



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
“FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”



ESTUDIO FENOMENOLÓGICO
SOBRE 26 PACIENTES CON TRICOTILOMANÍA

TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
(PSIQUIATRÍA) PRESENTA:

DR. JOSÉ IBARRECHE BELTRÁN

Dra. Carmen Rojas Casas
Asesora Teórica

Dr. Fernando Corona Hernández
Asesor Metodológico



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

a mis padres por hacer posible todo con su cariño y apoyo,
a mis hermanas por la fortuna de estar entre las mujeres que admiro,
a la abuela por ser mi persona favorita,
a Óscar, Luis, Diana, Billy, Paco, Eli y Gurrís por dejarme estar con ellos,
a la Dra. Carmen Rojas por su guía,
al Dr. Fernando Corona por su confianza y amistad,
al Dr. Alvar Colonia por mantener todo unido,
al Dr. Jorge Peña por su ayuda,
al “Fray” por darme los mejores años,
a Mariana por dejarme amarla.

Inicio

El ejercicio médico es cambiante, según la influencia personal que le imprimimos según las experiencias vividas. Con el paso de los años, se acumulan vivencias que nacen de la vida misma y otras que nos enriquecen a través de la educación y la preparación profesional. Las experiencias modifican los conceptos, nuestras reacciones y actitudes, marcando las diferentes etapas de nuestro desarrollo.

Enumerar las cualidades del médico nos remonta a William Osler, quien esgrime que “equilibrio, la imparcialidad, y la sabiduría, son los pilares que habrán de sostener la vocación, apoyándonos en las habilidades y destrezas”. Si sostenemos que la vocación es nuestro ejercicio, sabemos que cada día se ve más expuesto a desviaciones de su concepción original. Es muy fácil olvidar los principios fundamentales que deben ser el paradigma en nuestro actuar. No se puede concebir que un médico sea solamente técnico, mero aplicador del conocimiento, requiere de un profundo sentido del humanismo y, sobre todo, de gran capacidad de decisión frente a las distintas situaciones que se van presentando. Es necesario e incluso obligatorio ser profesionales, responsables, íntegros, con sólida formación científica y técnica, así como tener un irrenunciable compromiso con la vocación de servir, y con el objetivo de tratar de lograr la salud y el bienestar de nuestros pacientes y de la comunidad.

Se necesita de médicos que no solamente sepan curar “una enfermedad”, sino que sepan que es mejor curar a la persona enferma; que sean conscientes del valor de la vida y de su trabajo. Eso es el verdadero sentido de su vocación de médicos.

Aquí me surge la duda sobre la posibilidad y la tangible realidad de favorecer el proceso de despersonalización, indiferencia y frialdad, desviando así la atención del objetivo primario. Con facilidad anteponemos nuestros intereses, navegando con la bandera de “buenos y preocupados médicos”, cuando lo único que buscamos es nuestra preeminencia.

Vivimos en un mundo deshumanizado y nuestra profesión tiene un componente humanista fundamental que, de no cumplirse, deja de ser medicina humana, para convertirse en una veterinaria avanzada. La medicina tiene un componente de responsabilidad fundamental; los médicos, caminamos múltiples senderos para encontrar nuevas soluciones, y de esta manera, ayudar a nuestros semejantes.

El comportamiento del médico debe ser manifestación de su forma de ser; y superar a lo que le digan que deba ser o hacer. Su formación implica superación en lo cognoscitivo, en las destrezas, en su actitud. Son los resultados los que miden la capacidad de una persona, y no sus intenciones o sus proyectos; y, parte de la felicidad de un médico, es saberse capaz de solucionar los problemas que son motivo de su profesión. La principal obligación ética del médico ante un enfermo es tener el interés serio de solucionarle su problema de salud. Todo médico tiene limitaciones en conocimientos y en capacidad resolutoria, pero como profesionales se nos pide que seamos conscientes de ellas; nadie está obligado a ser un experto en todas las áreas o especialidades; ni es lógico pensar que así sea.

Un médico satisfecho en sus necesidades personales mantendrá una actitud positiva que lo beneficiará en sus expectativas profesionales, hecho que se verá reflejado en resultados positivos con los enfermos. Es obligación de los médicos promover en los que van a engrosar nuestra profesión que tengan la educación y calidad humana para engrandecerla y para que definitivamente no la denigren. Parte de la educación del médico

en formación, es la aceptación del orden y la subordinación en el trabajo como algo natural y necesario, conscientes que solo teniendo como base la disciplina pueden construirse resultados exitosos.

El médico tiene una sensibilidad de servicio y por las características eminentemente humanas de profesión, una intervención muy importante en la educación dentro del área de la medicina, ya sea en escuelas, universidades u hospitales.

El médico no debe olvidar que es un paciente en potencia, además de cobrar conciencia de que es indispensable invertir en capital humano. Quién tenga interés por la superación profesional, nunca será una persona que se manifieste con vulgaridad y siempre tratara de huir de la mediocridad.

Debemos entender que un día nos dormimos residentes y el día siguiente nos despertaremos psiquiatras. No podemos distraer nuestra atención en objetivos huecos, la realidad es muy diferente. Nuestro trabajo es prepararnos y no caminar para atrás. Hoy terminó el ayer y el futuro es algo cierto y brilla frente a nosotros.

Más valdría de una vez
terminar lo que se empieza,
asumiendo la tristeza
y creyendo en todo lo que ves.
Sabiendo el bien del mal,
viviendo en tiempo real,
más valdría de una vez.

José Ibarreche Beltrán

CONTENIDO

INTRODUCCION¡Error! Marcador no definido.

FENÓMENOS COMPLEJOS Y SU METODOLOGÍA DE ESTUDIO¡Error! Marcador no definido.

LA TRICOTILOMANÍA COMO FENÓMENO CLÍNICO DE ORDEN COMPLEJO:

CONCEPTO Y GENERALIDADES.....¡Error! Marcador no definido.

Despersonalización¡Error! Marcador no definido.

Control de impulsos¡Error! Marcador no definido.

ETIOLOGÍA DE LOS FENÓMENOS TRICOTILOMANÍACOS.¡Error! Marcador no definido.

Modelos generales¡Error! Marcador no definido.

Hipótesis Neurobiológicas¡Error! Marcador no definido.

Sistema Serotoninérgico¡Error! Marcador no definido.

Sistema Dopaminérgico.....¡Error! Marcador no definido.

Sistema Opiáceo¡Error! Marcador no definido.

Otros Sistemas de Neurotransmisores¡Error! Marcador no definido.

Correlación entre auto-mutilación y percepción alterada del dolor ¡Error! Marcador no definido.

Modelos animales¡Error! Marcador no definido.

Modelos Humanos¡Error! Marcador no definido.

Auto-mutilación y estudios neuro-funcionales.¡Error! Marcador no definido.

LA TRICOTILOMANIA EN LA HISTORIA Y LA CULTURA¡Error! Marcador no definido.

GENERALIDADES¡Error! Marcador no definido.

Etiología y patogenia¡Error! Marcador no definido.

Teorías¡Error! Marcador no definido.

Epidemiología¡Error! Marcador no definido.

Neurobiología¡Error! Marcador no definido.

Clínica.....¡Error! Marcador no definido.

Comorbilidades, y Diagnósticos Diferenciales.....¡Error! Marcador no definido.

TOC y Tricotilomanía¡Error! Marcador no definido.

Personalidad y Tricotilomanía¡Error! Marcador no definido.

Tratamiento¡Error! Marcador no definido.

Psicoterapia	¡Error! Marcador no definido.
Psicofármacos	¡Error! Marcador no definido.
Hipnosis	¡Error! Marcador no definido.
Otros animales también	¡Error! Marcador no definido.
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
JUSTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo General	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos Específicos	¡Error! Marcador no definido.
MATERIAL Y MÉTODOS	¡Error! Marcador no definido.
Tipo de estudio	¡Error! Marcador no definido.
Población en estudio; selección y tamaño de la muestra	¡Error! Marcador no definido.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
Criterios de Inclusión	¡Error! Marcador no definido.
Criterios de Exclusión	¡Error! Marcador no definido.
Criterios de Eliminación	¡Error! Marcador no definido.
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	¡Error! Marcador no definido.
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	¡Error! Marcador no definido.
PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
IMPLICACIONES ÉTICAS	¡Error! Marcador no definido.
ORGANIZACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
Recursos humanos y materiales	¡Error! Marcador no definido.
Evaluación de costos	¡Error! Marcador no definido.
ANÁLISIS DE RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
DISCUSIÓN	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCION

*“Es una necesidad arrancarse los cabellos en los momentos de aflicción,
como si ésta pudiera ser aliviada por la calvicie”
Cicerón*

El enfoque de un estudio fenomenológico o de un ensayo de psicopatología lleva a conocer parte de la vida de los participantes de la investigación así como su propio mundo, relacionados con el fenómeno en estudio. Es decir que su punto de partida es la vida de las personas, se enfoca en cómo las experiencias, significados, emociones y situaciones en estudio son percibidos, aprendidos, concebidos o experimentados (3,4).

Para Morton (30,33) la fenomenografía es el estudio empírico de un número limitado de formas cualitativas diferentes por medio de las cuales experimentamos, conceptualizamos, y/o entendemos un fenómeno en particular. Estas experiencias y entendimientos diferentes son caracterizados en términos de categorías de descripciones, lógicamente relacionadas entre sí, y formando jerarquías en relación a los criterios dados. Tal conjunto de categorías ordenadas de la descripción es llamado el resultado del espacio del fenómeno en cuestión. El análisis se lleva de manera iterativa (dependiendo de las respuestas de los sujetos) sobre esas reflexiones. Son discutidas por los participantes las formas diferentes y distintivas de experimentar el fenómeno, las cuales son las unidades de análisis y no los individuos en particular(9). Las categorías de las descripciones corresponden a esas maneras diferentes de entender y la relación lógica que puede establecerse entre ellas, lo cual constituye el principal resultado de un estudio fenomenológico.

Parte de la riqueza del enfoque está en la posibilidad de obtener descripciones de las experiencias sobre el fenómeno en estudio, tal y como las viven los sujetos. Esto se

da a través de la colaboración y la validación ínter subjetiva, la cual busca revelar sus fundamentos estructurales en términos de significados.

El enfoque fenomenológico es un método de investigación muy utilizado en los contextos educativos. Sin embargo, se considera un enfoque muy aplicable en el campo mercadológico, especialmente en los estudios de comportamiento del consumidor. De acuerdo con Sixsmith y Sixsmith (19) al utilizar el enfoque fenomenológico se debe ir más allá de la superficie de las cosas para reflejar sobre ellas las experiencias de los sujetos en el mundo. Tomando como referencia a Lasso (17) es tratar de recuperar los mundos contruidos de los consumidores.

La objetivo de este ensayo, es el de realizar una observación fenomenológica sobre un padecimiento poco estudiado y escuetamente revisado. Todo esto a través de la observación de 26 pacientes con este padecimiento. Pero habrá que partir de los principios básicos en los que se basa el estudio.

Hablar de fenomenología, el movimiento filosófico creado por Edmund Husserl (1859-1938), es casi tanto como hablar de la filosofía del siglo XX, y creo que se pueden apuntar dos razones en apoyo de esa opinión. En primer lugar, si desviamos la mirada de las formulaciones concretas que Husserl dio a sus ideas, son muchos los filósofos de nuestro siglo que han reconocido la influencia de Husserl en un grado mayor o menor. Heidegger fue discípulo directo de Husserl, y de él aprendió un cierto estilo de filosofar, aunque pronto surgieron las diferencias teóricas. Sartre, en los años treinta, descubrió a nuestro autor en Ideas relativas a una fenomenología pura y una

filosofía fenomenológica, que es la exposición más conocida que Husserl logró de una teoría. La influencia sobre Sartre es notoria.

Algunos autores decisivos del siglo XX, como Merleau-Ponty, han pertenecido a la fenomenología. La hermenéutica de Gadamer y Paul Ricoeur encuentra su punto de arranque en Husserl. Y aún podríamos ir más lejos y compartir la tesis que defiende Montero Moliner (en *Retorno a la fenomenología*) según la cual, para aquellos que entienden de ideas y no de escuelas, la filosofía analítica y del lenguaje participarían del mismo espíritu que la fenomenología. Autores como Strawson, Austin, Searle y Grice son emparentables con la fenomenología sin necesidad de forzar mucho las comparaciones. Más complicada se presenta la opinión de Gerd Brand (en *Los textos fundamentales de Ludwig Wittgenstein*) según la cual Wittgenstein sería el fenomenólogo por antonomasia. El movimiento filosófico creado por Husserl ha ido extendiéndose y ramificándose con el transcurso de los años.

Para hacerse una buena idea de la increíble amplitud del árbol fenomenológico que casi no deja una ciencia ni una disciplina filosófica sin cubrir- puede consultarse con la obra de Bernhard Waldenfels (*Introducción a la fenomenología. De Husserl a Derrida*). La fenomenología es una filosofía viva, se publican anales y revistas, se dan congresos y seminarios. ¿Cuál puede ser el motivo de este éxito de la fenomenología? Para responder a esta pregunta, entramos en la segunda razón. Ya uno de los primeros discípulos de Husserl, Adolf Reinach, había señalado que la fenomenología, más que un sistema de doctrinas filosóficas, era un método. Y un método que además envuelve un desarrollo ilimitado por principio.

En un esfuerzo de reflexión metafilosófica, Husserl buscó un lugar para la filosofía, un lugar que nadie más que ella podría rellenar, y agotó sus energías prácticamente en ese esfuerzo. Por ese motivo, y dejando a un lado las falsas radicalidades metafilosóficas, la fenomenología como teoría filosófica apenas se decanta por tesis precisas: tanto que casi podríamos decir que todo lo que caiga bajo el rótulo "filosofía realizada con un esfuerzo de seriedad y rigor" puede ser considerado como "fenomenología". Además, siendo Husserl el iniciador de la corriente, se hace en parte comprensible que su filosofía esté afectada de todas las vacilaciones propias del que explora un nuevo terreno. Husserl, que era un hombre sumido en la teoría y excesivamente escrupuloso, volvió una y otra vez sobre sus propias ideas, e intentó exponerlas completas en varias ocasiones, añadiendo más y más detalles, complicando la terminología.

A su muerte dejó más de 45.000 folios taquigrafiados y creo que aún siguen editándose sus obras bajo el título de *Husserliana*. Sin embargo, se consideró un principiante de la filosofía, que sólo se había adentrado en los primeros caminos del inmenso territorio que el método fenomenológico abría. Pero no debemos olvidar cuando leemos a Husserl, que esta filosofía confusa, inacabada y a veces contradictoria, fue la inspiración para obras geniales del siglo XX, rebosantes de ideas tal vez más claras y atractivas, y que, bien en deuda teórica o en debate crítico con ella, son numerosos los filósofos de nuestro siglo que han pasado por la fenomenología y han contribuido a desarrollarla y matizarla con sus teorías. Por tanto, creo que entender a Husserl es necesario para entender nuestro siglo, al menos filosóficamente hablando.

La fenomenología nació en las *Investigaciones lógicas* como una refutación del psicologismo. El psicologismo pretendía ser un modo de solucionar algunos problemas que planteaban la teoría del conocimiento y de la ciencia, sin salir de los estrechos márgenes de un positivismo de "hechos". La idea del psicologismo consistía en hacerse una cierta composición de lugar, sin despegarse del suelo del sentido común de su época para conseguir de ese modo la ventaja de una apariencia de inteligibilidad inmediata. Acto seguido, se ventilaba la teoría del conocimiento, pretendiéndose que las paradojas que descubría no eran más que el resultado de oscuros filosofemas. La composición de lugar que antes he mencionado es esta: empecemos por aceptar la realidad de un mundo de objetos como algo comprensible de suyo, como un horizonte infranqueable más allá del cual no tiene sentido ninguna pregunta.

