

## ARTICULOS ORIGINALES

### TRICOTILOMANIA: Tratamiento y trastornos psiquiátricos

*Vásquez, Rafael; Dallos A, Martha Isabel; Chavarro Katheryne;  
González A, Libardo; Gómez R, Clara*

#### RESUMEN

**Objetivo:** determinar las alteraciones emocionales, luego del tratamiento, en pacientes con Tricotilomanía.

**Método:** se revisaron seis pacientes a quienes se les aplicó una encuesta sobre factores psicosociales; se hicieron los diagnósticos psiquiátricos y se aplicó una prueba de detección de síntomas emocionales.

**Resultados:** cinco pacientes del grupo padecen de trastorno psiquiátrico de evolución crónica.

**Conclusiones:** la Tricotilomanía está asociada al padecimiento de trastorno emocional permanente y probablemente es un indicador y una complicación de dicho trastorno.

**Palabras clave:** Tricotilomanía, trastornos emocionales, alteraciones familiares.

#### INTRODUCCION

Una de las causas de alopecia en niños y adolescentes es la Tricotilomanía, que se ha asociado a problemas emocionales y se ha interpretado como una forma de expresión del sufrimiento emocional.

Los niños con Tricotilomanía no se quejan de dolor, refieren sentir prurito al arrancamiento y en la cronicidad se edematiza el cuero cabelludo. Los sitios de arrancamiento más frecuentes en niños son las regiones frontotemporal y parietotemporal. El niño no reconoce ser el autor del arrancamiento de su

cabello, pero no logra explicar lo sucedido.<sup>1,2</sup> Se puede presentar secuencialmente la tricofagia, que sigue al arrancamiento del pelo, con las complicaciones que induce por ejemplo un tricobezoar.

Esta alteración sucede en secreto y es por la alopecia secundaria que se enteran quienes los rodean, de lo que está pasando, aun así los niños niegan el arrancamiento. No es común que los niños comuniquen que sienten tensión, la misma se infiere por los conflictos ambientales en los cuales está involucrado o por el grado de limitación intelectual que tenga. El halarse el cabello ocurre en la forma de un ritual complejo y privado: un cabello es localizado al azar, luego de enroscarlo, estirarlo y limpiarlo es arrancado, examinado y en algunas ocasiones ingerido con o sin raíz. Los cabellos pueden ser agrupados antes de ser desechados. Las sesiones de arrancamiento varían de 4 a 5 horas en las cuales cientos de pelos son retirados en episodios repetidos. El arrancamiento es doloroso, pero la urgencia de halar pesa más que el dolor. Los niños describen sensación de picazón en el cuero cabelludo más que urgencia por manipularlo, como lo describen los adultos. El arrancamiento sucede en condiciones de presión ambiental, de hecho se reconoce hace tiempo que puede ser un indicador de diversas condiciones de sufrimiento emocional subyacente.

Al parecer existen dos formas de presentación clínica de la Tricotilomanía: una forma autolimitada que sucede entre 2 y 6 años de edad, a la cual se consideró que no se asociaba una psicopatología particular como agravante<sup>3</sup>; esta afirmación proviene de observaciones anecdóticas, no de estudios sistemáticos. La otra forma, claramente asociada con psicopatología, comienza en la adolescencia<sup>4</sup> y predomina en mujeres.

En niños no predomina ninguno de los sexos, con frecuencia se asocia a otros indicadores de alteraciones emocionales tales como comerse las uñas o chuparse el pulgar.

No se conoce la prevalencia exacta del problema, de hecho como se trata de un evento que sucede en secreto, puede no llegar a inducir consulta médica, además muchos de los niños lo padecen por períodos discretos y breves de tiempo, que no inducen una alopecia lo suficientemente amplia como para consultar al médico. Se distribuye por igual entre los dos sexos y no se conoce cuál es su patrón evolutivo. Existen dos

Rafael Vásquez MD, Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Nacional, Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia, Departamento de Pediatría, Fundación Santafé de Bogotá.

