

ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Melgar Martínez, Isabel María Cervera Pérez

javiermelgarmartinezz@gmail.com

Problemas de conducta. Tratamiento conductual. Entrenamiento a padres.

RESUMEN

En este trabajo se presenta el caso clínico de una adolescente de 12 años de edad que presenta diagnóstico de Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo). Se identifican como principales antecedentes y/o estímulos que generaban los episodios de tricotilomanía ciertas situaciones en las que tenía que interaccionar con iguales y otras en las que el profesorado le demandaba llevar a cabo ciertas actuaciones en público, lo cual vivía con un nivel muy alto de ansiedad que posteriormente regulaba con la conducta de tricotilomanía. Los principales objetivos terapéuticos que se plantean son los siguientes: reducir la frecuencia de los episodios de arrancarse el pelo, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva y conseguir un mejor funcionamiento en el ámbito social y escolar. Para ello se emplea una intervención de tipo cognitivo-conductual. Los resultados obtenidos son positivos, debido a que se produce un descenso de la conducta problema y también de la ansiedad social, aunque estos datos son provisionales ya que es fundamental esperar a la aplicación completa del tratamiento para establecer conclusiones definitivas acerca de la eficacia del mismo en la mejoría clínica observada.

ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía, encuadrada dentro de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados en el DSM-IV-TR (1) y que pasa a incluirse en la categoría de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados en el DSM-5 (2), consiste en arrancarse el propio pelo de manera recurrente y compulsiva debido a una irresistible tensión que experimenta el sujeto hacia dicha acción. El vello puede arrancarse de diversas zonas del cuerpo, por ejemplo la cabeza, cejas, pestañas, brazos o vello púbico. Esta acción puede ser seguida, o no, de morder la raíz del pelo e incluso de comérselo.

Las consecuencias derivadas de este trastorno, pueden afectar tanto al nivel físico (3) como al psicosocial (4).

A pesar de que en la actualidad se están incrementando el número de investigaciones con personas que sufren tricotilomanía (5), los resultados obtenidos no son concluyentes en algunos aspectos tales como la etiología o la intervención (6).

En este marco cobra sentido el caso clínico que a continuación se describe, con los objetivos de examinar el papel causal que la ansiedad social puede ejercer en el desarrollo de una conducta de tricotilomanía y estudiar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de este problema.

MÉTODO

Descripción del sujeto

Presentamos el caso de una menor de 12 años, remitida desde el servicio de Dermatología Infantil, por presentar conductas de arrancarse el pelo de forma compulsiva y recurrente de un año de evolución. En el momento de la evaluación inicial existía una pérdida de cabello significativa (cuero cabelludo) y presencia de malestar clínicamente significativo (se encuentra muy angustiada por el temor a que en el instituto se den cuenta de que le falta pelo y para que esto no ocurra lleva una felpa gruesa que cubre la zona afectada, y presenta intensos sentimientos de vergüenza y culpa por ello). Presenta también onicofagia. La menor había desarrollado algunas estrategias de autocontrol para evitar llevar a cabo la conducta de arrancarse el vello cuando le venía el impulso de hacerlo, como por ejemplo distraer la atención hacia otras tareas como dibujar o hablar con los amigos por whatsapp, no resultando efectivas en la mayoría de ocasiones.

ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

En el momento de la entrevista inicial los padres de la menor no eran conscientes de la gravedad del problema de su hija y se sentían confusos respecto a las causas de las conductas de tricotilomanía, atribuyendo erróneamente a la hija un control sobre su comportamiento.

La menor cursa 1º de ESO y su rendimiento escolar es excelente. Refiere una alta ansiedad asociada a las situaciones de exigencia escolares (exámenes, exposiciones en clase, etc.) y se trata de una adolescente muy retraída y que presenta mucha dificultad para expresar a nivel emocional. Los padres también son muy poco comunicativos. Se trata de una familia de origen marroquí. La paciente no suele realizar ninguna actividad fuera de casa y, exceptuando los contactos dentro del ambiente escolar, prácticamente no interacciona con iguales.

