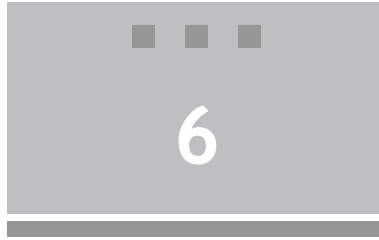


REPORTES DE CASO



LA TRICOTILOMANÍA EN UNA ADOLESCENTE. EL ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

Josefina Sarmiento Nova, MD.¹

María Victoria Niño Villamarin, MD.²

Asesora Metodológica: Carolina Ramírez, MD.³

Resumen

La tricotilomanía es el impulso irresistible de halarse el pelo, trastorno poco común que ha sido tratado por dermatólogos, pediatras y psiquiatras con fármacos y con técnicas de modificación de la conducta. Fue clasificada en el DSM IV como un trastorno de control de los impulsos pero se asocia a una gran variedad de enfermedades psiquiátricas, de manera que algunos no la consideran una entidad separada sino más bien un síntoma de otras categorías patológicas. Con este reporte de caso se pretende mostrar el fuerte carácter simbólico, los múltiples significados inconscientes, que la tricotilomanía puede tener como intento de manejo del conflicto interno o del déficit en la relación primigenia. Se considera que dicha comprensión, más enfocada a las causas que al síntoma, da las pautas para el abordaje psicoterapéutico desde el punto de vista psicodinámico.

Palabras Clave: Tricotilomanía, adolescencia, perspectiva psicodinámica, ansiedad, depresión.

Summary

Trichotillomania is an irresistible urge of pulling hair. It is a rare disorder that has been treated by dermatologists, pediatricians and psychiatrists with drugs and techniques of behavior modification. It was listed in the DSM IV as a disorder of impulse control. However, it is associated with a variety of psychiatric illnesses. Some do not consider it a separate entity but rather a symptom of other disease categories. In this case report we want to show the

¹ Psicoanalista en Formación APC, Psicóloga, Magister en Educación
josefinasarmiento@gmail.com

² Miembro Titular APC, Psicóloga-Psicoanalista, Especialización en Filosofía
mariavini@hotmail.com

³ Epidemióloga clínica, Coordinadora Oficina Investigación ICSN.
yaborca@gmail.com, investigacion@clinicamontserrat.com.co

Basado en el Poster presentado en el Congreso de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, Cali 2012.

Fecha de recepción: Octubre 2012

Fecha de aceptación: Noviembre 2012

strong symbolic character and multiple unconscious meanings that trichotillomania may be an attempt to manage internal conflict or deficit in the primal relationship. It is considered that such an understanding, more focused on the causes than on the symptoms, gives guidelines for psychotherapeutic approach from the psychodynamic point of view.

Keywords: Trichotillomania, adolescence, psychodynamic perspective, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

La palabra Tricotilomanía viene del griego *zríx* (cabello), *tíllò* (depilar) *uavía* (manía), y se define como un impulso irresistible de halar el propio pelo, acompañado de un aumento de la tensión psíquica y un subsecuente sentimiento de gratificación y alivio (1). La mayoría de los pacientes se halan el pelo de uno o más lados sobretodo del cuero cabelludo, seguido por pestañas, cejas y vello facial y púbico. Los hombres tienden a halarse el cabello de una mayor variedad de sitios que la mujer, y son más propensos a halarse el pelo de la cara, del pecho y del abdomen (2). La severidad de la pérdida del cabello varía de un mínimo de pelo, pero visible adelgazamiento del mismo, al agotamiento casi total de los sitios involucrados. La mayoría de los pacientes no suele experimentar dolor cuando se hala el pelo (1).

Es un trastorno poco común cuyos síntomas han sido tratados principalmente por dermatólogos, pediatras y psiquiatras con fármacos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, clomipramina, N-acetilcisteína) y con técnicas de modificación de la conducta (inhibición de la respuesta, terapia de reversión de hábitos, hipnoterapia, técnicas de

tiempo-fuera, sustitución del halado del pelo por una respuesta incompatible) (3).

