

Tricotilomanía



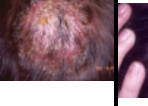



Trico significa "pelo", *manía* "impulso" de realizar una conducta. La tricotilomanía es el **comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello, y/o vello del cuerpo, por simple placer, gratificación o liberación de la tensión**. Se trata de un hábito nervioso reversible. Algunas personas consultan después de años de padecimiento y otras, ya resignadas, conviven con esta patología. Recién en los últimos años este trastorno empezó a tener peso propio, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales lo incorporó como un apartado estableciendo claros criterios para su diagnóstico. En esta clasificación psiquiátrica, la tricotilomanía o es considerada un **trastorno del control de los impulsos**: "dificultad para resistir el impulso que es perjudicial en su efecto" (DSM IV).

Diagnóstico psiquiátrico

Para efectuar el diagnóstico de tricotilomanía se tienen en cuenta las zonas calvas y se descarta la enfermedad dermatológica como la alopecia areata o la calvicie. Además, el paciente suele:

- A.** Arrancarse el pelo en cualquier región del cuerpo donde éste crezca, de forma repetida, con pérdida perceptible de pelo.
- B.** Sentir tensión creciente antes de arrancarlo o cuando se resiste la práctica de la conducta.
- C.** Alcanzar la sensación de bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- D.** Poseer este hábito sin que se explique por otro trastorno psiquiátrico o enfermedad médica.
- E.** Percibir que la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de su vida.

En los casos donde el paciente sea un niño pequeño, o exista retardo mental es conveniente que el examen clínico incluya la realización de una biopsia del cuero cabelludo; esto permite un diagnóstico seguro porque explica que la pérdida del cabello, por ejemplo, no se debe a una enfermedad dermatológica. En el estudio histopatológico se encuentra claramente el desgarramiento del folículo piloso, exudado hemorrágico y distorsión completa del pelo (International Journal of Dermatology, EEUU).

						
<<<<	Alopecia areata	Tiña tonsurante	Querion de Celsi	Tricotilomanía	Alopecia cicatricial	Falsa tiña amiantácea
Etiología	Autoinmune	Dermatofitos	Dermatofitos	Autoprovocada. Relacionada con el estrés.	La de la enfermedad de base.	Desconocida
Clínica	Placa completamente alopécica. Pelos peládicos (en signo de	Alopecia completa. Pelos cortados a 1-2 mm. Descamación	Alopecia parcial. Inflamación y supuración "en espumader	Alopecia parcial. Pelos retorcidos y rotos. No hay descamación	Alopecia parcial. Pelos aislados en el interior de las placas. Ausencia de	Alopecia parcial. Pelo sano de longitud normal en el interior de la placa.

	admiración). No hay descamación.	abundante	a". Los pelos caen fácilmente a la tracción. Descamación y costras.		cuadrícula cutánea. Piel apergaminada. Hiperqueratosis folicular.	Descamación gruesa adherida a la raíz del pelo.
Localización	Cualquier parte del cuero cabelludo. Puede afectar todo el pelo corporal.	Cualquier parte del cuero cabelludo.	Cualquier parte del cuero cabelludo.	Cualquier parte del cuero cabelludo.	Cualquier parte del cuero cabelludo.	Predomina en región androgénica (frontoparietal y vértex)
Síntomas	No	No prurito ligero	Dolor. En ocasiones febrícula.	No	Puede haber prurito.	No
Asociaciones	Pitting ungueal. Puede haber antecedentes familiares.	Puede haber otros convivientes con tiña capitis o de la piel.	Puede haber otros convivientes con tiña capitis o de la piel.	Estrés psicológico	Lupus eritematoso cutáneo o liquen plano. (Puede haber otras causas)	Psoriasis o dermatitis seborreica.
Edad	Cualquier edad (mayores de 5 años). Cualquier edad. Más frecuente en adultos jóvenes.	Niños. Suele remitir al llegar a la adolescencia	Niños. Suele remitir al llegar a la adolescencia	Niños. En adultos sugiere trastorno	La de la enfermedad de base (más frecuente en mujeres de mediana edad).	Adultos
Curso	Repoblación en 3-6 meses	Curación con antifúngicos orales.	Curación con antifúngicos orales.	Curación al remitir estrés	Crónico y progresivo durante meses o años.	Repoblación tras el tratamiento de las placas queratósicas
Diagnóstico	Clínico.	KOH y cultivo en Sabouraud	KOH y cultivo en Sabouraud	Clínico	Biopsia cutánea	Clínico. En caso de duda practicar KOH y cultivo.
Anamnesis	Preguntar por antecedentes	Preguntar por contacto	Preguntar por contacto	Preguntar por estrés	Preguntar por antecedentes	Preguntar por antecedente