Procedimiento de evaluación

Para la recogida de datos se utilizó:

1. **Entrevista clínica con la menor y su familia.** La entrevista es una herramienta imprescindible a la hora de obtener información necesaria sobre distintos aspectos del trastorno: inicio de la conducta problema, frecuencia del comportamiento, cantidad de vello arrancado, estado emocional (antes, durante y después de arrancarse el vello), estrategias empleadas para reducir o detener el comportamiento, intervenciones pasadas, modelo de familia, influencia de factores afectivos y cognitivos en dicha conducta, etc.
2. **Inventario del Comportamiento de Niños/as de 6-18 años para padres (CBCL/6-18) (7).** Evalúa presencia de psicopatología o problemas de conducta que pueden presentar niños y adolescentes, a partir de la información facilitada por los padres. Permite obtener puntuaciones en 7 escalas o síndromes: aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención y conductas agresivas.
3. **Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años (YSR/11-18). (7).** Reproduciendo la misma estructura que el CBCL, el YSR permite evaluar competencias, funcionamiento adaptativo y problemas conductuales, emocionales y sociales a partir de la información que facilita el propio niño/a. El autoinforme consta de 105 ítems referidos a posibles problemas y se obtienen puntuaciones en 6 escalas: problemas afectivos, de ansiedad, somáticos, problemas de déficit de atención e hiperactividad, conductas oposicionistas-desafiantes y problemas de conducta.
4. **Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) (8).** Este test mide el grado de adaptación personal, social, escolar y familiar y las actitudes educadoras de los padres, a partir de la información proporcionada por el menor. Se obtienen diferentes puntuaciones directas y percentiles en cada una de las áreas descritas.

ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

5. **Autorregistro.** El autorregistro se le plantea a la paciente con una doble finalidad: realizar el análisis funcional de la conducta problema (identificar las relaciones entre la conducta, los antecedentes y las consecuencias) y conocer la frecuencia con la que la misma ocurría.

Análisis de los resultados pre-tratamiento y descripción de las conductas problema

A partir de los autorregistros realizados se identifican como principales antecedentes y/o estímulos que generaban los episodios de tricotilomanía ciertas situaciones en las que tenía que interactuar con iguales en el contexto del instituto y otras, también en el ambiente de clase, en las que el profesorado le demandaba llevar a cabo ciertas actuaciones en público (como salir a la pizarra, exponer sus deberes, etc.), lo cual vivía con un nivel muy alto de ansiedad. Posteriormente, ya en casa, donde solía encontrarse sola y aburrida, recordaba estas situaciones ansiógenas y le venía el impulso de arrancarse el pelo que no podía reprimir. Una vez llevada a cabo la conducta se sentía, por un lado, aliviada (se reducía la ansiedad previa) pero también experimentaba muchos sentimientos de culpa y otras emociones negativas como tristeza o vergüenza por lo que había hecho.

Durante las semanas previas al tratamiento, momento en el que se realizaron los autorregistros previos, la frecuencia de los episodios de tricotilomanía osciló entre 15 y 20 episodios semanales. Siempre los llevaba a cabo en el contexto de su habitación en casa y como situaciones antecedentes se registraron las que anteriormente se han descrito.

Los padres percibieron, a partir del CBCL/6-18, sintomatología significativa en la escala de retraimiento-depresión. Por otra parte, los resultados obtenidos, a partir del YSR/11-18, corroboran niveles de ansiedad clínicamente significativos en la menor. Las puntuaciones obtenidas en el TAMAI reflejan una ligera insatisfacción personal y una leve inadaptación a su contexto escolar.

Diagnóstico

La paciente presenta un diagnóstico de F63.3 Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) (312.39) (2).

Tratamiento

En función de los resultados de la evaluación descritos en el apartado anterior, se establecieron como principales objetivos terapéuticos los siguientes: reducir la frecuencia de los episodios de arrancarse el pelo, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva y conseguir una mejor adaptación y funcionamiento de la menor en el ámbito social y escolar.

ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Se inicia tratamiento psicológico de tipo individual y empleando fundamentalmente técnicas cognitivo-conductuales. La aplicación del tratamiento completo requiere aproximadamente 12 sesiones (de frecuencia quincenal y duración en torno a una hora) distribuidas a lo largo de 6 meses. Además, incluye sesiones de seguimiento durante el año posterior a la finalización del tratamiento, de frecuencia mensual primero y cada 3 meses posteriormente, hasta confirmar el mantenimiento de la mejoría clínica.

