del cabello e inducir un círculo vicioso que se autoperpetúa (figura 1).

Figura 1. Esquema de relación entre estrés y alopecia.



Influencia del sexo del paciente

El cabello es esencial para la identidad de muchas mujeres. La feminidad, la sexualidad, el atractivo y la personalidad están simbólicamente relacionadas con el cabello en una mujer, más que para un hombre [24]. Por lo tanto, puede afectar seriamente a la imagen corporal y la autoestima. En un estudio de pacientes con cáncer con y sin alopecia, aquellos con alopecia tenían una imagen corporal más pobre. Eventos estresantes de la vida tienen un papel importante como desencadenante de algunos episodios de alopecia [25].

Las mujeres con altos niveles de estrés son 11 veces más propensas a experimentar la pérdida del cabello que aquellas sin estrés [26]. Un estudio siguió a un grupo de mujeres que experimentaron la pérdida del cabello después de la quimioterapia y para algunas mujeres la pérdida de cabello se informó como psicológicamente más difícil que la pérdida de una mama [27].

Otros estudios examinan la relación del género con el impacto psicosocial de las alopecias cicatriciales y se evidenció mayor impacto social en el cuestionario en pacientes mujeres ($p = 0,05$), tal como se refleja en una media más alta (1,11) en comparación con los hombres (0,58). Esto podría deberse en parte a las normas sociales, que hacen que las mujeres sean más conscientes de su apariencia física, lo cual podría llevar a que se abstengan de las actividades sociales.

Tipo de alopecia y evolución clínica

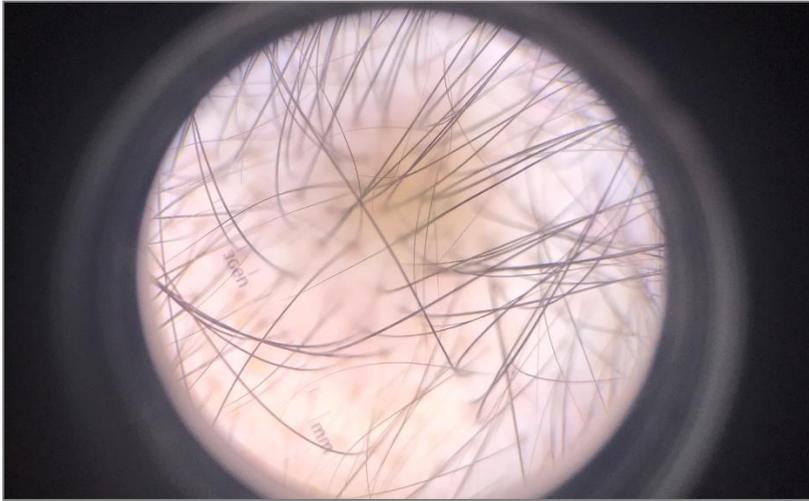
Se prevé que las alopecias cicatriciales repercuten de forma peor en la calidad de vida del paciente por el carácter irreversible de las mismas. No obstante existen estudios descriptivos realizados con anterioridad sobre los efectos psicológicos de la alopecia androgenética (AGA), [28, 29] y encontrado que las mujeres con AGA sufren más impacto psicosocial que otros grupos con alopecia de otro tipo clínico.

Es importante el papel del dermatólogo en el estudio y tratamiento de la alopecia y dar expectativas reales al paciente para que acepte el curso clínico de su enfermedad y colabore de forma positiva en la terapéutica de la misma. Para ello el dermatólogo además de una buena anamnesis y exploración física (figura 2) dispone actualmente de una técnica denominada tricoscopia (figura 3) como se muestra en la figura. Las imágenes de tricoscopia pueden ser mostradas por el dermatólogo al paciente como signo de mejoría durante la evolución y así apoyar a la mejora de su estado de ánimo.

Figura 2. Paciente varón de 34 años afectado de alopecia androgenética de patrón masculino.



Figura 3. Tricoscopia (miniaturización folicular).



