

Maquillaje terapéutico sobre lesiones dermatológicas faciales

Revisión bibliográfica

Ángeles de la Riva Grandal*,
Juan Luis Santiago-et-Sánchez-Mateos** y Cristóbal Francisco Rodríguez Martín***

* Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ** Servicio de Dermatología. Hospital General de Ciudad Real.

*** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar, sin número. 28034 Madrid.

Correspondencia: angeles.riva@uah.es, pequenuca1@hotmail.com

Resumen

Muchas enfermedades dermatológicas, incluyendo al vitiligo, malformaciones vasculares, acné y cicatrices desfigurantes por cirugía o traumatismos, pueden generar estrés en el paciente dermatológico y causar alteraciones psicológicas como depresión, baja autoestima, deterioro de la calidad de vida, distrés emocional y, en algunos casos, dismorfofobia. El camuflaje corrector puede ayudar a cubrir lesiones dermatológicas inestéticas usando una gran variedad de productos resistentes al agua, de más luminosos a opacos, para proporcionar una cobertura efectiva y natural. Estos cosméticos pueden servir como coadyuvantes durante el tratamiento médico o después de procedimientos quirúrgicos antes de que la curación se haya completado. Consideramos que el maquillaje corrector es una medida terapéutica adyuvante válida y bien tolerada en tratamientos largos y una alternativa en pacientes en los que el tratamiento convencional es inefectivo.

Palabras clave: Calidad de vida, autoestima, estrés, maquillaje corrector, cosmético.

Introducción

En dermatología es frecuente que el paciente demande atención por lesiones desfigurantes en zonas expuestas, como la cara o las manos, producidas bien por enfermedades estrictamente dermatológicas, bien por enfermedades sistémicas y procesos yátrógenos (cicatrices postquirúrgicas, radiodermatitis y efectos secundarios de inmunosupresores o quimioterápicos). A menudo, esto influye en la percepción que el paciente tiene sobre su propia imagen, con repercusiones psicosociales evidentes. Desviar la atención de estos problemas, que con frecuencia afectan a estos pacientes, favorece la percepción pública de que no les afecta y, por tanto, no se tienen en cuenta a la hora de elaborar determinados programas de salud. Las personas con enfermedades dermatológicas u oncológicas y lesiones visibles pueden tener repercusiones psicológicas, laborales y de relación social, lo que supone un cambio importante en el desempeño de actividades cotidianas y, por tanto, en el desarrollo de una vida "normal". Mediante la valoración sanitaria y, particularmente, del personal de enfermería, podemos llegar a un conocimiento más amplio de la situación de salud de estos pacientes, que nos permitirá llevar a cabo estrategias terapéuticas para abordar estos problemas: planificar unos cuidados, ejecutar dichos planes y evaluar sus resultados¹.

En los últimos años, la literatura científica internacional evidencia una preocupación por los aspectos psico-sociales de

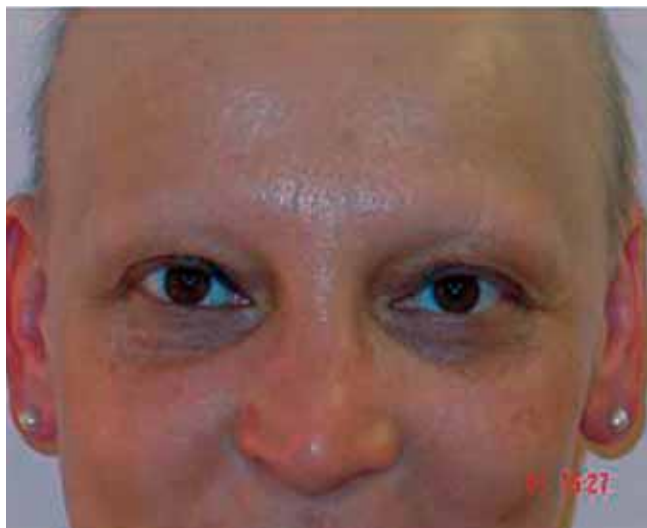
pacientes con lesiones dermatológicas visibles. Diversos estudios reflejan el sufrimiento que conllevan estas enfermedades, exhortando de forma imperiosa a utilizar medidas terapéuticas para minimizar dicho impacto. Entre ellas, el empleo de maquillaje corrector en este tipo de lesiones se consolida como una herramienta terapéutica más capaz de mejorar la calidad de vida de estas personas.

En este artículo se pretende repasar los aspectos novedosos del uso del maquillaje terapéutico, entendido como la aplicación de productos cosméticos sobre lesiones cutáneas visibles con la intención de disimular estas imperfecciones y, al mismo tiempo, resaltar las cualidades estéticas del área anatómica tratada².

Antecedentes históricos

La historia del maquillaje se remonta a los primeros tiempos de la humanidad. La utilización de polvos minerales a base de hematitas y otros minerales se asociaba a usos rituales, quedando testimonio de su importancia a través de los hallazgos en ajueres funerarios y restos humanos de enterramientos primitivos. En tiempos históricos, disponemos de amplia documentación escrita e iconográfica del uso de cosméticos entre las primeras civilizaciones de Mesopotamia y del valle del Nilo. Entre los egipcios, el uso del maquillaje siempre estuvo bien considerado, incluso tenían un mito explicando esta costumbre: Cuando Horus peleó contra su tío Seth para vengar la muerte de su padre Osiris, perdió un ojo, inventando el maquillaje para restablecer la perfección de su rostro divino. Utilizaban ingredientes naturales tales como colirios, rojo para los labios y las mejillas, ungüento y khol para mejorar la piel y la apariencia, eran conscientes de la belleza de una piel suave y de unos ojos seductores. Se han descubierto restos del siglo IV a.C., y más de 160 recetas que describen la elaboración de cosméticos, que duraba varios meses. Sus ajueres funerarios contienen, a menudo, todo lo necesario para preservar la belleza³. Con posterioridad, los romanos utilizaron una mezcla de carbonato de plomo como blanqueador de la piel y colorete. Las influencias grecorromanas y persas agregaron el uso de las tinturas de henna para el rostro y el cabello⁴.

