



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **TRICOTILOMANÍA**

Belén del Carmen Alemán Gutiérrez, Jonay Francisco Herrera Rodríguez, Silvia Cañas Jiménez, Sandra Quirós Herranz, María Amparo González Yago, Alejandro Álvarez Hernández.

[Melisa.550@hotmail.com](mailto:Melisa.550@hotmail.com)

Tricotilomanía

### **RESUMEN**

La tricotilomanía es un trastorno que consiste en arrancarse el cabello de forma recurrente, dando lugar a una pérdida del mismo. Previamente clasificado como un trastorno del control de impulsos, en la DSM-5 se ha incluido dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos. Se estima una prevalencia 1-3% y, aunque ha sido documentado en la literatura médica desde el siglo XIX, ha recibido escasa atención en la investigación.

Habitualmente el pelo arrancado corresponde al cuero cabelludo, pero pueden verse afectadas otras zonas como el vello púbico o regiones faciales como las pestañas, la barba o las cejas. Se especula que tirarse del cabello puede funcionar proporcionando un alivio a corto plazo del estrés y otros estados emocionales no deseados.

Nuestro caso clínico, un varón de 56 años, fue derivado desde Atención Primaria por arrancarse el pelo de las cejas. Durante el seguimiento ambulatorio, señala que esta conducta comienza hace 4 años, tras el fallecimiento de su madre. Aunque inicialmente era una manera de calmar la ansiedad en momentos de mayor estrés, con el tiempo se convirtió en un acción automática, lo que dio lugar a unas cejas completamente despobladas.

La tricotilomanía puede ocasionar una pérdida considerable de autoestima en aquellos que la padecen, viéndose también afectadas las relaciones interpersonales. Los pacientes suelen describir sentimiento de vergüenza y temor a ser juzgado por los demás, lo que ocasiona un deterioro funcional significativo y un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos comórbidos.

# TRICOTILOMANÍA

## ABSTRACT

Trichotillomania is an often debilitating psychiatric condition characterized by recurrent pulling out of one's own hair, leading to hair loss and marked functional impairment. Although discussed in the medical literature for over a century, trichotillomania was not officially included as a mental disorder in DSM until 1987, when it was classified as an impulse control disorder. In DSM-5, trichotillomania was included in the chapter on obsessive-compulsive and related disorders, along with obsessive-compulsive disorder (OCD). The prevalence of the disorder is about 1-3%.

Usually the plucked hair corresponds to the scalp, but other areas such as pubic hair or facial regions such as the eyelashes, beard or eyebrows may be affected. It is speculated that hair pulling may work with short-term relief from stress and other unwanted emotional states.

Our clinical case, a 56-year-old man, was referred from Primary Care for pulling out his eyebrow hair. During the outpatient follow-up, it came to light that this behavior began 4 years ago, after the death of his mother.

Although it used to be a way to calm anxiety in times of increased stress, over time it became an automatic action, resulting in completely depopulated eyebrows.

Trichotillomania can cause a considerable loss of self-esteem in those who suffer from it, also being affected by interpersonal relationships. Patients often describe a feeling of shame and fear of being judged by others, leading to significant functional impairment and an increased risk of comorbid psychiatric disorders.

## INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía es un trastorno que consiste en arrancarse el cabello de forma recurrente, dando lugar a una pérdida del mismo. Previamente clasificado como un trastorno del control de impulsos, en la DSM-5 se ha incluido dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos. Se estima una prevalencia 1-3% y, aunque ha sido documentado en la literatura médica desde el siglo XIX, ha recibido escasa atención en la investigación<sup>(1)</sup>.

**-Motivo de Consulta:** Arrancarse el pelo

**-Antecedentes Familiares:** Niega

**-Antecedentes Personales:**

## TRICOTILOMANÍA

-A. Médicos: No alergias medicamentosas conocidas. Asmático. No otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés.

-A. Psiquiátricos: No contactos previos con la red de salud mental.

-Hábitos tóxicos: Niega.

-Situación sociofamiliar: Natural de Marruecos. Se traslada a Gran Canaria hace 25 años. Reside con su mujer y sus cuatro hijos menores de edad. Actualmente en ERTE debido a la situación de pandemia, trabaja de relaciones públicas en un local de ocio nocturno.

-Tratamiento Domiciliario: Montelukast 10 mg 0-0-1; Salbutamol 200 mcg/pulsación 1-0-

Anamnesis: Varón de 44 años derivado desde Atención Primaria por arrancarse el pelo de las cejas. Refiere inicio de la conducta hace 15 años, cuando jugaba con el pelo de manera ocasional "simplemente por placer"(sic), aunque sin llegar a arrancarlo.