Dentro de ese mundo de objetos colocamos al ser humano como un objeto entre objetos; ahora bien, el ser humano nos resulta un objeto muy peculiar. ¿En qué consiste la conciencia o vida anímica por la cual ese objeto se representa a todos los demás? ¿Es una propiedad de ese objeto? En nuestro mundo positivista de objetos sólo podemos admitir el enlace casual como relación entre objetos. ¿Se puede explicar acaso el conocimiento como una influencia causal de un objeto sobre otro objeto? El psicologismo cedía a la tentación cartesiana de concebir la conciencia o vida anímica como una cosa, una realidad sustancial. En las últimas décadas del siglo XIX la psicología se había constituido como ciencia, al probarse que era posible aplicar el método experimental para el estudio de la vida anímica de animales y seres humanos. Y desde su nacimiento hasta mucho tiempo después, la psicología pretendía convertirse en una auténtica "física del alma", pretensión que será duramente criticada por Husserl: según nuestro autor, nunca podría llegarse a esta concepción justa del sujeto -en tanto

que sujeto cognoscente- mientras se le siguiese tratando de agotar en todos sus matices por medio de una ciencia empírica, intento bajo el cual subyacía la visión sesgada de él como objeto entre objetos.

Era totalmente absurda la supuesta fundamentación definitiva del conocimiento por parte de la psicología, alegándose que el conocimiento debía verse como un evento psicológico, y que su misterio será finalmente iluminado por la razón científica. Teniendo en cuenta que desde los tiempos de Descartes la teoría del conocimiento había sido el baluarte de la posibilidad y necesidad de la reflexión filosófica, al ser solucionados sus "problemas" por una ciencia como la psicología, la filosofía quedaba sin "trabajo" y por tanto, sin "sentido". Pero el psicologista había ido demasiado lejos: al pretender cerrar el círculo de la objetividad científica sobre sí mismo, lo único que consiguió fue poner de relieve los propios límites de toda ciencia. La teoría del conocimiento no podía solventarse con la investigación psicológica porque esta era un conocimiento. Tampoco la lógica podía reducirse a leyes que gobernaban exclusivamente la psique humana, puesto que la psicología daba la lógica por supuesta en todos sus razonamientos.

"El relativismo específico hace esta afirmación: para cada especie de seres capaces de juzgar, es verdadero lo que según su constitución o según las leyes de su pensamiento deba tenerse por verdadero... la constitución de una especie es un hecho. Y de hechos sólo pueden sacarse hechos. Fundar la verdad en la constitución de una especie... significa darle, pues, el carácter de un hecho. Pero esto es un contrasentido. Todo hecho es individual, o sea, determinado en el tiempo. Pero hablar de una verdad temporal sólo tiene sentido refiriéndose a un hecho afirmado por ella (caso de que sea

una verdad de hecho) más no refiriéndose a ella misma." (Investigaciones lógicas, primera parte, cap. VII).

La raíz del problema estaba -aunque parezca un galimatías- en una errónea concepción de lo que es un concepto. De alguna manera la mente humana no está hecha, en su funcionamiento ordinario, ni para el estatismo absoluto de los conceptos ni para la fugacidad de las sensaciones. Por eso, cuando Husserl propone un filosófico viaje al fondo del concepto, considerándolo en tanto tal concepto, prescindiendo por completo de averiguar nada acerca de su naturaleza o realidad, y persiguiendo conexiones puras entre conceptos en un dominio donde precisamente reina el más completo aislamiento y soledad entre entes conceptuales perfectamente idénticos a sí mismos, nos resulta como una bocanada de aire fresco la teoría opuesta, que toma a los conceptos en su realidad superficial de eventos psíquicos, sin meterse en las honduras de su significado, y va explicando su aparición por medio de un proceso genético.

Pero Husserl consideraba que debía hacerse una teoría del conocimiento puramente conceptual: por lo tanto, no podía utilizarse ni uno sólo de los conocimientos ya constituidos. Ese es el sentido que tiene su famosa *epoché* (suspensión del juicio) o reducción fenomenológica. Para poder estudiar las vivencias en cuanto tales, hay que modificar nuestro modo ordinario de vivirlas. Husserl describe este modo ordinario o actitud natural como un directo e ingenuo apuntar de la conciencia al mundo y a sus objetos, como una atención y un interés en ellos. La actitud natural está cargada de interpretaciones admitidas tácitamente como válidas, de prejuicios, de intelectualizaciones confusas que conducen a faltas de entendimiento. El resultado de la *epoché* fenomenológica es que nuestra atención se desplaza a los objetos al modo de

darse esos objetos en la conciencia, o sea, a los fenómenos en sentido fenomenológico. Entonces el fenomenólogo sólo aceptará como fenómenos válidos aquellos que estén dados originariamente, y que son la base para toda interpretación e intelectualización posterior.

"No hay teoría concebida capaz de hacernos errar respecto al principio de todos los principios: que toda intuición en que se da algo originariamente es un fundamento de derecho del conocimiento; que todo lo que se nos brinda originariamente (por decirlo así, en su realidad corpórea) en la intuición, hay que tomarlo simplemente como se da, pero también sólo dentro de los límites en que se da." (Ideas, 24).

Para Husserl, la filosofía tiene que apoyarse en las intuiciones más primordiales de nuestra vida: *"Las intuiciones que únicamente pudieran ser vivificadas por impresiones remotas e imprecisas, inauténticas -y en el supuesto de que se tratara realmente de unas intuiciones- no podrían satisfacerlos. Nosotros queremos volver a las cosas mismas."* (Investigaciones lógicas). Este volver a las cosas mismas se convirtió en un lema repetido de la fenomenología.

Tras la *epojé* o reducción fenomenológica -que nos han colocado plenamente en el terreno de partida de la subjetividad- viene la reducción eidética. Husserl se aparta del empirismo al defender que hay una verdadera intuición de esencias. *"Una intuición empírica e individual puede convertirse en intuición esencial (ideación) -posibilidad que por su parte no debe considerarse como empírica, sino como esencial. Lo intuído*

en este caso es la correspondiente esencia pura o eidos, sea la suma categoría, sea una división de la misma hasta descender a la plena concrección" (Ideas, 3).

La fenomenología queda ahora definida más estrictamente como la descripción eidética de la vida trascendental del yo. Por vida trascendental del yo entenderemos el conjunto de vivencias o fenómenos originarios que, como datos absolutos a toda posición de trascendencia, hacen posible la apertura de la conciencia a un mundo. Se trata de apresar el origen último de todo posible sentido y validez de ser. Husserl se plantea la pregunta sobre cómo debemos concebir el sujeto para que después resulte inteligible el que ese sujeto lo sea de conocimiento.

Partiendo de la esencia intuitivamente aprehensible del conocimiento -que es la apertura intencional de un sujeto a un objeto presente-, y a la luz de ella, tenemos que reexaminar nuestros conceptos tanto de la realidad del sujeto como de la realidad del objeto o mundo. Todos los conceptos, incluyendo los que Kant llamaba conceptos puros, han de encontrar su sentido originario en una subjetividad trascendental, de la que parte toda concepción, tanto del mundo como de uno mismo. Esta es la reducción trascendental, por la que Husserl accedía a su peculiar idealismo fenomenológico. Muchos de los seguidores de Husserl de aquella época se extrañaron del viraje hacia el idealismo que ya empezaba a manifestarse en *Ideas*, y se apartaron de la reducción trascendental, recorriendo entonces sus propios caminos filosóficos. Husserl se quedó sólo con un reducido grupo de incondicionales. La reducción trascendental abría el paso hacia un territorio inédito, del que cabía tener experiencias trascendentales y del que podía ocuparse por fin una filosofía autónoma, radical y sustantiva; así se pondría fin a

la dispersión de la filosofía en filosofías. Ya hemos visto cual era la postura del objetivismo científicista.

"El trascendentalismo, por el contrario, dice: el sentido de ser del mundo de vida previamente dado es una configuración subjetiva, es producto de la vida de la experiencia, de la vida pre-científica. En ella se construye el sentido y la validez de ser del mundo, y en cada caso del mundo que vale realmente para el que en cada caso lo experimenta. En cuanto al mundo "objetivamente verdadero", el de la ciencia, es una creación de más alto grado, fundada sobre la experiencia y el pensamiento pre-científico, o lo que es igual, sobre sus rendimientos de validez. Sólo una retro-indagación radical de la subjetividad, de la subjetividad que es precisamente la que en última instancia hace posible toda validez del mundo con su contenido y en todas las modalidades científicas y pre-científicas, así como una indagación del qué y el cómo de los rendimientos de la razón, puede hacer inteligible la verdad objetiva y alcanzar el sentido de ser último del mundo. Por consiguiente, no es el ser del mundo en su obviedad incuestionada lo en-sí primero, ni se trata de plantear la nuda interrogación sobre lo que objetivamente le pertenece; sino que lo en-sí primero es la subjetividad, y precisamente en cuanto instancia que pre-da ingenuamente el ser del mundo y seguidamente lo racionaliza. O lo que es igual: lo objetiva." (Crisis, 14).

Ahora estamos en condiciones de poner de manifiesto y comprender la tensión filosófica en que se movió Husserl durante toda su obra. Por un lado nos encontramos con una filosofía o fenomenología crítica. La fenomenología crítica busca parcelas de la realidad, parcelas que sean "intuitivamente", "manifiestamente" de la realidad -experimentado en una vivencia pre-científica-, y que no puedan ser explicadas por las

conceptualizaciones al uso en la ciencia. Esa parcela de la realidad es la vida anímica o subjetividad trascendental.

En *Crisis*, Husserl la llamó "el mundo de la vida". Pero la filosofía crítica, podemos decir, se ha auto-inmolado para revelar las incongruencias del objetivismo cientificista, porque al problematizar el conocimiento y buscarle un fundamento, ha cerrado también, en principio, sus propias vías. Aquí es donde aparece el trascendentalismo kantiano y su división entre conocimiento ordinario y científico y conocimiento trascendental. Husserl, recuperando la reflexión de Kant, quiere venir a abrir una posibilidad para una filosofía sustantiva que, habiéndose hecho *epojé* de toda tesis, no busque ya un fundamento para el conocimiento, ni siquiera un concepto de conocimiento y trascendencia, y se limite a describir fielmente el fenómeno considerado como dato absoluto, proporcionado por una experiencia trascendental. Una buena muestra de la tensión entre estos dos modos de concebir la filosofía de manera simple podríamos decir: teoría del conocimiento y metafísicas que en las *Meditaciones cartesianas* Husserl llega a indicar que también la experiencia trascendental requeriría una crítica que la revisara.

Una de las frases más famosas de la fenomenología es aquella que expresa la intencionalidad de la conciencia: toda conciencia es conciencia de algo y ese algo no es la propia conciencia. Husserl establece una conexión indisoluble entre la conciencia y su objeto, la llamada correlación universal objeto conciencia. Habiendo tomado la noción de intencionalidad de su maestro Franz Brentano, Husserl se percató de que por un lado no puede concebirse ninguna vivencia de conciencia aislada o separada del objeto al que está dirigida, al que apunta intencionalmente (y que, en principio, no es el

objeto sino el objeto intencional), pero que también, por otro lado, y por lo menos en lo que respecta a su sentido, tampoco el objeto era autónomo o independiente de la conciencia, que es la única fuente dadora de sentido. Para Husserl, conciencia y objeto son dos entidades separadas en la naturaleza que por el conocimiento se pondrán en relación. Hay una correlación primitiva a partir de la cual se definen sujeto y objeto como tales. (Con total independencia de lo que exista o no exista en la realidad, la vivencia queda identificada esencialmente como vivencia de un cierto objeto. Por decirlo así, la esencia de las vivencias tiene un lado subjetivo -que es la propia acción de la conciencia en tanto que ejerciéndose intencionalmente- y un lado objetivo. Al lado objetivo de la esencia de una vivencia lo denominará Husserl nóema de esa vivencia. Al lado subjetivo, noesis de la vivencia. Hay textos de Husserl que parecen avalar la idea de la distinción entre nóema y objeto:

"El árbol pura y simplemente, la cosa de la naturaleza, es todo menos esto percibido, el árbol, en cuanto tal, que es inherente como sentido perceptivo a la percepción, y lo es inseparablemente. El árbol pura y simplemente puede arder, descomponerse en sus elementos químicos, etc. Pero el sentido -el sentido de esta percepción, algo necesariamente inherente a su esencia- no puede arder, no tiene elementos químicos, ni fuerzas, ni propiedades reales en sentido estricto" (Ideas, 81).

Relacionada con esta posible separación entre nóema y objeto, está la idea de Husserl de que no todos los ingredientes de la conciencia tienen carácter intencional. Este aspecto de la fenomenología de Husserl fue controvertido y muy criticado por Sartre. A los elementos no intencionales los llama *hylé*; plantea en *Ideas* que la noesis tendría una cierta función animadora de esta *hylé* -sensaciones o contenidos

representantes- para generar los correspondientes nóemas. Con ello, prácticamente estamos en el representacionalismo que el propio Husserl denostaba. Husserl había insistido en la "presencia en persona" del objeto ante la conciencia durante la percepción del mismo:

"Pero si intentamos separar en esta forma el objeto real (en el caso de la percepción externa, la cosa percibida de la naturaleza) y el objeto intencional, e introducir como ingrediente en la vivencia este último, en cuanto "inmanente" a la percepción, caemos en la dificultad de hallarse ahora, frente a frente, dos realidades en sentido estricto, mientras que, sin embargo, sólo con una nos encontramos y sólo una es posible. La cosa, el objeto natural, eso es lo que percibo, el árbol que está ahí en el Jardín; éste y no otro es el objeto real de la intención perceptiva. Un segundo árbol inmanente, o bien una imagen interna del árbol que está ahí fuera ante mí, no se da en modo alguno y suponer hipotéticamente una cosa semejante sólo conduce a un contrasentido." (Ideas, 90).

Husserl se opone a la separación entre un mundo de realidad -en-sí- correspondiente a las afirmaciones de la ciencia física matematizada -y un mundo de apariencias o fenómenos sensoriales meramente subjetivos. Si admitimos que la cosa sensible y sus cualidades son fenómenos subjetivos, entonces tampoco serán trascendentes las cosas en sentido físico, puesto que son exactamente las mismas cosas que indicamos como un "esto" en la percepción sensible las que el físico estudia con profusión de experimentos en torno a ellas, de las que deriva, aplicando cánones estables de la racionalidad lógico-empírica, las determinaciones físicas de la cosa. Con este "mito" -así lo llama Husserl- cae también la teoría causal de la percepción. Así:

"Como toda vivencia intencional tiene un nóema y en él un sentido mediante el cual se refiere al objeto, así, a la inversa, todo lo que llamamos objeto, aquello de que hablamos, lo que como realidad tenemos ante los ojos, lo que tenemos por posible o probable, lo que nos figuramos por imprecisamente que sea, es, sólo con el ser tal, un objeto de la conciencia, y esto quiere decir que, sean y se llamen mundo y realidad lo que sean y se llamen, tiene que estar representado dentro del marco de la conciencia real y posible por sentidos o proposiciones, llenos por el correspondiente contenido más o menos intuitivo "(Ideas. 113).

La fenomenología implica que el paciente es capaz de hacer una introspección y referir cómo son estas experiencias y a su vez, el médico responde por medio del reconocimiento y comprensión de esta descripción.

Luego entonces, la fenomenología descriptiva o fenomenología psicopatológica, comprende la observación y categorización de los sucesos psicopatológicos anormales, las experiencias internas de paciente y sus comportamientos posteriores. Se intenta observar y entender este suceso psicológico o fenómeno de modo que se pueda conocer, en la medida de lo posible, cómo se siente el paciente a causa de esta experiencia.

Para identificar fenómenos como indicadores específicos de un trastorno psicopatológico concreto es necesario registrar la conversación del paciente en busca de palabras y frases significativas que tengan importancia diagnóstica dentro del discurso irrelevante del paciente. El problema que surge a veces, es que cuando realizamos la entrevista, el entrevistador, ya está pensando en la siguiente pregunta antes de obtener la respuesta a la pregunta anterior. Esto solamente logra que la entrevista se encuentre mal

dirigida y se pueden obviar datos relevantes o fundamentales dentro del discurso, aparentemente superficial, del paciente. Hay que abrir los oídos para que el sonido llegue solo.

También es importante reconocer factores culturales en la experiencia subjetiva, la expresión de síntomas psicológicos y su expresión en el comportamiento. En algunas culturas se desaprueban y censuran las manifestaciones excesivas y las emociones; en otras se tiende a somatizar los sentimientos y en otras más, las experiencias subjetivas individuales se someten al bienestar del grupo social.