Las tres primeras consultas se destinaron a la recogida de información y al planteamiento de los objetivos terapéuticos. A continuación se describe el proceso de tratamiento realizado hasta el momento actual:

- Sesión 1. Se mantiene entrevista clínica con la menor y los padres. También se administran las escalas descritas con anterioridad.
- Sesión 2. Se realiza devolución de resultados a los padres y se les proporciona información acerca del diagnóstico de la hija: en qué consiste la tricotilomanía, factores causales del problema y mantenedores, etc. Posteriormente, también se proporciona psicoeducación del trastorno a la menor, se consensuan con ella los objetivos terapéuticos a trabajar y se le manda como tarea para casa autorregistro de los episodios de arrancarse el pelo.
- Sesión 3. Se analiza el autorregistro. Como se ha comentado anteriormente, cuando siente ansiedad elevada asociada a situaciones escolares o de interacción con iguales en el instituto por la mañana, posteriormente por la tarde ya en casa (concretamente en su habitación) las recuerda cuando está estudiando, o se encuentra en la cama o está aburrida. Experimenta una tensión elevada y se arranca el pelo. Las consecuencias son sentimientos de alivio y después culpa.
- Sesión 4. Entrenamiento en relajación muscular progresiva y relajación a través de la respiración.
- Sesión 5. Reestructuración cognitiva, detención de pensamiento, autoinstrucciones y autorrefuerzo.
- Sesión 6. Entrenamiento en conducta incompatible y exposiciones en imaginación y en vivo.
- Sesión 7. Habilidades sociales: psicoeducación de la asertividad y entrenamiento en habilidades para hacer frente a las críticas e iniciar conversaciones. Planificación de actividades gratificantes de ocio con iguales fuera del contexto escolar.

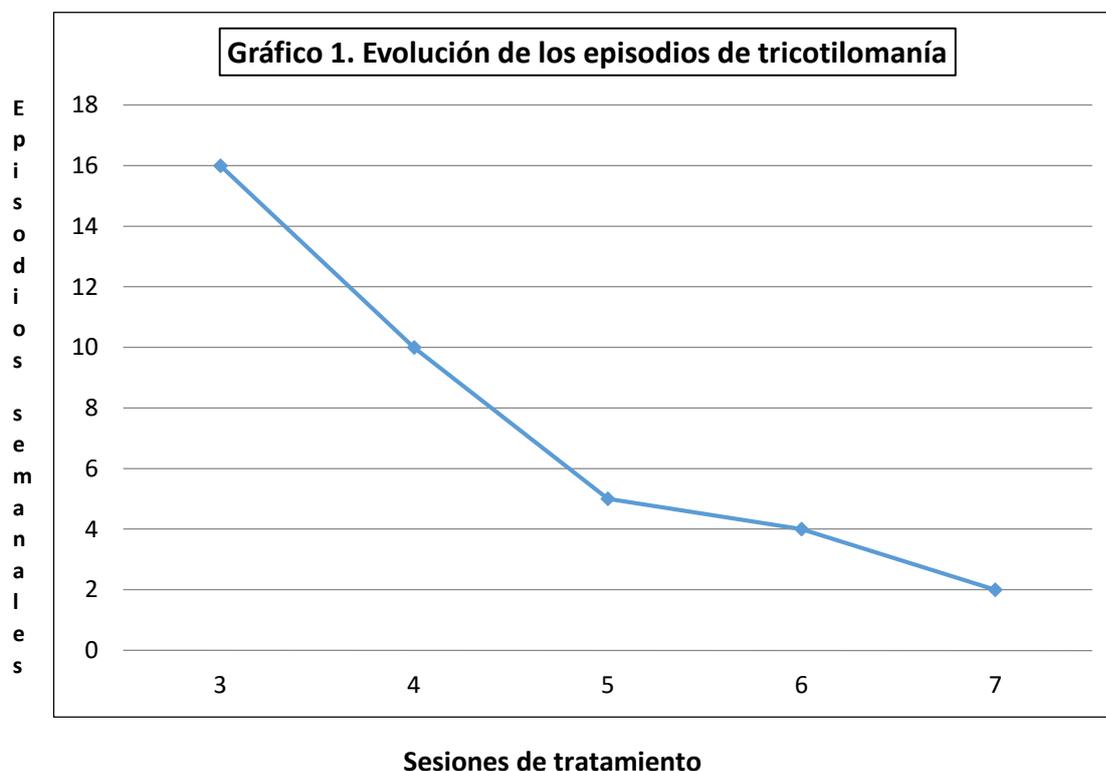
ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESULTADOS

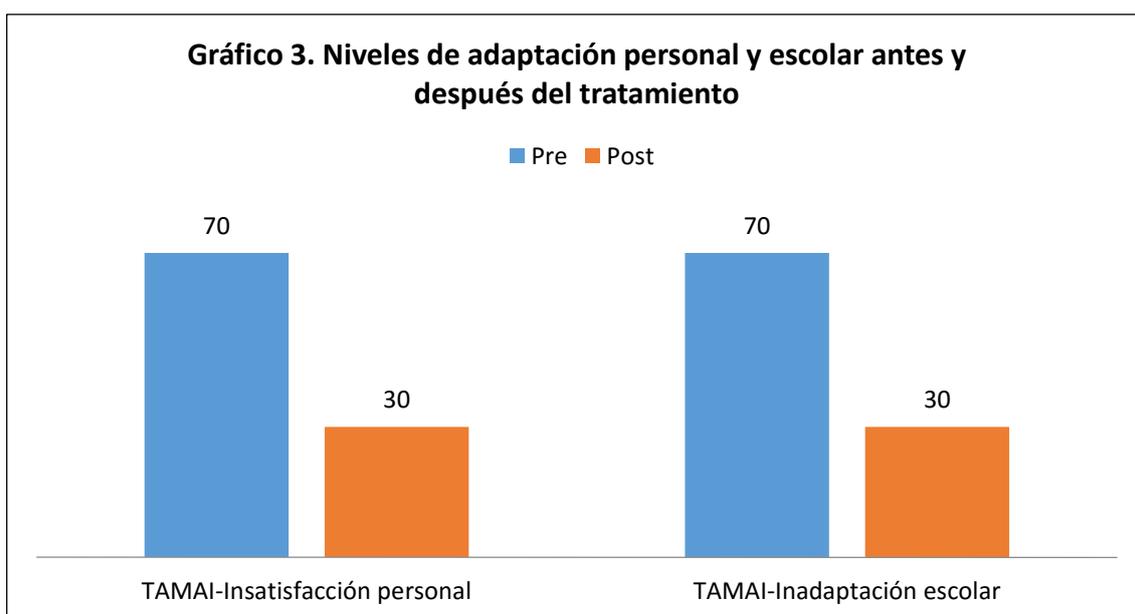
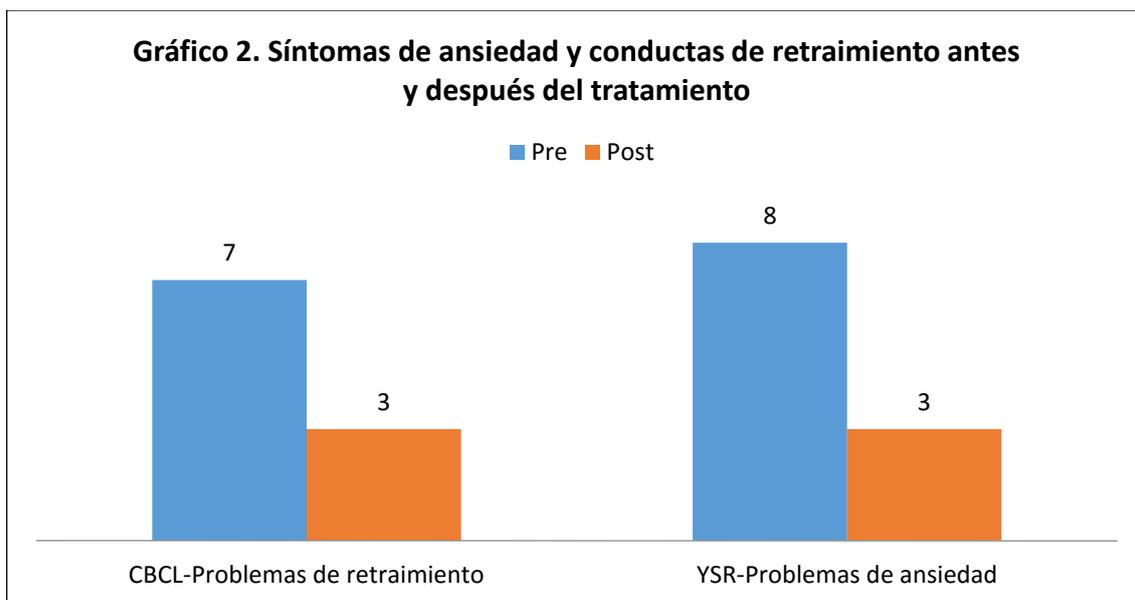
Después de las 7 sesiones de tratamiento llevadas a cabo hasta el momento, la paciente presenta una mejoría clínicamente significativa que es observada a partir de las escalas administradas y autorregistros.