Otros autores a través de un estudio de casos-controles han analizado la relación entre alopecia areata y alexitimia, ansiedad y depresión. Toman una muestra de cincuenta pacientes con alopecia areata vistos en el Departamento de Dermatología del Hospital Universitario Hedi Chaker, Sfax. La ansiedad y la depresión fueron evaluadas por cuestionarios validados, la alexitimia fue evaluada por la escala de alexitimia de Toronto 20, y la gravedad de la alopecia se midió por una herramienta de medida de gravedad de la alopecia. La edad media de los pacientes fue 32,92 años. Los resultados obtenidos por el estudio fueron los siguientes: el 52% de los pacientes eran mujeres, la depresión y la ansiedad se detectaron, respectivamente, en el 38% y el 62% de los pacientes. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes y el grupo control en cuanto a la depresión ($p = 0,047$) y ansiedad ($p = 0,005$). Cuarenta y dos por ciento de los pacientes marcó positivo para la alexitimia. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de pacientes y de control ($P = 0,683$) en términos de alexitimia. La ansiedad fue responsable de 14,7% de la variación en la alexitimia ($P = 0,047$). Con esto podemos concluir que existe una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre los pacientes que sufren una alopecia areata [30].

CAPÍTULO 5: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ALOPECIA

Muy pocos estudios han examinado la eficacia del tratamiento psicológico como un medio para permitir a las personas con alopecia hacer frente a las consecuencias psicológicas de la enfermedad. La investigación no ha sido sistemática y no se han incluidos ensayos controlados aleatorios, se han centrado en cuestiones generales de afrontamiento y no en estrategias específicas de tratamiento psicológico.

Un estudio describe los beneficios (reducción de los problemas psicológicos) de la utilización de un grupo de apoyo para ayudar a las personas con alopecia para hacer frente a su enfermedad dermatológica [31]. Se trata de un estudio descriptivo en el que se destaca como beneficioso el enfoque multidisciplinar de la alopecia, pero no presenta ninguna evidencia sobre la eficacia de estos grupos. No obstante, en nuestra experiencia proponemos el seguimiento conjunto de estos pacientes entre el dermatólogo y el especialista en salud mental o bien ampliar la formación del dermatólogo con conocimientos y aptitudes de psicología clínica.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIÓN

Los médicos deben ser conscientes del impacto psicológico de la alopecia, especialmente en lo que los tratamientos actuales tienen una eficacia limitada. Proporcionar tratamiento que es poco probable que sea efectivo puede hacer daño más psicológico que buena medicina. Los médicos también deben ayudar al paciente a comprender su alopecia y sus respuestas psicológicas a la enfermedad. Pueden hacer esto en parte por el suministro de información apropiada (incluyendo en cambiar la apariencia a través, por ejemplo, de pelucas y tatuajes). Aunque son pocos los psicólogos o psiquiatras especializados en los problemas psicológicos asociados a la alopecia, los médicos pueden remitir los casos graves a la psicología clínica o servicios psiquiátricos donde se les recomienden estrategias de tratamiento. Se necesitan más estudios sobre este tema, por lo que proponemos un proyecto de estudio del impacto psicológico de la alopecia, así como la influencia de la relación médico-paciente en el curso de la enfermedad según hemos descrito en el presente trabajo y cuyos resultados en una muestra de 100 pacientes del Área de Dermatología del Hospital San Agustín de Linares serán expuestos en una próxima publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:549-66.
- [2] M. Lesley, "Psychocutaneous disorders," in *Kaplan & Sadock Comprehensive Text Book of Psychiatry*, B. J. Sadock and V. A. Sadock, Eds., vol. 24, p. 2166, Baltimore Williams & Williams, 8th edition, 2005.
- [3] A. N. Domonkos, "Pruritus, cutaneous neuroses and neuro-cutaneous dermatoses," in *Andrews Disease of the Skin*, vol. 28, pp. 813–828, Lippincott Williams & Wilkins, 6th edition, 2007.
- [4] C. S. Koblenzer, "Psychosomatic concepts in dermatology," *Archives of Dermatology*, vol. 119, no. 6, pp. 501–512, 1983.
- [5] S. Ruiz-Doblado, A. Carrizosa, and M. J. García-Hernández, "Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness," *International Journal of Dermatology*, vol. 42, no. 6, pp.434–437, 2003.
- [6] T. Grahovac, K. Ruzić, D. Šepić-Grahovac, E. Dadić-Hero, and A. Pavčić Radonja, "Depressive disorder and alopecia," *Psychiatria Danubina*, vol. 22, no. 2, pp. 293–295, 2010.
- [7] A. Ataseven, Y. Saral, and A. Godekmerdan, "Serum cytokine levels and anxiety and depression rates in patients with Alopecia areata," *Eurasian Journal of Medicine*, vol. 43, no. 2, pp. 99–102, 2011.
- [8] C. S. Koblenzer, *Psychocutaneous Disease*, Grune & Stratton, Orlando, Fla, USA, 1987.
- [9] L. M. Arnold, "Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment," *CNS Drugs*, vol. 15, no. 5, pp. 351–359, 2001.
- [10] M. Ghajarzadeh, M. Ghiasi, and S. H. Kheirkhah, "Associations between Skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, Vitiligo, and Alopecia areata," *Acta Medica Iranica*, vol. 50, no. 7, pp. 511–515, 2012.
- [11] S. Alfani, V. Antinone, A. Mozzetta et al., "Psychological status of patients with alopecia areata," *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 92, no. 3, pp. 304–306, 2012.