Martha Isabel Dallos A. MD, Psiquiatra Universidad Nacional, Bucaramanga. Katheryne Chavarro MD, Residente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional.

Libardo González A. MD, Interno Rotatorio de la Universidad Nacional. Clara Gómez R. MD, Interna Rotatoria de la Universidad Nacional en el I.S.S. Correspondencia: Dr. Rafael Vásquez, Fundación Santafé de Bogotá Avenida 7 No. 119-14 Cons. 306 Tel. 2155386-6120471-2142100 FAX 6122249.

picos de prevalencia por edad para el comienzo, el primero está situado entre los 5 y 8 años y el segundo a los 13 años.

El primer estudio clínico sistemático de tratamiento de la Tricotilomanía se publicó en 1989<sup>5</sup> y demostró que estos pacientes se mejoraron con 180 mg/día, en promedio, de Clorimipramina. Un aporte destacado de esta investigación fue mostrar que la Tricotilomanía es un trastorno con complicaciones emocionales. Esta investigación señaló que 78% del grupo tenía alteraciones psiquiátricas diagnosticables que fueron: depresión, trastorno de ansiedad generalizado (TAG) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

La investigación más reciente sobre la asociación de trastornos psiquiátricos y Tricotilomanía es la de Reeve<sup>6</sup>, quien evaluó un grupo de 10 niños con Tricotilomanía para tratar de precisar si padecían ansiedad o depresión asociadas. La edad promedio de los pacientes fue de 10 años, con dos años de padecimiento del trastorno y múltiples tratamientos durante este lapso. Seis de los niños tenían trastorno de ansiedad generalizado (TAG), dos padecían de depresión crónica (Distimia). En ninguno de los niños se pudo diagnosticar un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) que explicara el arrancamiento, a diferencia de lo que la literatura dice. Los familiares en primer grado de tres niños tenían indicadores de trastorno de ansiedad, en otro niño un familiar de primer grado tenía una historia de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y dos niños más tenían familiares de primer grado con antecedentes de depresión. Se determinó que los factores ambientales tales como los meses de actividad escolar más intensa, aumentan esta conducta. Fue más frecuente en primogénitos, lo cual se puede interpretar como muy relacionado con factores de tensión en el ambiente, procedentes de las relaciones familiares. Este informe confirma la existencia de psicopatología en niños con este síndrome. Según Reeve los datos actuales permiten afirmar que la visión de benignidad<sup>7</sup>, con la cual se contempló el trastorno, se explica por estudios incompletos de los pacientes por cuanto las alteraciones emocionales aparecen de forma simultánea con la clínica de arrancamiento. Esta experiencia señala que el diagnóstico inicial del niño debe incluir el tipo de trastorno psiquiátrico que acompaña al arrancamiento.

Desde finales de la década anterior se empezó a documentar la asociación entre trastorno obsesivo compulsivo TOC y la Tricotilomanía, señalando que ésta es una forma clínica particular de la anterior<sup>8,9</sup>. La consecuencia más importante que se deriva de esta asociación es el empleo de medicamentos similares para el tratamiento de la Tricotilomanía, con buen resultado. El objetivo del tratamiento con antidepresivos del tipo de los inhibidores específicos de la recaptación de serotonina, como la Clorimipramina, Fluoxetina, Sertralina y Fluvoxamina, es mejorar las alteraciones psiquiátricas que generalmente acompañan a la Tricotilomanía<sup>10,11,12,13</sup>.

Los artículos que reportan casos en tratamiento de la Tricotilomanía son, en general, informes elaborados sobre un número limitado de pacientes. Por ejemplo, los de Muller son 15 pacientes por año<sup>14</sup>, Friman dos casos<sup>15</sup>, Oranje 21 casos<sup>16</sup>, Chang 36 pacientes<sup>17</sup>, Adam un caso<sup>18</sup>, Weller un caso<sup>19</sup>. Estos artículos presentan conclusiones muy diversas y evidencian un pensamiento cambiante en las últimas décadas sobre el tratamiento de este problema; en particular divergen acerca de la psicopatología subyacente en el trastorno.