Tres años después, y tras el fallecimiento de su madre, reconoce que la situación empeora y es cuando empieza a tirar del pelo como manera de regular su estado emocional. De hecho, se describe como una persona muy nerviosa y señala que ante situaciones de estrés -como por ejemplo el encargarse del cuidado de sus cuatro hijos pequeños-, lleva a cabo este comportamiento con el fin de aliviar la tensión.

Esto se ha hecho cada vez más frecuente, describiéndolo como un acto inconsciente y automático, de manera que presenta unas cejas totalmente despobladas. En base a lo anterior, reconoce peor estado de ánimo en los últimos meses. Presenta sentimiento de vergüenza, especialmente cuando viaja a Marruecos para visitar a su familia. Además refiere utilizar gafas con el fin de disimular la alopecia de las cejas, cuando tiene previsto quedar con algún amigo.

Exploración Psicopatológica: Consciente, orientado, colaborador. Tranquilo conductualmente. Aspecto cuidado. Cejas despobladas. Ansiedad rasgo. Ánimo subdepresivo. Discurso coherente, normal en tono y tasa en el que describe sentimiento de vergüenza y frustración. No anhedonia ni apatía francas. Sin alteración en la forma o contenido del pensamiento. No fenómenos sensoperceptivos. Conductas compulsivas en las que se arranca el pelo presente en las cejas en momentos de mayor estrés. Niega tricofagia. Niega de manera tajante ideación autolítica, como factor protector: sus hijos. Biorritmos conservados. Juicio de realidad conservado.

## **TRICOTILOMANÍA**

Juicio Clínico: Tricotilomanía

Plan: Se inicia tratamiento con Fluoxetina 20 mg (1-0-0).

Se coordina el caso con Psicología.

### **EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS**

Durante el seguimiento, el paciente va identificando poco a poco las situaciones en las que se pone más nervioso y que desencadenan el acto de arrancarse el pelo, siendo capaz de realizar otra acción en su lugar.

Con el tratamiento farmacológico y el abordaje psicoterapéutico, reconoce mejor estado de ánimo, ha vuelto a caminar todos los días con su mujer, y está tomándose el cuidado de sus hijos con mayor serenidad. En las citas sucesivas se objetivas unas cejas cada vez más pobladas.

### **DISCUSIÓN**

La tricotilomanía es una afección psiquiátrica a menudo debilitante caracterizada por arrancarse el cabello de forma recurrente, lo que lleva a la caída del mismo y a un deterioro funcional marcado. El tirón se puede realizar en cualquier región, pero el cuero cabelludo es el sitio más común, seguido de las cejas y la región púbica<sup>(1)</sup>.

En los adultos parece tener una gran preponderancia femenina, con una proporción de mujeres a hombres de 4:1, mientras que en la infancia se ha encontrado que la distribución por sexos es igual. La edad típica de inicio es en torno a los 10-13 años, lo que parece constante en diferentes entornos culturales<sup>(2)</sup>.

Muchos pacientes con tricotilomanía informan que hubo un factor estresor previo. En términos de etiología psicológica, se ha sugerido que arrancarse el cabello puede regular estados emocionales o eventos estresantes. Arrancarse el cabello puede funcionar como un medio para escapar o evitar experiencias aversivas, y el alivio temporal de estas emociones negativas puede mantener el comportamiento a través de un ciclo de refuerzo negativo<sup>(2)(3)</sup>.

Otros desencadenantes pueden ser sensoriales (grosor, longitud, ubicación del cabello y sensaciones físicas) o cognitivos (pensamientos sobre el cabello y la apariencia, psicorrigidez y errores cognitivos). Muchos pacientes informan que no son plenamente conscientes de sus comportamientos de tracción, al menos parte del tiempo, lo que se conoce como tracción automática.

## TRICOTILOMANÍA

La tricotilomanía puede tener consecuencias médicas no deseadas. Tirar del cabello puede provocar daños en la piel si se utilizan instrumentos afilados. Además en torno a un 20% de los pacientes presentan tricofagia -se comen el cabello después de arrancarlo-, comportamiento que sienten que es aún más vergonzoso. De hecho, muchas personas no divulgan este hecho hasta que sienten una mayor confianza en el médico. Hay que tener en cuenta que si el paciente ingiere el cabello corre el riesgo de sufrir un tricobezoar -bolas de pelo gastrointestinales-, lo que es potencialmente mortal. Esto es especialmente importante ya que si el paciente sufre dolor, náuseas, vómitos o estreñimiento debemos sospechar obstrucción o perforación intestinal, lo que requeriría una intervención quirúrgica urgente<sup>(2)(3)</sup>.