	personales o familiares y por estrés como desencadenante.	con animales del pelo	con animales del pelo		de dermatosis que puedan causarla, incluyendo liquen plano y lupus eritematoso.	s de psoriasis o dermatitis seborreica.
Tratamiento	Corticoides tópicos o intralesionales. Antralina. Minoxidil.	Antifúngicos orales y champús antifúngicos.	Antifúngicos orales y champús antifúngicos.	Valorar tratamiento psicológico	El de la enfermedad que la causa	Corticoides tópicos. Queratolíticos. Alquitranes. Champús antiseborreicos o de alquitrán.
Frecuencia	++++	++	++	+	+	++

Placas alopecias original en la página: web.udl.es/.../ AlopeciaEnPlacas.html

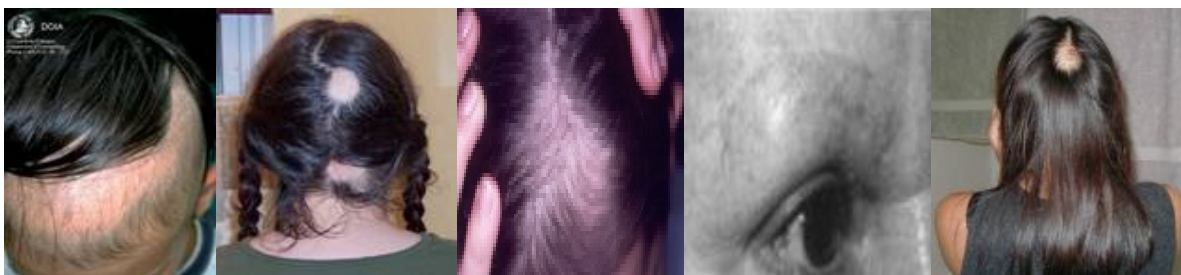
Inicio. Etiología.

Si bien se establece el inicio de la sintomatología de los 5-8 años a los 13, su detección temprana libra al sujeto de las graves concomitancias que suele tener. Cuando los episodios de arrancado se inician antes de los dos años se considera una alteración pasajera, que - como la succión del pulgar- cede con el paso del tiempo. Un niño ya en edad escolar debe ser evaluado y recibir tratamiento; se contraindica el corte de cabello en niños puesto que incrementa la angustia y no reviste una solución definitiva. La ausencia de tratamiento eficaz hace que la afección tienda a perpetuarse interfiriendo en el desarrollo personal del sujeto.

La *causa* se desconoce, pero se sabe que en los niños suele tener como disparador el estrés psicosocial (mudanzas, cambios bruscos en su entorno, diferentes vivencias traumáticas). Como en otras patologías, y desde el enfoque de la modificación de conducta, nos interesa estudiar qué variables sostienen esta alteración del comportamiento. En este sentido, la causa está en la historia de la conducta misma: la persona ha aprendido a obtener gratificación mediante un comportamiento autolesivo. Ese placer/alivio que se logra, más allá del daño que inflige, es el refuerzo que anticipa un nuevo episodio. La gente comenta no saber cómo comenzó el hábito nervioso, ni qué especificidades pasadas dieron lugar a que se consolidara con el tiempo. Aunque parezca sorprendente, la tricotilomanía puede copiarse, adquirirse mediante la imitación; los niños por ejemplo, suelen emular la conducta adulta casi "inconscientemente". Generalmente, cual fuere el origen, todo comportamiento comienza con una baja frecuencia ocasionando pocos inconvenientes. Luego el sujeto va familiarizándose con el malestar que puede ocasionar y la frecuencia aumenta, "el resultado es la imposibilidad de darse cuenta hasta qué punto el hábito es inconveniente" (Azrin). Es decir, la falta de conciencia es una causa del hábito nervioso. Las personas suelen perder la cuenta de la cantidad de pelo que se arrancan, las veces que lo hacen al día; al perder "conciencia" tienden a multiplicar las causas del hábito porque este comienza a asociarse, de forma casi imperceptible, a variados comportamientos y a diversas situaciones. "Una de las razones por las que un hábito persiste es que se entrelaza con otras pautas de conducta y llega a formar parte de las actividades normales, funcionales....Se asocia con esas actividades de tal manera que empieza a producirse cada vez que tiene lugar la actividad normal....El hábito parece haber llegado a formar parte indisoluble de la persona" dice Azrin, postulando la importancia de enseñar a los pacientes a discriminar el hábito y sus componentes del resto de las conductas. En un adulto, muchas situaciones pueden ser desencadenantes de la misma conducta, pudiendo asociarse con síntomas de depresión mayor, o trastornos de ansiedad.

