

Tricotilomanía

La tricotilomanía, a menudo denominada trastorno de arrancamiento del cabello, es una condición psicológica caracterizada por un impulso irresistible de arrancarse el propio cabello de varias áreas del cuerpo. Las áreas más comúnmente afectadas son el cuero cabelludo, las cejas y las pestañas, pero el arrancamiento del cabello también puede ocurrir en otras regiones como el área púbica, el pecho, las extremidades y las axilas. Aunque comportamientos similares como tirar o retorcer el cabello pueden ser parte de hábitos normales, la tricotilomanía conduce a una pérdida capilar notable, que puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales sustanciales para el individuo afectado.

Etiología y Fisiopatología

La causa exacta de la tricotilomanía permanece poco clara, pero se cree que resulta de una combinación de factores genéticos, neurológicos y ambientales. Los factores neurobiológicos, particularmente los desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, se cree que contribuyen al trastorno. Estos desequilibrios pueden afectar el sistema de recompensa del cerebro, que desempeña un papel en el control de impulsos y los comportamientos compulsivos. También existe evidencia que sugiere que los individuos con tricotilomanía pueden tener diferencias en la estructura y función cerebral, específicamente en áreas involucradas en la regulación emocional y el control de impulsos.

Factores ambientales como el estrés, trauma o abuso también pueden desempeñar un papel en el inicio y la exacerbación de la tricotilomanía. Los antecedentes familiares son un factor de riesgo importante, ya que la predisposición genética puede aumentar la probabilidad de desarrollar el trastorno. La tricotilomanía comúnmente comienza en la infancia o adolescencia, con un inicio promedio que ocurre entre los 11 y 13 años de edad. Las diferencias de género también son significativas, ya que las mujeres son afectadas con mayor frecuencia que los hombres. Además, los pacientes con trastornos de salud mental preexistentes, incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), depresión y ansiedad, tienen un mayor riesgo de desarrollar tricotilomanía.

Presentación Clínica

Los pacientes con tricotilomanía típicamente presentan áreas calvas irregulares o adelgazamiento difuso del cabello. Estas áreas pueden estar en el cuero cabelludo o en otras regiones del cuerpo, siendo la pérdida de cabello desigual o caracterizada por un recrecimiento con apariencia de rastrojo. Las áreas afectadas a menudo muestran signos de irritación, cicatrización o inflamación. En casos donde los individuos se arrancan el cabello de sus cejas o pestañas, puede notarse cabello escaso o ausente en estas regiones.

Además de las manifestaciones físicas de la pérdida de cabello, algunos individuos con tricotilomanía se involucran en tricofagia, o la ingestión compulsiva del cabello arrancado. Este comportamiento puede conducir a la formación de tricobezoares, bolas de cabello que se acumulan en el tracto gastrointestinal y pueden resultar en complicaciones graves como obstrucción intestinal. El impacto psicológico de la tricotilomanía también es considerable, ya que los individuos afectados a menudo experimentan sentimientos de vergüenza, culpa y bochorno, llevándolos a ocultar su condición.

Diagnóstico

El diagnóstico de la tricotilomanía es principalmente clínico, basado en una historia médica detallada y examen físico. Una evaluación exhaustiva de la piel, cabello y cuero cabelludo del paciente es esencial para diferenciar la tricotilomanía de otras causas de pérdida capilar no cicatricial, como alopecia areata, tinea capitis o efluvio telógeno. En casos donde el diagnóstico es incierto, puede realizarse una biopsia del cuero cabelludo para descartar otras condiciones dermatológicas. La evaluación psicológica, incluyendo el cribado de trastornos psiquiátricos comórbidos como depresión, ansiedad o TOC, también es importante. A menudo es necesaria una derivación a un profesional de salud mental, como un psiquiatra o psicólogo, para una evaluación integral de los aspectos psicológicos del trastorno.

Enfoques de Tratamiento

➤ Psicoterapia

El tratamiento de primera línea para la tricotilomanía es la psicoterapia, particularmente el entrenamiento en reversión de hábitos (ERH). El ERH es una técnica de terapia cognitivo-conductual (TCC) que ayuda a los individuos a tomar mayor conciencia de sus comportamientos de arrancamiento de cabello y enseña estrategias para reemplazar el comportamiento con alternativas más saludables. Esta terapia también incluye técnicas de relajación y respuestas competitivas para ayudar al paciente a manejar los impulsos de arrancarse el cabello. Otro enfoque terapéutico es la terapia cognitivo-conductual (TCC), que ayuda a los pacientes a abordar los desencadenantes emocionales subyacentes, como ansiedad, estrés o aburrimiento, que contribuyen al trastorno. Los estudios han demostrado que el ERH y la TCC son efectivos en reducir la frecuencia del arrancamiento de cabello y mejorar el funcionamiento general.