En los primeros tiempos de la Edad Media, tras la caída del imperio romano, existió una tendencia hacia la ausencia del cuidado estético y del aseo personal. La mujer llevaba la cabeza cubierta con tocados, ocultado su fisonomía en señal de sumisión. Pasado algún tiempo empezó de nuevo el interés por la cosmética debido a la influencia árabe. Los trajes se fueron modificando con generosos escotes y se hacían largos trenzados en el pelo que llegaban a ser verdaderas obras



de arte⁵. En las culturas europeas, la piel pálida se convirtió en un signo de belleza y distinción social. Las mujeres podían tomar medidas extremas para lograr tener una piel blanca (llegando incluso a provocarse hemorragias). El valor estético de la piel blanca continuó hasta el Renacimiento. Nuevamente, las mujeres recurrían a medidas extremas para lograr tener una tez blanca utilizando cosméticos con ingredientes mortales como el plomo y el arsénico.

En la era isabelina (s. XVI), el uso maquillaje facial comenzó a asociarse con una mala salud. Las mujeres utilizaban clara de huevo para dar brillo saludable al rostro, utilizando el maquillaje facial para ocultar el aspecto enfermizo. Gracias a los franceses, en el siglo XVIII, la inclusión del color rojo en el maquillaje facial agregó un punto de vitalidad al rostro. Los labios y las mejillas rojas se convirtieron en un símbolo de salud y de felicidad, transmitiendo el mensaje vitalista propio de la época. Al igual que la mujer, los hombres de alta posición también se maquillaban, mostrando, en ocasiones, un aspecto afeminado⁶⁻⁷.

A mediados del s. XIX, se produce el inicio del maquillaje moderno. Se sigue llevando la cara pálida pero de manera exagerada. El ideal era parecer enfermo y ya no es suficiente con el uso de los polvos de arroz. Se pone de moda ingerir vinagre y limones para aclarar la piel, incluso se ingieren sustancias que contenían plomo o arsénico con el consiguiente riesgo de intoxicación e incluso de producir la muerte. La ojera se marca de azul, remarcando la profundidad de la mirada del rostro romántico. Los pómulos se sonrosan levemente con un rosa palo y los labios se maquillan en color carmesí en forma de corazón. Aparece por primera vez el rojo de labios, que consistía en una pomada compuesta por mantequilla fresca, cera de abeja, raíces de un colorante natural (orcaneta) y racimos de uvas negras sin pulpa, que colorea sin producir efectos secundarios⁸. La idea era mostrar un aspecto frágil a través de una piel en apariencia sensible.

En los primeros años del siglo XX, las ideas y costumbres del pasado siguen estando vigentes. El tono de la piel sigue siendo distintivo social, ya que una piel blanca denota no estar expuesta al sol ni a la intemperie como están sometidas las clases menos favorecidas. La elaboración de los polvos de arroz para blanquear el rostro es cada vez más refinada. Hacia 1910 el maquillaje ya está muy extendido y se tiende a llevarlo de manera natural. Los avances científicos también favorecen el desarrollo del maquillaje. El descubrimiento de los estearatos colorantes revoluciona la fabricación de barras de labios, pudiendo obtener con ellos nuevas tonalidades. En 1924 aparece la laca de uñas con color y la máscara de pestañas resistente al agua⁹⁻¹⁰.

Durante la década de los 30's, el maquillaje se democratiza y accede a todas las capas sociales, especialmente a la

mujer, que intenta imitar a sus actrices favoritas y a los grandes mitos de la época¹¹⁻¹².

En 1937 se lanza pan-cake make-up, un fondo de maquillaje que revolucionó la técnica del maquillaje cinematográfico ya que era impermeable al agua, inalterable bajo los focos y tenía una cobertura total y un acabado mate. En 1932 Lydia O'Leary, afectada de la enfermedad de vitiligo en el rostro, lo que le hacía sentirse muy acomplejada, crea junto con su padre farmacéutico el maquillaje COVERMARK en EE.UU. Un día entrando en la consulta de un médico, se cruzó con otra chica que padecía su misma enfermedad, de tal manera que al comentarle el médico la desesperación de dicha paciente, ella se decidió a contar su secreto, revelándole que padecía la misma enfermedad. Ante el asombro del médico, ella mandó a la enfermera que le trajera algo para desmaquillarse comprobándose así que también padecía el vitiligo¹³. Por ello, podemos considerarla como una de las precursoras en la difusión del maquillaje corrector.

El maquillaje terapéutico en la actualidad

El personal sanitario siempre se ha preocupado de prestar una asistencia sanitaria centrada en la repercusión física de la enfermedad, con escasa atención al componente psicosocial. En dermatología, existe una preocupación por abarcar las distintas enfermedades cutáneas considerando también su repercusión estética debido a que la piel es un órgano externo con evidentes funciones sociales. En la actualidad, nuestro objetivo es atender a la persona desde un enfoque global que se traduce en una perspectiva bio-psico-social de la enfermedad.

Material y métodos

Revisión bibliográfica: Hemos seleccionado todos aquellos artículos que describen preocupación por la repercusión en la calidad de vida, autoestima, ansiedad, depresión, relaciones sociales y vergüenza, de las personas que tienen diferentes tipos de lesiones dermatológicas permanentes en zonas visibles de la piel. Nos hemos remontado al año 1985, primer artículo encontrado que hace una referencia clara a aspectos psicológicos, finalizando nuestra búsqueda en agosto de 2009.

- Plataformas: Elsevier, OVID, ProQuest, Blackwell.
- Bases de datos consultadas: Psychoinfo, Medline, Cochrane, Embase, Cinah, cuidatge, Cuiden.
- Portales: Fistera y PubMed.
- Catálogo: C17.net.
- Monografías, libros y periódicos (existe una referencia detallada de los mismos en el apartado dedicado a la bibliografía).

