

F63.2 Cleptomanía

Encare

Agrupación sindromática

Síndrome de alteración del control de impulsos

Dado por fracaso reiterado en los intentos de resistirse al impulso de robar objetos que no se utilizan para uso personal o por fines lucrativos (los objetos suelen deshecharse, regalarse o esconderse). El acto está precedido por sensación de tensión emocional y seguido de gratificación durante e inmediatamente después de realizar el acto. El acto se realiza de forma solitaria sin grandes esfuerzos para evitar ser descubierto.

Otros síndromes

- Síndrome de ansiedad angustia
- Síndrome depresivo (vinculado a culpa). Esto no impide la repetición del acto.

Personalidad y nivel

Diagnóstico positivo

Cleptomanía

Diagnóstico diferencial

- Hurto recurrente sin trastorno mental manifiesto: son actos planificados y existe un motivo de ganancia personal.
- Deterioro cognitivo (olvido de pagar objetos, alteración de juicio con desinhibición que lleva a conductas de robo)
- Psicosis: hurto en contexto discordante, delirante o por comando alucinatorio.
- Trastorno de la personalidad borderline o antisocial: en este caso no hay una conducta maladaptativa sino un patrón que afecta todas las áreas de la vida de la persona

Etiopatogenia y psicopatología

Paraclínica

Biológico: ninguna.

Psicológico: tests de personalidad.

Tratamiento

Biológico

Antidepresivos + tratamiento de cuadros comórbidos.

Psicologico

- exposición in vivo + prevención de respuesta
- reestructuración cognitiva
- sensibilización encubierta
- desensibilización sistemática

Evolución y pronóstico

Fuentes

- Comité de consenso de Catalunya

F63.3 Tricotilomanía

Notas clínicas

Epidemiología

- 1-2% de la población¹
- mujeres > hombres (10:1 en muestras clínicas 2:1 en población general)

Encare

Agrupación sindromática

Síndrome de alteración del control de impulsos

Dado por fracaso reiterado en los intentos de resistirse al impulso de arrancarse el pelo. Este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión y se sigue de una sensación de alivio o gratificación. Este diagnóstico no debe hacerse si existe previamente una inflamación de la piel o si el pelo es arrancado como respuesta a una idea delirante o a una alucinación.

Síndrome obsesivo-compulsivo

El comportamiento puede acompañarse de rituales asociados (tipo específico de pelo para sacar, extracción de un modo específico, examen o manipulación del pelo luego de sacarlo, comportamiento de morder o tragar el pelo, etc.).

Síndromes asociados

Síndrome depresivo, síndrome de ansiedad-angustia.

Personalidad y nivel

Diagnóstico positivo

CIE-10

F63.2: dentro del capítulo de trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

- Notable pérdida de pelo debida a la incapacidad de resistir el impulso de arrancarlo.
- Precedido de tensión y seguido de alivio
- Ausencia de causa orgánica de caída de pelo, ausencia de síntomas psicóticos

DSM-5

Dentro del capítulo de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Criterios:

- Arrancarse el pelo de forma recurrente
- Intentos repetidos de dejar de hacerlo
- Causa malestar clínicamente significativo o deterioro en pragmáticos
- No se debe a causa médica (por ejemplo dermatológica)
- No se explica mejor por otro trastorno mental (ejemplo trastorno dismórfico corporal)

Diagnóstico diferencial

- Depilación o manipulación normal: son razones estéticas o culturales, no hay síndrome de lucha.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: arrancarse el pelo por motivos de simetría.
- Trastorno dismórfico corporal: arrancarse el pelo por percibirlo feo o anormal.
- Estereotipias: movimiento estereotipado (tirarse el pelo en un TEA, por ejemplo).
- Psicosis: arrancarse el pelo por delirio o alucinación.
- Alopecia de causa orgánica: trastornos dermatológicos, alopecia por enfermedades sistémicas, etc. Alopecia no cicatrizal (Alopecia areata, Alopecia androgénica) o cicatrizal (Lupus eritematoso discoide, líquen plano folicular, etc.).

¹Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Trichotillomania. American Journal of Psychiatry, 173(9), 868-874.

Comorbilidad TDM, Trastorno de excoriación, onicofagia.

Etiopatogenia y psicopatología

Hay evidencia de vulnerabilidad genética. Es más frecuente en pacientes con TOC y en familiares de primer grado que en la población general.

Paraclínica

Biológico

Interconsulta con dermatólogo si hay DD con causa orgánica. Dermatoscopía: opcional. Muestra disminución de la densidad del pelo, pelo roto con diferentes longitudes.

Psicológico

Tests de personalidad.

Tratamiento

Biológico

No hay tratamiento de primera línea. Evidencia limitada para el uso de ISRS o Clorimipramina.

Otros:

- N-Acetilcisteína: 1200 mg c/12 horas, ensayo por 9 semanas. Usado como mucolítico y expectorante. Presentación oral bebible de sobres de 600 mg (Balimuc 600(r), Bronacetil 600(r), Tempotane (r))
- Olanzapina: 10 mg c/24 horas, ensayo por 12 semanas. Vigilar síndrome metabólico.
- Dronabinol: agonista cannabinoide

Tratamiento de cuadros comórbidos.

Psicológico

- Psicoterapia cognitivo-conductual:
 - Técnicas de reversión de hábitos
 - exposición in vivo + prevención de respuesta
 - reestructuración cognitiva
 - sensibilización encubierta
 - desensibilización sistemática
- Terapia de aceptación y compromiso (ACT)
- Terapia dialéctica-conductual (DBT)

Evolución y pronóstico

Curso crónico y fluctuante sin tratamiento. Inicio habitualmente en la pubertad. Peoría premenstrual.