Si atendemos a la información proporcionada por los autorregistros (gráfico 1), observamos que se produce una disminución gradual de los episodios de tricotilomanía a lo largo de las sesiones, puesto que la frecuencia semanal pasa de 16 episodios iniciales a 5 en la 5ª sesión. En el momento actual (tras 7 sesiones de tratamiento) comprobamos que se han eliminado prácticamente los episodios.

Por otra parte, los niveles de ansiedad de la menor (evaluados a partir del YSR/11-18) y las conductas de retraimiento y depresivas (medidas con el CBCL) se han reducido muy significativamente, no superando en este momento criterios clínicamente significativos en ninguna de estas variables (ver gráfico 2). Las puntuaciones obtenidas en el TAMAI en la evaluación posterior a las sesiones de tratamiento reflejan una mejoría en cuanto a su nivel de satisfacción personal y su nivel de adaptación escolar (ver gráfico 3). Por último, hay que resaltar que la paciente también ha incrementado notablemente el número de interacciones sociales positivas y las actividades llevadas a cabo con iguales en tiempo de ocio, lo que ha podido también tener una influencia notable en la mejoría alcanzada.



ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO



DISCUSIÓN

Como conclusión principal podemos decir que la intervención resultó ser efectiva ya que tras la aplicación de las diferentes estrategias terapéuticas se consiguieron los objetivos planteados: reducción de los episodios de arrancarse el pelo, disminución de la ansiedad a niveles no significativos clínicamente y mejorar la adaptación de la menor al ámbito social y escolar.

Sin embargo, no se puede llegar a confirmar esto de manera definitiva ya que aún no se han completado todas las sesiones de tratamiento. Sería necesario realizar una nueva evaluación posteriormente a la finalización de la terapia y tras las sesiones de seguimiento que nos permitiera constatar los cambios producidos y el mantenimiento de los mismos.

ARRANCARSE EL PELO COMO CONDUCTA REGULADORA DE LA ANSIEDAD SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Por otro lado, podríamos también concluir en este caso que la ansiedad social que presentaba la paciente constituía un factor desencadenante clave de la ocurrencia de los episodios de tricotilomanía y plantea la necesidad de realizar en este tipo de trastorno un análisis previo exhaustivo de los diferentes estímulos causales de la conducta problema en cada caso particular y la obligatoriedad de trabajar sobre estos para asegurar un éxito terapéutico.

Por último, como futuras líneas de investigación sobre el tema, se recomienda ahondar, por un lado y en relación al punto anterior, sobre los factores etiológicos de la tricotilomanía, estudiando distintos sucesos, situaciones particulares, cogniciones o experiencias emocionales negativas que pudieran desencadenar un episodio de arrancamiento de vello. Por otro lado, se plantea la necesidad de llevar a cabo más estudios empíricos que corroboren la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas aplicadas y examinar cuáles son las técnicas más influyentes en los cambios producidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
- 2) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- 3) Christenson GA, Mansueto CS. Trichotillomania: descriptive characteristics and phenomenology. En Stein DJ, Christenson GA, Hollander E (Eds.). Trichotillomania. USA: Washington. American Psychiatric; 1999.
- 4) Stemberger RM, Thomas AM, Mansueto CS, Carter JG. Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. Journal of Anxiety Disorders 2000; 14 (1), 97-104.
- 5) Morales Z. Intervención cognitivo-conductual en un caso de tricotilomanía. Acción Psicológica 2012; 9 (2), 133-142.
- 6) Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: a current review. Clinical Psychology Review 2010; 30, 181-193.
- 7) Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Retrieved October, 2001, from the World Wide Web: www.ASEBA.org.
- 8) Hernández P. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. Madrid: TEA Ediciones; 1988.