

CARACTERÍSTICAS TTM

<https://es.groups.yahoo.com/neo/groups/tricotilomaniaorg/info> 01/08/2015

Se pueden delimitar tres ejes de desarrollo de la tricotilomanía –TTM-: cronificación, recidivancia y vergüenza social. Estas características se experimentan durante durante toda su trayectoria y curso en la mayoría de las personas que la padecen.

El que más afecta a su estudio es la vergüenza social que produce y como consecuencia, la disminución de la frecuencia de aparición en determinados sitios y lugares, por ejemplo en la piscina o la playa.

La imagen personal se desmorona y la autoestima se deteriora hasta el punto de no querer reconocerse en imágenes, fotos o vídeos. Hay una tensión permanente y una lucha por disimular los efectos que alteran de forma secundaria el comportamiento del afectado. Pero lo peor es la autoinculpación. Se concibe la idea de una imagen deplorable al quedarse sin pelo y una sensación de impotencia ante la falta de autocontrol.

Actualmente se denomina la TTM junto con otros comportamientos como la dermatilomanía y la onicofagia, conductas repetitivas centradas en el cuerpo (CRCC), del término en inglés, Body-focused repetitive behavior (BFRB), y a partir del DSM V, dentro de los trastornos relacionados con el Trastorno Obsesivo Compulsivo –TOC-.

El diagnóstico diferencial hay que establecerlo claramente descartando enfermedades dermatológicas reales como la alopecia areata, dermatitis atópicas y otras afecciones de la piel.

En el caso de la gente que se rasca en exceso y llega a hacerse heridas a veces sangrantes puede parecer que estén afectados de algún tipo de enfermedad de las citadas anteriormente.

Cuando se descarta todo lo anterior y las personas que ejecutan este tipo de rituales son plenamente conscientes, piensan que no es culpa suya porque les pica la piel y no pueden dejar de hacerlo; el convencimiento de que es algo ajeno –enfermedad- y que tiene poco que ver con su voluntad, conduce a una indefensión y a otros problemas asociados como la depresión.

Hay que explicar a los que la padecen que tiene un nombre y que lo hace mucha gente (dermatilomanía). Dos de cada 50 personas presentan BFRB. Entre 2-5 % de la población se tira del pelo y un 5% se pellizca la piel.

El hormigueo es un disparador. Las cremas ayudan a calmarlo y a estimular sensorialmente las zonas locales afectadas.

Los tratamientos actuales no solucionan el problema, son paliativos, si ayudan a controlar el problema y mantenerlo a raya. Hasta ahora y siendo un problema tan frecuente, no han recibido en la literatura tanto psicológica como dermatológica la importancia que tiene.

Con respecto a las características de la TTM: **RECIDIVANCIA, CRONIFICACIÓN Y VERGÜENZA**, suelen ir juntas y son difíciles de aceptar.

Los resultados de un programa de tratamiento los dan los datos y en la trico una de las variables dependientes es la frecuencia de pelos arrancados. Es fácil de medir. En el postest, el número de pelos arrancados si el tratamiento ha surgido efecto habrá disminuido o desaparecido y aunque el seguimiento se realice a los 2, 6, 12 o 24 meses, es necesario ampliarlo, porque las recaídas son importantes.

Los resultados de los estudios han de contemplar estas características, **RECIDIVANCIA, CRONIFICACIÓN, VERGÜENZA SOCIAL** y la comorbilidad que conlleva por la autoinculpación, la depresión y /o trastornos de ansiedad.

Cualquier tratamiento que se precie de efectivo con la TTM ha de tener en cuenta la recidivancia. Por tanto cuando se mida la frecuencia de la TTM en cualquier estudio ha de ser en función del tiempo, si los seguimientos de las investigaciones en psicología normalmente se hacen a los 6, 12 meses y a los dos años, para que estas se precien de fiables, con la TTM como sabemos esto no es así. Una persona puede estar 10 años libre de tirar y luego volver. La pregunta sería ¿cuándo se consideraría el seguimiento de cualquier investigación y sus resultados sobre TTM? a lo mejor exagero, pero al menos entre los 5 y los 10 años.

El mero hecho de apuntar el nº de veces, el lugar y los movimientos secundarios de la mano, disminuye la frecuencia y la gente se sorprende cuando en una o dos semanas ha dejado de tirarse casi el 50%, pero esto puede inducir a engaño, porque el éxito solo es a corto plazo. Lo normal es que el problema vaya y venga a lo largo de la vida y por consiguiente se cronifique. Si así se acepta estamos eliminando mucha ansiedad y preocupación, y estableciendo el camino de su superación.

En un intercambio de correos electrónicos hace años, me escribió un joven catalán. Vivía en Munich y era ingeniero. Me decía que se había leído todo sobre TTM, que había experimentado todos los tratamientos conocidos, que ese momento estaba con uno de hipnosis de una terapeuta inglesa. Una de las cosas que me decía y que compartí y me alegró, es que la TTM no le había dejado que le *amargara* la vida, que hasta ese momento había conseguido sino eliminarla, si hacer todo lo que había querido en su vida. Pese a todos los libros leídos y tratamientos on line y CDs aplicados o autoaplicados, en la encuesta que en su momento me envió, decía que el tiempo máximo sin tirar habían sido tres meses.

J Kender se ha preguntado muchas veces porque no se investiga su dieta y se investigan otras hipótesis sobre el trich en USA. La respuesta la desconozco, pero él es muy escéptico sobre los demás tratamientos y en parte estoy de acuerdo cuando dice que a la hora de aportar datos, se queda la cosa muy cortita. En algún metanálisis (que tenía y perdí en mi disco duro) sobre el asunto, el tratamiento más eficazmente demostrado (terapia cognitivo conductual junto con SSRI) no demostraba mucho éxito. Su dieta parece que ha ayudado a mucha gente, yo no la he intentado, no se si lo haré algún día.

José Manuel Pérez Quesada
Psicólogo. Col. MU 1124
Spain