Por otra parte tenemos que entender que el discurso y el comportamiento del paciente, así como sus matices, tienen un significado para el paciente en el momento en que los está expresando.

Jaspers analiza la comprensión, la explicación y la fenomenología. Además afirma que lo más importante en la psiquiatría, debe ser la comprensión, ya que es la percepción del significado personal de la experiencia subjetiva del paciente que incluye la capacidad humana para la empatía. En cambio la explicación hace referencia a las observaciones externas y al establecimiento de conexiones causales, lo mismo que el método científico.

La fenomenología no depende esencialmente de la localización cerebral, sino de esclarecer la naturaleza de los fenómenos subjetivos que se discuten con el paciente, por lo que puede ser un factor unificador entre los conceptos mente y cerebro, ya que no depende de ninguna postura filosófica particular.

La psicopatología general de Karl Jaspers es ciencia pura, se ocupa de conceptos y reglas generales. El psicopatólogo tiene por objetivo esos conocimientos científicos, estudia al hombre-enfermo-psíquico para conocerlo, caracterizarlo y analizarlo como hombre en general. No estudia al hombre particular. El psiquiatra tiene por objetivo el hombre particular, para el psiquiatra la ciencia psicopatológica pura es sólo un medio. Su trabajo tiene que ver con casos individuales, compromisos interpersonales, afectos, empatía, intuiciones. El psiquiatra en su práctica *"es una personalidad viviente que capta y actúa, para lo cual la ciencia es un medio auxiliar"*.

Los límites de la psicopatología consisten en que nunca puede conocer enteramente al hombre individual con conceptos psicopatológicos puros. En todo individuo particular se le oculta algo incognoscible para él. Como psicopatólogo *"le basta saber de la infinitud inagotable de todo individuo, como hombre puede independientemente de ello, ver todavía más"* pero ese *"más"* no debe hacerlo entrar en la psicopatología, como son las valoraciones éticas, estéticas y metafísicas, independientes de las valoraciones psicopatológicas.

El objeto de la psicopatología como conocimiento científico (ciencia pura) es el *"acontecer psíquico realmente consciente"*, *"queremos saber qué y cómo experimentan los seres humanos, queremos conocer las dimensiones de las realidades anímicas"*. Queremos conocer el vivenciar patológico de los hombres... *"queremos investigar las condiciones y las causas de las que depende, las relaciones (entre las vivencias) y las maneras como se expresa (el vivenciar patológico) objetivamente"*.

Igual que la fisiología y la fisiopatología se penetran y se invaden sin fronteras precisas, tampoco están separadas en principio la psicología y la psicopatología. *"Corresponden una a otra y aprenden una de otra". "No hay ninguna frontera estricta entre ellas y muchos problemas son elaborados tanto por psicólogos como por psicopatólogos"*. La psicopatología pertenece al dominio de la psicología como la fisiología patológica a la fisiología.

La psicología estudia la llamada vida psíquica normal. Un estudio de la psicología es para el psicopatólogo tan necesario en principio como un estudio de anatomía para el anatómopatólogo y de fisiología para el fisiopatólogo. Jaspers recomienda algunos libros de Psicología: *"Psicología Fisiológica"* de Wundt que considera anticuado pero útil, la psicología de Ebbinghaus elaborada por Bumke, la fundamentación fenomenológica de las investigaciones psicológicas fomentadas por Husserl (por su pureza metodológica) y en esa misma dirección muchos trabajos de Külpe. Como breve exposición de esa tendencia de la investigación: Messer.

Puede advertirse que Jaspers aconseja en su época adquirir los conocimientos *explicativos* provenientes de la psicología fisiológica, así como investigar los fenómenos psicológicos con la *metodología fenomenológica* (sin adherir a los principios de la fenomenología eidética).

Siguiendo su recomendación bibliográfica, hoy los psicólogos y psicopatólogos deben conocer la avanzada indagación de la psicofisiología y dominar los nuevos hallazgos de la neuropsicofarmacología e investigar los fenómenos psicológicos y psicopatológicos con la metodología fenomenológica, que más adelante veremos.

FENÓMENOS COMPLEJOS Y SU METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Denominaremos "fenómeno complejo" a toda "emergencia" mental con o sin un correlato motor asociado y para el cual se intuye la existencia de un sustrato neurobiológico determinado. Dichos fenómenos pueden formar parte de la vida psíquica sana o constituir una expresión psicopatológica (6,20). Algunos fenómenos complejos que forman parte de la vida sana son: la conciencia, los procesos cognitivos, la toma de decisión, los afectos, las ensoñaciones y los procesos inconscientes, entre muchos otros. Los fenómenos complejos como parte de la vida psíquica enferma abarcan todo el espectro de las patologías psiquiátricas conocidas, incluyendo el fenómeno de la automutilación. Hemos denominado a estos fenómenos como "complejos", pues presentan una enorme dificultad en su estudio científico sistematizado (8,22). Esta dificultad se origina por múltiples razones, pero especialmente debido a los siguientes factores:

La histórica tendencia cartesiana de separar conceptualmente los acontecimientos mentales de las dimensiones somáticas de un sujeto cognitivo.

La carencia de una interfase efectiva que conecte la expresión fenomenológica de los fenómenos complejos con sus potenciales sustratos neurobiológicos. En este sentido, la psicopatología y la fenomenología clásica han resultado insuficientes. Nuevos enfoques, provenientes desde las neurociencias cognitivas han presentado interesantes propuestas en los últimos años (36) .

El diseño de una teoría exitosa que de cuenta de los fenómenos complejos requerirá de aproximaciones de multinivel, así como de la capacidad de mapear las propiedades emergentes desde su manifestación fenoménica hasta un correlato

neurofuncional. El éxito en esta empresa debiera apoyarse en una transformación tanto de la psicopatología como de los criterios clasificatorios vigentes.

LA TRICOTILOMANÍA COMO FENÓMENO CLÍNICO DE ORDEN COMPLEJO: CONCEPTO Y GENERALIDADES

El fenómeno de la TTM puede comprenderse como un espectro de conductas heterogéneas en su presentación clínica, pero con elementos psicopatológicos comunes. Puede aprehenderse desde una perspectiva dimensional/categorial y diagnóstica, representada por los manuales modernos de clasificaciones diagnósticas o desde una mirada fenomenológica centrada en el acontecer mismo. La psiquiatría moderna con énfasis categorial lo describe generalmente como un síntoma presente en muchos síndromes de distinta etiología. Se le describe también como un comportamiento normal del desarrollo cuando presenta una expresión clínica menor. Clínicamente, la TTM puede presentarse como: Tics, estereotipias, rituales, auto-estimulación, compulsión o como un modo de comunicación(5,8,11).

Sx Clínicos que cursan con TTM

- Autismo
- Retardo Mental
- Sd. de Tourette

- Trastornos de Personalidad
- Depresión Mayor
- Psicosis
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Lesch-Nyhan
- Cornelia De Lange
- Prader – Willi
- CIPA (Congenital Insensitivity to Pain with Anhidrosis)
- Trisomía 16q
- Daño medular
- Trastorno Afectivo Bipolar

Al intentar una descripción fenomenológica y no clasificatoria de la TTM es necesario abordar el problema desde dos perspectivas psicopatológicas complementarias: la despersonalización y el trastorno del control de impulsos.

Despersonalización

El síndrome de despersonalización es un cuadro relativamente frecuente en la práctica psiquiátrica y neurológica. Ha sido descrito como "una alteración en la percepción o en la experiencia de sí mismo, de modo que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales o de su cuerpo". El síntoma fue descrito inicialmente por Esquirol en su libro "Des Maladies Mentales" en 1838 y referido a pacientes depresivos. Grisinger y Zeller reportaron descripciones similares aproximadamente durante la misma época. Sin embargo, los reportes más sistemáticos fueron realizados en Francia por el otorrinolaringólogo

Maurice Krishaber (28), quién en 1873 propuso el término "neuropatía cerebro-cardiaca"; para describir una sensación de extrañeza respecto de sí mismo y del mundo exterior que experimentaban algunos de sus pacientes. En 1894 Dugas acuñó el término despersonalización al extraerlo de las notas personales del filósofo suizo H.F. Amiel. Dugas (33) conceptualizó el fenómeno como una alteración de la conciencia de sí mismo en que está perdida la sensación de ser sujeto o agente generador de actividad mental. El fenómeno incluye también experiencias de irrealidad respecto del propio cuerpo y del entorno (desrealización). Los principales componentes psicopatológicos de la despersonalización se describen a continuación.

Principales componentes de la despersonalización

- Sentimiento de irrealidad
- Sentimiento de automatización
- Auto-observación
- Alteraciones emocionales:
- Ausencia de subjetividad emocional
- Falta de respuesta autonómica
- Alteraciones en la imagen corporal
- Alteraciones en la vivencia del tiempo

Desde las primeras descripciones de la despersonalización se ha propuesto la existencia de alteraciones en la experiencia del dolor en pacientes afectados por este cuadro clínico (23,30). En la actualidad, diferentes estudios psico-fisiológicos controlados han demostrado un umbral aumentado de dolor en sujetos despersonalizados. Sin embargo, al observar el fenómeno desde una perspectiva neuropsiquiátrica, la respuesta al dolor en la despersonalización se asemeja más al fenómeno

de "asimbolía al dolor". En esta condición neurológica los pacientes discriminan estímulos dolorosos, pero no evidencian respuestas motoras y emocionales ante estos. Los datos aportados relacionarían la despersonalización y su experiencia alterada del dolor con los fenómenos auto-mutilatorios como la TTM y en otros más graves en que incurrían muchos pacientes durante estados disociativos.

Control de impulsos

El estudio del control de los impulsos se inicia históricamente con la consideración de la voluntad como eje fundamental de la filosofía y la psicología. Así, durante los siglos XVIII y XIX, (36) las enfermedades mentales se consideraron ligadas etiológicamente a alteraciones en la voluntad. Posteriormente, desde fines del siglo XIX y durante el siglo XX las corrientes psicológicas predominantes determinaron un relativo olvido del concepto de voluntad en favor de nuevos modos de entender las conductas sanas y enfermas.

En la actualidad se consideran impulsivos aquellos actos ejecutados enérgicamente sin deliberación o reflexión y bajo la influencia de una presión que limita la libertad de voluntad del sujeto. Se incluyen nosológicamente como "trastornos del control de impulsos"(20,28).

ETIOLOGÍA DE LOS FENÓMENOS TRICOTILOMANÍACOS

Modelos generales

Diversos modelos explicativos se han propuesto para abordar la TTM. Especialmente interesante parece el modelo teórico que la conceptualiza como un patrón conductual mal adaptativo que resultaría útil para regular estados disfóricos,

comunicar "distress", expresar emociones y lograr un "coping" con estados disociativos. La descripción de otros modelos teóricos, farmacológicos, lesionales y sociales para estas conductas exceden el propósito de este artículo. Se centrará la atención en las hipótesis neurobiológicas propuestas.

Hipótesis Neurobiológicas

Se han planteado múltiples hipótesis neurobiológicas para explicar la TTM, dichas teorías involucran a diversos sistemas de neurotransmisores.

Sistema Serotoninérgico

Diversos hallazgos apoyan una correlación entre TTM y depleción serotoninérgica. Dicha correlación se ha inferido a partir de modelos animales de hetero-agresividad que demuestran una depleción serotoninérgica. Luego, al reconocer desde un punto de vista conceptual que la auto-mutilación, específicamente la TTM, es una forma de agresividad auto-referida, se ha puesto interés en este sistema de neurotransmisión. En esta línea de investigación se ha reportado un beneficio clínico en pacientes portadores de Sd. De Lesch-Nyhan con TTM al ser tratados con un precursor de serotonina (5-hidroxitriptofano). Sin embargo, estudios posteriores no han replicado consistentemente estos hallazgos. Otro modo de relacionar la auto-mutilación con una disfunción serotoninérgica es relacionando clínicamente los fenómenos auto-mutilatorios con los TOC. Ambos comparten características psicopatológicas comunes. Así, se han reportado mejorías en síntomas obsesivo-compulsivos asociados a TTM con el uso de inhibidores de recaptura de serotonina.

Otros hallazgos reportados indican una reducción de metabolitos de serotonina (5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo en pacientes con depresión mayor y conductas auto-mutilatorias no suicidales. Finalmente, estudios en ratas demuestran conductas auto-líticas asociadas a lesiones electrolíticas o neuro-químicas de los núcleos serotoninérgicos.

Sistema Dopaminérgico

Se ha sugerido una relación entre auto-mutilación y disregulación dopaminérgica a partir de estudios en Sd. de Lesch – Nyhan y Sd. de Tourette. Se plantea una disregulación dopaminérgica asociada a una supersensibilidad de receptores de dopamina. Respaldo a esta hipótesis se ha encontrado en estudios en ratas en que se inducen conductas auto-lesivas vía denervación dopaminérgica química con 6-hidroxidopamina y estimulación con agonistas de dopamina (L-dopa o apomorfina). Posteriormente, se ha demostrado una reducción de dichas conductas al añadir antagonistas dopaminérgicos D1 selectivos ó D1 / D2. Estudios posteriores indican que sería una disregulación mixta, serotoninérgica y dopaminérgica, la que se encontraría asociada a la auto-mutilación. Debe recordarse, además, que estos sistemas de neurotransmisión poseen mecanismos regulatorios recíprocos de orden inverso.

Sistema Opiáceo

Se ha planteado una disfunción del sistema opiáceo asociado a auto-mutilación. Se sugiere que el sistema opiáceo de algunos sujetos se encontraría alterado de tal forma que se requeriría una liberación aumentada de opiáceos endógenos para mantener un "tono" opiatérgico adecuado. Los hallazgos que respaldan esta hipótesis reportan

niveles aumentados de opiáceos endógenos (met-enkefalina), en pacientes hospitalizados por

conductas auto-mutilatorias. Además, se han reportado respuestas clínicas favorables en este tipo de pacientes al ser tratados con antagonistas opiáceos como naloxona o naltrexona. Sin embargo, la heterogeneidad de los estudios no permite extraer conclusiones definitivas en relación a la eficacia de estos tratamientos, siendo necesarios estudios longitudinales de caso y control.

El aumento de la actividad de opiáceos endógenos podría explicar parcialmente la observación clínica frecuente que relaciona los períodos de auto-mutilación con una aparente insensibilidad al dolor o analgesia y a ciertos estados disociativos.

Otros Sistemas de Neurotransmisores

Algunos estudios plantean la participación de sistemas noradrenérgicos centrales como de una hiper-actividad de sistemas neuro-endocrinos, asociados a aumento de cortisol plasmático, hiper-arousal y estados de despersonalización.

Correlación entre auto-mutilación y percepción alterada del dolor

Diversos hallazgos hacen posible plantear una asociación entre auto-mutilación y una percepción alterada del dolor o de la experiencia somática de sí mismo. Dichos hallazgos relacionados entre sí, permiten plantear un modelo de auto-mutilación basado en una estrategia de estudio de multi-nivel para fenómenos complejos. Los hallazgos generales que permiten la elaboración de esta hipótesis se detallan a continuación.

Modelos animales

Modelos lesionales que inducen hipoestesia, disestesia o analgesia franca, se relacionan con conductas auto-mutilatorias. Los medios empleados para inducir lesiones han sido vasculares, neurales, químicos o electrolíticos. Las lesiones se han producido en zonas periféricas, involucrando extremidades y han resultado en conductas auto-mutilatorias repetitivas.

Modelos Humanos

Diversos modelos humanos relacionan síndromes clínicos que cursan con una percepción alterada del dolor y la presencia de conductas auto-mutilatorias. Cuatro hallazgos parecen relevantes al respecto:

El trastorno conocido como insensibilidad congénita con anhidrosis (CIPA), raro trastorno autosómico recesivo caracterizado por anhidrosis, auto-mutilación, ausencia de reacción a estímulos nociceptivos, retardo mental, fiebre recurrente y prolongados períodos de recuperación de heridas dérmicas. La alteración en nocicepción deriva de la ausencia de ganglios en las raíces dorsales de médula espinal y se asocia a auto-mutilación.

El reporte de conductas auto-mutilatorias asociadas a deaferentación por atrapamiento de médula espinal derivado de malformaciones en dicho segmento.