■ Descripción de las patologías

Diagnóstico	Definición	Problemas	Secuelas
Acné ¹⁴⁻¹⁵	Enfermedad inflamatoria crónica del folículo pilosabáceo.	- Trastornos desfigurativos. - Cicatrices.	- Ansiedad, depresión. - Autodenigración ¹⁰ .
Rosácea ¹⁶⁻¹⁷	Erupción acneiforme crónica localizada sólo en cara.	- Cuperosis. - Telangiectasias. - Rinofima.	- Repercusiones psicológicas por el trastorno estético.
Psoriasis ¹⁸	Enfermedad inflamatoria de base inmunológica caracterizada por placas eritematodescamativas.	- Fenómeno de Koebner. - Síndrome metabólico. - Artropatía.	- Ansiedad, depresión y estrés ¹¹ .
Lupus ¹⁹	Enfermedad crónica inflamatoria de naturaleza autoinmune.	- Fotosensibilidad. - Daño multiorgánico. - Cicatrices y alopecia cicatricial. - Telangiectasias.	- Trastornos desfigurativos. - Ansiedad, depresión.
Paciente oncológico ²⁰	Deterioro agudo del estado de salud debido a una neoplasia y/o su tratamiento ⁴⁴ .	- Palidez cutánea. - Aspecto demacrado. - Efluvio anágeno agudo.	- Deterioro físico y emocional. - Depresión ¹¹ .
Angioma plano ²¹	Malformación congénita de los capilares dérmicos.	- Adquisición de un tono violáceo en la zona afectada. - Tuberosidades. - Hiperplasia tisular, con deformación.	- Desfiguración progresiva. - Evitación ¹² .
Melasma ²²	Hiperpigmentación adquirida sobre las áreas expuestas a la luz solar, sobre todo, en la cara de mujeres jóvenes.	- Contraste marcado entre las zonas más pigmentadas y la piel normal de la cara.	- Repercusiones psicológicas.
Vitiligo ²³⁻²⁴	Enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de los melanocitos.	- Áreas despigmentadas en torno a los párpados, boca, genitales, manos y pies. - Fenómeno de Koebner.	- Repercusiones psicológicas por el problema estético. - Evitación ¹² .
Cicatrices ²⁵	Áreas de fibrosis y pérdida de uniformidad en la superficie cutánea en el lugar de una herida o lesión cutánea profunda.	- Atróficas o deprimidas. - Cicatrización hipertrófica. - Queloides. - Prurito, escozor y dolor. - Telangiectasias. - Retracción tisular.	- Repercusiones psicológicas por problema estético. - Depresión ¹¹ .
Cuperosis ²⁶	Dilatación permanente de los capilares dérmicos en el área facial.	- Eritema facial. - Sensación de aumento de la temperatura local.	- Repercusiones psicológicas por defecto estético.

Descriptores: En PubMed, hemos hallado 222.334, referencias con el término booleano "OR" y las palabras claves face y facial. Posteriormente, con los descriptores Anxiety "OR" Quality of life "OR" Psychological adaptation, hemos encontrado 166.671. A continuación, con los descriptores Acneiform eruptions "OR" Facial dermatoses "OR" Vitiligo "OR" Cicatrix keloid "OR" Rosacea "OR" Panniculitis lupus erythematosus "OR" Discoid lupus erythematosus, "OR" Cutaneous lupus erythematosus "OR" Cutaneous tuberculosis "OR" Port-wine stain, hemos hallado 36.962. Posteriormente, los descriptores Anxiety, Quality of life y Psychological adaptation los hemos cruzado con el término booleano "AND" y con otra serie de descriptores como: Acneiform erupción, Vitiligo, Cicatrix, Rosacea, Panniculitis, Discoid lupus erythematosus, Cutaneous tuberculosis, Port-wine .

En Psychoinfo usando los descriptores Quality of life, Face y Cosmetic con el término booleano "AND" hemos encontrado 50 referencias, de las que hemos seleccionado 4, por ser estudios, que evalúan factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud con lesiones faciales visibles.

En ISOC con los descriptores Stress "OR" Stress management "OR" Stress reactions "AND" Facial "OR" Face "AND" Cosmetic, hemos hallado 19 referencias. De ellas, seleccionamos 6. Son referencias que mencionan la ansiedad que sufren dichos pacientes.

En periódicos: 8 referencias y seleccionado 2. Cada vez que surge una noticia sobre este tema en cualquier diario o periódico científico, leemos el artículo, por si puede aportarnos documentación y más conocimiento. Actualmente, hay mayor



preocupación por parte de los responsables de la administración sanitaria y de su personal, al comenzar a considerarlo una prioridad de primer orden.

Monografías: 6 referencias sobre "Calidad de vida, psoriasis y eccema". Seleccionadas 5 los dermatólogos del servicio, informados del estudio de investigación que estamos realizando, nos han proporcionado bibliografía referente al tema. Se han incluido estudios con series amplias, cortas y descripción de casos aislados. Existe un amplio número de artículos interesados en cuantificar la tensión psicosocial en pacientes con desfiguraciones faciales. Ocho artículos que tratan de encontrar los cuestionarios con mayor fiabilidad y validez para medir la calidad de vida de estas personas. Siete artículos, son estudios comparativos entre un grupo control y un grupo experimental. Catorce diseños antes-después. Siete trabajos de investigación que comparan la afectación psicológica entre hombres y mujeres ante las diferentes patologías y dos estudios prospectivos. El número de personas elegidas para los estudios oscilaba entre 25 y 600 pacientes, que rellenaban diferentes baterías de test: sobre calidad de vida en dermatología (DLQI), Skindex (QOI), ansiedad y depresión (HAND), cuestionario en experiencia con quejas de la piel (QES), impacto del melasma sobre la calidad de vida (MELASQOL), cuestionario sobre la vida diaria (ALLTAG) y en algún estudio se midió previamente el miedo a la evaluación negativa (FNE).

