

ENCUESTA SOBRE TRICOTILOMANIA.

Informe preliminar de resultados

Autor: D. Jose Manuel Pérez Quesada (Psicólogo, España)

Resumen

Durante los primeros meses de 2007 se publica un sondeo a través de Internet en lengua española para la comunidad de afectados de Tricotilomanía, en la que se consultaba a los participantes sobre un total de 17 variables que cubren una serie de aspectos de identificación del perfil personal del afectado, sus rasgos socioculturales y las variables consideradas como potencialmente relevantes para el diagnóstico, caracterización y evolución del trastorno, incluyendo los tratamientos recibidos y los resultados obtenidos con ellos.

Se ha procedido a analizar un total de 97 formularios válidos, y los primeros resultados obtenidos se presentan en este informe.

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

En la encuesta sobre tricotilomanía han participado más de 100 personas, de todas las edades y condiciones en un periodo de 6 meses (entre enero y junio de 2007). Con este sondeo pretendíamos cubrir la carencia de trabajos de campo y publicaciones sobre tricotilomanía en español y específicamente sobre la comunidad hispana, puesto que las referencias existentes se circunscriben de forma exclusiva al mundo anglosajón.

La forma elegida fue la de sondeo online, en página publicada en www.tricotilomania.org, remitida al Coordinador del sitio Web por correo electrónico, acompañada a menudo de comentarios, puntualizaciones y relatos personales que complementaban las propias preguntas. A finales de junio de 2007 se disponían ya de 98 formularios válidos completos, lo que permite obtener unas primeras valoraciones estadísticas que se resumen en los puntos siguientes y que se muestran gráficamente en el Anexo 1:

- Con respecto la **edad** (Diagrama 1) han participado desde niños con 3 años (obviamente cumplimentado por los padres) hasta de 50, la persona con mayor edad. Las edades más frecuentes han sido entre los veinte y treinta años, las que menos entre la preadolescencia y la adolescencia.
- En cuanto al **sexo** existe mayor proporción de mujeres que de hombres con diferencia, ya que la participación de las mujeres es de 84%.
- Hay una mayor proporción de solteros o sin pareja estable, suponiendo las personas separadas un 3%.
- España, con cerca de 50% las personas que han participado, es el país con más presencia, seguido de Argentina 18%, Chile, México, ambos con 10%, y después otros, de América y Europa (Diagrama 2). Puesto que la encuesta se publicó en español, era de esperar la ausencia de participantes de otros ámbitos lingüísticos o culturales.
- Son los **estudiantes** el porcentaje más alto, seguido por una amplia diversidad de profesiones como agente comercial, ingenieros, arquitectos, etc. (Tabla 1)
- Más del 90% de los participantes (ver Tabla 2) tiene **estudios** primarios y secundarios, los universitarios son un 50% aproximadamente.
- Con respecto al **número de hijos** el 74% de los participantes no tiene ningún hijo.

- La **edad de comienzo** (Diagrama 3) se suele producir en la pre adolescencia, entre los 10 y los 13 años, y casi el 85% de los encuestados empezó el hábito antes de los 16. Los casos de aparición más tardía son relativamente infrecuentes.
- Con respecto a la posible **situación desencadenante**, dos tercios de los participantes no recuerda ninguna; un 7% indica abusos sexuales el 7% y a la posible separación materna o divorcio de los padres el 4% y 2% respectivamente.
- La **zona** del cuerpo donde más se tira (Diagrama 4) es la cabeza con un 89%, seguido por pubis el 28%, cejas y pestañas con el 22% y 18% respectivamente.
- Los **lugares y situaciones** más frecuentes donde se produce el hábito son, sobre todo, **viendo la TV** (el 92%), **leyendo o estudiando** (81%), y **en la cama** (76%). Otras situaciones que se mencionan con bastante frecuencia son las conversaciones telefónicas y frente al espejo (Diagrama 5).
- La mayoría lo hace sin la **presencia** de nadie y cuando está solo/a (78%). El tanto por ciento más bajo es cuando están con profesores (15%) (Diagrama 6).
- La **comorbilidad** con la depresión es del 37%, seguido por onicofagia el 29% (Diagrama 7)
- Con respecto a los **tratamientos** (Diagrama 9), un 41% no ha recibido ningún tratamiento, seguido del 33% que han tomado fármacos. Con respecto a los tratamientos psicológicos es la terapia de conducta la cifra más alta con un 23% de los encuestados, al igual que a las soluciones personales como ponerse un pañuelo (22%). Un 4% ha utilizado la hipnosis como técnica de tratamiento.
- Se ha preguntado también si el tratamiento indicado se ha complementado o combinado con algún otro, por sucede ejemplo cuando se combinan terapias conductuales y fármacos. En este caso, el Diagrama 9 muestra en la serie "tratamiento secundario), el segundo tratamiento asociado. Por este orden la **el tratamiento complementario** aplicado fue: "ninguno" (55%), fármacos (21%), terapia de conducta, pañuelo, peluca (10%), rasurado el 9%.
- El 95% de los encuestados el **máximo tiempo sin tirar** (Diagrama 10) ha sido entre 1-3 días, entre el 55-50% una semana, dos semanas, entre el 41-44% un mes, dos meses, el 27% 6 meses, solo el 2% ha estado más de 4 años sin tirar.
- El 68% de los encuestados no tiene ningún **antecedente** (Diagrama 8) que conozcan en la familia, un 11% saben que lo tiene un amigo/a, siendo entre el 2-5% los que saben que se ha dado alguna vez en su familia (abuelos, hermanos, padre, madre).
- Entre el 15-18% de los encuestados dice haber sido **diagnosticado** por un profesional (psiquiatra ó psicólogo), es el 61% el que ha conocido el nombre del trastorno por si mismo/a.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Esta es una primera aproximación al análisis detallado de los datos obtenidos. Actualmente se está procediendo a la aplicación de técnicas estadísticas más avanzadas para determinar diversas relaciones causa-efecto y contrastar algunas de las teorías vigentes sobre la tricotilomanía con datos reales, así como validar la eficacia real de muchos tratamientos propuestos. Y en particular, como ya indicábamos antes, realizar este análisis en el ámbito de los países de habla hispana, puesto que donde más se ha publicado sobre tricotilomanía es en el mundo anglosajón y más en concreto en USA.

