



REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE
ISSN 1578-1062

Volume 12, número 1, 2026, pp. 1- 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

Caso clínico

« J'arrache mes poils ... » : un regard psychodynamique sur la
trichotillomanie

"Me arranco los pelos..." : una mirada psicodinámica a la
tricotilomanía

"I pull out my hair...": a psychodynamic perspective at
trichotillomania.

Bouchra Aabbassi

Professeure de pédopsychiatrie, Faculté de médecine et de pharmacie, CHU
Mohamed VI, Marrakech, Maroc

Centre de recherche « Enfance, Santé et Développement », Université Caddi
Ayyad de Marrakech, Maroc

Présidente de la société marocaine de psychopathologie de l'enfant et de
l'adolescent SMPEA, Maroc

Correspondance : aabbassi40@gmail.com, b.aabbassi@uca.ma

RÉSUMÉ

La trichotillomanie est un comportement répétitif qui consiste à s'arracher ses propres cheveux, jusqu'à épiler des zones entières du cuir chevelu ou des zones poilues du corps. Les premières manifestations ont lieu généralement pendant l'adolescence mais peuvent aussi se voir à l'âge adulte. Les enjeux psychopathologiques sont divers et variés. Au-delà du symptôme clinique, ce sont les origines développementales de la souffrance qui sont à évaluer. C'est à travers

une vignette clinique que nous allons éclairer ce trouble à l'âge de l'adolescence.

Mots clés :

Trichotillomanie, chevelure, diagnostic, développement, adolescence

ABSTRACT

Trichotillomania is a repetitive behavior involving the compulsion to pull out one's own hair, sometimes leading to the removal of entire areas of the scalp or hairy areas of the body. The first signs typically appear during adolescence but can also be seen in adulthood. The psychopathological implications are diverse and varied. Beyond the clinical symptoms, the developmental

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1 - 8

Este artículo está bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

origins of the distress must be assessed. We will use a clinical vignette to shed light on this disorder in adolescence.

Key words :

Trichotillomania, hair, diagnosis, developement, adolescence

RESUMEN

La tricotilomanía es un comportamiento repetitivo que implica la compulsión de arrancarse el propio cabello, llegando en ocasiones a eliminar zonas enteras del cuero cabelludo o áreas con vello corporal. Los primeros signos suelen aparecer durante la

adolescencia, pero también pueden presentarse en la edad adulta. Las implicaciones psicopatológicas son diversas y variadas. Más allá del síntoma clínico, es fundamental evaluar los orígenes evolutivos del malestar. Utilizaremos un caso clínico para ilustrar este trastorno en la adolescencia.

Palabras clave : Tricotilomanía, cabello, diagnóstico, desarrollo, adolescencia

INTRODUCCIÓN

El cabello en los seres humanos es símbolo de poder, de fuerza vital y de bienestar. Esto lo convierte en un elemento de seducción, pero también de humanidad e identidad. No es de extrañar que sea objeto de manifestaciones patológicas.

La tricotilomanía es un comportamiento repetitivo que consiste en arrancarse el propio cabello, hasta llegar a depilar zonas enteras del cuero cabelludo o de las zonas pilosas del cuerpo. Las personas que padecen tricotilomanía pueden jugar con

los cabellos arrancados o ingerirlos (esto se conoce como tricotilofagia).

En niños y adolescentes, la prevalencia de este trastorno se estima en menos del 1 % y afecta preferentemente al sexo femenino (Tay et al., 2004). Las primeras manifestaciones suelen producirse durante la adolescencia, pero también pueden observarse en la edad adulta.

Los aspectos psicopatológicos son diversos y variados.

A través de un caso clínico vamos a arrojar luz sobre este trastorno en la adolescencia.

Caso clínico

Atiendo a Adam, un niño de nacionalidad marroquí de 10 años, en el marco de su seguimiento ambulatorio poshospitalario. Dos semanas antes de esta cita, nuestro equipo de psiquiatría infantil fue solicitado por el equipo pediátrico del hospital

universitario infantil a raíz de un episodio de tricotilomanía descubierto de forma fortuita.

Adam lleva en seguimiento desde su más tierna infancia por una insuficiencia renal crónica terminal y es candidato a un

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL Y
ADOLESCENTE**
ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1 - 8

Este artículo está bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

trasplante renal en un futuro próximo. Su hermano mayor también está en seguimiento por un síndrome nefrótico crónico, pero parece responder mejor al tratamiento médico...