Resultados

Los resultados de la búsqueda bibliográfica se han seleccionado atendiendo a 4 grupos denominados: Impacto psicológico, enfermedades dermatológicas, familia y amigos, y maquillaje terapéutico.

1. Impacto psicológico en el paciente con lesiones cutáneas.

La literatura científica presenta grandes diferencias de opiniones sobre si las enfermedades que afectan a la piel suponen un impacto negativo sobre la función psicológica y emocional de algunos pacientes. En las últimas décadas, diferentes estudios han aportado evidencias que demuestran que las enfermedades que deterioran la apariencia física pueden tener un grave impacto cognitivo, emocional y conductual en los pacientes que las padecen²⁷. La piel es un órgano extenso situado en el exterior, por tanto, visible. Recibe estímulos continuamente, pero también actúa como emisor de emociones a través de las manifestaciones de la respuesta vegetativa (palidez, rubor, sudoración y piloerección). Al ser la piel un órgano con una importante función social, su desfiguración estética y el consecuente estigma social podrían afectar a la calidad de vida y generar distrés²⁸.

Cuando el aspecto de la piel está alterado por una enfermedad, se genera un impacto emocional adicional sobre el individuo. El paciente puede mostrar prejuicios sobre la enfermedad, compartidos por la sociedad en general, en forma de sentimientos de culpabilidad y exigencias perfeccionistas sobre el aspecto físico del afectado. Estos prejuicios también abarcan temores sobre el posible contagio del mal desfigurante y la puesta en duda de un correcto aseo corporal por parte del paciente. La actividad sexual, como el resto de relaciones interpersonales, estaría inhibida por la percepción de la falta de atractivo físico que supone padecer la enfermedad.

La presencia de lesiones en áreas visibles, como las manos o la cara, junto al curso crónico de la mayoría de lesiones desfigurantes, pueden influir de manera negativa en el desarrollo de la vida social y laboral. Entre otras manifestaciones psicológicas, podemos encontrar sentimientos de ansiedad, vergüenza,

frustración, ira, depresión, desesperanza y anticipación del rechazo. El impacto social condiciona conductas de inhibición para participar en actos sociales o acudir a lugares públicos²⁹. El enfoque terapéutico para corregir el impacto psicológico debería incluir el desarrollo de la empatía, la educación de pacientes y comunidad, y, si es preciso, remisión a una consulta psiquiátrica o psicológica³⁰.

2. Peculiaridades sobre algunas enfermedades dermatológicas.

A continuación, vamos a repasar las peculiaridades de algunas enfermedades cutáneas respecto a su impacto emocional en el paciente.

- **Vitiligo.** El vitiligo se caracteriza por la ausencia de pigmentación de la piel, siendo característica la afectación facial alrededor de la boca y ojos, y también la de las manos. La mayoría de los estudios sobre su impacto psicológico han sido realizados en EE.UU. y Reino Unido. Ongenae et al³¹ demostraron que los pacientes con vitiligo sufren baja autoestima, deterioro de la imagen corporal percibida y mala calidad de vida. Porter et al³² estudiaron los factores de riesgo de impacto emocional en estos pacientes, observando que aquéllos con mejor autoestima sobrellevaban mejor la presencia de lesiones. Los pacientes más jóvenes y aquéllos con mala condición socioeconómica demostraron peor afrontamiento. Otro estudio³³ concluyó que las mujeres tenían un mayor empeoramiento de su salud psicológica (relaciones sociales y actividad sexual). En los niños se ha comprobado la presencia de ansiedad, depresión, agresividad e irritabilidad. Además, cuando la enfermedad comienza en la infancia existe una tendencia al aislamiento social, a una percepción de rechazo y, como consecuencia, dificultades en las relaciones interpersonales³⁴. Por ello, muchos autores insisten en la importancia de reconocer y ocuparse del componente psicológico de esta enfermedad para mejorar la calidad de vida de estos pacientes³⁵.
- **Acné.** Existen muchos artículos que hacen referencia a la relación que existe entre acné y calidad de vida, pero, hasta hace poco, apenas se había medido de forma específica su relación con la ansiedad y la depresión. Yazici et al³⁶ evaluaron el índice de calidad de vida en acné (AQOL) y el índice de calidad de vida dermatológica junto con la escala de ansiedad y depresión (HAD). Los resultados indicaban que se afectaba negativamente la calidad de vida y que cuanto mayor era este deterioro, mayores eran los niveles de ansiedad y depresión. La consideración del impacto psicosocial del acné por parte de los clínicos, ha hecho que se vigile de cerca este aspecto y que se considere a la hora de decidir la actitud terapéutica más adecuada.
- **Dermatitis atópica.** Aunque es una enfermedad típica en la consulta pediátrica, muchos adultos continúan afectos, aunque generalmente de forma más leve. Los párpados, los pliegues del cuello, las flexuras y el dorso de las manos, son localizaciones características en la forma infantil y del adulto. El estrés podría intervenir en la exacerbación de los brotes y al ser una dermatosis crónica y muy pruriginosa, un mal control del prurito puede determinar cuadros depresivos. Holm et al³⁷ observaron que la morbilidad transmitida por el propio paciente era constante entre mujeres, pero no tanto entre los varones. Con estos datos interpretaron que la afectación de áreas visibles en pacientes con dermatitis atópica tenía mayor repercusión sobre las mujeres. No obstante, el deterioro de la calidad de vida viene determinado por el sentimiento de estigmatización y el aislamiento social al que conduce conductas de evitación similares a las observadas en los pacientes psoriásicos³⁸.
- **Psoriasis.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que produce placas eritematosas con

descamación plateada en codos, rodillas, cuero cabelludo y otras localizaciones. La afectación facial (seborrhis) es infrecuente, pero cuando aparece se acompaña de un importante deterioro de la vida social. Maroti et al³⁸ realizaron entrevistas a pacientes afectados de psoriasis o dermatitis atópica, observando conductas de evitación de lugares públicos (piscinas, gimnasios, clubs deportivos, etc.) en los que podrían exponer áreas de piel afectada y la adopción de hábitos de vestimenta peculiares para cubrir las lesiones. Este sentimiento de estigmatización era percibido como limitante del desarrollo de sus relaciones sociales. Esta enfermedad tiene una relación importante con el estrés, considerándose como uno de los factores desencadenantes y de exacerbación. El curso crónico de la enfermedad y su carácter desfigurante, unido a las limitaciones de la vida social y al deterioro de la calidad de vida, puede generar ansiedad y depresión (incluso ideación suicida).