Arrancarse el pelo: hábito y consecuencias

Con el tiempo el trastorno se asienta sin localizarse necesariamente en el mismo lugar, con lo que también varía su visibilidad y sus secuelas en la vida de la persona. Las zonas del cuerpo más observables que limitan la vida social, son la **cabeza**, las **cejas**, la **barba**, el **bigote** y las **pestañas**. En estos casos, pese al público carácter del conflicto, la persona continúa ejerciendo su hábito en soledad o en presencia de gente muy allegada. Al existir mayor tolerancia social, por ejemplo, para con la calvicie masculina, nos encontramos con una vasta población clínica de mujeres que cambian su peinado o maquillan las zonas dañadas; y éstas son las que más consultan al psicólogo, justamente por la presión estético-social. La consulta dermatológica se realiza cuando la lesión es grande y/o cuando **el vello ha desaparecido por completo** (zona del rostro).



Otras regiones del cuerpo, más ocultas, como la **axilar**, **púbica y perirrectal**, no están menos comprometidas que las anteriores. Además puede haber zonas sin vello en **piernas y espalda**. En todos estos casos puede haber **infección del sitio alopecico, tensión muscular y síndrome del túnel carpiano**. El hábito tricotilómano, al igual que el tartamudeo, los tics, el acto de morderse/comerse las uñas, **es involuntario**, siendo esta vivencia psicológica una de las más desagradables porque implica la **vivencia de alienación y pérdida de control** (por eso genera **problemas de autoestima**). Asimismo, el paciente es vulnerable a la adquisición de otros conflictos médicos y psiquiátricos. Además de arrancarse el pelo y examinarlo, algunas personas también lo muerden, mientras que otras llegan a ingerirlo en forma de ovillo: **tricofagia** -puede experimentarse **dolor abdominal, anemia, hematemesis, náuseas y vómitos, obstrucción abdominal e incluso perforación**-. El acto de rascarse, así como la notoria pérdida de pelo en zonas visibles, lleva al adulto a **evitar situaciones sociales** que pongan en evidencia el problema. La **restricción de la vida social** y de algunas actividades va agudizando el malestar hasta que la persona se acostumbra al aislamiento; en estos casos la conflictiva sigue siendo la misma pero sus efectos van mucho más lejos. Las secuelas del problema implican, muchas veces, la adaptación constante de la vida de relación y de las metas individuales.

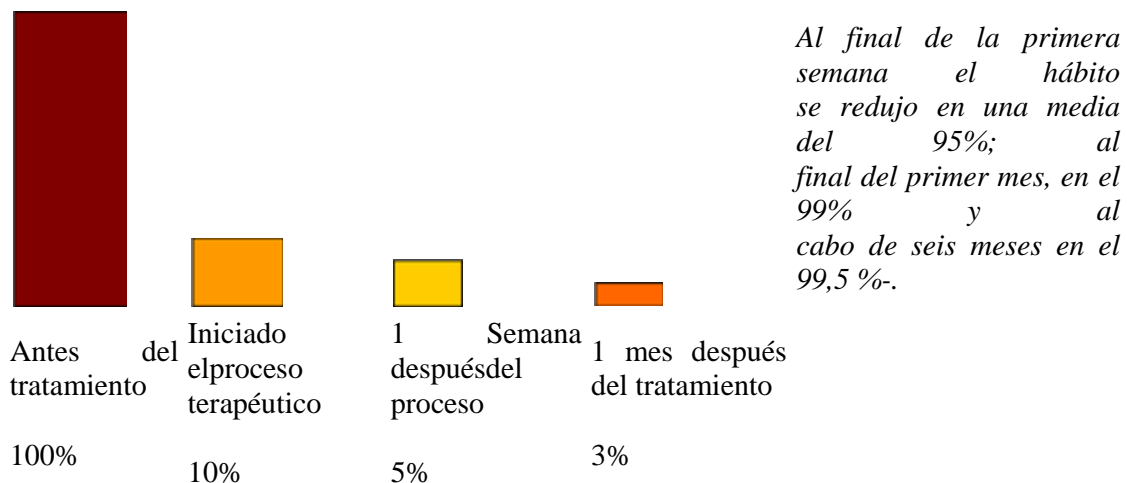
Tratamiento: terapia de los hábitos nerviosos