A pesar de que durante mucho tiempo la tricotilomania se había visto como una enfermedad crónica resistente al tratamiento, este supuesto ha sido cuestionado recientemente por la investigación empírica. Se ha encontrado que se presenta con mayor frecuencia en niños y sobretodo en la adolescencia femenina. En la edad adulta se trata más que todo de un síntoma que acompaña las psicosis y las enfermedades cerebrales (1). En los niños de edad preescolar está acompañada frecuentemente por otros hábitos como rascarse y chuparse el pulgar y se ha supuesto que en estos niños es una entidad separada que tiene un curso distinto al que tiene en niños más grandes y en adultos (3). Aunque aún no se han desarrollado estudios epidemiológicos a gran escala, en estudios con muestras pequeñas se ha estimado que la tricotilomania afecta del 1 al 3.5% de los adolescentes y adultos jóvenes; desafortunadamente no existen reportes de estudios en niños más pequeños.

La etiología de la Tricotilomanía no es clara, debido a la gran variedad

de enfermedades psiquiátricas con las que se asocia (5). Sin embargo, en el DSM IV está clasificada como un trastorno del control de los impulsos (3). Por la alta incidencia de comorbilidad, algunos dudan de que se trate de una entidad separada y la consideran más bien un síntoma de otras categorías patológicas. Existe una alta tasa de desórdenes afectivos asociados a la tricotilomanía, (65% en la población clínica, y cerca del 40% en otros estudios), lo que sugiere que la tricotilomanía puede ser una variante de la depresión. Se ha descrito en patologías orgánicas como una forma moderada de automutilación. También se ha descrito en casos de esquizofrenia y de trastorno límite de la personalidad. Algunos investigadores han planteado que la tricotilomanía puede ser una variante del trastorno obsesivo compulsivo, mientras que otros han encontrado que solamente entre el 13 y el 15% cumplen los criterios diagnósticos de este trastorno (1).

Prácticamente en la mitad de los pacientes con tricotilomanía, se informa de al menos un comportamiento oral como frotarse el pelo recogido alrededor de la boca, o lamer o comerse el pelo. El rango de acción de la autoconciencia sobre estos comportamientos varía; algunos pacientes reportan no estar completamente conscientes al principio, y poco a poco volverse más conscientes de la acción que están llevando a cabo. La mayoría de los pacientes se halan el pelo sólo cuando están

solos. Normalmente hay una variación diurna, que generalmente es peor en la mañana. Muchos pacientes con este trastorno tienen una imagen negativa de sí mismos y la frecuencia de tirar del pelo se asocia con una baja autoestima (1).

Se han identificado dos tipos de episodios diferentes en el hábito de arrancarse el pelo: focalizado y sedentario. La forma focalizada es habitual que ocurra en períodos de aumento de la tensión psíquica, estrés emocional o con emociones negativas, mientras que la segunda forma ocurre durante actividades sedentarias (ver televisión, leer, estudiar, mientras se está acostado en la cama) (2). La investigación en adultos sugiere que el arrancamiento focalizado representa un intento de disminuir los niveles de afectos negativos, o de regular experiencias aversivas (4).

ETIOLOGÍA

Se han intentado varias explicaciones psicodinámicas sobre el origen de la tricotilomanía. Teóricamente se desarrolla como expresión del conflicto entre el niño y su primer objeto de amor, adquiriendo nuevos significados en diferentes niveles de desarrollo. Algunos consideran que la envidia del pene en la mujer la predispone a buscar un sustituto fálico como el pelo para expresar su conflicto sexual (14). Otros autores sugieren que puede estar en la relación temprana de la madre y el bebé. Así, Mahler postula que esta relación puede ser patológica