Si analizamos a través de Medline los artículos aparecidos sobre tricotilomanía en 2005 encontramos unos sesenta. En 2004 pocos más de 60 también. Diez años atrás en 1994 una cincuentena de artículos. Si seguimos retrocediendo diez años, en 1984 encontramos unos 16, pero es a partir de estas fechas cuando ya la aparición de artículos publicados anualmente se reduce a menos de 20; con lo que no se superan más de 60 artículos en ingles en sus momentos más álgidos

J.M. Pérez Quesada (2007): Sondeo sobre Tricotilomanía. Informe preliminar de resultados.

entre los años 2002 y 2005 en una población donde la incidencia es de más de **8 millones de tricotilómanos**, al menos en USA¹ y que afecta al 2,5% de la población².

Lo que caracteriza a la tricotilomanía es su amplio rango de edad. Se tira a los 3 años pero también a los 50, una característica es su **cronificación** aún con tratamiento.

La edad de comienzo es mayor en la pre adolescencia que en la primera infancia, así es a los 10,11 y 12 años cuando surge el problema, donde se da un porcentaje más alto, teniendo **peor pronóstico**. Los porcentajes siguen siendo altos en la adolescencia 14-16 años con respecto a otras edades³.

El 86% de las personas con tricotilomanía que han realizado la encuesta son mujeres y el 14% hombres, con una proporción de 8 a 1, la **proporción** del trastorno es mayor en mujeres que en hombres (DSM- IV).

En el estudio sobre trastornos menores de la salud en una muestra de estudiantes de la Universidad de Barcelona el porcentaje de mujeres y hombres con tricotilomanía es de 79,8 y 20,2 % respectivamente⁴.

Un casi 50% de los encuestados no ha recibido ningún tratamiento, los que han recibido tratamiento farmacológico han sido el 33% y los que han recibido tratamiento psicológico han sido también aproximadamente el mismo porcentaje, sin embargo el tiempo sin tirar de forma ininterrumpida tanto con un tratamiento o una combinación de tratamientos, el 95% de los encuestados afirma que ha sido entre 1-3 días, lo que pone en evidencia la eficacia de los tratamientos actuales sobre la tricotilomanía.

Una gran mayoría de los encuestados (95%) dice que no ha podido estar más de 3 días sin tirar.

Aunque la farmacoterapia es el tratamiento más común, desafortunadamente el tratamiento se percibe como inefectivo⁵.

Con respecto a la eficacia de los tratamientos los resultados no son muy positivos ya que pese a recibir tratamientos un tanto por ciento muy alto no ha podido dejar de tirarse y ha recaído, lo que nos lleva a concluir que la frecuencia, e intensidad de la tricotilomanía es variable y que cuando se apliquen tratamientos, su eficacia vendrá demostrada no solo con los resultados a después de haberlo acabado sino con el seguimiento que al menos ha de ser de más de dos años para que carezca de fiabilidad y se controle una de sus características más importantes su **recidivancia**⁶.

El tratamiento más frecuente ha sido el farmacológico antidepresivos (IRSS) y y ansiolíticos (benzodiazepinas)⁷. No se puede diferenciar exactamente cuál ha sido más eficaz.

El 37% de los encuestados manifiesta haber tenido depresión diagnosticada a consecuencia de su tricotilomanía. Otro trastorno asociado que se menciona es la onicofagia (29% de casos), y la tricofagia. Es importante comentar en este sentido, que hay un 21% de encuestados que manifiesta comer compulsivamente su pelo (tricofagia), una práctica que puede dar lugar a problemas

¹ Azrin y Nunn, 1987.