El tratamiento farmacológico no arroja datos de eficacia a largo plazo. Sabemos que se han utilizados inhibidores de serotonina (por el compromiso del sistema serotoninérgico, dopaminérgico y opioide) pero no se conoce la eficacia de un fármaco en particular que señale su terapéutica de elección. En la tricotilomanía, los síntomas pueden reducirse con medicación, sin que por eso se elimine el trastorno, con la administración de antidepresivos como la fluoxetina. Para otros hábitos nerviosos, como los tics severos, el tratamiento farmacológico se ha mostrado bastante eficaz.

La terapia de reversión de hábito es la que hoy promueve la comunidad científica como eficaz para la tricotilomanía. El objetivo es aprender a controlar el impulso nervioso, hasta que este desaparezca. En esta terapia fomentamos la autoobservación y el autorregistro, porque una vez que la persona conoce en profundidad su funcionamiento podemos comenzar con las técnicas que implican la **reversión del hábito nervioso**. Este proceso, de unas pocas sesiones, permite evaluar –mediante registros– la intensidad,

duración y frecuencia del comportamiento que será erradicado. En general, estos pacientes no poseen información suficiente sobre su problema, consideran que son los únicos a quienes les ocurre y suelen sentirse muy aliviados cuando el terapeuta diagnostica y psicoeduca sobre el tratamiento. Otras veces tienen una noción acabada sobre el trastorno pero han probado distintos tratamientos sin resultado alguno, de ahí que lleguen a la consulta con pocas expectativas. En ambos casos, cuando comprenden por qué ejercitan esta conducta, qué variables la sostienen, se entusiasman con el entrenamiento de la **respuesta incompatible** o **reacción de competencia: base la terapia de los hábitos nerviosos** (Azrin, 1987). El entrenamiento en la nueva conducta ya implica el cese del hábito.

Se genera también una red de apoyo para **incrementar la autoconfianza**. Es dable que el entorno social del sujeto haya aconsejado en función de la racionalidad (*cómo no vas a poder evitarlo?*) o practicado el castigo verbal hasta el cansancio, sin conseguir nada. Convocarlos al proceso clínico de cambio es positivo porque es mucho lo que pueden hacer, pero fundamentalmente, es importante resaltarles qué no conviene. Existen indicaciones clínicas claras que permiten integrar al tratamiento los vínculos más cercanos del paciente (pareja, familiares, amigos). Además, Como el paciente y su entorno suelen provenir de diversos intentos fallidos de solución, con sentimientos de impotencia e incapacidad, la fase psicoeducativa del tratamiento tiende a proveer la información necesaria para eliminar también las creencias irracionales (*"si dejo de hacerlo me dañaré de otra forma", "vengo a sacarme la duda de que esto tampoco servirá"*). Respecto de los intentos de resolución, es frecuente que mayoría haya recibido tratamiento psicoanalítico; "la proporción de éxitos ronda el 30% y el tratamiento se prolonga durante muchos meses e incluso años" (Azrin). Suele ocurrir que en la historia del hábito haya habido momentos en los que, por un lapso breve de tiempo, se ha podido controlar la conducta a través de la voluntad pero NO eliminar el hábito. El autotento de solución fracasa por las características intrínsecas de la tricotilomanía y no por una falla en la destreza de quien lo realiza, esto debe quedar muy claro al comenzar el trabajo clínico. Del mismo modo la expectativa de eficacia del tratamiento no puede basarse en la percepción confiable del terapeuta o en intervenciones que a alguien le han funcionado, y sí en los datos que la investigación científica arroja. La motivación para el cambio, entonces, se estará ajustando a las posibilidades clínicas y no a expectativas falsas. En hablamos de un 99% en tanto porcentaje de reducción de hábito, según Azrin, podríamos graficar la reducción media en la frecuencia del hábito:



Las posibilidades de recaída son pocas ya que el alta clínica se realiza cuando el paciente cuenta con los recursos para manejar distintas situaciones que antes predisponían al hábito y que al momento de la evaluación son manejadas con éxito. La preparación cognitiva, emocional y conductual para vivir sin el trastorno forma parte del tratamiento e incluye la adaptación a nuevos espacios sociales y actividades que habían sido desplazadas por ser incompatibles con la conducta tricotilómana. Una arista importante del último tramo de trabajo terapéutico, consiste en enseñarle al paciente a disminuir los estresores ambientales. Manejarlos implica poder anticiparse a las consecuencias de las respuestas de ansiedad, neutralizándolas afrontando los problemas cotidianos.

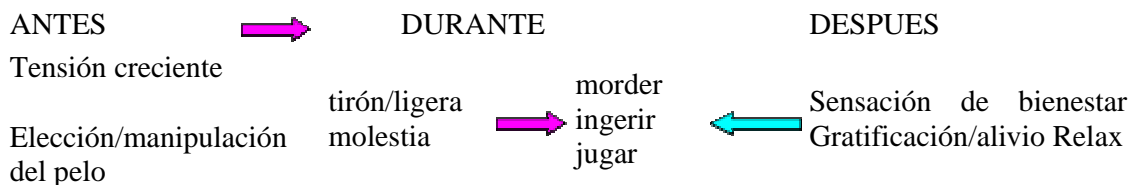
Procedimientos del tratamiento

Los siguientes procedimientos constituyen los pilares del Tratamiento de hábitos nerviosos, Azrin, 1987

- **Motivación:** Se ayuda al examen y la comprensión acabada de los inconvenientes y dificultades que el hábito produce.
- **Conciencia:** Como el hábito es prácticamente automático es preciso que el paciente sea sensible a los detalles y hábitos secundarios; generar conciencia implica conocer la especificidad de la conducta que va a modificarse.
- **Reacción de competencia:** Es aquella que permite el control del hábito, consiste en el aprendizaje de una conducta incompatible con él.
- **Reacción correctiva:** Se trata de la conducta que puede neutralizar el hábito mientras ocurre.
- **Reacción preventiva:** El paciente realiza la reacción incompatible con el hábito cuando ya puede reconocer el impulso, se impide que el hábito sea iniciado venciendo la tentación de ejercerlo.
- **Comportamiento asociado:** Este procedimiento permite reconocer aquellas conductas que están enlazadas al hábito pudiendo evitarlas (tocar una hebilla por ejemplo).
- **Situaciones que tienden al hábito:** La toma de conciencia posibilita que muchas situaciones sean asumidas como "de riesgo", practicándose en ellas la reacción de competencia sin ser sorprendidos por el hábito (hablar por teléfono, estudiar, ver TV, etc.)-. Varían en cada paciente, damos con ellas a partir de la evaluación en la primer fase de trabajo.
- **Entrenamiento en relajación:** El paciente ejercita métodos de relajación para disipar su ansiedad cuando se siente nervioso o en situaciones proclives al hábito.
- **Apoyo social:** El armado de un red social afectiva, por pequeña que sea, ayuda a cobrar conciencia del hábito, a no realizarlo, y a sentir más gratificación cuando este es eliminado por completo.
- **Practica:** Las distintas técnicas se ensayan hasta que se tornan automáticas.
- **Ensayo simbólico:** La práctica imaginaria de distintas situaciones permite el afrontamiento del hábito con mayor eficacia.
- **Exhibición de la mejoría:** Luego del proceso terapéutico se buscan distintas situaciones/actividades que antes se han evitado, se expone al paciente a ellas en forma deliberada para reforzar los logros e interiorizar los cambios.
- **Registro:** Se llevará un registro diario donde sea medida la frecuencia del hábito y consten los progresos.

El episodio tricotilómano

La persona puede pasar horas tirando de su pelo uno a uno o en mechones, atenta y concentrada en esa actividad o mientras hace otra cosa. Existe un proceso de carácter ritual que todo tricotilómano conoce:



Algunas situaciones predisponen al arrancamiento del pelo; muchos no pueden evitar la compulsión al estudiar, ver TV, hablar por teléfono, otros fijan la conducta antes de irse a dormir, después de ducharse. "Las situaciones generales sensibles al hábito" son muchas, el grado de socialización se ve disminuido en tanto el problema avanza o se intensifica (hablar ante un grupo, asistir a fiestas, hablar con desconocidos, bailar, buscar trabajo, actuar, etc.)