El reporte de déficits nociceptivos en pacientes portadores de trastorno borderline de personalidad y auto-mutilación.

La presencia de auto-mutilación compulsiva en el síndrome de Lesch-Nyhan podría deberse a una disfunción talámica que generaría una alteración cualitativa de la experiencia somática o conciencia "somato-psíquica".

Auto-mutilación y estudios neuro-funcionales.

Los autores desconocen la existencia de reportes bien diseñados dirigidos al estudio de fenómenos auto-mutilatorios a partir de neuro-imágenes funcionales.

LA TRICOTILOMANIA EN LA HISTORIA Y LA CULTURA

Nuestro cabello es fundamental en nuestra apariencia y sumamente importante en la manera que nos percibimos a nosotros mismos. Nosotros cortamos, pintamos y arreglamos nuestro cabello, le damos forma a las cejas, magnificamos las pestañas, nos deshacemos de los pelos de la nariz y acicalamos nuestras barbas y bigotes. Es en gran parte nuestra carta de presentación. El término tricotilomanía (TTM) data de 1889 cuando el médico francés Francois Henri Hallopeau, observó a un joven paciente que tendía a halarse el cabello. Eligiendo para dicho padecimiento, las palabras griegas trich, tillo y manía, cuyo significado es cabello, halado y locura respectivamente.

Pero ante ciertas circunstancias, el halado de cabello ha sido socialmente aceptado según algunos registros históricos. Los Griegos rasuraban el cabello de los muertos antes del funeral de un amigo o familiar. Los miembros de una secta monástica de Jain en India, diario se arrancan un puñado de cabello de la cabeza como signo de humildad. En África las mujeres de la tribu Ila, arrancan el vello púbico y de la barbilla de sus futuros esposos. (Gregersen 1983).

Hay registros bíblicos, filosóficos y artísticos sobre el halado del cabello, el cual en algunas ocasiones era socialmente e incluso legalmente castigado. El escultor Artus Quellinus de Oude (1600's) representa a una mujer arrancándose el cabello en su escultura "Mujer En La Casa De La Locura". August Pugin y Thomas Rowlandson, pintores del siglo XIX representan a pacientes psiquiátricos halándose el cabello. Shakespeare tiene numerosas referencias sobre este acto. (Gilman 1985). En **La Biblia** se encuentran los siguientes registros: Ezra 9:3 (Antiguo Testamento). Cuando escuché esto, me desgarré las vestiduras y me arranqué el cabello de la cabeza y mi barba y me senté a llorar. Isaías 50 v6 Ofrecí mi espalda a aquellos que me golpearon y mis mejillas a aquellos que arrancaron mis barbas y no escondí mi cara a las burlas. Lucas 12: 6-8 Hasta los cabellos de tu cabeza están numerados por Dios...respétalos. **Shakespeare** tiene varias referencias: De la obra "Mucho Ruido Y Pocas Nueces" (1599) 2do Acto. Claudio le dice a Leonardo; "Está mal...triste...se arranca el cabello" En "La Tragedia de Romeo y Julieta" (1595). 3er Acto. "Juliet thy love, An hour but married, Tybalt murdered, Doting like me, and like me banished, Then mightst thou speak, then mightst thou tear thy hair, And fall upon the ground, as I do now, Taking the measure of an unmade grave." Existen otras citas en "La Tragedia de Titus Andronicus (1594) y en "La Vida Y Muerte del Rey Juan" (1597). En la **Ilíada** de Homero (s. 750 A.C.) "...y como renta debías dejar tu cabeza sin cabello...para Zeus"

En el registro médico histórico, esto tampoco es nuevo. Hay reportes desde Hipócrates en el Siglo V A.C. Otros reportes más formales datan del siglo XVIII y XIX D.C.

- Desesperarse: "Sentir y mostrar con lamentaciones, gestos, etc., disgusto violento por un contratiempo grave, tirarse de los pelos".

Diccionario de uso de María Moliner.

- "Cuando el avaro, como todos los días, fue al lugar a visitar su tesoro, vio la tierra revuelta y se dio cuenta que la habían robado su oro. El hombre se puso a llorar y a arrancarse los cabellos desesperadamente".

Revista Facultades, nº 23.

- "Cuando un Gitano está gravemente enfermo... Producido el fallecimiento se quitan todas sus alhajas y comienzan a gemir y arrancarse los cabellos, en este sentimiento desatado del dolor ..."

Fundación Hemera.

- "Amnistía Internacional ha solicitado la liberación del doctor de medicina china Kang Yuchun.... Kang estaba débil, que había perdido peso y que le habían ordenado arrancarse la barba pelo a pelo, lo que le había dejado la cara cubierta de sangre".

Amnistía Internacional, julio 1997.

- Por jugar En su Libro de motes de damas y caballeros: intitulado el juego de mandar publicado en 1535, Francisco Díaz Romano propone como entretenimiento que una dama lo abriera y ella y el caballero debían hacer lo indicado en la página: bailar, descalzarse, suspirar, arrancarse cabellos, no hablar durante una hora, tumbarse en el suelo, reír sin alegría, decir una mentira, pincharse la lengua con una aguja...
- Cuenta una leyenda mexicana sucedida en el Portal de Mercaderes y Esquina de Plateros en el siglo XVII al oficial escribiente D. Bonifacio Tirado de la Calle "No había sorteo de la Real Lotería en que no jugara con afán, ...Pero nada, la suerte siempre le era esquiva... Desesperado de esta situación ... calvo se había quedado de arrancarse los cabellos en sus horas cotidianas de tribulación"

Fragmento de "Los polvos del Virrey".

- A no exagerar "No importa el cómo sino el qué. Lo que importa es ganar y regresarle el poder a quienes -desde su óptica- siempre lo debieron tener, a Raúl Ojeda quien encabezó la marcha para que Madrazo entrara al poder (y que no tuvieron que arrancarse ni un pelo de la ceja para amanecer como los personajes más demócratas de México)",

Diario La Palabra, por Julio Diaz.

- "El hábito no hace al monje ¿o sí? En el fondo, retorcerse en el suelo y arrancarse el cabello por puñados por el atuendo informal o mal combinado de Evo Morales es un poco superficial. Tanto europeos como bolivianos deberíamos estar mucho más concentrados en su ropaje mental, en los hábitos de su corazón y mente, en la vestimenta ética y moral que lleva dentro"

Diario El Tiempo, por Lupe Andrade.

- "Izquierda y derecha. Primer corolario: no es lógico arrancarse los cabellos porque un gobierno como el de Lula mantiene buena parte de las políticas de Fernando Henrique Cardoso"

Diario Excélsior, por Nina Antillón.

GENERALIDADES

El término tricotilomanía (TTM) data de 1889 cuando el médico francés Francois Henri Hallopeau, observó a un joven paciente que tendía a halarse el cabello. Eligiendo para dicho padecimiento, las palabras griegas trich, tillo y manía, cuyo

significado es cabello, halado y locura respectivamente. Para los fines de este ensayo se considerará como Tricotilomanía a los siguientes términos (1,2):

Tricotilomanía: del griego "Trich" (pelo) "tilo" (estiramiento) y "manía" (impulso). escrita por Hallopeau en 1889, se trata de una conducta de arrancamiento compulsivo del pelo de la cabeza, cejas, pestañas o vello corporal. Las personas con cabellos largos suelen chuparlo y morderlo hasta que éste se rompe. **Tricocriptomanía o tricorrexomanía:** se describe como el hábito compulsivo de cortar el pelo con las uñas a cualquier nivel, junto al cuero cabelludo o a varios centímetros de la superficie de la piel. **Tricofagia:** acto de ingerir pelos. **Tricoteiromanía:** Freyschmidt-Paul describieron en 2001 el hábito de frotamiento de la piel del cuero cabelludo con fractura del pelo. El mismo cuadro denominado pseudoalopecia por rascado fue descrita en 2000 por Runne aunque otros la incluyen en el cuadro de excoriación psicogénica mencionada por Arnold y Touraine. **Tricotemnomanía:** hábito de cortar o afeitar el pelo descrito en 1968 por Braun-Falco y Vogel. Se observa en pacientes de edad avanzada con signos de psicopatía que cortan los pelos a escasos milímetros del cuero cabelludo con hojas de afeitar o bisturí ya que los extremos aparecen a pique. Cuadros similares fueron descritos por Saboureaud bajo el nombre de triciclasia tonsurante. **Plica neuropática:** fue publicada por LePage en 1884 en una paciente cuyos pelos se presentaban enmarañados, enredados. La condición de enferma psiquiátrica dio origen al nombre. Por razones de practicidad en este artículo nos referiremos a cualquiera de estos trastornos con el término genérico de tricotilomanía (2).

El diagnóstico surgió cuando se recababa el dato del comportamiento, ya sea dado por el paciente o por algún familiar. En el 20% de los casos, la primera consulta

fue generada con el dermatólogo, quien detecta el problema. El 100% de los pacientes son vergonzosos con respecto a su comportamiento y pueden no querer que se los revise. Incluso 4 de las mujeres suelen evitar las consultas ginecológicas por miedo a que se las descubra (1).

La piedra angular en el diagnóstico es la clínica y una bien elaborada historia clínica. Sin embargo es de mucha ayuda, como sabemos los criterios diagnósticos del DSM IV TR los cuales enumero a continuación:

- Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.
- Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.
- Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento de pelo.
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (por ejemplo, enfermedad dermatológica).
- La alteración causa malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Existen varios estudios complementarios, los cuales no se utilizaron en nuestro análisis, pero será necesario recordarlos ya que son accesibles. La biopsia de cuero cabelludo puede ser diagnóstica pues muestra el aumento característico de pelos catágenos (fase del ciclo del pelo que se encuentra entre la fase anagena y telogena, es de corta duración de aproximadamente 2 a 4 semanas), tricomalacia y melanina dentro del canal folicular secundario a la extirpación traumática del pelo. Hay ausencia de infiltrado inflamatorio perifolicular. El pelo fracturado y retenido puede tener una

configuración en sacacorchos. La indicación de esta no es imprescindible para el diagnóstico pero en ocasiones, ante la duda diagnóstica, o bien para confirmar, puede ser de utilidad. Si se sospecha la presencia de tricobezoaras pueden realizarse estudios según el supuesto sitio de impacto a lo largo del tubo digestivo (2).

Etiología y patogenia

La etiología es desconocida. Diferentes teorías fueron elaboradas y probablemente no sean excluyentes. Es probable que ciertos estresantes ambientales pasados o actuales desempeñan un papel precipitador o exacerbador del trastorno.

Teorías

Teorías psicodinámicas Sugieren que se trata de una forma de reacción por una pérdida o separación sufrida en la infancia. La apariencia de "un niño" que tienen algunos pacientes adolescentes supone el significado de un deseo por retornar a estadios infantiles y evitar la presión del crecimiento sexual de los adolescentes. Se ha discutido en la literatura el significado erótico, sadomasoquista y/o masturbatorio de la conducta que tienen estos pacientes. Algunos autores vinculan este "arrancarse el pelo" con el retorcerlo o con "chuparse el dedo"; de este modo asociar un posible significado de intento de recuperar la madre ausente mediante la presencia del propio cuerpo. Ciertos estudios familiares indican que, a menudo, uno de los padres, usualmente la madre, es dominante, intrusiva, demasiado crítica o distante, ocultando de este modo considerable temor o necesidad. Por otro lado, el padre aparece como pasivo o débil. Así el niño tiende a "pegarse a la madre" desde la infancia, cada vez de forma más intensa generando una relación dependiente-hostil que dificulta la separación. **Teorías cognitivo conductuales** apuntan a un refuerzo de un hábito adquirido.

Teorías bioquímicas provienen de la descripción de ciertas comorbilidades (como los trastornos de ansiedad y del humor) y su respuesta inicial a fármacos con similares mecanismos de acción. De esta forma, se involucra una desregulación de la serotonina y el compromiso de los lóbulos frontales. La disminución del volumen del putamen vista por RMN de mujeres con tricotilomanía se asemeja al de pacientes con síndrome de Gilles de la Tourette.

Epidemiología

El inicio del trastorno se da mayormente en la infancia a una edad promedio de 13 años siendo el número de niños afectados superior al de adultos. Los síntomas generalmente se inician antes de los 17 años y pueden afectar hasta el 4% de la población. Las últimas estadísticas dicen que el 1,5% de los hombres y el 3,5% de las mujeres de los Estados Unidos padecerán esta enfermedad a lo largo de su vida. Las mujeres son 4 veces más propensas a padecerla que los hombres. Aparece en forma esporádica aunque se han reportado casos familiares y en algunos parientes de primer grado existen problemas de alcoholismo, drogadicción, trastornos de personalidad y TOC. Un 5 a un 18% presenta tricotilofagia y un 37.5% de estos pacientes presentarían tricobezoares, de los cuales un 22.2% son asintomáticos, produciendo el resto molestias vagas, llegando en casos extremos

al síndrome de Rapunzel. En los niños aparece habitualmente en períodos de estrés como una mudanza, hospitalizaciones, problemas de desarrollo, separación o alteración en la relación madre-hijo. *"Apenas se vio Pinocho libre de aquel collar ignominioso y molestísimo, escapó a todo correr por el campo, y no paró un momento hasta llegar al camino real que había de conducirlo hasta la casita del Hada. En su lugar había una*

lápida de mármol con una cruz, y en la cual estaban escritas las siguientes palabras "Aquí yace la niña de cabellos azules que murió de dolor por haberla abandonado su hermanito Pinocho".... Y llorando decía: "--¡Oh, Hada preciosa! ¡Hermanita mía! ¿Por qué has muerto? ... Mientras se lamentaba de este modo, trataba algunas veces de arrancarse los cabellos; pero como eran de madera, ni siquiera tenía el consuelo de despeinarse en desahogo de su desesperación" Pinocho, capítulo XXIII.

En adolescentes y adultos es más probable que exista un desorden de ansiedad o psicopatía: depresión mayor, fobias o TOC. En los adultos el trastorno es más grave que en los niños. Pero no siempre el quitar pelos es un trastorno. La estética cultural ha motivado la depilación aún antes de la cera, la afeitadora, las cremas, el láser y la electrodepilación. Entre los araucanos de Chile y Perú existía la práctica común de arrancarse los pelos de la cara con unas tenacitas. Esta costumbre estaba fundada en sus ideas de estética y hasta decencia, considerando que faltaban a ella los que traían sus cejas muy pobladas, ya que el tipo de hermosura araucana es que la ceja aparezca apenas diseñada por una línea. El cabello en la cara, en este caso, era una infracción a la general estética visual y a la decencia social para ser aceptados. En el Chaco, cerca de Concepción, se encontraban los Frentones, una tribu a quien los españoles dieron este nombre porque tenían la costumbre de arrancarse los cabellos de la frente para ensancharla. "Arrancar el pelo a una mujer: Preocupación" "Arrancarse el pelo de la barba: despilfarro de dinero" Significado de los sueños.

Neurobiología

Los conocimientos acerca de la neurobiología de la tricotilomanía son escasos. Recientemente se han hallado, en imágenes de resonancia magnética, evidencias de un

reducido volumen cerebeloso en 12 mujeres con diagnóstico de tricotilomanía. Este dato sustenta la conceptualización histórica de que el cerebelo coordina secuencias motoras. (26). Fenomenológicamente la tricotilomanía y el TOC se caracterizan por la dificultad para suprimir conductas repetitivas inapropiadas. Un estudio publicado en BMC Psychiatry, 2005 señala que los pacientes diagnosticados con TOC demostraron una mayor inhabilidad en los acontecimientos vitales y los pacientes con tricotilomanía una mala respuesta al tratamiento. Por otra parte los pacientes con TOC registraron una comorbilidad mayor, una mayor evitación del daño, mayor presencia de creencias no adaptativas y un mayor abuso del sexo. Actualmente se vincula el TOC al circuito estriatal, el caudado y el putamen. Recientemente, científicos de la Universidad de Duke de Estados Unidos han identificado, en algunos casos (5%), mutaciones en el gen SLITKR1 (6).

También existen evidencias de, en ambos trastornos, existe una alteración del gen codificador del receptor serotoninérgico 5-HT_{2A} (26). Otros autores reportan coincidencia entre ambos desórdenes en lo que concierne a la memoria y el trabajo espacial, aunque reconocen que los pacientes con TOC presentan disfunciones neuropsicológicas más importantes (6).