² Vythilingum, Warwick, Kradenburg, Charmaine Hugo, Ben van Heerden, and Stein, 2002; Christenson, Mackenzie, and Mitchell 1991.

³ Tay, Levy and Metry, 2004.

⁴ ICART ISERN, M. Ty colab. 2006 ; DSM- IV

⁵ Woods, Douglas W; et al .2006

⁶ O'Sullivan, Keuthen, Christenson,. Mansueto, Stein and Swedo, 1997.

⁷ Mansueto, Ninan and Rothbaum, 2000

importantes de salud⁸. Sin embargo los que dicen tener TOC diagnosticado es el 11%, cifra muy escasa si comparamos con lo que hasta ahora se venía sosteniendo entre la similitud de la tricotilomanía y el TOC⁹.

La **situación** que pudo haber provocado la tricotilomanía no está nada clara ya que un 66% de los encuestados no la recuerdan y solo entre un 4 % manifiesta ser debida a separación materna o divorcio.

Los **lugares** más frecuentes donde más se tira es viendo la TV, cuando están estudiando o leyendo y cuando están en la cama. El conocimiento de los desencadenantes de la tricotilomanía nos ayuda a conocer cuando comienza y como acaba, así conocer los lugares donde más nos tiramos y las situaciones, determinará que técnicas se han de utilizar. No obstante una de las más utilizadas ha sido el control estimular sin grandes éxitos, las personas o las han aplicado mal o no han sabido utilizarlas o simplemente no han dado resultado.

Una de las conclusiones de cara a establecer adecuados tratamiento es que la actividad de tirarse del pelo surge realizando actividades sedentarias sobre todo, porque se suele dar en contextos de bajo esfuerzo físico, en estado de reposo y en solitario, sin presencia de nadie.

No existen o se desconocen en una gran proporción antecedentes familiares del problema, por lo que el componente hereditario al igual que otras variables debe ser objeto de estudio específico si se quiere saber si la **herencia** tiene un papel importante en la tricotilomanía¹⁰.

El **nivel de estudios** de los encuestados es de estudios secundarios y la mitad de ellos son universitarios, con lo que en principio no es relevante tanto en el comienzo del tirar como en su solución.

La **parte del cuerpo** donde más se tira es la cabeza, seguida del pubis, cejas y pestañas. Cuando es en la cabeza y al estar a la vista el problema es más incapacitante y hace que la persona recurra a cubrirse para disimular las zonas calvas y le impide por ejemplo tomar un baño público y/o participar en una conversación de un grupo.

CONCLUSIONES

En resumen, como resultado de este trabajo de campo, el perfil de este trastorno quedaría definido de esta forma:

- ✓ El lugar del cuerpo donde más se tira es la cabeza, seguida con gran diferencia de pubis, cejas y pestañas respectivamente.
- ✓ Se empieza en la preadolescencia.
- ✓ El problema es bastante más frecuente en la mujer que en el varón
- ✓ En ocasiones se asocia a depresión y onicofagia. A tener en cuenta que existe menos de un tercio de personas que ingieren el pelo que se quitan.
- ✓ Los lugares más frecuentes son los relacionados con situaciones de escasa movilidad y actividad física, sobre todo en actividades sedentarias, por este orden, viendo la TV, leyendo o estudiando y en la cama.

⁸ Köbrich y colab. 2006.

⁹ Vythilingum, Warwick, Kradenburg, Charmaine Hugo, Ben van Heerden, and Stein, 2002; Lochner; Seedat, Toit, Nel, Niehaus, Sandler and Stein, 2005

¹⁰ Vythilingum, Warwick, Kradenburg, Charmaine Hugo, Ben van Heerden and Stein, 2002

- ✓ Se suele hacer cuando se está solo sin la presencia de nadie
- ✓ El problema se cronifica con la edad.
- ✓ Es recidivante: se alternan los periodos sin tirar con las temporadas de arrancamiento del pelo, a menudo con más intensidad que antes.
- ✓ No se busca ayuda profesional, por la vergüenza social que produce y la falta de conocimiento de la tricotilomanía
- ✓ Los tratamientos no son eficaces: 95% de los encuestados solamente ha podido permanecer hasta 3 días sin tirarse del pelo, y únicamente un 2% pudo mantenerse más de cuatro años.
- ✓ El nivel de estudios no parece tener relación con la tricotilomanía.
- ✓ Si han existido acontecimientos traumáticos desencadenantes de la tricotilomanía, al menos la gran mayoría no se acuerda o los desconoce.
- ✓ No se detecta una causa hereditaria: si hay antecedentes en la familia, como abuelos, padres, etc, en general no son conocidos por parte de los afectados.
- ✓ El autodiagnóstico es lo más frecuente.