➤ Farmacoterapia

Los medicamentos generalmente se consideran para pacientes que no responden a la psicoterapia o que experimentan angustia significativa. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, se han utilizado para reducir comportamientos compulsivos en individuos con tricotilomanía. Además, los antidepresivos tricíclicos (ATC), como la clomipramina, han mostrado eficacia en el tratamiento de trastornos del control de impulsos, incluyendo la tricotilomanía. Los ansiolíticos, como la buspirona, y los neurolepticos, como la olanzapina, también pueden prescribirse para manejar la ansiedad o pensamientos intrusivos asociados con el trastorno. Sin embargo, la farmacoterapia generalmente se considera una opción de tratamiento secundaria, y su uso a menudo se adapta a la respuesta del individuo y las condiciones comórbidas.

➤ Terapias Alternativas

Además de los tratamientos convencionales, algunos pacientes exploran terapias alternativas para manejar la tricotilomanía. La hipnoterapia ha sido propuesta como una opción de tratamiento potencial, con algunos estudios sugiriendo que puede ayudar a reducir la frecuencia de los comportamientos de arrancamiento de cabello al promover la relajación y abordar los desencadenantes emocionales subyacentes. De manera similar, las técnicas de relajación, como la relajación muscular progresiva y la meditación de atención plena, pueden ayudar a los individuos a manejar el estrés y reducir los episodios de arrancamiento de cabello.

➤ Grupos de Apoyo y Estrategias Conductuales

Los grupos de apoyo para individuos con tricotilomanía pueden proporcionar un sentido de comunidad y reducir los sentimientos de aislamiento. Estos grupos permiten a los individuos compartir estrategias de afrontamiento y obtener apoyo emocional de otros con experiencias

similares. Las estrategias conductuales, como mantener las manos ocupadas con juguetes inquietos o usar guantes, también pueden ser útiles para manejar los impulsos de arrancarse el cabello.

Conclusión

La tricotilomanía es un trastorno complejo y angustiante caracterizado por el arrancamiento compulsivo de cabello que conduce a la pérdida capilar y a la angustia emocional. La condición está influenciada por factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, con el inicio típicamente ocurriendo en la infancia o adolescencia. El diagnóstico es principalmente clínico y el tratamiento involucra una combinación de psicoterapia, farmacoterapia e intervenciones conductuales. Mientras que los enfoques psicoterapéuticos como el entrenamiento en reversión de hábitos permanecen como el tratamiento de primera línea, las opciones farmacológicas pueden considerarse para individuos que no responden solo a la terapia. Además, las terapias alternativas y los grupos de apoyo pueden proporcionar vías adicionales para el manejo. El reconocimiento y tratamiento tempranos son esenciales para mejorar los resultados y reducir el impacto a largo plazo de este trastorno en la vida del individuo.

Referencias

- ❖ Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2019). Neurobiological mechanisms in trichotillomania and related disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 101, 195-204.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.03.015>
- ❖ Christenson, G. A., McKay, D. E., & Mitchell, J. E. (2006). Impulse control disorders in children and adolescents: Trichotillomania, compulsive skin picking, and pathological nail biting. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 1011-1031. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.06.006>
- ❖ Davis, L. A., & Blanton, M. (2020). Trichobezoars: A review of gastrointestinal complications from trichotillomania. *Digestive Diseases and Sciences*, 65(5), 1297-1304.
<https://doi.org/10.1007/s10620-019-05968-4>
- ❖ Flessner, C. A., & Woods, D. W. (2008). The treatment of trichotillomania with behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 211-220. <https://doi.org/10.1002/jclp.20447>
- ❖ Tolin, D. F., & Franklin, M. E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 311(7), 707-715.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.294>
- ❖ Van Minnen, A., & Keijsers, G. P. (2017). Pharmacological treatment of trichotillomania: A review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(6), 686-693. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000774>
- ❖ Woods, D. W., & Wetterneck, C. T. (2015). Treatment of trichotillomania with hypnotherapy: A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 849-858. <https://doi.org/10.1002/jclp.22242>