"Otros estados mórbidos hay que provienen de la costumbre, tales como arrancarse los cabellos, roerse las uñas, ... En unos se presentan estas cosas por naturaleza, en otros por costumbre, como en los que han sido violados desde niños..."
Aristóteles, *Ética Nicomachea*, L. VII, c. 5, 1148 b 27-31.

Clínica

Frecuentemente su diagnóstico es difícil pues los individuos que lo padecen tienden a disimularlo o, incluso, a maquillar las zonas peladas, como cabeza, cejas, pestañas y pelo corporal. El hábito de arrancarse el pelo no es vivido de forma dolorosa físicamente y en ocasiones llega a ser una conducta automática de la que no se es plenamente consciente. Un fuerte indicio diagnóstico es que en ocasiones los pacientes no se preocupan por la alteración estética, "bella indiferencia". El compromiso del pelo del cuero cabelludo se suele situar en zona de la coronilla, en occipital, parietal y vértex con expansión hacia atrás, con predominio del lado contralateral a la mano dominante. También se comprometen las cejas, pestañas o zona púbica. En los niños las áreas de calvicie se reparten. En los adultos se esconden y se arranca el pelo en zonas más difíciles de descubrir. Es frecuente que vaya asociado con el morderse las uñas. El examen histopatológico muestra desgarro del folículo piloso con restos de bulbo, exudado hemorrágico y distorsión completa del pelo. Es frecuente hallar vainas pilosas con eritrocitos y material proteináceo, hallazgo que por reminiscencias morfológicas se denomina "signo de la hamburguesa" característico de la agresión traumática (J Cutan Pathol, 2006).

El bezoar gástrico se desarrolla cuando el material ingerido permanece en el estómago y no es digerido. Se debe sospechar el tricobezoar en una mujer joven con una masa firme y móvil en epigastrio. Los tricobezoares se observaron en mujeres en el 10% de los casos y en menores de 30 años en el 5%. Una forma menos frecuente pero potencialmente fatal es el Síndrome de Rapunzel, caracterizado por la presencia de cabello en el intestino delgado con una gran bola de cabello fija en el estómago como un ancla, con necrosis isquémica y perforación del intestino delgado. Se señala que hasta el siglo XVIII se atribuyeron a los bezoares poderes especiales, fundamentalmente la habilidad

de neutralizar venenos, y fueron muy apreciados por sus poderes mágicos los bezoares extraídos de animales. Además de distribuir venenos, se creía que evitaban epilepsia, disentería, peste y lepra; a veces usados como amuletos, proporcionaban protección contra espíritus malignos. "Estaba casi calva por problema nervioso. Extraen pelota a niña "come pelo". Cabellos se juntaron con jugos gástricos y formaron bola de cuatro libras de peso" (Domingo 20 de Junio de 1999 | Managua, Nicaragua).

Comorbilidades, y Diagnósticos Diferenciales

El diagnóstico diferencial deberá de hacerse con: Alopecia areata. Tiña capitis. Alopecia por tracción. Alopecia androgénica. Moniletrix. Pili torti. Alopecia cicatrizal. Alopecia secundaria: sífilis, LES, linfoma o endocrinopatías.

TOC y Tricotilomanía

El Espectro TOC y La Tricotilomanía Durante los últimos años, los trastornos de espectro obsesivo-compulsivo han surgido como una categoría diferenciada de trastornos interrelacionados con implicaciones diagnósticas, etiológicas y terapéuticas importantes. Los trastornos de espectro obsesivo-compulsivo se caracterizan clínicamente por pensamientos o preocupaciones obsesivos por el aspecto físico (trastorno dismórfico corporal), peso corporal (anorexia nerviosa), sensaciones corporales (despersonalización), enfermedad orgánica (hipocondría); o por comportamientos estereotipados, rituales impulsivos como tics (síndrome de la Tourette, tricotilomanía), compulsiones sexuales, juego patológico u otros trastornos de control de impulsos. Según Hollander y Benzaquen (17) estos trastornos se pueden considerar un continuum con sobreestimación del daño en el extremo compulsivo (TOC, Trastorno dismórfico corporal, Anorexia Nerviosa, Hipocondría,

Despersonalización) y subestimación del daño en el extremo impulsivo (Trastornos del control de impulsos, episodios bulímicos, trastornos de personalidad de cluster B; antisocial, límite e histriónico) con estrategias de comportamiento de evitación del riesgo en el primer extremo y de búsqueda del riesgo en el otro extremo.

Desde el punto de vista sintomático, la impulsividad y la compulsividad tienen en común la incapacidad de inhibir o retrasar comportamientos repetitivos. Sin embargo, la diferencia entre ambas radica en los centros impulsores de la acción: en la compulsividad se trata de disminuir el malestar asociado a los rituales, y en la impulsividad se trata de obtener placer. Aun así, se han descrito casos de sujetos que presentan características compulsivas e impulsivas. Por otra parte, estos mismos autores se basan en la hipótesis de que esta dimensión se encuentra delimitado en un marco biológico de hiperfrontalidad y sensibilidad serotoninérgica aumentadas asociadas a los trastornos de carácter compulsivo e hipofrontalidad y niveles serotoninérgicos presinápticos elevados asociados al grupo de trastornos del control de los impulsos.

Dentro del trastorno de espectro obsesivo-compulsivo se encuentran un conjunto de enfermedades neurológicas determinadas. En efecto, es significativamente estrecha la relación clínica que vincula los TOC con patologías “orgánicas” subcorticales (Sd. de Gilles de la Tourette, corea de Sydenham, encefalitis de Von Economo, epilepsia temporal, necrosis bipalidal, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, etc.) cuya lesión se sitúa en los ganglios de la base. En estos casos los fenómenos clínicos son muy similares a los auténticamente obsesivos, y aunque en el caso de las patologías neurológicas se produzcan impulsos y en el TOC primario surjan compulsiones de intensa actividad cognitiva y resistencia al fenómeno, es de relevancia que la vinculación clínica más estrecha del TOC sea con patologías que afectan los mismos

circuitos frontobasales que se encuentran implicados en la patología obsesiva primaria. Actualmente se aboga por la existencia de un síndrome obsesivo (SO) asociado a estas patologías neurológicas que desde un punto de vista etiopatogénico todavía no se ha podido relacionar con el TOC convencional. Una de las propuestas explicativas que ha resultado más difundida considera la posibilidad que la enfermedad neurológica precipite el TOC por mecanismos inespecíficos (del mismo modo como podrían hacerlo la depresión o la ansiedad) o cause el TOC por los mismos mecanismos que, por otra parte, dan lugar al TOC primario. De este modo quedarían ulteriormente identificados como la misma entidad el SO de la enfermedad neurológica y el TOC. Este mismo modelo explicativo recordaría las conclusiones a las que Grimshaw (14) expuso a raíz de sus estudios clínicos: “la enfermedad neurológica previa aísla la actividad perseverante subcortical, separándola de los centros corticales superiores. Así pues, esto facilitaría la exteriorización de fenómenos compulsivos, al quedar reforzados después en la vida por factores precipitantes de tipo somático o psicogénico”. De todos modos, la naturaleza transversal y correlacional de la mayoría de investigaciones actuales en esta área no sirven para poner en claro si la enfermedad neurológica ha precipitado o causado tales síntomas obsesivos (SO).

Siguiendo la línea de ubicación nosológica del TOC frente a los fenómenos sindromáticos en los que se entremezclan fobias, obsesiones e ideas sobrevaloradas nos encontramos con tres trastornos bien categorizados como son el Trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia clásica), la Anorexia Nerviosa y la Hipocondría, los cuáles, a su vez, se incluyen en el Trastorno de espectro obsesivo-compulsivo. Aunque los manuales diagnósticos actuales (DSM, CIE-10) consideren el Trastorno dismórfico corporal como una condición clínica perteneciente al grupo de trastornos somatomorfos, la

controversia sobre sus límites nosológicos sigue abierta en base a su elevada comorbilidad con el TOC, su inclusión dentro del Trastorno de espectro obsesivo-compulsivo, su nexo fenomenológico con las fobias en psicopatología clásica y su extensibilidad clínica hacia un trastorno de características deliroides.

Dentro de un modelo dimensional algunos autores han señalado que la relación entre el trastorno dismórfico y el TOC no es de simple comorbilidad sino que existen datos clínicos (edad de inicio, fenomenología, curso clínico) y de respuesta terapéutica favorable a los ISRS en ambos trastornos (13) que permiten establecer un nexo de unión significativamente más estrecho entre el TOC y el Trastorno dismórfico corporal que con el resto de trastornos somatomorfos. Otra entidad perteneciente al grupo de Trastornos somatomorfos por parte del sistema diagnóstico que se asocia de forma significativa al TOC es la Hipocondria. La hipocondria primaria, separada de la hipocondria monosintomática o delirante y autónoma respecto de los síndromes secundarios a otros trastornos psiquiátricos, médicos o acontecimientos vitales estresantes, constituye una entidad que en un contexto sindromático también dificulta establecer sus límites nosológicos: se han observado preocupaciones de tipo hipocondríaco en pacientes con trastornos depresivos, trastornos por angustia, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por somatización, psicosis, trastornos de personalidad y TOC (13).

Desde el punto de vista sintomatológico, de forma análoga al paciente con TOC, el sujeto hipocondríaco presenta pensamientos obsesivos dubitativos (relacionados con el padecimiento de una enfermedad) y conductas compulsivas de comprobación (consultas médicas). Las obsesiones relacionadas con la contaminación de los pacientes

con TOC recuerdan el temor a los gérmenes, la contaminación y la enfermedad del hipocondríaco. La diferencia crucial entre ambos trastornos es que mientras los pacientes TOC reconocen como intrusos o claramente egodistónicos e irracionales sus pensamientos, el hipocondríaco considera racional su temor a la enfermedad (17),

Por último, resultados preliminares del uso de ISRS en el tratamiento de la hipocondria han sido positivos (19) aunque se necesitan estudios adicionales para examinar estos efectos. Además, en la práctica clínica se identifica al paciente hipocondríaco típico como el que presenta la mayor parte de su tiempo la convicción de estar enfermo de forma que ocupa la vida mental del sujeto con las características de una verdadera obsesión, y que, en correlación al trastorno dismórfico corporal, la dificultad terapéutica y el mal pronóstico se sujetan al desarrollo de la ideación sobrevalorada.

La sugerencia de que la anorexia es “básicamente una manifestación de la patología obsesiva” fue realizada en primer lugar por Palmer y Jones (39) y fue más tarde descrita por Dubois como “neurosis compulsiva con caquexia” (14). La Anorexia Nerviosa (AN) y el TOC se superponen clínica y neurobiológicamente. Los fenómenos obsesivos u “obsesivoides” están habitualmente relacionados con la AN, aunque sea de forma sutil, en forma de deseo irrefrenable de delgadez y desarrollo ulterior de rituales y compulsiones compensatorias. Además, un porcentaje valorable de pacientes anoréxicas en fases iniciales del trastorno y, por tanto, aun no afectadas psicobiológicamente por los efectos del proceso de desnutrición, presentan una estructura de personalidad con acusados rasgos obsesivos. Por otra parte, Kaye y cols. (19) señalaron la existencia de una alteración primaria de la regulación de la actividad serotoninérgica en la AN que

apoyaría la teoría de la relación etiopatogénica entre ambos trastornos, así como la eficacia de algunos ISRS en según que estadios de la enfermedad, revisando los trabajos ya realizados por Crisp (1, 8) que demostraban la mejoría del cuadro clínico en pacientes AN tratados con Clomipramina. Es posible que la relación entre ambas patologías vaya más allá de la comorbilidad, de forma que compartan alguna anomalía neurobiológica que permita explicar la AN como una forma clínica de patología obsesiva. Finalmente, apuntar que la alteración del procesamiento de la información perceptiva que muestran los sujetos con AN se puede superponer a la que presentan los trastornos dismórficos.

En los trastornos de espectro obsesivo-compulsivo se pueden encontrar patrones similares de obsesiones intrusivas e irracionales y/o compulsiones o impulsos resultantes para ejecutar rituales o comportamientos repetitivos, como en el caso de la TTM. Todavía no ha quedado dilucidado ningún factor etiológico pero se sabe que constituye un grupo heterogéneo de trastornos con una fisiopatología divergente que podría explicar las diferencias fenomenológicas de ambos polos del espectro.

Personalidad y Tricotilomanía

Tricotilomanía y Personalidad. Las personas con Tricotilomanía (TTM) presentan características psicológicas que sugieren la existencia de una estructura funcional estable. Su constancia en todos los sujetos incluso antes de la aparición de la sintomatología que requiere intervención terapéutica, que resulta perturbadora - distanciándose así de la construcción psicométrica de rasgo de personalidad-, nos hace pensar en la supremacía de la peculiaridad estructural del sujeto, de la importancia que tiene su estilo cognitivo en su idiosincrasia. Así nos enfrentamos a un tema sujeto a

discusión. En efecto, se plantea si todos los pacientes afectos de con TTM muestran un mismo patrón estructural cognitivo-conductual, con rasgos de personalidad comunes; si la personalidad obsesiva constituye un antecedente necesario para el desarrollo del TTM; y si existe entre la personalidad obsesiva y esta patología un continuum, dejando entre ellos en muchas ocasiones unos límites poco nítidos.

En la clínica, la patología obsesiva ha sido atribuida a personas normativas, perseverantes y parsimoniosas, muy preocupadas por sus rendimientos, necesitadas de orden, limpieza y meticulosidad, y proclives a la duda sistemática y a continuas repeticiones y comprobaciones. En muchas ocasiones se tratarán de peculiaridades más psíquicas que conductuales, no llegando a la expresión clínica necesaria para su identificación. En este sentido es interesante estudiar las bases psicobiológicas de la personalidad obsesiva como posible desencadenante, entre otros factores, de las manifestaciones clínicas resultantes de una desadaptación biopsicosocial. Janet a principios de siglo describía ya la personalidad psicasténica basándose en dos componentes psicológicas básicas: sentimiento de “incompletud” (dificultades de decisión, ejecución y adaptación; juicios inestables y dudas; ansiedad, depresión y vivencias de despersonalización y de extrañeza), y disminución o pérdida de las funciones de la realidad (“defecto profundo de lo real) (inadaptación social, conductas poco eficaces y precisas y escasa capacidad de concentración). Pero dentro de esta categoría, como ya se intuye, caben muchos otros trastornos (TOC, trastorno de ansiedad, fobias...) además de la TTM. Sin embargo, si nos fijamos en su descripción del sentimiento de incompletud nos damos cuenta de que presenta cierta correlación con otros trabajos realizados por otros autores como son los de Emmelkamp ya en (28). En ellos atribuye a estos sujetos una baja tolerancia a la incertidumbre y a la ambigüedad,

dificultades para tomar decisiones por necesidad de anticipar consecuencias desfavorables, y en general un pensamiento marcadamente catastrofista.

El modelo de la learned helplessness (desesperanza aprendida o indefensión) que Seligman y cols. (9, 11) propusieron para las teorías conductistas de la depresión podría representar también a la personalidad obsesiva. En el obsesivo, la sensibilidad a las señales activadoras es muy alta, traducándose en emociones de miedo. El sujeto obsesivo se rige más por la reducción del temor que por el logro de estados placenteros, y su sistema emocional se basaría en estrategias de evitación de los estados displacenteros o antihomeostáticos. El helplessness en este contexto consistiría en un estado de perplejidad cognitiva, desesperanza emocional y bloqueo de la conducta. Todo ello se correlaciona con el temperamento introvertido que Eysenck atribuye al obsesivo, confiriéndole, pues, unas peculiaridades psicobiológicas centradas en una mayor activación basal que se amplifica por responder, además, a altos puntajes en neurosis, de modo que será proclive a la evitación de estímulos excedentes y a la inhibición conductual, promoviendo estados emotivos inplacenteros (bases de la moderna psicobiología del estrés). Todas estas consideraciones chocarían con la psicastenia de Janet en cuanto a la “baja tensión psíquica” o hipofuncionalismo nervioso-central que por definición regiría a dichos sujetos y expresado en un bajo nivel de vigilancia. Aun así, los registros psicofisiológicos de pacientes obsesivos confirman un alto nivel de activación y problemas de atención que posiblemente deriven de este elevado arousal. Añadiríamos por último el estilo cognitivo (procesamiento de la información en términos de contenidos, significados y creencias) que presentan los sujetos obsesivos.