NUEVAS VIAS DE INVESTIGACION Y PREGUNTAS ABIERTAS

Los resultados nos dejan mucho campo abierto para trabajar, sobre todo para determinar la verdadera naturaleza de la tricotilomanía y, por supuesto, la búsqueda de estrategias y tratamientos eficaces que mejoren la calidad de vida de los afectados.

Esperamos que investigaciones contrastadas nos den las respuestas, pero para ello somos las personas mismas que nos tiramos quienes debemos sacar a la luz este trastorno que a algunos tanto incapacita. A día de hoy no están claros algunos de los aspectos fundamentales del trastorno, como es la relación entre tricotilomanía e, impulsividad, ó TOC, entre otras¹¹.

A raíz de la publicación del Web y particularmente con ocasión del propio sondeo a través de Internet, se ha podido comprobar que la Tricotilomanía no es un trastorno marginal, puesto que afecta a muchas personas y a menudo las impide mantener relaciones sociales efectivas y plenas por las consecuencias que acarrea. Los afectados se hacen preguntas, y actualmente no se encuentran respuestas para ellas. Por ilustrar el punto en que nos encontramos, aquí formulamos las siguientes:

- ¿Tiene solución la tricotilomanía?
- ¿Son tan efectivas las técnicas conductuales y cognitivas y/o los fármacos?
- ¿Progresan la investigación en tratamientos específicos y sistemáticos, validados con apoyo empírico?
- Hasta ahora una de las técnicas conductuales más utilizadas es la práctica de respuesta física incompatible y el aprendizaje consciente de su ocurrencia¹², pero ¿puede esta técnica eliminar la interrupción de sus movimientos asociados? ¿es realmente efectiva?
- ¿Son útiles los fármacos para eliminar la tricotilomanía y no solo los trastornos asociados?
- ¿Son realmente útiles otras técnicas conductuales como la práctica masiva o el control estimular¹³ ?
- ¿El tratamiento debe ser único o multicomponente?
- ¿Qué tienen que decir las nuevas terapias psicológicas como Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso, Activación Conductual, etc.¹⁴.

¹¹ Chamberlain and Sahakian 2006

¹² Mouton-Odum; Keuthen, Wagener, and Stanley, 2006

¹³ LLavona y Carrasco, 1981

¹⁴ Papeles del psicólogo VOL 26. 2006 y VOL 27. 2007

En el plano profesional, podríamos preguntarnos por se publica tan poco o no se traducen documentos en español sobre tricotilomanía, pero ya entrando en consideraciones más personales, cabría llamar la atención de la sociedad de alguna manera y preguntarse por qué cuando los afectados piden ayuda a los profesionales, en general se trivializa el problema y se le resta importancia, ignorando las consecuencias que comporta tanto para el que lo sufre como para quienes le rodean, obligándoles a sufrirlo en silencio y en solitario.

José Manuel Pérez Quesada

Psicólogo Col. Nº MU 01124

España

info@tricotilomania.org

Referencias:

- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado*, (DSM-IV). Barcelona: Masson, S.A.
- Azrin, N.H. Y Nunn, R.G. (1987). *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bavanisha Vythilingum, M.B., James Warwick, M.B., Jeanine van Kradenburg, R.N., Charmaine Hugo, B.A., Ben van Heerden, M.B. and Dan J. Stein, M.B. (2002): "SPECT Scans in Identical Twins With Trichotillomania" **J Neuropsychiatry Clin Neurosci** **14**:340-342, August 2002
- Chamberlain, Samuel R, and Sahakian, Barbara J, (2007): "The Neuropsychiatry of impulsivity", **Curr Opin Psychiatry**, **2007 May**, **20(3)**: 255-61.
- Charles Mansueto, Ph.D. & Philip T. Ninan, M.D. & Barbara O. Rothbaum, Ph.D. (2000): "Trichotillomania y su Tratamiento en Adultos: Una Guía Clínica": **Un Trabajo del Consejo Científico Asesor del Centro de Estudio de la Trichotillomania, Inc. (Trichotillomania Learning Center, Inc.)**
Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE: "Characteristics of 60 adult chronic hairpullers". **Am J Psychiatry** **1991**; **148**:365-370
- Christine Lochner, Soraya Seedat, Pieter L du Toit, Daniel G Nel, Dana JH Niehaus, Robin Sandler and Dan J Stein (2005): "Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison" **BMC Psychiatry** **2005**, **5**:2
- ICART ISERN, MT, PULPON SEGURA, AM y ICART ISERN, MC. Trastornos menores de salud en una muestra de estudiantes de la Universidad de Barcelona. **Educ. méd. [online]**. **2006**, vol. 9, no. 3 [citado 2007-05-31], pp. 42-47. Disponible en:
<http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1575-1813.
- Llavona, M. J. Y Carrasco, I. (1985). Tratamiento de un caso de tricotilomanía mediante procedimientos de autocontrol. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**. **3**, nº 3, pp. 261-269.
- Mouton-Odum, S., Keuthen, N.J., Wagener, P.D., and Stanley, M.A. (2006): "StopPulling.com: An interactive, self-help program for trichotillomania". **Cognitive and Behavioral Practice**, **13**, **215-226**.
- Papeles del Psicólogo VOL 27. 2. 2006 y VOL 29. 2. 2007
- Richard L. O'Sullivan, M.D., Nancy J. Keuthen, Ph.D., Gary A. Christenson, M.D., Charles S. Mansueto, Ph.D., Dan J. Stein, M.D., and Susan E. Swedo, M.D. (1997): "Trichotillomania: Behavioral Symptom or Clinical Syndrome?" **Am J Psychiatry** **154**:10, **October 1997**
- Stephanie Köbrich, Alberto Larraín¹, Hanns Lembach, Andrea Leslie,
- Francisca Millán y Dra. Carmen Gloria Rostion (2006): "Síndrome de Retención Gástrica por Tricobezoar. Reporte de Caso Clínico" **Rev. Ped. Elec. [en línea]** **2006**, **Vol 3**, **Nº 1**.