cuando la madre propicia el comportamiento dependiente del niño, con el objetivo de satisfacer sus propias necesidades. Como resultado, el niño no es capaz de separarse y adquirir autonomía (6). En la experiencia clínica con nueve niños que presentaban tricotilomanía, Keren y cols. encontraron que las interacciones madre-niño se caracterizaban por la falta de contacto físico materno y las fluctuaciones agudas de la actitud materna que oscilaban entre la despreocupación y la intrusividad (7). Otros autores enfatizan el rol del padre en el desarrollo de la tricotilomanía (1). De acuerdo con estos investigadores, los padres de los individuos que sufren de tricotilomanía tienden a ser depresivos, débilmente conectados con la realidad, extremadamente pasivos en sus relaciones, e incapaces de promover la separación - individuación de sus hijos. Debido a sus propias necesidades simbióticas, no pueden reconocer al niño como entidad independiente. Se ha sugerido también que la aparición de la tricotilomanía en la infancia representa un síntoma final de varios factores tales como una mala relación del niño con sus padres, un bajo umbral del dolor en el niño, y un rechazo de los padres hacia la expresión abierta de los impulsos agresivos y emociones negativas (8). Cuando tanto la madre como el padre son incapaces de terminar el estado simbiótico, los afectos y representaciones del niño son reprimidos y posteriormente invisten libidinalmente algunas partes del cuerpo,

especialmente el pelo, que simboliza belleza y poder. De esta manera, la libido es investida en el pelo hasta que los impulsos sexuales despiertan en la adolescencia; ésto puede ayudar a explicar la frecuente aparición de la tricotilomanía durante la etapa de latencia (8). Galski postuló que los individuos que sufren de tricotilomanía presentan una falla en el logro de la constancia objetal producto de una separación temprana, lo que los lleva a permanecer en un perpetuo estado de ansiedad de separación y en una continua necesidad de atención por parte de una persona que los apoye (9). Krishnan y cols. describieron la tricotilomanía como un objeto transicional y un símbolo de duelo cuando se experimenta la falta de objetos externos durante el proceso de separación (10).

Desde otra perspectiva psicoanalítica, Vasallo afirma que al arrancarse el pelo el individuo intenta una inscripción, una forma de escritura que no puede ser leída; lo que no se puede decir se intenta escribir-inscribir, siendo esencial la repetición de la acción impulsiva. Con referencia a la satisfacción de la pulsión en la tricotilomanía, la misma autora refiere que no está orientada por el principio de placer sino por algo más allá de este principio, quedando del lado del estrago y del exceso; se observa en este fenómeno el predominio de la pulsión de muerte, el destino de la pulsión corresponde a la vuelta sobre la propia persona, una forma de masoquismo erótico. Se evidencia

entonces la imposibilidad de inscribir simbólicamente algunas experiencias traumáticas del individuo; falla la operación de atravesamiento del cuerpo por el lenguaje (11). La implicación de la piel revela una dificultad en la constitución narcisista, en la asunción de la propia imagen y en la formación del yo, entendiendo el narcisismo como una forma de investimento libidinal necesario para la vida subjetiva. Este “hacerse en la piel” podría pensarse con un carácter constitutivo: construir una imagen agujereando la piel (12).

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Se trata de una mujer adolescente de 14 años de edad, estudiante de bachillerato, quien se arranca las pestañas y las cejas desde los 10. Según manifestó, nunca se ha arrancado el pelo de la cabeza ni de otra parte de su cuerpo. Es hija única y vive con sus padres. La relación con su mamá es muy cercana y afectuosa, mientras que con su padre la relación es distante; la paciente comentó que él sólo se dirige a ella para preguntarle por su desempeño académico y exigirle un alto rendimiento. El asumir sus responsabilidades académicas es una carga muy pesada, fuera de lo común. Mantiene una relación muy cercana con su abuela y una tía materna, con quienes se quedaba desde que llegaba del colegio hasta que sus padres la recogían en la noche. Hace un año la mamá se retiró de trabajar para dedicarle más tiempo a su hija. El trastorno se hizo más intenso y