- [12] P. Layegh, H. Arshadi, S. Shahriari, F. Pezeshkpour, and Y. Nahidi, "A comparative study on the prevalence of depression and suicidal ideation in dermatology patients suffering from Psoriasis, Acne, Alopecia areata and Vitiligo," *Iranian Journal of Dermatology*, vol. 13, pp. 106–111, 2010.
- [13] N. Arbabi, F. Salami, F. Forouzesh, M. Gharehbeqlou, A. Riyahin, and M. Shahrzad, "Effects of stress and stressful events on Alopecia areata," *Life Science Journal*, vol. 10, no. 6, 2013.
- [14] R. Willemsen, P. Haentjens, D. Roseeuw, and J. Vanderlinden, "Hypnosis and alopecia areata: long-term beneficial effects on psychological well-being," *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 91, no. 1, pp. 35–39, 2011.
- [15] R. Willemsen and J. Vanderlinden, "Hypnotic approaches for alopecia areata," *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 56, no. 3, pp. 318–333, 2008.
- [16] Harries MJ, Trueb RM, Tosti A, Messenger AG, Chaudhry I, Whiting DA, et al. How not to get scar(r)ed: Pointers to the correct diagnosis in patients with suspected primary cicatricial alopecia. *Br J Dermatol*. 2009; 160:482–501.
- [17] Hunt N, McHale S. Reported experiences of persons with alopecia areata. *J Loss Trauma* 2005; 10:33-50.
- [18] Weitz R. *Rapunzel's daughters: what women's hair tells us about women's lives*. New York: Farrar, Straus, and Giroux, 2004.
- [19] Hunt N, McHale S. *Understanding alopecia*. London: Sheldon, 2004.
- [20] Kose O, Sayar K, Ebrinc S. Psychometric assessment of alopecia areata patients before and after dermatological treatment. *Klinik Psikofarma- koloji Bulteni* 2000; 10:21-5.
- [21] Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: Psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003; 42:434-7.
- [22] Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994;33: 849-50.
- [23] McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, Rogers LM. Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice* 2001; 9:283-8.
- [24] Wolf N. *The beauty myth*. New York: Anchor/Doubleday, 1991.

- [25] Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata: stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999; 26:625-32.
- [26] York J, Nicholson T, Minors P. Stressful life events and loss of hair among adult women, a case-control study. *Psychol Rep* 1998; 82:1044-6.
- [27] Freedman TG. Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing* 1994; 17:334-41.
- [28] Cash TF, Price VH, Savin RC. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: Comparisons with balding men and with female control subjects. *J Am Acad Dermatol*. 1993; 29:568-75.
- [29] Van der Donk J, Passchier J, Knecht-Junk C, van der Wegen-Keijser MH, Nieboer C, Stolz E, et al. Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia: A controlled study. *Br J Dermatol*. 1991; 125:248-52.
- [30] Sellami R, Masmoudi J, Ouali U, Mnif L, Amouri M, Turki H, Jaoua A. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian J Dermatol*. 2014 jul;59(4):421.
- [31] Prickitt J, McMichael AJ, Gallagher L, Kalabokes V, Boeck C. Helping patients cope with chronic alopecia areata. *Dermatol Nursing* 2004; 16: 237-241.

Medicina