Adicionalmente, el vínculo de la TTM con la historia de abuso sexual o físico en la infancia ha sido reportada en varios estudios. Tal como lo señalan Vanderlinden y Vandereicken, las psicopatologías alimentaria, afectiva y del control de los impulsos suelen ir de la mano de los síntomas disociativos. Por lo tanto, la presencia de síntomas disociativos en los pacientes con TTM con comportamientos de autodaño o sin éste sugieren la asociación con trauma infantil.

Otros investigadores han puesto el relieve en los equivalentes del espectro obsesivo-impulsivo. En este sentido, Favaro y Santonastaso, al estudiar la TTM en 23 pacientes, plantean la existencia de dos dimensiones: la autolesión impulsiva, relacionada con el antecedente de abuso sexual o trauma infantil, y la autolesión compulsiva, más asociada con obsesionalidad en pacientes muy jóvenes. Señalan, además, los comportamientos de autodaño como el factor predictor de deserción más importante en esta cohorte (2).

Tratamiento

Los abordajes usuales son la terapia psicológica llamada terapia de comportamiento (también llamada terapia de comportamiento cognitivo) y la farmacoterapia, individualmente o combinadas. Cuando el episodio se inicia antes de los seis años de edad es considerado un desorden benigno, autolimitado o fácilmente tratable con modificación de conducta. Suele asociarse con chuparse el dedo durante períodos de poca o baja estimulación, por ejemplo en la siesta o al dormirse en la noche, y habitualmente desaparece en la edad escolar. Cuando la tricotilomanía aparece en niños mayores y adolescentes, generalmente se instala como una condición crónica y es muy probable que vaya asociada a trastornos de ansiedad o depresión. En niños resulta

más eficaz la terapia de comportamiento y las conductas de reversión que el tratamiento farmacológico, en particular las técnicas de reforzamiento negativo; entrenamiento para revertir el hábito son útiles para los niños mayores. De todas formas no existe aún un manejo consensuado de la tricotilomanía. En general no se recurre a la terapia farmacológica en la edad preescolar pero, en los mayorcitos puede indicarse clomipramina, fluoxetina o paroxetina. En todo caso los resultados siempre son mejores cuando se combinan ambos abordajes (1,2).

Psicoterapia

La terapia de comportamiento está enfocada a cambiar conductas específicas, sentimientos y patrones de pensamiento; se centra en solucionar los problemas directamente en vez de buscar explicaciones de su origen. En esta modalidad terapéutica se incluye la "inversión de hábitos" que trata de la interrupción de la acción con otra acción. También se emplea el "control de estímulos" mediante prendas de vestir que dificulten el ritual (gorros, guantes, etc) o mantener las manos ocupadas. Asimismo se enseñan técnicas de manejo del estrés como control de la respiración, relajación de los músculos, y técnicas cognitivas para ayudar a regular la ansiedad. En la prevención de la recaída se le enseña al individuo también, como manejar el hecho de arrancarse el pelo otra vez, pero limitando el daño (2).

Psicofármacos

Varias medicaciones han sido evaluadas en estudios controlados, entre ellas los bloqueantes de la recaptación de serotonina: clomipramina, venlafaxina venlafaxina, fluoxetina, fluvoxamina, sertalina. Sin embargo, los estudios controlados datan de las

dos últimas décadas. Como criterio general se recomienda incrementar las dosis paulatinamente

hasta llegar al máximo beneficio, a la máxima recomendación, o la dosis que mejor se tolera. Se debe dejar un período de tiempo adecuado (6-12 semanas o más) antes de decidir

si se ha logrado el máximo beneficio. En caso contrario, se debe suspender y optar por otra medicación. En general los síntomas se reducen inicialmente pero la mejoría es con frecuencia modesta y disminuye con el tiempo. Una de las series más amplias es la de Keuthen y colaboradores sobre 63 pacientes seguidos durante seis años en una clínica especializada (9). A lo largo del tiempo se constató mejoría de la depresión, autoestima, ansiedad y función psicosocial paralelamente a la disminución del hábito de tironear el cabello. Los autores observan una asociación entre severidad y grado de mejoría de la depresión y la reducción de la tricotilomanía. En la experiencia de Swedo, clomipramina resultó significativamente más efectiva que desipramina (8, 9); por su parte Piggot y cols (12) hallaron una eficacia comparable entre clomipramina y fluoxetina. Otros autores han reportado mejorías con fluvoxamina (16), paroxetina (14), olanzapina 1 mg/día (23) y bupropion (24). Escitalopram a 10 a 30 mg/día por 12 semanas obtuvo respuesta moderada en el 50% de las pacientes (8, 16) y disminución de la severidad del ritual (27); en tanto citalopram a razón de 36,2 +/- 13,9 mg/día, por 10 semanas produjo resultados alentadores (19). Sobre la base de que la tricotilomanía es un desorden del control de impulsos se ha ensayado con buenos resultados la pimozida (2). El topiramato, en un esquema flexible de dosificación (50 a 250 mg/día) también ofrece una alternativa eficaz (26). El litio ha brindado resultados favorables (11) al igual que la naltrexona. Basados en la asociación de tricotilomanía con Síndrome de Tourette han resultado positivos los tratamientos con antipsicóticos como haloperidol (19) y

risperidona (9). Existen evidencias que muestran que el mejor resultado ocurre en individuos que reciben una combinación de medicamentos y terapia de comportamiento. La combinación de sertralina y terapia de entrenamiento para la reversión del hábito resultó más eficaz que cada una de las terapias aisladamente (6).

Hipnosis

Varios autores han informado respuesta en pacientes pediátricos tratados con sugestión directa bajo hipnosis (23) y en adolescentes sometidos a hipnosis imaginativa (21). Comunidades terapéuticas Las personas afectadas por esta enfermedad a menudo se sienten avergonzadas por su comportamiento lo cual puede tener grandes repercusiones en la autoestima y en las relaciones tanto profesionales como personales, y puede llevarlas a evitar el tratamiento médico. Algunos individuos participan en grupos de apoyo dirigidos por un terapeuta y ello les ha ayudado a mejorar su imagen propia y a hasta reducir el arranque de pelo; también los allegados al paciente pueden aliviar sentimientos de frustración o culpabilidad. Existen en la web foros de encuentro para personas que padecen tricotilomanía que tienen como objetivo intercambiar experiencias y contribuir a controlar el desorden. Entre las conclusiones que emergen de alguno de estos grupos se rescata que la mayoría sufre de:

- Sensibilidad exagerada (llanto fácil).
- Adicción al chocolate o a los dulces.
- Cambios rotundos de estado anímico.
- Problemas de concentración en los estudios.
- Nivel alto de ansiedad coincidiendo con los ciclos hormonales (ovulación, menstruación o premenstruación).

También establecen:

- Horarios picos de arrancamiento del cabello, a la tarde y noche.
- Situaciones que anteceden al problema: nerviosismo, mirar TV, leer o estudiar, trabajar en un escritorio, hablar por teléfono, estar aburrido.
- Gestos asociados que preceden a cada episodio del hábito: movimientos de aproximación de la mano a la cara o la cabeza (tocarse, rascarse, acariciarse, acomodar el pelo, etc).

Otros animales también

Se ha reportado el tironeamiento, arrancamiento e ingesta de pelos en especies de primates, ratones, conejos, ovejas, perros y gatos cuando están confinados a entornos artificiales. Los animales en cautiverio pueden desarrollar patrones de conducta obsesivos y repetitivos llamados "comportamientos estereotipados" causados por alteraciones neurohormonales disparadas por situaciones de estrés. Esta conducta es de autoagresión pero puede estar dirigida a otros animales con los cuales convive. Al igual que en los humanos, las hembras padecen este trastorno con más frecuencia. Entre las aves, loros en cautiverio, se describe un fenómeno homólogo que es el picoteamiento de las plumas.

En la revista *Ciência Rural*, Santa Maria (24) aparece un trabajo documentando la eficacia de la fluoxetina para controlar la tricotilomanía, también conocida como alopecia psicogénica, en gatos. También se estudia a estos sujetos como modelos animales de tricotilomanía en humanos con propósitos de investigación de características neurobiológicas y tratamiento farmacológico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Podrán unificarse criterios y características fenomenológicas en los pacientes con Tricotilomanía?

JUSTIFICACIÓN

Posterior a una revisión exhaustiva sobre el tema a realizar se encontró que solamente algunos estudios empíricos han documentado las características fenomenológicas de la Tricotilomanía. Además se localizó que nunca se ha hecho un estudio con un número significativo de pacientes. Lo que se ha encontrado, son estudios individuales o estudios que comparan la Tricotilomanía con otras entidades y no se ha realizado un estudio con un número significativo de pacientes con Tricotilomanía.

La trascendencia y de ahí el alcance de este estudio, radica en la factibilidad de poderlo emplear como plataforma para nuevos estudios. Tales como estudios comparativos, con otras patologías o incluso dentro de los mismos subgrupos de tricotilomanía que se encontraron en el estudio.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir las características fenomenológicas en los pacientes con Tricotilomanía.

Objetivos Específicos

- Obtención de la morbilidad en Eje I, II, III, IV y V en los distintos pacientes elegidos. Lo que quiere decir corroborar por medio de las diferentes escalas el diagnóstico de Tricotilomanía así como diagnósticos agregados en estos pacientes a nivel de personalidad, enfermedades médicas e incluso funcionalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El presente es un estudio descriptivo, transversal, abierto, retrospectivo, observacional.
Con un abordaje teórico fenomenológico

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

La muestra se compone de pacientes de ambos sexos de entre 8 y 75 años de edad los cuales son pacientes del Hospital Psiquiatrico “Fray Bernardino Álvarez” y del Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y que fueron diagnosticados en consulta externa y/u hospitalización con Tricotilomanía. El tamaño de la muestra obtenido fue de 26 pacientes con Tricotilomanía.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de Inclusión

Masculino o femenino de 8 a 75 años de edad que sean pacientes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” o del Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con diagnóstico de Tricotilomanía según los criterios del DSM-IV TR y corroborados por medio de la SCID-I. Con o sin tratamiento.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que presenten un episodio psicótico en el momento o como antecedente.
- Pacientes con Retraso Mental.

Criterios de Eliminación

- Para la finalidad de este estudio, no se contemplan los criterios de eliminación.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Una vez ya reclutados los pacientes que cumplan los criterios de inclusión se les aplicarán las siguientes escalas y entrevistas:

- La Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I (SCID-I) para confirmar o descartar el diagnóstico de Tricotilomanía.
- SCID-II en adultos para diagnosticar trastornos en el Eje II
- Aplicación de la Escala de de Trictotilomanía del Hospital General de Massachussets y la del Perfil de Comportamiento de Trictotilomanía.

En el caso de la Escala de Tricotilomanía del Hospital General de Massachussets la consistencia fue medida utilizando el alpha de Cronbach para la consistencia interna en población estadounidense. Se reportó alta consistencia con los resultados del alpha de Cronbach, encontrándose 0.93 (Personas con tricotilomanía) y 0.88 (personas sin tricotilomanía). Consta de 22 reactivos análogos los cuales es heteroaplicada por un psiquiatra o profesional de la salud mental. Para cada reactivo se da 1 punto por respuesta positiva y si la suma final es de 12 puntos o más se considera a la persona con diagnóstico de Tricotilomanía. Aunque la escala no ha sido validada en población mexicana se ha validado en población española. Ahora bien el diagnóstico solamente se orientó con esta escala, pero se corroboró con el SCID-I.

Para aquellos con tricotilomanía, se encontró una correlación moderada con el total del puntaje de la Escala con la escala de Beck para Depresión ($r=0.47, P<0.05$) y la de Beck para Ansiedad ($r=0.52, P<0.01$). Para el grupo con tricotilomanía, los resultados de la Escala correlacionaron varios aspectos:

- Tiempo invertido en el acto de la treicotilomania ($r = 0.42, P<0.05$).
- Satisfacción durante el acto. ($r = 0.36, P<0.05$).
- Culpa después del acto ($r = 0.51, P<0.05$).

Para aquellos que no presentaban tricotilomanía no se encontró una correlación con la escala de Beck para Depresión ($r = -0.04, P = 0.72$) y la de Beck para Ansiedad ($r = -0.02, P = 0.90$). De los resultados obtenidos con la Escala en los Tricotilomanos y los que no lo padecen se compararon utilizando la Prueba F utilizando la edad como covariante. Los dos grupos mostraron diferencias significativas entre cada uno (sujetos con tricotilomanía: 27.54 ± 16.57 , rango = 1-50; sujetos sin tricotilomanía: 1.23 ± 3.53 , rango = 0-26; $F = 62.31, df = 1,106, P<0.001$).

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación de las escalas se obtuvieron los datos generales del paciente del expediente clínico (teléfono, dirección y próxima consulta). Con la finalidad de confirmar su asistencia a la consulta más próxima en los hospitales mencionados. De no ser factible la aplicación de las escalas en dicha fecha, se concertó una nueva cita para tales fines. De 43 pacientes contactados acudieron 31 pacientes.

Una vez en la consulta se indagó en los criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes que no cumplieron los criterios necesarios no participaron en el estudio. A los que si cumplieron los criterios se les explicó de manera clara y objetiva la finalidad de la aplicación de las escalas y de su participación general en el estudio. En caso de aceptar los términos expuestos se les aplicaron las escalas comentadas anteriormente en el apartado de escalas de medición. En caso de no haber aceptado por los términos que el paciente exponga, no se le obligó a participar bajo ningún motivo. Durante esa consulta se aplicaron los instrumentos descritos previamente en una sola vez, en ocasiones el paciente, debido por la edad, no podía completar solo los cuestionamientos, en esos casos el familiar responsable responderá las preguntas que no le sean posibles. En todos los casos los instrumentos se aplicaron en la primera y única entrevista. El total de pacientes que se obtuvieron posterior a lo antes mencionado fueron 26 pacientes.

PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

El enfoque de un estudio fenomenológico o de un ensayo de psicopatología lleva a conocer parte de la vida de los participantes de la investigación así como su propio mundo, relacionados con el fenómeno en estudio. Es decir que su punto de partida es la vida de las personas, se enfoca en cómo las experiencias, significados, emociones y situaciones en estudio son percibidos, aprendidos, concebidos o experimentados.

De los resultados obtenidos, la tendencia central y de dispersión que se realizó fue el promedio y el porcentaje de pacientes que presentaban una característica fenomenológica determinada.

IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente se considera un estudio con riesgo mínimo por el tipo de estudio y porque la única intervención que se realizará en el paciente es la aplicación de escalas.

ORGANIZACIÓN

Recursos humanos y materiales

El reclutamiento de los pacientes, la aplicación de las escalas y el análisis de resultados se realizó por el Dr. José Ibarreche Beltrán médico residente de la especialidad de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernanrdino Álvarez”. Para el análisis de resultados y su interpretación se contó con el apoyo del asesor teórico, así como para la orientación en el desarrollo de la tesis se contó con el apoyo del asesor metodológico.

Los recursos materiales utilizados son las escalas mencionadas con sus respectivas copias, lápices del número 2½, hojas blancas, una computadora y el programa SPSS.

Evaluación de costos

El estudio en su totalidad fue costado por el Dr. José Ibarreche Beltrán. Dichos costos fueron de aproximadamente en 200 pesos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sabiendo que la teoría sin una aplicación clínica, es pura filosofía, se expondrán a continuación los resultados y las características de 26 pacientes que se reclutaron a lo largo de 1 año y medio. Como se ha mencionado anteriormente el enfoque de un estudio fenomenológico lleva a conocer parte de la vida de los participantes de la investigación así como su propio mundo, relacionados con el fenómeno en estudio. Es decir que su punto de partida es la vida de las personas, se enfoca en cómo las experiencias, significados, emociones y situaciones en estudio son percibidos, aprendidos, concebidos o experimentados.