frecuente a los 13 años, cuando tuvo dificultades en su relación con unas compañeras de curso, quienes se burlaban de ella. La paciente relata que el comportamiento de arrancarse cejas y pestañas se presenta cuando está realizando actividades como ver televisión o leer, y que en esos momentos no es consciente de ello. Se avergüenza de que los demás se den cuenta de su carencia de cejas y pestañas, y para disimularla se tapa con el pelo. Los padres conocían el problema de su hija pero no la habían llevado a consulta médica ni psicológica hasta que la paciente investigó en Internet sobre el trastorno; es en este momento cuando pide a su mamá que la lleve a consulta psicológica. La paciente manifiesta dificultad para realizar actividades que impliquen hablar en público, así como ansiedad ante las demandas académicas del colegio que ella considera exageradas.

Asistió a ocho sesiones de psicoterapia de enfoque psicodinámico; la mamá decidió suspender el tratamiento y llevar a su hija donde una psicóloga que utiliza la hipnosis como técnica terapéutica.

A la primera sesión asistió con su madre quien pretendía todo el tiempo hablar por ella, cosa que incomodaba a la paciente y más de una vez le dijo que la dejara hablar a ella. Esto se contrapuso con lo sucedido en las siguientes sesiones donde se le sentía angustiada y con mucha dificultad de expresar sus cosas. Más bien se

daba un silencio tensionante que la terapeuta se vio con la necesidad de llenar al comienzo, con preguntas y luego acudiendo al dibujo, dado que expresó que era esa su afición. En otras sesiones se le propiciaron elementos para hacer collares lo que de alguna manera le ayudaba a bajar la ansiedad.

La primera impresión fue impactante para la terapeuta. Recuerda haber pensado que eran unos “ojos desnudos”, y hasta sin brillo y sin vida. Pero también como una bebé, sobretodo porque es una adolescente de cara redonda, infantil. Y este físico con su vestimenta, propia de su edad, de la que siente la satisfacción de ser quien la escoge.

DISCUSIÓN:

Por los datos que se tienen sobre la adolescente, hay la posibilidad de ofrecer varias explicaciones sobre el origen de la tricotilomanía, pero, por la corta duración del tratamiento solamente como hipótesis de trabajo. Esa primera impresión que tuvo la terapeuta, de “ojos desnudos”, apagados, pero también con la fisonomía de bebé, puede hablar de la dificultad de crecer, a pesar de su vestimenta adolescencial. Como si claramente se moviera entre la bebé y la adolescente y no entre la niña y la adolescente.

Siguiendo a Vasallo (12), y teniendo en cuanto el nivel de ansiedad que maneja, podría plantearse la posibilidad de un trauma temprano, del

cual ella intenta una inscripción, escribir aquello que no puede decir, una forma de masoquismo erógeno. Al hacerle daño a la piel halando el pelo podría estar revelando la dificultad de asumir su propia imagen y la formación del yo.

Podría pensarse que el origen está en la relación temprana con la madre a quien ella vive como una figura cercana y afectuosa pero que en el fondo pudiera estar propiciando el comportamiento dependiente de la adolescente para satisfacer sus propias necesidades (6). Como resultado, la adolescente tiene dificultades de separarse y adquirir autonomía. O que puede representar un objeto transicional y un símbolo de duelo por la falta de objetos externos durante el proceso de separación (10). Habría que sondear además si se trata de la experiencia con una madre con actitudes oscilantes entre la despreocupación y la intrusividad (7).

Además, podría pensarse que la figura tan ausente emocionalmente del padre no haya logrado promover la separación - individuación de la adolescente y su madre (8). Esta dificultad académica tan marcada y al mismo tiempo el saber de la importancia que este aspecto tiene para el padre, puede hablar de una forma de protesta, una lucha contra las responsabilidades que implican el paso de la niña a la adolescente y al mismo tiempo la búsqueda de la individuación.