3. Importancia del apoyo de familiares y amigos (red social de apoyo).

Algunos factores familiares determinan el impacto emocional que una enfermedad crónica de la piel (dermatitis atópica, psoriasis, vitiligo, etc.) puede tener en la vida de los pacientes. Si la relación entre un niño afectado y su cuidador no es buena, el desarrollo de una percepción estable de su imagen corporal puede estar comprometido y la autoestima disminuida. El apoyo de familiares y amigos (red social de apoyo) es importante para conseguir respuestas conductuales que favorezcan la adaptación a la enfermedad³⁹.

Sommerfeld et al⁴⁰, en un estudio de 25 pacientes con desfiguraciones faciales, encontró entre estos pacientes una tendencia a habitar en ambientes negativos. Además de tener que hacer frente a las consecuencias de la enfermedad y su carácter crónico, el paciente solía sentir vergüenza de sí mismo. Estas experiencias negativas, en muchos casos, conducen a problemas de comportamiento, aislamiento, repercusiones en la vida laboral o a crisis emocionales graves.

En la actualidad, se sabe que las enfermedades dermatológicas tienen un impacto importante en las vidas de pacientes y de sus familias. Resulta interesante conocer que aunque hay muchos instrumentos para medir la calidad de vida relativa a la salud de los pacientes, todavía no se ha desarrollado ninguna medida para cuantificar el impacto secundario en sus familiares. En un estudio reciente⁴¹ y en relación con esto último, se encontró una fuerte correlación entre los resultados del índice de calidad de vida de los pacientes, de sus familiares y de la gravedad de la enfermedad dermatológica.

4. Maquillaje terapéutico.

La imagen corporal es uno de los factores que mayor influencia tienen en las interacciones sociales. Alteraciones de la pigmentación como el vitiligo o el cloasma, malformaciones vasculares como las manchas en vino de Oporto, procesos inflamatorios como el acné y cualquier proceso capaz de generar cicatrices en áreas expuestas, pueden angustiar a los pacientes y causar alteraciones psicológicas como depresión, pérdida de autoestima, angustia y deterioro de la calidad de vida. Como ya hemos comentado, los pacientes que padecen estas enfermedades experimentan diariamente sentimientos de estigmatización y de baja autoestima. En estos pacientes, la rehabilitación cosmética sería una herramienta terapéutica más para ayudarles a hacer frente de manera constructiva al trauma psicológico y físico debido a sus desfiguraciones⁴². El maquillaje de camuflaje consiste en un conjunto de productos cosméticos que se aplican y se quitan diariamente para cubrir un defecto de forma transitoria. La persona que tiene una



desfiguración facial, causada por enfermedad o traumatismo, una alteración de la pigmentación cutánea, o una malformación congénita, puede utilizar diversas técnicas de maquillaje con el fin de corregir esas imperfecciones. El objetivo de estas técnicas es normalizar el aspecto camuflando las lesiones y homogeneizando el tono y la textura de la superficie cutánea. De esta forma, se facilita que los pacientes se reintegren en su vida cotidiana, disminuyendo la sensación de estigmatización y ayudándoles a percibir su aceptación en el entorno social. Mediante talleres especializados se puede enseñar al paciente a utilizar una, dos o varias técnicas de maquillaje corrector para camuflar las lesiones y mejorar su aspecto. Se han descrito cuatro técnicas básicas:

1. Una cubierta opaca, impermeable para cubrir una cicatriz o defecto amplio.
2. Maquillaje de crepe para los pacientes con piel acneica.
3. Correctores de color para borrar las cicatrices recientes, en el periodo del postoperatorio.
4. Técnicas reconstructivas con maquillaje para imperfecciones de la piel⁴³.

Los expertos están de acuerdo en que el aprendizaje de estas técnicas debería estar bajo la supervisión de un especialista cualificado y correctamente entrenado para seleccionar la mejor opción según las características de las lesiones y las peculiaridades del paciente⁴⁴.

En la literatura científica encontramos varios ejemplos en los que el maquillaje terapéutico dio buenos resultados en pacientes con lesiones crónicas, sin otra opción terapéutica. Por ejemplo, Tedeschi et al⁴⁵ emplearon esta técnica en 15 niños y adolescentes, entre 7-16 años de edad, durante dos años. La mayoría de estos pacientes tenían acné o vitiligo. Al final del estudio se concluyó que el maquillaje correctivo era bien acogido como tratamiento a largo plazo en pacientes con lesiones crónicas para los que no existía otra terapia convencional eficaz.

El acné, una patología dermatológica importante por su frecuencia, es otro buen ejemplo. No es raro que muchos pacientes, después de haber pasado por distintos médicos, se muestren desilusionados por la persistencia de lesiones de su enfermedad y de cicatrices⁴⁶. El uso combinado de productos cosméticos como jabones, mascarillas y cremas hidratantes contribuye a la eficacia del tratamiento médico del acné, pero algunos de estos cosméticos pueden tener una eficacia limitada sobre la apariencia de las lesiones de acné. Por ello, algunos especialistas proponen integrar las técnicas de maquillaje corrector dentro del arsenal terapéutico frente al acné, vigilando que estos cosméticos sean no comedogénicos⁴⁷.