El objetivo de este trabajo es evidenciar que con la Tricotilomanía coexisten alteraciones emocionales de importancia y proponer algunas recomendaciones, para el tratamiento de este trastorno. El presente grupo de seis pacientes fueron atendidos en el Hospital Pediátrico Universitario de la Misericordia y en la Fundación Santafé de Bogotá.

## METODOLOGIA

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos con diagnóstico de Tricotilomanía entre 1990 y 1994, en el Hospital Pediátrico Universitario de la Misericordia y en la Fundación Santafé de Bogotá. Se evaluaron estos pacientes y se les aplicó una encuesta diseñada específicamente para este proyecto, en la cual se estudian algunas variables psicosociales involucradas en el trastorno.

A las madres se les aplicó una encuesta para la detección de síntomas emocionales en niños: la lista de Achenbach<sup>20</sup>, conocida como Child Behavior Checklist-CBCL, que interroga sobre 118 síntomas para determinar la frecuencia con la cual se presenta cada uno de ellos. Con dicha encuesta se buscó determinar los síntomas que la madre observaba en el paciente en la época durante la cual se hizo la revisión de los mismos. Esta encuesta no está validada para la población colombiana, se trató de un ensayo exploratorio con el instrumento.

Se les practicó, además, un examen psiquiátrico para diagnóstico, de acuerdo con el Manual para el Diagnóstico Psiquiátrico Estadístico, cuarta edición de la Asociación Americana de Psiquiatría-DSM-IV<sup>21</sup>. El diagnóstico principal se incluye en los resultados, para compararlo con el diagnóstico que se les hizo cuando se empezó el tratamiento.

El criterio de mejoría fue la suspensión del arrancamiento y la desaparición de la alopecia.

## RESULTADOS

El grupo está compuesto de seis pacientes: cuatro mujeres y dos hombres, el promedio de edad fue de 10 años, con un rango entre los 6 y 14. El arrancamiento comenzó, en promedio, a los 6 años, con un rango entre 3 y 9 años. Casi todos empezaron seis meses antes de consultar por la alopecia. Las áreas alopécicas fueron el cuero cabelludo de la región temporal y parietal en todos los casos; las cejas y las pestañas se incluyeron en el arrancamiento, apareciendo luego de despoñarse el cabello en las cuatro pacientes femeninas, no se observó en los hombres.

Se encontró que cinco pacientes pudieron identificar factores agravantes y el restante no lo hizo. Los factores encontrados son los siguientes: divorcio de los padres, condiciones sociales relacionadas con el ambiente de prostitución materna, tener información sobre quien era su padre, maltrato físico, nacimiento de un hermano y el empezar la educación preescolar. No informaron sobre factores que atenuaran este comportamiento. En tres pacientes se encontró que el temor precedía al arrancamiento, los demás no recordaban síntomas en especial. La sesión de arrancamiento duraba aproximadamente una hora, para tres de los pacientes; los otros no recordaban durante cuánto tiempo lo hacían. Al indagar sobre el destino del



cabello tres pacientes dijeron que lo comían, uno lo botaba y los otros no recordaban.

El chupeteo del dedo pulgar se evidenció en tres pacientes y la onicofagia en cinco de ellos, la combinación de los estos dos síntomas se presentó en tres pacientes. Sólo uno de los pacientes tenía problemas en la escuela, los demás tenían dificultades en su familia. En estos pacientes las dificultades fueron con los padres en dos casos, porque lo vivenciaban como agresivo, y los otros dos con la madre. Uno describe que ella no le dedicaba atención y el otro informa que lo castigaban por realizar pequeños hurtos. Solamente en dos casos el rendimiento escolar disminuyó. El peso corporal disminuyó en tres de los seis pacientes, valorado así porque la madre describe que no aumentaba de peso o estaba muy flaco, en los demás no hubo modificación aparente del mismo.