J.M. Pérez Quesada (2007): Sondeo sobre Tricotilomanía. Informe preliminar de resultados.

- Yong-Kwang Tay, Moise L. Levy and Denise W. Metry (2004): "Trichotillomania in Childhood: Case Series and Review" **Pediatrics** **2004; 113**; e494-e498
- DOI: 10.1542/peds.113.5.e494
- Woods, Douglas W; Flessner, Christopher A; Franklin, Martin E; Keuthen, Nancy J; Goodwin, Renee D; Stein, Dan J; Walther, Michael R; Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board (2006): "The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization." **J Clin Psychiatry. 2006 Dec; 67(12):1877-88.**

Anexo 1: tablas de resultados y diagramas

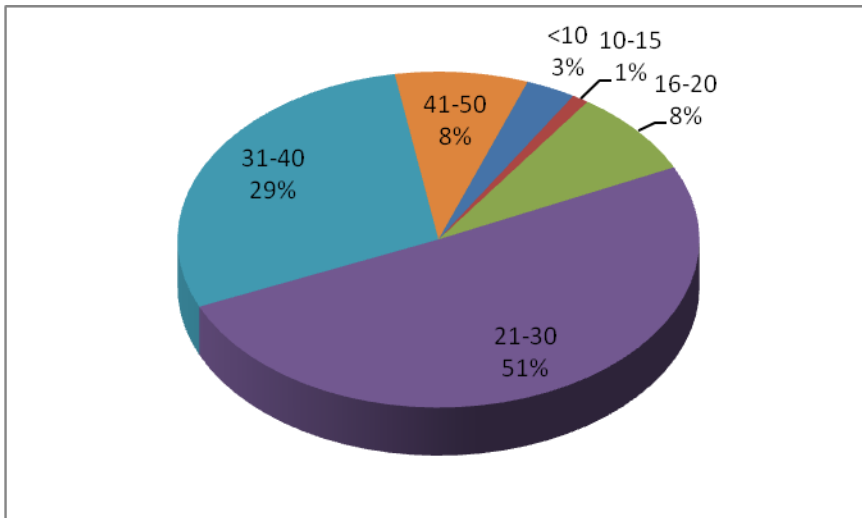


Diagrama 1: distribución por edades de los encuestados

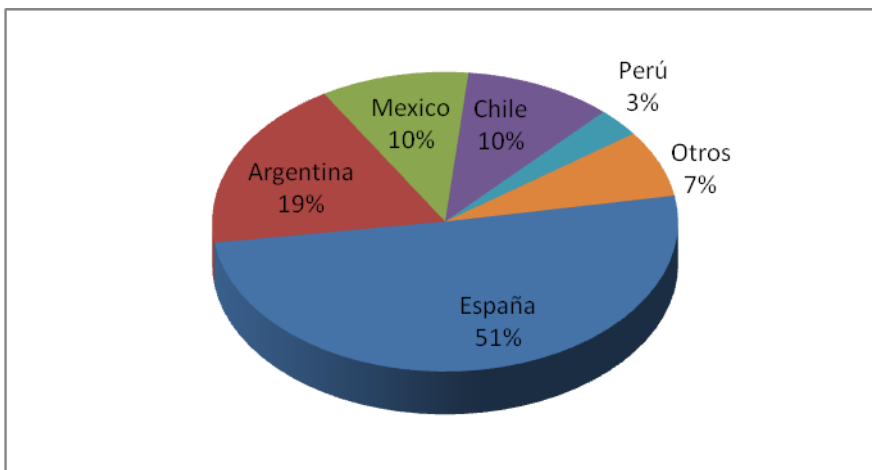


Diagrama 2: Distribución por países (núm. de encuestas recibidas)

Profesión	Nº casos
Estudiante	23
Ingeniero	6
Empleado	4
Arquitecto	3
Informático	3
Secretaria	3
Otros	55

Tabla 1: profesión del encuestado

Nivel de estudios	Nº Casos
Primarios	6
Secundarios	38
Terciarios	6
Universitarios	47

Tabla 2: Nivel de estudios

(nota: la categoría "estudios terciarios" no se utiliza en España.