La última hospitalización de Adam en el servicio de pediatría duró dos meses, marcados por dificultades relacionales con el equipo médico (dolor, ira, rechazo a los cuidados...). Hacia el final y de forma fortuita, su pediatra descubrió un episodio de tricotilomanía que afectaba al vello púbico y a una parte del cuero cabelludo... A primera vista, Adam no aparenta su edad. Presenta un retraso estatura-ponderal marcado y lleva ropa visiblemente demasiado infantil. Tiene un lenguaje oral distorsionado con un vocabulario muy reducido, habla como un bebé y tiene un tono de voz agudo. Sin embargo, se muestra presente en esta cita con el psiquiatra infantil: rectifica, se opone o corrobora lo que dicen sus padres. El episodio de tricotilomanía se ha ido instaurando progresivamente a lo largo de dos semanas. A veces se traga los pelos arrancados, otras veces los esconde bajo las sábanas. La madre cuenta que el embarazo de Adam no fue deseado, ya que antes había tenido un hijo enfermo (el hermano de Adam).

Su familia política la culpa de dar a luz a «niños enfermos»... Incluso describe, sin darse cuenta, que pasó por un episodio depresivo grave al conocer la enfermedad de Adam cuando tenía 3 años y unos meses. La pareja parental es conflictiva, su vida está a menudo marcada por la

violencia. El padre se ha desentendido. Son la madre y la abuela materna quienes se ocupan de los dos niños. «Adam es un privilegiado», dice la abuela.

Las instrucciones de los pediatras se siguen al pie de la letra, los exámenes previos al trasplante se realizan en el extranjero y se acompaña al niño en todas las tareas cotidianas... Un discurso que denota un temor al mal y un deseo de controlar lo incontrolable (la muerte).

Para un niño de su edad, ¡la consulta psiquiátrica infantil resulta, como mínimo, sorprendente! Su funcionamiento mental y afectivo es el de un niño de 6 años. Le atormentan angustias regresivas relacionadas con el desarrollo (la oscuridad, la separación de la madre, los animales...). Su vida cotidiana es pobre: no va al colegio y no tiene juegos favoritos, ni amigos, por cierto.

En la entrevista individual, habla constantemente de su madre en un movimiento psíquico de abolición del sujeto. Sobre su madre, proyecta sus propios miedos a la enfermedad y a la muerte, como si ambos fueran una sola persona y un solo cuerpo... Una misma unidad psíquica: él está bien cuando ella está bien, *le va mal cuando a ella le va mal...*

Entonces, ¿de dónde provienen sus angustias? ¿Qué pone de relieve la tricotilomanía en el recorrido vital y de la enfermedad de este chico? ¿Cómo se puede entender el sentido de este síntoma? Y, a continuación, ¿qué soluciones terapéuticas se derivan de ello?

Eso es lo que vamos a intentar a través de una visión psicodinámica del desarrollo de esta situación clínica.

DISCUSIÓN

Descrita por primera vez en 1889 por Hallopeau, dermatólogo francés, la tricotilomanía es un trastorno del control de los impulsos (Barbel, 1999). Se trata de una necesidad irresistible e incontrolable de arrancarse el pelo, ya sea de a uno o a mechones, y que se manifiesta de forma episódica o continua.

Las personas que la padecen dedican una media de entre 30 y 60 minutos al día a arrancarse el pelo. El cabello, las pestañas, las cejas y la barba son las zonas más afectadas, pero puede afectar a todo el vello corporal (brazos, piernas, pecho, pubis). Algunas personas, en particular los niños, también pueden arrancarse el vello de otras personas o de animales de compañía. En el caso de Adam, el episodio de tricotilomanía se ha manifestado preferentemente en el vello de la zona genital (púbico). De hecho, el vello de la zona genital anuncia la pubertad y la diferenciación sexual. Adam está en edad de pubertad, pero tiene dificultades de desarrollo que lo mantienen estancado en la etapa infantil. Su cuerpo enfermo no puede albergar la energía sexual y de desarrollo de la adolescencia. Un cuerpo con retraso en el crecimiento y el peso que

lo mantiene con un perfil infantil (incluso en cuanto a la talla de la ropa)... A esto se suma la relación con su madre, marcada por una sobreprotección y fusión que le impide cualquier trabajo psíquico de individuación y autonomía. Arrancarse el vello púbico es describirse siempre como un niño que conserva un cuerpo prepúbico (sin signos secundarios visibles de pubertad), es rebelarse (atacando un cuerpo enfermo difícil de idealizar), es también prolongar un movimiento edípico no resuelto (una madre hiperprotectora y un padre ausente). Es también preservar una cierta bisexualidad infantil. ¿Es un símbolo de vergüenza de la sexualidad? Esto nos recuerda el afeitado del cabello que simboliza la vergüenza de las mujeres que habían tenido relaciones con el enemigo durante la Segunda Guerra Mundial. Adam, en este sentido, atraviesa un torbellino emocional inconsciente al llegar a la adolescencia debido a conflictos de desarrollo no resueltos.