La separación temprana de sus padres, cuando se veían obligados a dejarla con los abuelos durante el día la pudieron haber llevado a permanecer en un perpetuo estado de ansiedad de separación y en una continua necesidad de atención que busca con el impulso a halarse el pelo (9).

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES:

Todos diferentes significados de esta acción impulsiva nos llevan a posibles interpretaciones del sentido del síntoma. Este esconde una serie de emociones como rabia, vergüenza, dolor y otras que con la psicoterapia psicoanalíticamente orientada podrían reactualizarse y elaborarse. Es muy posible que al llegar a verbalizar las emociones, con un trabajo empático y profundo, pueda desaparecer el síntoma. Como lo plantean Bürgy y Barnett, la psicoterapia psicodinámica facilita la expresión verbal de la agresividad y demás emociones escondidas y permite que la persona “se desintoxique”.

Con este reporte de caso se pretende llamar la atención respecto a la potencial asociación que puede existir entre la condición patológica de la tricotilomanía y el fuerte carácter simbólico que puede tener esta conducta a la hora de manejar la ansiedad, la conflictiva interna o las dificultades en la relación temprana madre-bebé. Es de señalar que el grado de alivio cuando se ejecuta esta acción, puede tener como fondo

un intento de manejo de conflicto interno.

La utilidad de ampliar nuestro horizonte sobre este tema está en el poder desarrollar herramientas más integrales que incluyan el entendimiento de conflictos internos de desarrollo relacionados con la génesis de la enfermedad y su abordaje psicoterapéutico.

Bibliografía

1. Hamiel D, Yoffe A, Roe D. Trichotillomania and the Mourning Process: A Case Report and Review of the Psychodynamics. *Israel J Psychiatry Relat Sci.* 1999;36(3):192-199.
2. Piquero-Casals J, et al. Tricotilomanía: Presentación de tres casos y revisión de pruebas diagnósticas. *Invest Clin* 2007;48(3):359-366.
3. Bloch M. Trichotillomania across the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(9):879-883.
4. Flessner CA, et al. Styles of pulling in youths with trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology and comorbid psychiatric symptoms. *Behav Res Ther.* 2008;46:1055-1061.
5. American Psychiatric Association. *DSM IV-TR: Breviario. Criterios Diagnósticos.* Barcelona: Masson; 2003.
6. Mahler M. On sadness and grief in infancy and childhood: Loss and restoration of the symbiotic love object. *Psychoanal Study Child.* 1961;16:332-351.
7. Keren M, Ron-Miara A, Feldman R, Tyano S. Some reflections on infancy-onset trichotillomania. *Psychoanal Study Child.* 2006;61:254-72.
8. Greenberg R, Sarner CA. Trichotillomania: Symptom and syndrome. *Arch Gen Psychiatry.* 1965;12:482-489.
9. Galski T. Hair pulling (trichotillomania) *Psychoanalytic Review.* 1983;70:331-346.

10. Krishman K, Davidson J, Miller R. MAO inhibitor therapy in trichotillomania associated with depression: Case report. *J Clin Psychiatry*. 1984;45:267-268.
11. Vasallo V. Dos formas de violencia sobre el cuerpo. Disponible en: <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Artculos/DosviolcuerpoVasallo.pdf> [Último acceso: Octubre 2012].
12. Vasallo V. Una falla en la constitución imaginaria. Disponible en: http://www2.kennedy.edu.ar/departamentos/psicoanalisis/articulos/falla_imaginaria.pdf [Último acceso Octubre 2012].
13. Franklin M, Zgrabbe K, Benavides K. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev. Neurother*. 2011;11(8):1165-1174.
14. Schnurr RG, Davidson S. Trichotillomania in a ten year old boy: gender identity issues formulated in terms of individual and family factors. *Can J Psychiatry*. 1989;34(7):721-4.