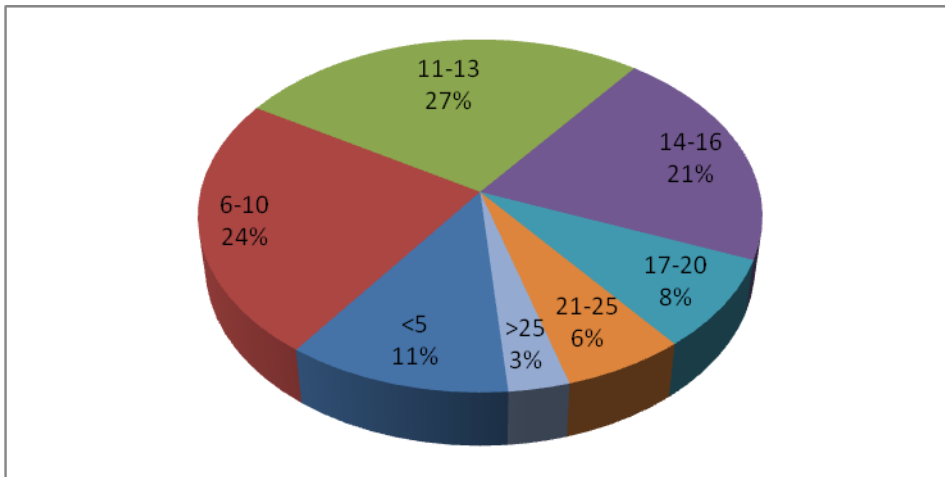


Diagrama 3: Distribución por edad de comienzo

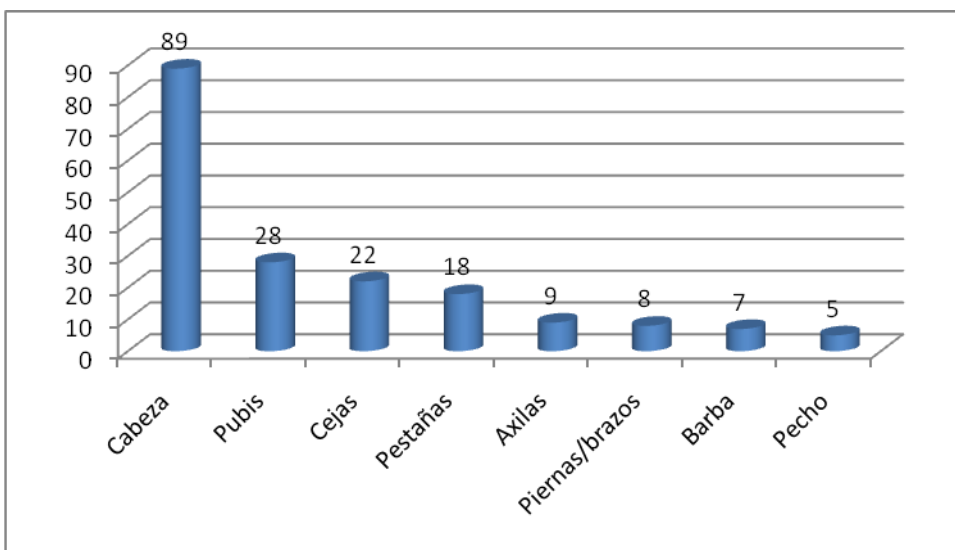


Diagrama 4: Zonas del cuerpo donde se arranca el pelo (núm. casos)

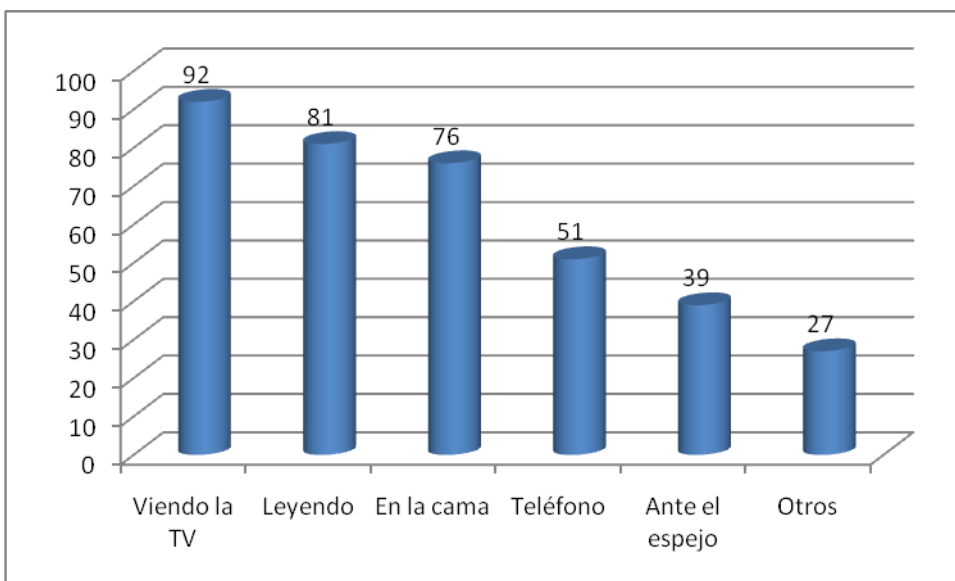


Diagrama 5: Lugares y situaciones preferentes (núm. casos)