Los antecedentes prenatales: maltrato en la relación conyugal en dos casos, sangrado genital en el primer semestre en dos casos, con eclampsia en uno de ellos y meconio en el líquido amniótico en el caso restante. En uno de los pacientes se informa hipoxia neonatal. Los otros antecedentes que se encontraron fueron: varicela en dos pacientes y broncoespasmo, enuresis, tiña capitis, neumonía y hepatitis en sendos pacientes. Uno de los pacientes fue intervenido por un Tricobezoar, los demás no tienen antecedentes quirúrgicos, este mismo paciente fue víctima de un accidente automotor con inconsciencia, tres años antes de la cirugía.

Los antecedentes familiares que se encontraron fueron los siguientes: succión del pulgar en familiares de cuatro casos, (madre, dos primos y una hermana); hipertensión arterial en tres pacientes; enuresis en dos casos; alopecia en las madres de dos pacientes; alcoholismo en dos casos y un suicidio en la familia del niño restante.

Como respuesta al tratamiento en cinco pacientes la conducta desapareció en un lapso de, más o menos, un año luego de empezar el tratamiento; una paciente de 10 años todavía se arranca el cabello.

Al realizar la encuesta de Achenbach, que detecta la presencia de síntomas de alteración de la conducta y precisa la frecuencia con la cual estos se presentan, se encontró que cinco de ellos tenían síntomas emocionales persistentes y estables en el momento de la evaluación, según se describe en la tabla No. 1. Como la encuesta no ha sido validada para esta población, sus resultados deben entenderse con esta limitante.

**Tabla 1.** Síntomas encontrados por la encuesta de Achenbach aplicada a la madre, sobre la condición presente de pacientes atendidos por Tricotilomanía.

Edad	Sexo	Número de Síntomas	Descripción
9	F	18	Ansioso, deprimido, distráctil, agresivo
11	F	18	Quejas somáticas, irritable
6	F	18	Agresivo
10	M	17	Distráctil, retraído socialmente
14	M	14	Agresivo
10	F	3	Irritable

Los diagnósticos psiquiátricos, que se hicieron en estos niños cuando se les inició el tratamiento por Tricotilomanía, se describen en la tabla No. 2 y se comparan con los diagnósticos principales que se les hicieron durante la etapa de reevaluación. Estos se hicieron de acuerdo con el DSM-IV. Los diagnósticos

**Tabla 2.** Diagnósticos psiquiátricos principales comparados iniciales y actuales en pacientes quienes han recibido tratamiento para Tricotilomanía.

Edad	Sexo	Diagnóstico Psiquiátrico Principal Inicial	Diagnóstico Psiquiátrico Principal Actual
9	F	Distimia secundaria a prostitución materna	Trastorno por somatización
11	F	Distimia secundaria a disfunción paterna	Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
6	F	Trastorno de ansiedad generalizado (TAG)	SIN
10	M	Trastorno específico del aprendizaje (TEA)	Trastorno específico del aprendizaje (TEA)
14	M	Trastorno de ansiedad generalizado (TAG)	Trastorno evitativo de la personalidad
10	F	Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)	Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

nuevos tienen mucha relación con alteraciones persistentes en el tiempo, con trastornos estables y, en los diagnósticos iniciales, se encuentran varios que corresponden a alteraciones agudas. Sólo uno de los pacientes no tiene nuevo diagnóstico psiquiátrico.

## DISCUSION

Este grupo se asimila a lo descrito por otros colegas en distintos sitios del mundo, pero se encontraron algunas particularidades que vale la pena resaltar. El arrancamiento en las cejas y pestañas parece ser un indicador de intensificación del síndrome y sucedió tan solo en las mujeres, como si estuviera ligado a una sobrevaloración específica de su figura corporal a diferencia de los hombres del grupo.

Tal como se afirma en otros trabajo no se encontró tensión anticipatoria al arrancamiento sino temor; esto marca una diferencia con los criterios de diagnóstico en los adultos. La asociación con el chupeteo del pulgar y la onicofagia es importante en estos seis pacientes y se pueden interpretar como indicadores de malestar emocional, de alta presión en el ambiente, asociada al síndrome.