Desde que sabemos que muchas dermatosis pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente un objetivo fundamental en el desarrollo de cualquier estrategia terapéutica es medir su impacto en la mejoría de la calidad de vida. Con este fin se diseñó el estudio de Ochsendorf et al⁴⁸, eligiendo una muestra de 20 mujeres con lesiones faciales (edades comprendidas entre 16-69 años), de las cuales 8 padecían acné, 9 rosácea, 2 lupus discoide y una vitiligo. Un maquillador les dio instrucciones para el uso de cosméticos correctivos, pasándoles un cuestionario de calidad de vida (DLQI) antes de la primera aplicación y dos semanas después. El estudio concluía que el uso de cosméticos correctivos en enfermedades desfigurantes de la piel es una medida eficaz y bien tolerada, que aumenta la calidad de vida de estos pacientes. También recomendaba la aplicación de cosméticos correctivos como tratamiento complementario de las enfermedades desfigurantes. Holmes et al⁴⁹ evaluaron el impacto en la calidad de vida percibida (QoL) del asesoramiento profesional en técnicas de maquillaje corrector, realizando un estudio en tres centros. Se incluyó a 135 pacientes con lesiones dermatológicas crónicas (alteraciones de la pigmentación, cicatrices y alteraciones vasculares) de larga evolución. Se les pasó un cuestionario dermatológico específico de calidad de vida percibida (QoL) y el índice de calidad de vida de dermatología (DLQI), antes y 1 mes después de su primera visita al instructor en técnicas de maquillaje corrector. El análisis de los datos demostró una diferencia significativa en los resultados sobre la calidad de vida antes y después de la visita a la clínica, concluyendo que este procedimiento mejoraba la calidad de vida percibida por los pacientes.

Otro estudio interesante es el de Meril-Kieny et al⁵⁰, llevado a cabo sobre una muestra de 90 pacientes oncológicos que recibían quimioterapia y presentaban un deterioro de su aspecto físico debido a alopecia ciliar, cambios de complexión y contorno irregular de labio. Estos pacientes fueron tratados por esteticistas, demostrando que el maquillaje correctivo podía mejorar la calidad de vida de estos pacientes con una buena tolerancia. Los resultados de estos estudios demuestran que el aspecto físico se concibe como una señal de identidad personal y que cualquier lesión desfigurante puede generar importantes repercusiones psicosociales y deterioro en la calidad de vida⁴⁸⁻⁵¹. Según expresa Deshayes et al⁵² en una revisión de 2008 para una importante revista dermatológica, el uso de maquillaje correctivo debería incluirse entre las recomendaciones de los dermatólogos para los cuidados de enfermedades desfigurantes de la piel, ya que mejora la calidad de vida sin interferir de forma negativa en el tratamiento.

Discusión

En la actualidad, los profesionales sanitarios aceptan que ciertas lesiones dermatológicas y, particularmente, aquéllas que afectan a zonas visibles, pueden producir distrés, depresión, ansiedad, inhibición en las relaciones sociales y deterioro de la calidad de vida. Particularmente, en el caso de procesos crónicos y/o lesiones desfigurantes que afectan a zonas sensibles bajo un punto de vista estético (como la cara, el cuello o las manos), la utilización de maquillajes cubrientes específicos puede tener una repercusión positiva y mejorar la calidad de vida del paciente sin interferir con otros tratamientos. Por otro lado, es una medida terapéutica bien tolerada y que no produce ningún efecto secundario grave.

Los objetivos de las técnicas de maquillaje corrector son unificar el tono del área afecta y dar uniformidad a la textura de la superficie cutánea para obtener un efecto global que se traduzca en la mejoría del aspecto y no sólo el simple camuflaje de la lesión. Según refiere Goffman⁵³, aprender a disimular un “defecto” constituye una de las fases de la socialización del individuo estigmatizado. Así, si el individuo estigmatizado se acepta y respeta a sí mismo, no sentirá necesidad de ocultar su “defecto”, pudiendo llegar a superar la fase de “encubrimiento”. Las personas dispuestas a admitir un estigma, porque su existencia es claramente perceptible, pueden, no obstante, esforzarse para que este estigma no destaque demasiado. El objetivo de estos individuos es reducir la ansiedad que les produce la lesión estigmatizante y cómo ésta determina su interacción con los demás. Atenuar el impacto visual del estigma, por una parte, evita que éste sea, para él mismo y para los demás, objeto de atención. De forma secundaria, también se pretende mantener una participación espontánea (no condicionada por el estigma) en el contexto de la interacción. Dicho de otro modo, el individuo no debería sentir amargura, resentimiento, o autocompasión si ha conseguido admitirse a sí mismo tal cuál es; Enfrentando su estigma con espontaneidad, aunque recurra a técnicas que no ocultan pero sí minimizan su impacto visual. De esta forma, podría demostrarse a sí mismo y a los demás que ejerce un notable control de la situación⁵⁴.

Correctores del tono de la piel⁵⁵

Problema	Corrector	Empleo
Cicatrices	Corrector de poder cubriente.	Aplicar con esponja o dedos.
Pieles amarillas	Corrector malva.	Aplicar con esponja o dedos.
Cicatrices atróficas zonas hundidas	Corrector beige.	Difuminar suavemente.
Cicatrices hipertróficas zonas rugosas	Stick marrón.	Difuminar suavemente.
Discromías rojizas. Cicatrices recientes. Couperosis.	Stick verde.	Difuminar suavemente.
Discromías azuladas ojeras	Stick amarillo.	Difuminar suavemente.