Afirmaciones típicas de quienes se arrancan el pelo (Azrin)

- *No sé por qué lo hago pero no puedo evitarlo.*
- *Me preocupa ir a la peluquería porque tengo que inventar una enfermedad responsable de las zonas calvas.*
- *Me compré una peluca porque ningún tratamiento me ha servido y así me arranco menos.*
- *Las pestañas postizas estarían bien para una noche, no soporto usarlas todos los días.*
- *Me cansa delinear mis cejas con lápiz varias veces al día para disimular, cuando llueve o debo mojarme la cara en público me siento muy mal.*
- *Los sitios del cuero cabelludo donde me arranqué me pican y siendo dolor, sin embargo la sensación de picazón parece aumentar mis ganas de tirarme del pelo.*
- *Si bien el peluquín resuelve el problema me da tanto calor y picazón que cuando me lo saco me tiro del pelo más que nunca.*
- *Sin cejas parezco un monstruo.*
- *Ni siquiera me doy cuenta de lo que estoy haciendo: de repente me encuentro con varios cabellos en la mano jugando.*
- *No quiero que nadie en mi casa se de cuenta de lo que sucede, me quito las pestañas antes de dormir cuando ya todos se acostaron.*
- *No podré ir a la playa tampoco este verano.*
- *Constantemente me digo que tengo que terminar con este hábito, pero es como si mis manos tuvieran vida propia.*
- *A veces me doy cuenta que me arranqué el pelo cuando ya lo tengo en la boca y lo estoy mordisqueando.*

¿Hay una patología de fondo?

Toda situación que no podemos controlar genera un tono emocional negativo, a veces catastrófico. En la tricotilomanía existe el temor de padecer alguna enfermedad que se manifiesta mediante el sintoma del arrancado o bien que ésta constituye un trastorno de personalidad. Estas creencias se deben a formas de razonar muy frecuentes. En principio, respondemos casi por costumbre al modelo médico donde el "síntoma" siempre remite a otra cosa, más general e importante; por otro lado a la idea de que estamos divididos en cuerpo y alma (una afección en el primero debe deberse a un desorden en el segundo). La consideración que hacemos desde el marco conductual parte de entender al sujeto, al organismo, como una unidad relacionada con el ambiente. Esta mirada nos lleva a focalizar en el comportamiento, entiendo que nada subyace a lo que observamos ni existen "trastornos" silenciosos y ocultos que nos demonizan. ¿Por qué aparece entonces la

tricotilomanía en una persona y no en otra? Según Azrin: “los factores que facilitan la aparición de los hábitos nerviosos son totalmente normales: imitar a otros, un problema médico que ya se ha corregido, práctica excesiva de un movimiento normal, falta de conciencia y el hecho de que los demás se abstengan de señalar la evidencia del hábito. Solo una circunstancia incidental parece determinar quiénes de entre nosotros adquirirán un hábito particular. El programa de tratamiento lo que logra es precisamente invertir estos factores, efecto de ello es la eliminación del hábito”. Terminar con el hábito es terminar con el problema, lo que ocurrió en el pasado que pudo generarlo ya no nos importa, puesto que es en el presente y en su observación donde encontramos el malestar y sus consecuencias.

Lic. Laura Galasso
Psicóloga clínica MN 32 120
Psicoterapeuta Cognitivo Conductual
Buenos Aires. Argentina.
Tel: 011 4 925 0936
www.psicoterapia-breve.com.ar
www.comportamental.com

Algunos links donde se encuentra este artículo:

http://facultad-mental.blogspot.com/2008/05/tricotilomana_28.html

Psiquiatría.com

<http://www.psiquiatria.com/documentos/trimpulsos/tricotilomania/7556/>

Wikipedia. Definición y explicación de la tricotilomanía. Ayuda para el diagnóstico.

http://64.233.169.132/search?q=cache:fb5VehsZ-EYJ:es.wikipedia.org/wiki/Tricotiloman%C3%ADa+tricotilomania&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=ar&lr=lang_es://64.233.169.132/search?q=cache:fb5VehsZ-EYJ:es.wikipedia.org/wiki/