Una vez ya reclutados los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les aplicaron las siguientes escalas y entrevistas:

- 1- La Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I (SCID-I) para confirmar o descartar el diagnóstico de TTM.
- 2- Algunas partes del SCID-II para los pacientes adultos, con la cual se comprobará la posibilidad de un trastorno de personalidad.
- 3- Para la comprobación del diagnóstico de TTM, además de la aplicación de la SCID-I, se les aplicó la Escala de de Trictotilomanía del Hospital General de Massachussets y la del Perfil de Comportamiento de Trictotilomanía.

De los 26 pacientes reclutados y con la corroboración del diagnóstico de TTM por los métodos anteriores se encontraron las siguientes características y cabe señalar

que a continuación se presentan solamente los resultados obtenidos de los 26 pacientes estudiados.

16 de los pacientes (61.53%) fueron mujeres y 10 pacientes (38.46%) fueron hombres. Las edades oscilaron entre los 8 y los 75 años, con una distribución por edad de 8 a 17 años 3 pacientes (11.53%), de 18 a 30 años 16 pacientes (61.53%), de 31 a 50 años 5 pacientes (19.23%) y de 51 a 75 años 2 pacientes (7.69%). El 50% de los pacientes (13 pacientes) viven y son originarios del Distrito Federal, 26.92% de los pacientes (7 pacientes) son del Estado de México, 11.53% de los pacientes (3 pacientes) son del Estado de Morelos, 7.69% de los pacientes (2 pacientes) son del Estado de Guerrero y 1 de los pacientes (3.84%) es del Estado de Veracruz.

Se encontró que la frecuencia es subestimada ya que suele haber mucha reserva, vergüenza frente al tema. Muchos de los casos se desconocen y por mas de 20 años (hasta que se descubren por la alopecia), hasta que se realiza el diagnóstico.

Se podrían considerar dos categorías diagnósticas; de este modo se describe una forma potencialmente más seria, que comienza en la adolescencia temprana y que tiene un curso crónico; y una forma que se da en niños y que generalmente es menos grave tanto desde el punto de vista dermatológico como psicológico. La primera según lo encontrado tendría una frecuencia de 0,6 a 3,4% en la población general y dentro del grupo de pacientes con tricotilomanía ocupa el 30%, con una distribución mujer/hombre de 9/1. La segunda es más frecuente, de hecho la edad de comienzo pico ocurre en la infancia, algunas veces a los 18 meses de vida, con una distribución entre sexos más pareja. Entre los pacientes adultos el 90% son de sexo femenino.

No se asoció el antecedente familiar de tricotilomanía, pero sí había en las familias de estos paciente mayor frecuencia de trastorno obsesivo compulsivo (38.46%), trastorno obsesivo de la personalidad (15.38%), trastornos de ansiedad (30.76%), trastornos del humor (sobre todo depresión) (46.15%), alcoholismo, drogas de abuso y tics (7.69%).

Se estimó que el 42% de pacientes con tricotilomanía mastican o realizan la manipulación oral del cabello. El 7.69% traga el pelo que se ha sacado; y de estos un 37,5% desarrolla "bolas de pelo" o tricobezoares que se acumulan en el tracto digestivo.

De nuestros pacientes podríamos describir dos tipos de tricotilomanías; las que el impulso a tironear se da como costumbre o en forma automática y las denominadas "formas concentradas". Ambas pueden darse en forma sucesiva o simultánea. Las primeras, que constituye un 80.76% (21 pacientes) de los casos, se desarrollan durante actividades solitarias, relajadas, leyendo o mirando televisión. La presencia de un otro inhibe la tarea. Actúan como distraídos, sin ser muy conscientes del comportamiento.

En las "formas concentradas" los pacientes fijan su atención en el comportamiento que realizan, interrumpen otros pensamientos y actividades. Antes de comenzar a arrancarse el pelo se observan y miran al espejo en busca de "un blanco" (un cabello canoso, uno más corto, etcétera). Una vez que lo arrancaron, lo observan, miran la raíz, lo dan vuelta y pueden masticarlo o tragarlo.

Por otro lado, lo que comprende 3 pacientes (11.53%), el comportamiento puede aparecer en contextos de mucha ansiedad y frustración o, ser exacerbados en la semana

previa a la menstruación. Con respecto a esto último, de las 15 mujeres observadas, de las cuales todas se encuentran en edad reproductiva (12 a 35 años) y en las cuales encontramos aumento de las conductas tricotilómanas en el premenstrual (1 semana antes del inicio de la menstruación). En el 46.15% de los casos, aparecieron ciertas sensaciones de hormigueo o quemazón que aparecen en el cuero cabelludo, desencadenando el impulso con el fin de aliviar tales molestias. El período prodrómico al comienzo del tironeo puede durar algunos minutos pero comúnmente hay tensión que se va desarrollando en tiempos prolongados; la tensión y el deseo persisten o aumentan si se intenta resistir el tironeo. Cuando el tironeo comienza, y el cabello es arrancado se experimenta como agradable, doloroso, o ambos en todos los casos. El episodio del tironeo puede durar minutos u horas, lo encontrado fue que el promedio de tiempo fue de 25 minutos.

Pueden arrancarse el vello de cualquier parte del cuerpo. Lo más típico es la corona del cuero cabelludo (80%). Me gustaría aclarar que este 80% al que me refiero, es de pacientes exclusivamente con alopecia de ese tipo. Ahora bien, esto puede ser en áreas adyacentes, cejas, pestañas, barbas, bigotes, genitales o brazos. Estos ejemplos constituyen el 7% de casos exclusivos para esas zonas, y el 3% restante presentaba concomitante los tipos de tricotilomanía. Esto determina lesiones que, en general, son únicas pero pueden ser muy grandes y contener pelos de diferentes largos lo cual los asemeja a "crines" de palpación suave.

Las lesiones (irregulares, no cicatrizadas y en parches) tendieron en un 57% a desarrollarse del lado contrario a la mano dominante. El tironeo puede estar limitado a una hora y lugar específico, por ejemplo sitios privados como el baño o la cama en el 80% de los casos. Estas conductas permiten la asociación a connotaciones

masturbatorias. Una vez que es extraído el pelo, continúa la manipulación ritualizada de estos: se eliminan o surgen manipulaciones con los labios, lengua o se ingieren (tricofagia).

La ingesta continua puede llevar a la obstrucción por formación de los ticobezoares. Cuando culmina el episodio, el placer se reemplaza por vergüenza, remordimiento y disgusto; sobre todo si el pelo ha sido tragado. La vergüenza aumenta cuando un área se hace evidentemente calva.

En los niños (8 a 17 años), se observó asociado con conductas tales como arrancar el cabello de los muñecos, de animales domésticos o de ciertos materiales (por ejemplo, las alfombras). Otras asociaciones que pueden aparecer en forma simultánea o sucesiva son la onicofagia o las excoriaciones cutáneas.

En el 80% de los casos las familias y los amigos de los pacientes, colaboran con el ocultamiento de la conducta. Los pacientes recurren al uso de sombreros, extensiones de cabello, pelucas, formas de peinarse, etcétera, manifestando distintos pretextos. Van perdiendo credibilidad a medida que las pérdidas de cabello se hacen más evidentes; intentando ocultar su conducta hasta momentos avanzados, incluso mientras realizan consultas médicas, pueden aceptar tratamientos para un tipo de alopecia erróneamente diagnosticada.

El curso observado suele ser variable, En el 61% de los casos, son remisiones e importantes exacerbaciones que se van desarrollando a lo largo de varios años. En 8 casos se instaló un daño folicular permanente que determinó la imposibilidad de un

nuevo crecimiento de pelo en la zona más afectada. El pronóstico dependerá de cuán extensa es esta zona y las comorbilidades del paciente.

En 1 paciente la presencia de los tricobezoaras determinó anemia secundaria al déficit nutricional, halitosis, cabellos en las heces, obstrucción intestinal y peritonitis. En otro caso se encontró dispepsia, pérdida de peso, anorexia, náuseas y vómitos.

A la exploración física, los datos compartidos por 100% de los pacientes se muestran en la tabla 1 y en la tabla 2.

TABLA 1

AL EXAMEN SE REVELA:
- Apariencia desigual del largo del pelo.
- Parches de alopecia no cicatrizal, o pelo escaso.
- Cabello que vuelve a crecer en áreas descubiertas.
- Se pueden presentar otros comportamientos de autoagresión.

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES
- Acción de tirar o retorcer constantemente el cabello.
- El aumento de la tensión y sensación antes del ritual.
- Sensación de alivio, placer o gratificación después de realizarla.
- Negación del padecimiento

Con respecto a la comorbilidades, en nuestros pacientes que se observaron, se asociaron con frecuencia otros trastornos de ansiedad, sobre todo al trastorno obsesivo compulsivo. La asociación con trastornos de ansiedad fue del 61.53%. También hubo asociación con síndrome de la Tourette en 1 caso, trastornos afectivos (sobre todo depresión, en un 53.84% de los casos, trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad (57.69%) (obsesivo compulsivo, histriónica, límite, narcisista y esquizoide). Por lo relevante de este tema se desglosará más extensamente en brevedad. No se asocia con frecuencia a otros trastornos de los impulsos ni al abuso de sustancias.

El 92.30% de los individuos juegan o se enrollan los cabellos, mayormente mujeres durante la adolescencia o juventud, especialmente durante momentos de mayor *ansiedad*; pero este comportamiento no debe determinar un diagnóstico de tricotilomanía; en algunas ocasiones los rasgos se asemejan más a este trastorno pero el daño en el pelo es virtualmente indetectable. En estas situaciones el diagnóstico debe ser considerado si el paciente experimenta considerable molestia.

En los *niños* se presentan ciertos períodos autolimitados de tironearse el pelo que suele ser frecuentes y generalmente son considerados como "hábitos". Pero los han considerado el diagnóstico si estos "hábitos" se prolongan por meses".

Se debe distinguir de la compulsión y de los rituales de un *trastorno obsesivo compulsivo*. En el trastorno obsesivo compulsivo el comportamiento repetitivo está se produce en respuesta a una obsesión, es intencional y va cargado de

importante ansiedad; mientras que la tricotilomanía lo que encontramos en el 100% de los casos, es acompañada de cierta búsqueda placentera, con falta de percepción.

A diferencia de los pacientes con *trastornos facticios* con manifestaciones físicas, y que se mutilan para obtener la atención, el 96% de los pacientes con tricotilomanía desean solucionar el problema.

En 1 caso el cual se eliminó del estudio, el hecho de arrancarse los cabellos fue provocado por *ideas delirantes* y alucinaciones imperativas.

Dentro de lo encontrado en nuestros pacientes encontramos los principales procesos cognitivos:

- Necesidad de señales anticipatorias de control; 84.61%
- Garantías totales de que el control no va a perderse; 46.15%
- Intolerancia a la más mínima incertidumbre; 38.46%
- Atribuciones supersticiosas; 92.3%
- Delegación de control; 7.69%
- Temor al descontrol emocional. 50%

Es de suponer que el estilo cognitivo de los sujetos obsesivos sumado a la inhibición conductual les hace más susceptibles a vivir emociones inplacenteras. Lo curioso es que al realizar los diagnósticos de personalidad, también se realizó el diagnóstico de organización de personalidad y precisamente las características de los procesos cognitivos, nos hicieron encontrar una variedad amplia como organizaciones narcisistas y borderline además de neuróticos, El problema de la tricotilomanía no es tanto la incidencia de pensamientos intrusos o de un escaso control mental, sino más bien la tendencia a la malinterpretación errónea y catastrófica anticipada de sus acciones que dificultarían su capacidad adaptativa. Por lo tanto en los obsesivos hay que hablar más de un déficit cognitivo que de hipofunción nervioso-central, y que precisamente es este estilo cognitivo el reforzador de su activación emocional. En este sentido se puede hablar de “incompletud” por la incapacidad de llegar a convicciones reductoras de la activación emocional y que suponen una sobrecarga de información que procesa de forma redundante con el objetivo de neutralizar dicha activación emocional.

Dicho todo esto se puede concluir que la personalidad obsesiva se puede considerar constitucional como lo constatan los estudios sobre diferencias individuales y como un patrón dependiente de factores estructurales innatos por su distinguido estilo cognitivo. Se constataría así una fuerte determinación hereditaria de la personalidad obsesiva. Así pues, constituyendo actualmente el TTM una posible entidad de origen multifactorial en la que intervienen factores tanto hereditarios (estudios de concordancia en gemelos monocigotos y dicigotos, y de agregación familiar que apoyarían la participación de factores genéticos en la etiopatogenia) como factores biológicos, y psicosociales (por ejemplo el régimen educativo que puedan recibir algunos de estos pacientes resultando decisivo para el desarrollo de una personalidad obsesiva, en el que el cumplimiento de normas, el rendimiento y la culpa constituyan valores

predominantes para su aceptación social) se puede plantear la posibilidad de que la personalidad obsesiva sea un antecedente predisponente al desarrollo de la TTM. En efecto, algunos autores abogan por un continuum que iría del rasgo al síntoma.

Lo encontrado en nuestros 26 pacientes observados, no difiere mucho de los trabajos clásicos, ya que encontramos una elevada frecuencia (70%) de personalidades obsesivas premórbidas en estos pacientes. De todos modos, estudios más recientes reducirían las probabilidades de que la personalidad obsesiva llegue a formar parte de la dimensión etiopatogénica del TTM: en un 20-30% de los casos observados, no se puede hablar de personalidad obsesiva previa por los criterios de observación clínica actuales; varios estudios psicométricos demostraron mediante análisis de factores la independencia relativa entre los rasgos de personalidad y los de TTM y la mayoría de personalidades obsesivas no presentan TTM a lo largo de su biografía. Además, respecto a los trastornos de personalidad que se evalúan en el eje II del DSM, curiosamente detectamos más frecuentemente trastornos por evitación, pasivo-agresivos, dependientes, esquizotípicos e histriónicos de la personalidad que el obsesivo de personalidad. En definitiva, es posible que la personalidad obsesiva no se trate de un antecedente necesario para el desarrollo del TTM pero sí se trate de un factor suficiente en su origen multifactorial.

La TTM se ha descrito en una amplia gama de patologías psiquiátricas, como el retardo mental y psicosis. Los estudios disponibles sobre el tema han señalado diferencias en cuanto a métodos, frecuencia y tipo de daño corporal los cuales no se encuentran en nuestros 26 pacientes, ya que no fueron seleccionados con estas características a manera de criterio de exclusión.

Se encontraron trastornos de personalidad (TP), en el 53% de los pacientes observados. Sin embargo, existen notorios vacíos de conocimiento en cuanto a la gravedad en los casos reportados. Estudios previos mencionan una frecuencia similar pero existen diferencias en las definiciones de TTM de estos estudios. Además en ocasiones el tamaño de las muestras no permite sacar conclusiones importantes, situación que en este

Se realizaron una serie de preguntas, con la finalidad de tratar de predecir el funcionamiento psicológico auto-percibido (sugestivo) de los 26 pacientes. Los resultados fueron los siguientes:

PREGUNTA	Si	No
¿Ha hablado de su problema (halado de cabello) con algún profesional de la salud antes de hoy?	92.3%	7.69%
¿Siente que el halado de cabello lo ha llevado a un padecimiento emocional?	73%	26.92%
¿Usted fuma o consume alguna sustancia que le alivie la ansiedad asociada al halado de cabello?	57.69%	42.3%
¿Evita salir de vacaciones como resultado del halado de cabello?	84.61%	15.38%
¿Evita eventos sociales por su halado de cabello?	69.23%	30.76%
¿Evita actividades de grupo a causa de su halado de cabello?	69.23%	30.76%
¿Ha perdido su trabajo debido a su halado de cabello?	7.69%	92.3%

¿Ha perdido oportunidades de trabajo o ha faltado a entrevistas de trabajo debido al halado del cabello?	46.15%	53.84%
¿Ha faltado o faltó a la escuela debido al halado de cabello?	65.38%	34.61%
¿Le ha causado o causó dificultades en la escuela el halado de cabello?	80.76%	19.23%
¿Le ha sido difícil estudiar debido a su halado de cabello?	11.53%	88.46%
¿Alguna vez a abandonado la escuela a causa del halado de cabello?	3.84%	96.15%
¿Ha gastado más dinero en productos para evitar o “reparar” el halado de cabello?	50%	50%

La complicaciones más frecuentes fueron:

- Infección del sitio alopecico. 76.92%
- Tensión muscular. 96.15%
- Síndrome del túnel carpiano. 46.15%
- Tricobezoar. 3.84%
- Anorexia. 7.69%
- Obstrucción intestinal. 3.84%

Fue muy común observar las tácticas que realizaban los familiares de estos 26 pacientes y en ocasiones el mismo paciente, para evitar continuar con la conducta:

- Vendar los dedos. 34.61%
- Colocar una gorra o pelucas. 61.53%
- Rapar el cabello. 38.46%

- Burlas, crítica, enfado y acusaciones. 84.61%
- Pintar de negro las calvas para disimularlas. 7.69%
- Conductas de evitación y el escape. 92.30%
- Ciclos de planificación de estrategias para dejar de hacerlo y fracaso. 96.15%

DISCUSIÓN

La fenomenología implica que el paciente es capaz de hacer una introspección y referir cómo son estas experiencias y a su vez, el médico responde por medio del reconocimiento y comprensión de esta descripción.