Maquillajes⁵⁶

- **Fondo de maquillaje corrector fluido:** Textura libre de grasas. Disponible en 4 tonos luminosos: clasificados por una numeración que va del tono más claro al más oscuro.
- **Fondo de maquillaje corrector compacto:** Unifica el tono de pieles sensibles e intolerantes. Corrige perfectamente imperfecciones. Garantiza un acabado de maquillaje natural sin sobrecarga en una aplicación suave que preserva el confort cutáneo. Disponible en 3 tonos: clasificados en una numeración del 1 al 3, desde el color más claro al más oscuro.
- **Atenúan las irregularidades sin marcarla:** Aseguran un tono liso y luminoso. Formulado para las pieles secas y sensibles, se funde con la piel sin tirantez, ni efecto grasa. Acabado delicadamente satinado. Disponible en 5 tonos: siendo el 1 el número más bajo en tonalidad y el 5 el de mayor tonalidad.
- **Fondo de maquillaje fotorregulador:** Resultado natural y larga duración. Alisa difumina las imperfecciones del rostro: arrugas, granitos cicatrices. Efecto alisado óptico. Textura “oil free” hidratante, no grasa, pieles normales y mixtas.
- **Textura crema ligera acabado polvo-mate:** Cubre las imperfecciones. Suaviza la piel. Disponible en 5 tonos.
- **Textura compacta anti-deseccante para un acabado crema-polvo que homogeneiza sin efecto sobrecarga:** No oclusivo, permite homogeneizar y matificar el tono de piel de forma duradera y con un acabado natural. Disponible en 3 tonos. Enumerados del número 1 al 3 según el grado de color.

Conclusiones

Los pacientes con lesiones desfigurantes suelen mostrar un comportamiento retraído en su vida cotidiana debido al sentimiento de estigmatización percibida y de baja autoestima que éste genera. Junto a un grado variable de aislamiento social y conductas de evitación, podemos encontrar alteraciones psicológicas como distrés, ansiedad y depresión, determinando un deterioro importante de la calidad de vida del paciente.

Todavía es frecuente encontrar casos de lesiones faciales desfigurantes en los que la dermatología y la cirugía plástica, a pesar de los recientes avances que han experimentado estas disciplinas médicas, no pueden ofrecer opciones terapéuticas eficaces. En estos casos, el camuflaje cosmético debe considerarse como una alternativa terapéutica eficaz que se ha desarrollado para aliviar el sufrimiento de estos pacientes⁵⁷.

- **Ansiedad:** Estado de aprensión, inseguridad, temor o terror causado por una amenaza anticipada real o imaginaria⁵⁸.
- **Depresión:** Trastorno psicológico caracterizado por una alteración del humor con tristeza y dificultades para comer, dormir y concentrarse⁵⁹.
- **Estrés:** Respuesta inespecífica del organismo frente a cualquier exigencia externa que pone en marcha una serie de respuestas adaptativas. Cuando no se desarrollan respuestas adaptativas (distrés), se producen repercusiones psicológicas⁶⁰.
- **Autoestima:** Percepción de la valía personal y las competencias que un individuo asocia a la imagen de sí mismo⁶¹.
- **Evitación:** Conducta para eludir las supuestas repercusiones de un estímulo percibido como nocivo por el individuo⁶².