Arrancarse el cabello representa un tipo de comportamiento específico, por lo que el diagnóstico es fundamentalmente clínico. La biopsia por punción del cuero cabelludo puede ayudar, pero no es necesaria. Esta mostrará una alopecia no inflamatoria, sin cicatrices, donde hay un daño folicular secundario a una agresión externa siendo el número de folículos normal. Es importante tener en cuenta que una lesión traumática crónica sí que puede dar lugar a cicatrices que conducen a la pérdida permanente del cabello, siendo la extensión de la calvicie la forma de medir la gravedad del trastorno. Tomar fotografías para documentar los cambios puede resultar útil<sup>(3)</sup>.

Casi un tercio de estos pacientes informan una calidad de vida baja o muy baja. La disfunción psicosocial, la baja autoestima y la ansiedad se asocian con la tricotilomanía, en gran parte como resultado de la incapacidad para dejar de tirar y la alopecia resultante. Por lo tanto, se debe evaluar las manifestaciones secundarias para que el tratamiento tenga éxito.

Las personas con tricotilomanía rara vez buscan tratamiento psicológico o psiquiátrico debido a la vergüenza social o la creencia de que su condición es simplemente un mal hábito que es intratable. Además la gran mayoría de pacientes sienten que los profesionales de salud mental saben poco sobre esta entidad y suelen buscar tratamiento previamente con un dermatólogo. Sin embargo, cuando se diagnostica temprano y se trata adecuadamente, hasta el 50% de las personas pueden experimentar una reducción de los síntomas al menos a corto plazo<sup>(1)</sup>.

La psicoeducación sobre el trastorno es una parte fundamental en el manejo de la enfermedad. La planificación del tratamiento debe tener en cuenta varios factores, incluido el curso de la enfermedad (episódica o continua) y la gravedad de la comorbilidad psiquiátrica.

## TRICOTILOMANÍA

Los pacientes con tricotilomanía leve-moderada pueden beneficiarse de la psicoterapia sola o en combinación con un tratamiento farmacológico.

En la tricotilomanía generalmente se utiliza la terapia de reversión de hábitos, que se basa en la terapia cognitivo conductual. La terapia de reversión tiene como objetivo identificar distorsiones cognitivas y pares de pensamiento-acción y cambiarlos. La distorsión cognitiva crea estrés y se combina con el tirón del cabello como una forma de disminuirlo, por lo que este comportamiento se ve reforzado negativamente por el alivio

Esta terapia es un tratamiento que ha demostrado ser eficaz. Por lo general, las sesiones se realizan semanalmente y se basa en tres componentes: conciencia, competir por la respuesta y apoyo social. La persona se entrena para ser consciente de los tirones de cabello y de las situaciones que lo provocan. También para notar cuándo están en el acto o cuándo están a punto de realizarlo. Se les elogia por su reconocimiento correcto y se les recuerda si son incorrectos. Una vez que esto se solidifica, se les enseña una respuesta competitiva, una acción que tiene lugar en lugar de la depilación que deben realizar cuando están tirando del cabello o si tienen ganas de tirar. El apoyo social que elogia el uso apropiado del entrenamiento de reversión de hábitos o recuerdan al paciente cuando no lo están haciendo bien es fundamental.

Actualmente no existe farmacoterapia universalmente aceptadas como tratamiento de primera línea para la tricotilomanía. La investigación actual sugiere efectos positivos modestos con los ISRS, siendo más robustos en combinación con la terapia.

También se han estudiado clomipramina y otros antidepresivos tricíclicos para tratar la tricotilomanía, siendo la clomipramina en la que se ha encontrado una mayor eficacia. Los estudios con antipsicóticos son pocos, algunos han mostrado algún efecto positivo con olanzapina, aripiprazol y quetiapina, pero requieren estudios futuros para replicar los resultados. Otros estudios de casos de tratamientos novedosos que utilizan N-acetilcisteína han mostrado resultados positivos, pero no se han realizado estudios sólidos<sup>(1)(4)</sup>.

## TRICOTILOMANÍA

### BIBLIOGRAFÍA

1. Baczynski C, Sharma V. Pharmacotherapy for trichotillomania in adults. *Expert Opin Pharmacother.* agosto de 2020;21(12):1455-66.
2. Anwar S, Jafferany M. Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* marzo de 2019;28(1):33-6.
3. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry.* 1 de septiembre de 2016;173(9):868-74.
4. Farhat LC, Olfson E, Nasir M, Levine JLS, Li F, Miguel EC, et al. Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. *Depress Anxiety.* agosto de 2020;37(8):715-27.