A partir de este estudio pudimos observar algo muy relevante y esto es la posibilidad de considerar dos categorías diagnósticas; considerando una forma potencialmente más seria, que comienza en la adolescencia temprana y que tiene un curso crónico; y una forma que se da en niños y que generalmente es menos grave tanto desde el punto de vista dermatológico como psicológico. La frecuencia encontrada no difiere de los encontrado en la literatura hasta ahora (0,6 a 3,4% en la población general). Ahora se considera en la literatura que la distribución mujer/hombre es de 9/1 encontrando nosotros casi una distribución 50/50. En general los rasgos burdos o amplios sobre la clínica de este padecimiento, son muy similares a los descritos por la

literatura, con la ventaja, que por el tipo de estudio, se pudieron agregar muchos más y finos datos sobre la presentación clínica y fenomenología general de la tricotilomanía.

Aunque en la literatura no se ha asociado fuertemente el antecedente familiar de tricotilomanía u otro trastorno psiquiátrico lo encontrado en el estudio que se realizó es que si existía en las familias de estos paciente mayor frecuencia de trastorno obsesivo compulsivo, trastorno obsesivo de la personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos del humor (sobre todo depresión), alcoholismo, drogas de abuso y tics.

Sobre los actos realizados antes o después del halado del cabello encontramos resultados similares a la literatura en lo que implica la masticación o manipulación del cabello, sin embargo en lo que respecta a la ingesta y desarrollo posterior de tricobezoares fue mucho menor.

Observamos que el diagnóstico surge cuando se recaba el dato del comportamiento, ya sea dado por el paciente o por algún familiar. Muchas veces la primera consulta fue generada con el dermatólogo, quien detecta el problema. Suele no ser fácil recabar este dato y, en ocasiones tampoco, el examen físico es rápidamente diagnóstico. Los pacientes son vergonzosos con respecto a su comportamiento y pueden no querer que se los revise.

Hablando de las comorbilidades encontramos situaciones similares a la literatura, observando que se asocia con frecuencia a otros trastornos de ansiedad, sobre todo al trastorno obsesivo compulsivo. También hay asociación con síndrome de la Tourette, trastornos afectivos (depresión), trastornos alimentarios y varios trastornos de la personalidad. En este último punto sobre trastornos de la personalidad, lo que

encontramos fue drásticamente diferente a los descrito por la literatura. En los artículos revisados se maneja una comorbilidad de trastornos de personalidad de aproximadamente un 25% y nosotros encontramos casi un 60% siendo los más comunes (obsesivo compulsivo, histriónica, límite, narcisista y esquizoide). No encontramos asociación con frecuencia a otros trastornos de los impulsos ni al abuso de sustancias.

CONCLUSIONES

La investigación presentada en este trabajo, muestra que muchos más trabajos empíricos son necesarios para desarrollar un mejor entendimiento sobre la tricotilomanía y su tratamiento. Recientemente se han realizado consensos sobre las necesidades actuales en este padecimiento. Sobre todo en el impacto que causa esta enfermedad en la vida de quienes la padecen. Incluso se han desarrollado páginas web, en donde anónimamente niños y adultos responden sencillos cuestionarios para considerar el impacto individual.

Tras la exhaustiva revisión bibliográfica que se realizó para efectuar el presente estudio, encontré que solamente dos estudios previos habían tratado el tema de la fenomenología en este padecimiento, pero ninguno de los dos había formalizado un estudio fenomenológico como tal. Actualmente mediante la página web que he mencionado anteriormente, se encuentra en proceso un enorme estudio con 1600 pacientes en el cual se manejan aspectos fenomenológicos, clínicos en general y de tratamiento.

Como se ha mencionado a lo largo del estudio, existen pocos consensos sobre el manejo terapéutico, sin embargo se necesitará un mejor entendimiento sobre la psicopatología para desarrollar líneas de tratamiento. Otro problema grande con respecto a la tricotilomanía es la falta de estudios que unan la brecha entre los factores etiológicos y de mantenimiento. Los estudios que unieran métodos psicológicos y biológicos nos ayudarían a entender mejor y de una forma interdisciplinaria el acercamiento terapéutico.

Un punto importante es que ninguno de los estudios sobre esta condición, es meramente pediátrico, dejando de igual manera otra brecha explicativa en este grupo de pacientes, que como hemos visto la edad de inicio es en este grupo de edad. Ahora bien en los adultos existen varios hallazgos de estudios aleatorios, los cuales han solamente presentado resultados equívocos.

Un tratamiento eficaz todavía se encuentra lejos de ser encontrado. El problema es que como los estudios epidemiológicos sobre este padecimiento, no han demostrado a la comunidad científica que vale la pena investigar alternativas nuevas de tratamiento.

Estudios con muestras más grandes nos llevarán a conclusiones definitivas y nos ayudarán a responder muchas de las interrogantes que han frenado e impedido el progreso de conceptualizar y ofrecer tratamientos firmes, eficaces y certeros a las personas que padecen este padecimiento.

Podríamos utilizar el presente estudio como un punto de partida para más investigaciones. Por ejemplo; la posibilidad de realizar un estudio sobre las similitudes fenomenológicas en el Trastorno obsesivo compulsivo y la tricotilomanía. Ya que ciertas observaciones fenomenológicas han sugerido que las conductas en los pacientes con Tricotilomanía, son reminiscencias de las compulsiones en el trastorno obsesivo compulsivo. Por ejemplo, tanto los pacientes con Tricotilomanía y Trastorno obsesivo compulsivo describen urgencias compulsivas y comportamientos tipo ritual. Datos sobre comorbilidad también sugieren que algunos pacientes con Trastorno obsesivo

compulsivo presentan Tricotilomanía y viceversa. Desde que algunos autores han sugerido que la Tricotilomanía podría ser clasificado como parte del espectro del Trastorno obsesivo compulsivo y de otros padecimientos con similar fenomenología.

A pesar de las similitudes que se han observado entre el Trastorno obsesivo compulsivo y la Tricotilomanía, también existen diferencias significativas. Por ejemplo, a diferencia de las compulsiones en el Trastorno obsesivo compulsivo, la halado de cabello en la Tricotilomanía, no siempre es una respuesta a pensamientos obsesivos y por lo general es por una irresistible urgencia y/o la gratificación cuando se arranca el cabello. Otra de las diferencias sería que por lo general los pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo presentan síntomas que evolucionan a lo largo del tiempo, tanto en términos de severidad como de la compulsión. Por otro lado los pacientes con Tricotilomanía generalmente permanecen exclusivamente con esta conducta.

El estudio de variables demográficas entre los pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo y Tricotilomanía muestran los siguientes datos; el Trastorno obsesivo compulsivo es igualmente común en hombres que en mujeres y en la Tricotilomanía existe mayor frecuencia en las mujeres. La edad de inicio en la presentación de la Tricotilomanía generalmente es en la adolescencia temprana, con una presentación más tardía en los hombres que en las mujeres. A diferencia del Trastorno obsesivo compulsivo donde la edad de inicio es en la infancia o en la edad adulta y con una edad de inicio más temprana en hombres.

Se dice que los pacientes con Tricotilomanía tienden a presentar pocos síntomas obsesivos-compulsivos comórbidos, así como menos depresión y ansiedad, comparándolos con pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo. Se ha propuesto para el tratamiento del Trastorno obsesivo compulsivo y de los pacientes con Tricotilomanía el uso de Inhibidores de la Recaptura de Serotonina encontrándose resultados más consistentes en los pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo que con los pacientes con Tricotilomanía.

Solamente algunos estudios empíricos han documentado las similitudes fenomenológicas entre el Trastorno obsesivo compulsivo y la Tricotilomanía. Sin embargo nunca se ha hecho un estudio con un número significativo de pacientes. Además todas las diferencias que se ha señalado anteriormente, se han realizado individualmente y no se ha realizado un estudio con pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo y Tricotilomanía para compararlos fenomenológicamente, así como sus posibles relaciones desde el punto de vista de las variables demográficas.

REFERENCIAS

- 1- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author (text revision).
- 2- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 11, 619–628.
- 3- Begotka, A. M., Woods, D. W., & Wetterneck, C. T. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 17–24.
- 4- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79–89.
- 5- Christenson, G. A., & Crow, S. J. (1996). The characterization and treatment of trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(8), 42–49.
- 6- Christenson, G. A., & Mackenzie, T. B. (1994). Trichotillomania. In M. Hersen, & R. T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatment for adults* (pp. 217–235). New York: Plenum Press.
- 7- Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., & Mitchell, J. E. (1991). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 365–370.
- 8- Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change*, 23, 165–176.
- 9- Deiefenbach, G. J., Mouton-Odom, S., & Stanley, M. A. (2002). Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1305–1315.
- 10- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Crocetto, J., Maltby, N., & Hannan, S. (2005). Assessment of trichotillomania: A psychometric evaluation of hair-pulling scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 169–178.
- 11- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2001). Characteristics and phenomenology of hair-pulling: An exploration of subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 247–256.
- 12- Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Cashin, S. E., & Keuthen, N. J. (in press). The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (MIST-A): Development, exploratory factor analysis, and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- 13- Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Piacentini, J., Cashin, S. E., et al. (2007). The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version (MIST-C): Initial development and psychometric properties. *Behavior Modification*, 31, 896–918.
- 14- Franklin, M. E., Tolin, D. F., & Diefenbach, D. (2006). Trichotillomania. In E. Hollander, & D. J. Stein (Eds.), *Clinical manual of impulse control disorders* (pp. 149–173). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 15- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59, 93–104.
- 16- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- 17- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- 18- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability:

- 19- Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301–1320.
- 20- Keuthen, N. J., Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Stein, D. J. & Trichotillomania Learning Center Scientific Advisory
- 21- Board. (2007). Factor analysis of the Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 707–709.
- 22- Keuthen, N. J., O’Sullivan, R. L., Ricciardi, J. N., Shera, D., Savage, C. R., Borgmann, A. S., et al. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. Development and factor analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 141–145.
- 23- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 93–105.
- 24- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression and anxiety stress scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychological Foundation of Australia.
- 25- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- 26- O’Sullivan, R. L., Keuthen, N. J., Hayday, C. F., Ricciardi, J. N., Buttolph, M. L., Jenike, M. A., et al. (1995). The Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale: 2. Reliability and validity. *Psychotherapy Psychosomatics*, 64, 146–148.
- 27- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (1996). Are persons with nervous habits nervous? A preliminary examination of habit function in a nonreferred population. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 259–261.
- 28- Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Stein, D., Goodwinn, R. G., et al. (2006). Trichotillomania Impact Project (TIP): Exploring the functional impact of trichotillomania and its treatment in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1077–1088.
- 29- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behavior Research and Therapy*, 44, 639–656.
- 30- Franklin ME, Tolin DF, Diefenbach GJ. Trichotillomania. In: Hollander E, Stein DJ, editors. *Clinical manual of impulse control disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc.; 2006. p. 149–73.
- 31- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
- 32- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psych* 1991;52:415–7.
- 33- Stein DJ, Christenson GA, Hollander E, editors. *Trichotillomania*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1991.
- 34- Mansueto CS, Townsley-Stemberger RM, McCombs-Thomas A, et al. Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. *Clin Psych Rev* 1991;17:567–77.
- 35- Wright HH, Holmes GR. Trichotillomania (hair pulling) in toddlers. *Psych Rep* 2003;92: 228–30.
- 36- Hanna GL. Trichotillomania and related disorders in children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 1997;27:255–68.
- 37- King RA, Scahill L, Vitulano LA, et al. Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *JAmAcad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1451–9.
- 38- Christenson GA, Mansueto CS. Trichotillomania: descriptive characteristics and phenomenology. In:
- 39- Stein DJ, Christenson GA, Hollander E, editors. *Trichotillomania*. Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc.; 1999. p. 1–42.

- 40- Reeve E. Hair pulling in children and adolescents. In: Stein DJ, Christenson GA, Hollander E, editors. *Trichotillomania*. Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc.; 1999. p. 201–24.
- 41- Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, et al. Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behav Res Ther* 2005;43:869–84.
- 42- Diefenbach GJ, Mouton-Odum S, Stanley MA. Affective correlates of trichotillomania. *Behav Res Ther* 2002;40:1305–15.
- 43- Woods DW, Friman PC, Teng E. Physical and social functioning in persons with repetitive behavior disorders. In: Woods DW, Miltenberger RG, editors. *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders: behavioral approaches to analysis and treatment*.
- 44- Bouwer C, Stein DJ. Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview. *Psychosom Med* 1998;60:658–60.
- 45- Wetterneck CT, Woods DW, Norberg MM, et al. The social and economic impact of trichotillomania. *Behavioral Interventions*, in press
- 46- Schlosser S, Black DW, Blum N, et al. The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Ann Clin Psychiatry* 1994;6:147–52.
- 47- Lenane MC, Swedo SE, Rapoport JL, et al. Rates of obsessive compulsive disorder in first degree relatives of patients with trichotillomania: a research note. *J Child Psychiatry* 1992;33: 925–33.
- 48- Stein DJ, Hollander E. Low-dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1992;53:123–6.
- 49- Christenson GA, Raymond NC, Faris PL, et al. Pain thresholds are not elevated in trichotillomania. *Biol Psychiatry* 1994;36:347–9.
- 50- Jenike MA, Breiter HC, Baer L, et al. Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a qualitative morphometric magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:625–32.
- 51- Begotka AM, Woods DW, Wetterneck CT. The relationship between experiential avoidance and the severity of Trichotillomania in a nonreferred sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004;35:17–24.
- 52- Rapp JT, Dozier CL, Carr JE, et al. Functional analysis of hair manipulation: a replication and extension. *Behavioral Interventions* 2001;15:121–33.
- 53- Rapp JT, Miltenberger RG, Long ES, et al. Simplified habit reversal treatment for chronic hair pulling in three adolescents: a clinical replication with direct observation. *J Appl Behav Anal* 1998;31:299–302.
- 54- Stanley MA, Prather RC, Wagner AL, et al. Can the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale be used to assess trichotillomania? A preliminary report. *Behav Res Ther* 1993;31: 171–7.
- 55- Winchell RM, Jones JS, Molcho A, et al. The psychiatric institute trichotillomania scale (PITS). *Psychopharmacol Bull* 1992b;28:463–76.
- 56- Diefenbach GJ, Tolin DF, Franklin ME, et al. The trichotillomania scale for children (TSC): a new self-report measure to assess pediatric hair pulling. Presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Boston, November 20–23, 2003.
- 57- Elliot AJ, Fuqua RW. Trichotillomania: conceptualization, measurement, and treatment. *Behav Ther* 2000;31:529–45.
- 58- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, et al. A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1991;148:1566–71.
- 59- Woods DW, Miltenberger RG. A review of habit reversal with childhood habit disorders. *Education and Treatment of Children* 1996;19:197–214.
- 60- Keuthen NJ, Fraim C, Deckersbach TD, et al. Longitudinal follow-up of naturalistic treatment outcome in patients with trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2001;62:101–7.

- 61- Lerner J, Franklin ME, Meadows EA, et al. Effectiveness of a cognitive-behavioral treatment program for trichotillomania: an uncontrolled evaluation. *Behav Ther* 1998;29:157–71.
- 62- Mouton SG, Stanley MA. Habit reversal training for trichotillomania: a group approach. *Cognitive & Behavioral Practice* 1996;3:159–82.