Bibliografía

- 1 Benavente Garcés M.A., Ferrer Ferrándiz E., Francisco del Rey C, Fundamentos de enfermería, juicio diagnóstico: Valoración y Diagnóstico Pág. 239-244, Juicio y acción Terapéutica: planificación, ejecución, evaluación. Pág. 277-305, Editorial DAE, Madrid, 2001.
- 2 Diccionario enciclopédico Larousse 1ª Edición Editorial Planeta, Barcelona 1984.
- 3 La Dermatología a través de los siglos. Momento Médico Ibero Americana, SL, Madrid 2007, pag. 5-11.
- 4 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 5 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 6 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 7 C:\Users\angeles\Documents\Ψ\doctorado\Maquillaje\descripcion\Historia del Maquillaje. Facial y Consejos del Maquillaje Moderno.htm
- 8 <http://perso.wanadoo.es/maquillajeprofesional/historiamaquillaje.html>
- 9 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 10 C:\Users\angeles\Documents\Ψ\doctorado\Maquillaje\descripcion\Historia del Maquillaje. Facial y Consejos del Maquillaje Moderno.htm
- 11 <http://perso.wanadoo.es/maquillajeprofesional/historiamaquillaje.html>
- 12 C:\Users\angeles\Documents\Ψ\doctorado\Maquillaje\descripcion\Historia del Maquillaje. Facial y Consejos del Maquillaje Moderno.htm
- 13 http://www.uymaholdings.com/Maquilleje_y_cosmético_Covermark-/paginas/noved.htm
- 14 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Enfermedades del folículo piloso y anejos. Pág. 102-103, Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004.
- 15 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de las glándulas sebáceas y apocrinas. Pág. 2-3; 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 16 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Enfermedades del folículo piloso y anejos. Pág. 103-104, Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004
- 17 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de las glándulas sebáceas y apocrinas. Pág. 12-15; 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 18 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de la cinética y diferenciación celular. Pág. 76-97; 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 19 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Conectivopatías. Pág.111-113, Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004.
- 20 M.T. Fortú, Y. Encin, M.J. Etxebarri, J.M. Escuder, A.I. Bardó, S. Martíne. Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias. Navarra Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Pamplona. Vol.27, Suplemento. 3, 2004. Pág. 9-17.
- 21 J.M. Mascaró. Pautas de diagnóstico y terapéutica en Dermatología. De la A a la Z. Len/Mayo Internacional, S.A. Barcelona 2007. Pág. 104-110.
- 22 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de los vasos sanguíneos. Pág. 300-301. 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 23 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Trastornos de la pigmentación. Pag. 99-101; Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004.
- 24 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos pigmentarios 287-294. 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997. Pág. 174-175.
- 25 Fitzpatrick B.T. Johnson R.A., Wolff K. et al. Cicatrices hipertróficas y queloides. Atlas de Dermatología Clínica. 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997. Pág. 174-175.
- 26 Lázaro Ochaíta L. Dermatología texto y Atlas. Alteraciones cutáneas en relación con trastornos vasculares periféricos. Pág. 262-263. Méditécnica Madrid 1993.
- 27 Guerra. A; de Lucas Laguna R; Feito. M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud. Pág.8. Sanidad y Ediciones, S.L. Madrid 2006.
- 28 Guerra. A; de Lucas Laguna R; Feito. M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud. Pág.9. Sanidad y Ediciones, S.L. Madrid 2006.
- 29 García Rodríguez J., Trastornos depresivos y enfermedades físicas. Formación continuada. Madrid Médico. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Depresiones ocultas-1, nº 116 Abril-Mayo 2008: 1-16.
- 30 Ginsburg IH.: The psychosocial impact of skin disease. An overview Dermatol Clin. 1996 Jul; 14(3): 473-84.
- 31 Ongenaek K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM: Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. Br J Dermatol. 2005 Jun; 152(6): 1165-72.
- 32 Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB: Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo Gen Hosp Psychiatry. 1979 Apr; 1(1): 73-7.
- 33 Borimnejad L, Parsa Yekta Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A: Quality of life with vitiligo: comparison of male and female muslim patients in Iran. Gen Med. 2006 Jun; 3(2): 124-30.
- 34 López González V.: Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. Rev. Cubana Medicina General Integral ISSN 0864-2125. 2000; 16 (2): 171-6.
- 35 Parsad D, Dogra S, Kanwar A.J.: Quality of life in patients with vitiligo Health Qual Life Outcomes. 2003 Oct 23; 1:58.
- 36 Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, Buturak V.: Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004 Jul; 18(4): 435-9.
- 37 Holm EA, Esmann S, Jemec GB: Does visible atopic dermatitis affect quality of life more in women than in men Gen Med. 2004 Dec; 1(2): 125-30.
- 38 Maroti M, Ulf E, Wijma B.: Quality of life before and 6 weeks after treatment in a dermatological outpatient treatment unit. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006 Oct; 20(9): 1081-5.
- 39 1 the emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective: Dermatol Clin. 2005 Oct; 23(4): 619-27.
- 40 Sommerfeld S, Drepper H.: [Experience of their environment and disease by facially disfigured patients-recognition of the handicap as a prerequisite for rehabilitation] Rehabilitation (Stuttg). 1985 Aug; 24(3): 151-6.
- 41 Basra MK, Sue-HoR, Finlay Ay. The family Dermatology life Quality Index: measuring the secondary impact of skin disease.
- 42 Rayner VL. Cosmetic rehabilitation: Dermatol Nurs. 2000 Aug; 12(4): 267-71.
- 43 Rayner VL.: Camouflage therapy Dermatol Clin. 1995 Apr; 13(2): 467-72.
- 44 Westmore MG.: Make-up as an adjunct and aid to the practice of dermatology. Dermatol Clin. 1991 Jan; 9(1): 81-8.
- 45 Tedeschi A, Dall'Oglio F, Micali G, et al. Corrective camouflage in pediatric dermatology. Cutis. 2007 Feb; 79(2): 119-2.
- 46 Toombs EL.: Cosmetics in the treatment of acne vulgaris Dermatol Clin. 2005 Jul; 23(3): 575-81, viii.
- 47 Poli F: Cosmetic treatments and acne Rev Prat. 2002 Apr 15; 52(8): 859-62.
- 48 Ochsendorf F, Paeslack I, Kaufmann R, Zollner TM: Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. Eur J Dermatol. 2002 Nov-Dec; 12(6): 577-80.
- 49 Holme SA, Beattie PE, Fleming CJ: Cosmetic camouflage advice improves quality of life. Br J Dermatol. 2002 Nov; 147(5): 946-9.
- 50 Meril-Kieny, C, Norcera T, Mery S Medical corrective make-up in post-chemotherapy. Dermatol Ann Dermatol Venereol. 2008 Jan; Spec No 1: 25-8.
- 51 Sugiura S, Fujimoto Y, Nakata S, Nakashima T.: [A case report of sinonasal tumor: the effect of corrective make up training] Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. 2006 Jun; 109(6): 535-7.
- 52 Deshayes P: Cosmetic camouflage for a better quality of life Ann Dermatol Venereol. 2008 Feb; 135 Suppl 3: S208-10.
- 53 Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 1ª Ed. 10ª reimp. Amorrortu. Buenos Aires, 2006. Pag. 137.
- 54 Henrich E. y Kriegel L.: Association for the Aid of Crippled Children. Eds Experiments in Survival, Nueva York 1991. Pag.145.
- 55 Vargas Laguna E, Peña Payero M.L., y otros. Estudios Clínicos de laboratorio: Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Hospital Clínico de San Carlos, IECR Madrid. Doyma, Barcelona, ESPAGNE (1909) (Revue. 2006, vol. 97, no10, pp. 637-643 [7 page(s) (article)] (13 ref.).
- 56 Prieto Leonor. Vivir sano. Salud de la piel. El maquillaje corrector o de camuflaje. Marzo 2001. www.saludalia.com/docs/salud/web_saludalia/vivir_sano/doc/cuidado_piel/doc/doc_maquillaje_corrector2.htm.
- 57 Antoniou C, Stefanaki C. Cosmetic camouflage. J Cosmet Dermatol. 2006 Dec; 5 (4): 297-301.
- 58 Pichot P, Lopez- Ibor Aliño JJ., Valdés Miyar M., DSM-IV, Trastornos de ansiedad. Ed. Masson, S.A. Barcelona 1999. Pág. 401-413.
- 59 Diane E. Papalia y Rally Wendkos Olds .Psicología Mc Graw-Hill Mexico, S.A. de C.V. 1190. Pág 557-562.
- 60 Diane E. Papalia y Rally Wendkos Olds .Psicología Mc Graw-Hill Mexico, S.A. de C.V. 1190. Pág. 364-390.
- 61 Bloch H., Chemama R., Gallo A et al. Edición española adaptada por Carboles J.A., Palomo T., Blanco Abarca A. y otros. Gran Diccionario de Psicología. Ediciones del Prado Madrid 1996, pag. 93.
- 62 Bloch H., Chemama R., Gallo A et al. Edición española adaptada por Carboles J.A., Palomo T., Blanco Abarca A., y otros. Gran Diccionario de Psicología. Ediciones del Prado Madrid 1996, pag. 318.