En la obra de Freud de 1922, el cabello es un símbolo fálico y el corte de pelo es sinónimo de castración. Esta angustia persiste cuando no se produce la triangulación edípica... Existe un vínculo

entre la cabellera y el inconsciente sexual. Así, nuestro comportamiento con respecto a nuestro cabello es una traducción de nuestros conflictos inconscientes. El desplazamiento de la satisfacción exhibicionista y de la angustia de castración del pene al cabello no permite la resolución del conflicto subyacente y la repetición continúa.

En su teoría del yo-piel, Anzieu estableció una continuidad entre las funciones de la piel, del yo y las del pensamiento (Anzieu, 2008). Distingue tres niveles en la distancia con respecto al cuerpo: la piel, el yo, el pensamiento. Entre las ocho funciones esenciales del cabello que definió: el parachoques de la excitación o la compostura; el testimonio de la diferencia de sexos, generaciones y estatus sociales; la función de individuación y la de sexualización. Más allá de esta simbología sexual, y en un nivel más arcaico, encontramos la pulsión de muerte disfrazada de agresión y de repetición, tal y como se define en la neurosis de compulsión o neurosis obsesiva (Freud, 1894-1895). Adam padece una enfermedad crónica con pronóstico desfavorable que le enfrenta, a él y a su familia, a la realidad de la muerte en cada sesión de hemodiálisis fallida, en cada revisión que retrasa el trasplante, en cada fallecimiento de niños enfermos en el servicio hospitalario donde se encuentra ingresado... Adam sigue siendo incapaz de «digerir» (reprimir o desplazar) los elementos de la vida que le perturban. No ha tenido la contención afectiva necesaria

para desarrollar sus propias estrategias emocionales y cognitivas. Para hacer frente a las angustias del desarrollo que le preocupan, Adam sigue apoyándose en su madre (ese Yo auxiliar invasivo) y omnipresente, hasta el punto de proyectar las angustias de su propia muerte sobre ella: «*Tengo miedo de que muera...*», cuando ella solo atravesaba un episodio de resfriado, al menos el más habitual. La angustia de separación de la madre es evidente. Aunque Adam acepta quedarse solo en la sesión individual, habla de su madre, que invade su discurso, su mente. Buxbaum consideraba que el niño tricotilómano utilizaba su cuerpo como medio de defensa primitivo contra la angustia de separación, y que el aferrarse del niño a su cabello sustituía a la carencia, elaborada en el área transicional. (Buxbaum 1960, Winnicott 2002) ¡Los vínculos tempranos están teñidos de rechazo! La madre pasó por un episodio depresivo tras el parto de Adam. Su familia política la acusa de «*dar a luz a niños enfermos*». Ella no deseaba tener otro hijo, pero lo conservó «*por temor a Dios*»... Adam es, desde su nacimiento, una carga pesada que soportar (psíquicamente). Cuando se confirma el diagnóstico médico a los tres años, la madre debe afrontar sola esta realidad. El padre se protege del destino de la muerte de estos hijos mediante la distancia afectiva. Parece resignado, pero en realidad está en negación. Los vínculos de la madre con Adam se vuelven mecánicos, como para mantener una distancia emocional a través

de esta frialdad relacional... Una especie de lucha contra el peso de la culpa. Invasión por la angustia de la pérdida, se volcará en su primer hijo, al que privilegia frente a Adam. *¡Parece que él corre menos riesgo de sufrir daños!* Toda esta dinámica relacional distorsionada por ambas partes se convierte en un obstáculo en el camino hacia la autonomía, la identidad y el pensamiento. Adam se traga los pelos arrancados (los incorpora) o los guarda cuidadosamente bajo las sábanas. Esta aparición de la oralidad remitiría también a la incorporación y a la identificación con la madre y a la lucha no contra la angustia de su pérdida, sino contra el vacío de su ausencia. El arrancarse los pelos debe entenderse, pues, como una autoestimulación sensorial frente a la invasión depresiva y podría alimentar la excitación de una ausencia materna. Esta ausencia, que en ocasiones puede ser más simbólica que real, remite a una carencia afectiva relacional de maternaje, de soporte psíquico y de contención. Probablemente existe un defecto en la función de barrera contra la excitación. Las angustias de la madre (de la vida, de la muerte) se transmiten al niño en su forma más cruda. La función de barrera contra la excitación (concepto freudiano) es una barrera protectora dinámica del aparato psíquico contra los estímulos excesivos (internos o externos) para prevenir la angustia y el trauma. Permite regular las tensiones, proteger la integridad mental y es inicialmente asegurada por el entorno (madre/padre) antes de ser interiorizada a

través del yo-piel...¿Qué puede hacer una mente atormentada por tantos demonios desde la primera infancia sino expresarse a través de un conflicto corporal y relacional (visible) para alertar de su malestar (invisible) ante el torbellino de reestructuraciones psíquicas que exige la adolescencia?