El indicador más sensible de bienestar global en la infancia, que es el rendimiento escolar, no se afectó sino en dos casos, confirmando la evidencia de que la Tricotilomanía es una condición que sucede en secreto y que puede no llegar a la consulta médica. El que sea una alteración secreta, exige un esfuerzo del clínico por buscarla. La no alteración del rendimiento escolar dificulta su localización.

La constante en los casos descritos son los problemas en el ambiente familiar sin que se pueda determinar algún tipo especial de conflicto, los pacientes perciben el ambiente como angustioso, tensionante, tal como se describe en la literatura especializada.

Un indicador indirecto útil para los clínicos es que el paciente se ve bajo de peso o que no aumenta al ritmo esperado. Pese a que esto se pueda interpretar como índice de sufrimiento emocional en algunos casos, también podría evidenciar precozmente su asociación con la Tricotilomanía.

Los antecedentes familiares de chupeteo del pulgar y alopecia señalan que los adultos de estas familias tienden a expresar su malestar emocional a través de estas mismas expresiones sintomáticas y, de igual manera, puede buscarse en la historia clínica como una vía indirecta de confirmar una sospecha de Tricotilomanía. Igualmente se puede pensar que los conflictos que vivencia el paciente previenen del pasado de sus padres, quienes tampoco los resolvieron y trasladaron sus tensiones a la familia de la cual el paciente es hijo.

La experiencia con la encuesta de Achenback para localizar síntomas emocionales por entrevista con la madre, fue interesante. La aplicación es laboriosa, en particular cuando las madres no tienen una hábito cultural para responder preguntas escritas, con requerimientos de diferenciar una expresión comportamental de otra; de hecho se aplicó una traducción libre sin validación local, pero es un instrumento prometedor para investigación sobre alteraciones de comportamiento en niños. Se otorga valor clínico de importancia a las respuestas "generalmente" por cuanto se trata de los síntomas que las madres observan con mayor frecuencia y estabilidad. El mayor número que se obtuvo fue 18 de 118 posibles lo cual indica que se trata de pacientes con psicopatología de morbilidad baja, no aguda sino crónica. Lo que se pretendió al aplicar esta encuesta fue mostrar que pese a que la Tricotilomanía había desaparecido, los niños continuaban presentando algunos síntomas persistentes, los cuales probablemente indican que las alteraciones emocionales son constantes y estables en el tiempo.

En cinco de los pacientes se pudo diagnosticar en el presente alguna entidad clínica relevante por la intensidad y la frecuencia; la mayoría de los nuevos diagnósticos psiquiátricos son alteraciones permanentes, lo cual pone en evidencia que probablemente la Tricotilomanía sucedió como un episodio crítico de la misma. Se puede decir que el paciente tenía una alteración emocional básica que se exacerbó por problemas del ambiente familiar y que al desaparecer la Tricotilomanía se mantiene la psicopatología estable. Es posible explicar el hallazgo de chupeteo del pulgar y onicofagia en la mayoría de los pacientes, como una expresión de la intensidad con la cual el ambiente altera la vida cotidiana de estos pacientes.

Los hallazgos por las dos vías confirman la existencia de alteraciones psicopatológicas en los pacientes de Tricotilomanía, algunas de las cuales son estables en el tiempo, tal como sucede con el TOC y el trastorno del comportamiento alimentario. De otra parte resulta claro que no se trata de una alteración benigna, la Tricotilomanía es un indicador de alteración psicopatológica y tensión familiar en este grupo de pacientes. La Tricotilomanía resulta así una expresión de las alteraciones emocionales del paciente y de su ambiente inmediato, al mismo tiempo que una complicación de estas alteraciones.