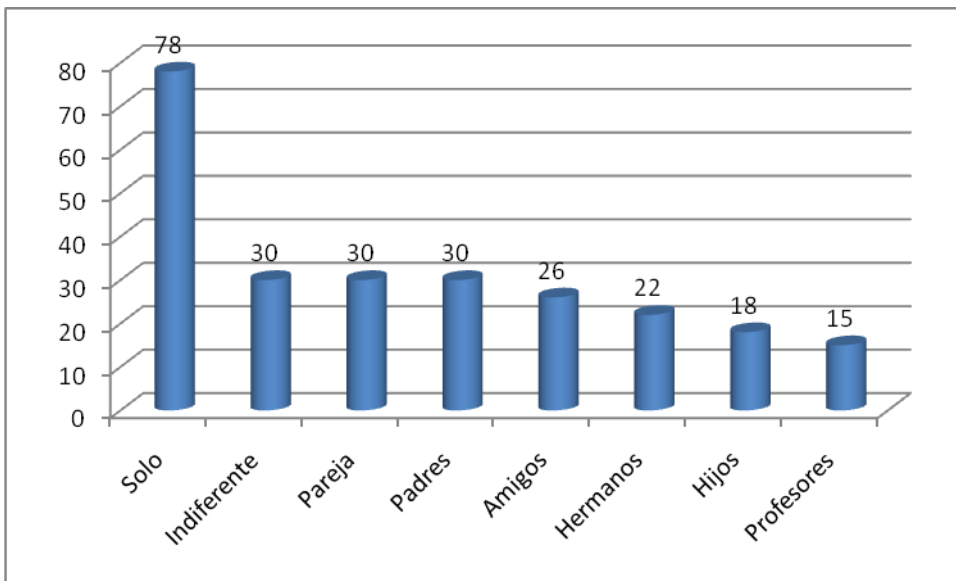


Diagrama 6: Presencia de otras personas (núm. casos)

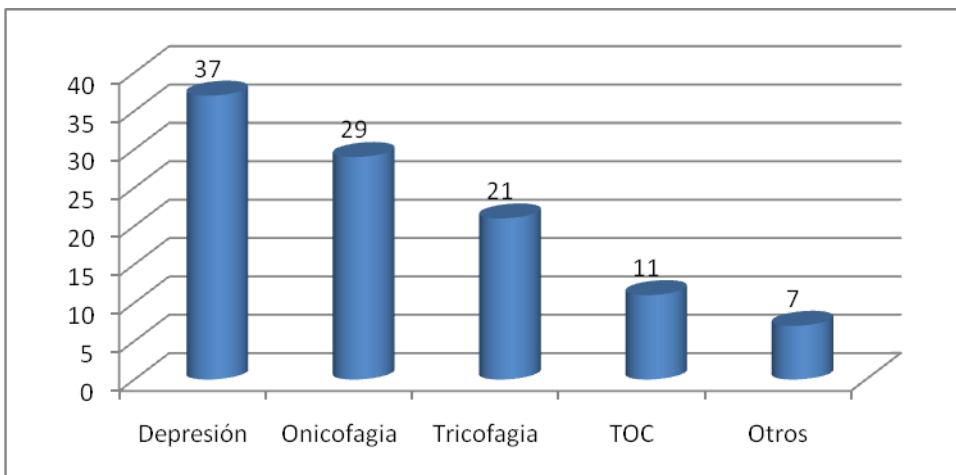


Diagrama 7: Comorbilidad (núm. casos)