La psicoterapia individual con Adam se basó en esta lectura psicodinámica para reactivar el desarrollo hacia el trabajo psíquico de la adolescencia y para crear vínculos interpersonales que le sirvieran de apoyo y le llevaran hacia la autonomía. El trabajo con los padres ocupa un lugar central en el proyecto de atención.

El trabajo terapéutico consiste también en crear un espacio para la reflexión y la creatividad, tanto a nivel individual como familiar, en el que el trabajo sobre el vínculo entre padres e hijos y la reafirmación de la calidad de dicho vínculo permitan separarse y desarrollarse como individuos, sin que ello suponga una amenaza para la dinámica familiar. Los episodios de tricotilomanía han cesado, pero las sesiones continúan. Recordemos que la evolución de la tricotilomanía se caracteriza por períodos de arrancado muy intensos, así como por períodos de abstinencia completa que pueden durar dos semanas o más. Estos períodos de abstinencia suelen llevar a creer que el comportamiento ha desaparecido por sí solo, lo que favorece la cronicidad de la enfermedad. Escuchar a este cuerpo que habla (a través de la enfermedad orgánica y psicosomática) es el primer paso para que

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1 - 8

Este artículo está bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

Adam se reconcilie con la adolescencia. El joven adolescente retoma su camino de vida (psíquico) con valentía...

CONCLUSIÓN

El enfoque psicodinámico es una perspectiva terapéutica que explora el significado de los síntomas a través de los procesos inconscientes que influyen en la vida actual. Más allá del síntoma clínico, se

evalúan y elaboran los orígenes del sufrimiento en el desarrollo. La tricotilomanía, por su dimensión psicosomática, es un ejemplo ilustrativo.

Consideraciones éticas

Se ha obtenido el consentimiento para la publicación del paciente y sus padres, respetando éticamente el anonimato



REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1 - 8

Este artículo está bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

REFERENCIAS

- Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and re- view. Pediatrics 2004 ;113 :494-8. DOI :[10.1542/peds.113.5.e494](https://doi.org/10.1542/peds.113.5.e494)
- L Barbrel, La trichotillomanie du jeune enfant, Journal de Pédiatrie et de Puériculture,1995,8 :164-168. DOI : [10.1016/S0987-7983\(95\)80099-9](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(95)80099-9).
- Filloux, J. la peur du féminin : de la tête de méduse (1922) à la féminité (1932). 2002 : 103-117. DOI :[10.3917/top.078.0103](https://doi.org/10.3917/top.078.0103)
- Anzieu, D., Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R. et Roussillon, R. (2008): le Moi-peau et la psychanalyse des limites. Éditions érès 2008. 216 pages. DOI :[10.3917/eres.rouss.2008.01.0199](https://doi.org/10.3917/eres.rouss.2008.01.0199)
- Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel (1971). Paris, Gallimard 2002.
- Freud S., (1894a), « Les psychonévroses de défense » in Œuvres complètes de psychanalyse, Tome II (1893-1895), PUF.
- Buxbaum E. Hair pulling and fetichism. Psychanal Study Child 1960 ; 15 : 243-60. DOI: [10.1080/00797308.1960.11822578](https://doi.org/10.1080/00797308.1960.11822578)
- Aabbassi B. La trichotillomanie : de l'origine psychopathologique à l'issue thérapeutique. Péd pratique 2022 ;342 :20-26.
- Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. Pediatrics 2004; 113:494-8. DOI: [10.1542/peds.113.5.e494](https://doi.org/10.1542/peds.113.5.e494)
- Ragavan PS, Mahadevan S. Trichotillomania. Indian Pediatr 2001; 38(7) : 795. PMID: 11463970.
- Houde L, Breton JJ. La trichotillomanie chez le très jeune enfant. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1981 ; 29(6) : 291- PMID : 7254493
- Pradère J, Serre G, Moro MR. Expression psychopathologique autour de la chevelure. À propos d'un cas de trichotillomanie. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2005 ; 53 : 149-54. Doi : [10.1016/j.neurenf.2005.01.009](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.009)
- Lochner C et al. Obsessive - compulsive disorder and trichotillomanie : a phenomenological comparison. BMC Psychiatry 2005 ; 13(5). DOI: [10.1186/1471-244X-5-2](https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-2)

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL Y
ADOLESCENTE**

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1 - 8

Este artículo está bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>