## CONCLUSION

### Una Propuesta General de Tratamiento

1. La primera intervención del tratamiento debe ser de información y explicación, al niño y su familia, centrada en que la Tricotilomanía es una enfermedad y no una simple modificación cosmética.
2. Es recomendable un diagnóstico e intervención psiquiátrica, para determinar los trastornos emocionales que están involu-

crados, por cuanto la evidencia permite afirmar que no se trata de una alteración benigna de los hábitos, como se pensaba en otra época, sino que la Tricotilomanía es un indicador de alteraciones emocionales estables. Algunas de ellas susceptibles de configurar un diagnóstico psiquiátrico.

3. En ocasiones se debe tratar a la persona de la familia que tiene trastornos emocionales y mejorar el clima de relaciones familiares que puede contribuir al mantenimiento del síndrome.
4. El diagnóstico se debe buscar activamente por cuanto los síntomas suceden en secreto y no alteran en forma definitiva indicadores globales de bienestar, tal como el rendimiento escolar.

## SUMMARY

Objective: To determine the emotional disturbances after treatment, among patients affected of trichotilomania.

Method: Six patients were selected and subjected to a study of psychosocial factors. The psychiatric diagnosis was done and a test for the detection of emotional symptoms was done.

Results: Five of the patients were affected to a permanent emotional condition and it is probably an indicator and a complication of such condition.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jenike MA. Obsessive-Compulsive and related disorders: A hidden epidemic. *N Engl J Med* 321: 539-541, 1989
2. Stanley MA, Bowers TC. Trichotillomania and Obsessive-compulsive disorder. New Research Program and abstracts; presented at the 143rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association; New York, NY May 12-17 1990. Washington D.C. American Psychiatric Press.
3. Swedo S E. Annotation: Trichotillomania. *J Child Psychol Psychiatry*. Vol 32, No 3, pp 401-409, 1991.
4. Sigfred A. Trichotillomania. *Dermatologic Clinics*, 5: 3, 1987.
5. Swedo SE et al. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania. *New Engl J Med* 1989. 321: 497-501.
6. Reeve EA; Bernstein GA; Christenson GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Jan; 31(1): 132-138.
7. Muller SA. Trichotillomania. *Dermatologic Clin*. 5: 595-601, 1987.
8. Swedo, S. Trichotillomania and obsessive compulsive spectrum disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1992. 15 (4): 777-790.
9. Winchel, R.M. et al. A pilot study of fluoxetine for trichotillomania. New Research Program and abstracts from the American Psychiatric Association annual meeting in New York. New York, NY May 12-17 1990. Washington D.C. American Psychiatry Press.
10. Thoren P. Clomipramine treatment of obsessive compulsive disorder. A controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 37: 1281-1285, 1980.
11. Christerson GA. A placebo controlled, double blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J psychiatry* 148; 1566-1571, 1991.
12. Rapoport JL. Neuropsychological test performance in trichotillomania: A further link with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 5: 225-235, 1991.
13. Muller, SA. Trichotillomania. *Dermatol Clin*. 1987; 5(3): 595-601.
14. Friman PC. Hove G. Apparent covariation between child habit disorders: effects of successful treatment for thumb sucking on untargeted chronic hair pulling. *J Appl Behav Anal*. 1987; 20(4): 421-425.
15. Oranje AP; Peereboom Wynia JD; De Raeymaecker DM. Trichotillomania in childhood. *J Am Acad Dermatol*. 1986 Oct; 15: 614-619.
16. Chang CH; Lee MB; Chiang YC; Lu YC. Trichotillomania: a clinical study of 36 patients. *Taiwan I Hsueh Hui Tsa Chih*. 1991 Feb; 90(2): 176-80.
17. Adam BS; Kashani JH. Trichotillomania in children and adolescents: review of the literature and case report. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1990 Spring; 20(3): 159-68.
18. Weller EB; Weller RA; Carr S. Imipramine treatment of trichotillomania and coexisting depression in a seven-year-old [see comments]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989 Nov; 28(6): 952-953.
19. Achenbach, TM. Ed. *Manual for the Child Behavior Check List 4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry. 1991.
20. American Psychiatric Association. *APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV ediffon*. Washington. 1994.