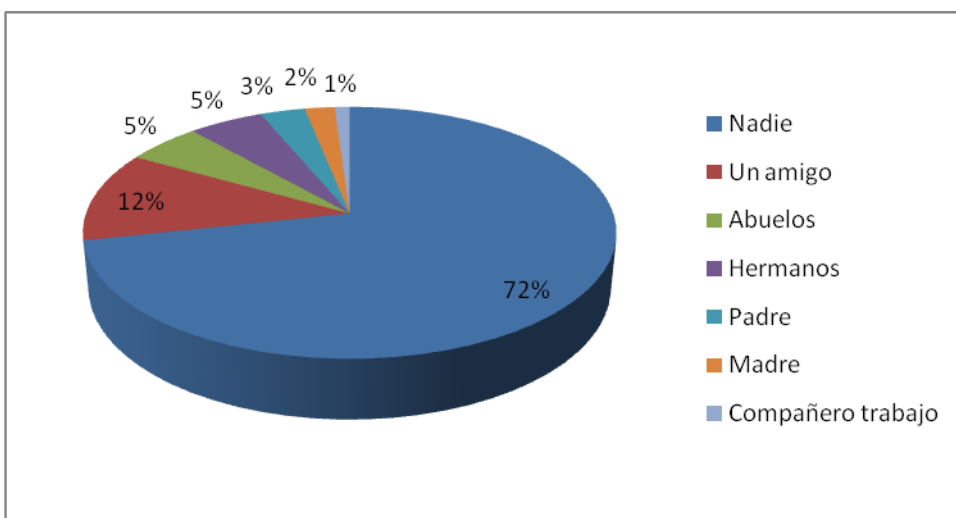


Diagrama 8: Antecedentes familiares o sociales

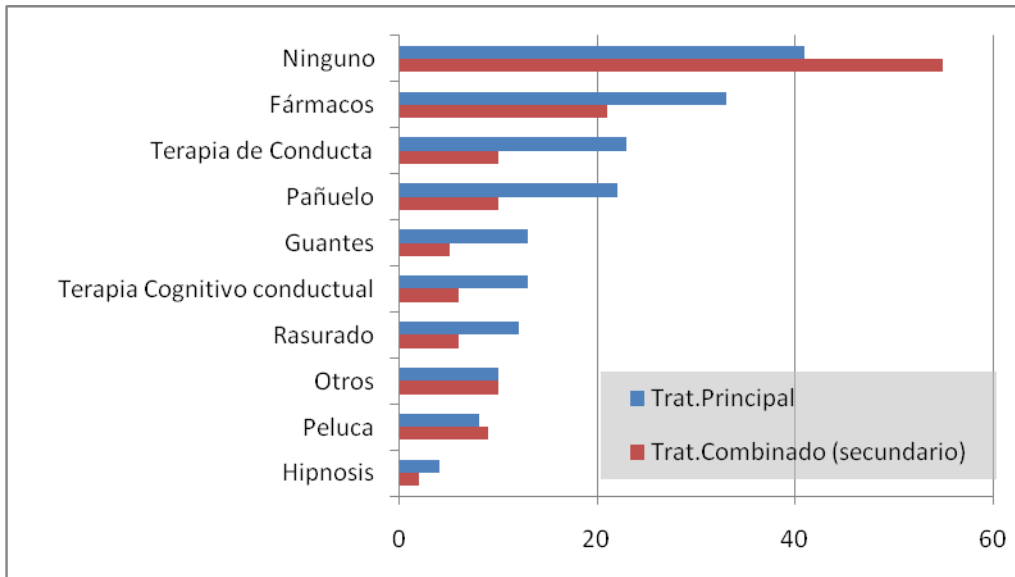


Diagrama 9: Tratamientos recibidos, con detalle de tratamiento principal y secundario (como complementario de uno de los principales). Núm. de casos.

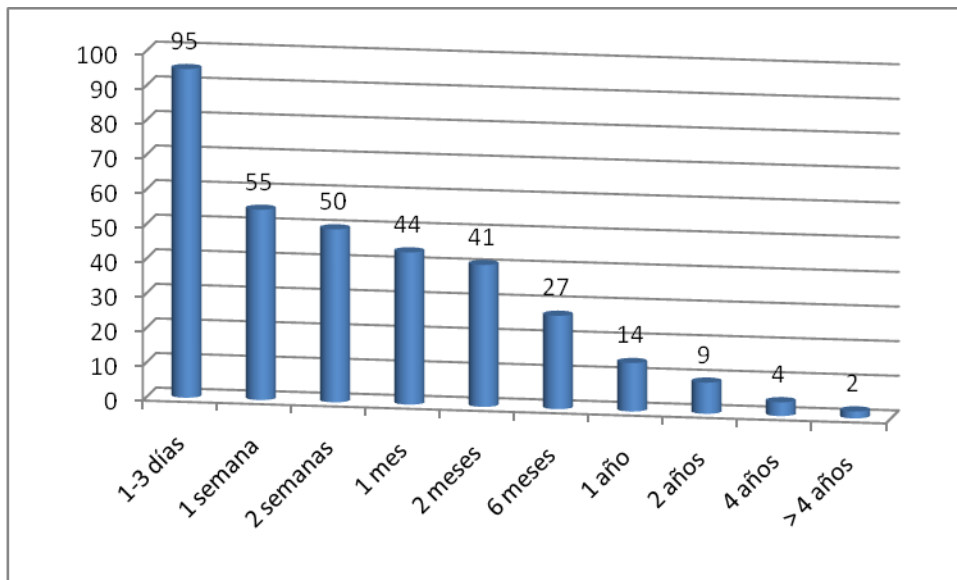


Diagrama 10: Periodo máximo sin tirar (núm. de casos)