



Clínica cotidiana

Intersección psicopatológica entre el trastorno límite de la personalidad y la tricotilomanía

Carolina Ferre Sánchez*, Paula de Bautista López

Centro de Salud de Panaderas. Fuenlabrada, Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de agosto de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Trastorno límite de la personalidad

Tricotilomanía

Atención primaria

Psicopatología

Salud mental

Keywords:

Borderline personality disorder

Trichotillomania

Primary care

Psychopathology

Mental health

R E S U M E N

Intersección psicopatológica entre el trastorno límite de la personalidad y la tricotilomanía. Se describe un caso clínico de una mujer joven que presenta lesiones autoinfligidas y áreas de alopecia asociadas con tricotilomanía, como respuesta a factores estresantes, particularmente tras la pérdida de un familiar cercano. El tratamiento incluyó terapia antibiótica oral con Doxiciclina y abordaje integral desde atención primaria, destacando la importancia de una evaluación exhaustiva e interdisciplinaria que incluye aspectos dermatológicos y psicológicos. Se aportan recomendaciones prácticas para el manejo de casos similares.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Psychopathological intersection between borderline personality disorder and trichotillomania

A B S T R A C T

Psychopathological intersection between borderline personality disorder and trichotillomania. A clinical case is described of a young woman presenting self-inflicted lesions and alopecia areas associated with trichotillomania as a response to stressful factors, particularly following the loss of a close relative. Treatment included oral antibiotic therapy with Doxycycline and an integral approach from Primary Care, highlighting the importance of comprehensive and interdisciplinary assessment that incorporates dermatological and psychological aspects. Practical recommendations for managing similar cases are provided.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolina.ferre24@gmail.com (C. Ferre Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.024>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Mujer de 22 años que acude acompañada por su madre por lesiones cutáneas eritematocostrosas de evolución superior a dos meses en antebrazos, cara anterior de muslos y pubis. Niega fiebre, traumatismos, contacto con animales, prurito o supuración. Ha utilizado tratamiento tópico con ozenoxacino sin mejoría significativa en su sintomatología.

Durante la entrevista clínica, se observan frecuentes fluctuaciones en su discurso, con introducción de temas inconexos respecto al motivo inicial de consulta, mostrando además preocupación excesiva sobre la muerte. La paciente verbaliza frases cargadas emocionalmente como “voy a irme con mi padre”, en referencia al reciente fallecimiento paterno, que actúa claramente como desencadenante emocional.

En la exploración física, destacan un peso corporal elevado para su talla (73 kg y 150 cm, respectivamente). Se identifican lesiones papulosas eritematocostrosas múltiples, algunas con signos claros de sobreinfección bacteriana (impetiginización), junto con áreas alopécicas muy visibles en cuero cabelludo, particularmente en la región frontal y temporal izquierda (figura 1).

Durante la evolución clínica, la paciente fue tratada con Doxiciclina oral a una dosis de 100 mg cada 12 horas durante 14 días, mostrando una clara mejoría de las lesiones eritematosas-costrosas expuestas en la figura 1. La evolución favorable de las lesiones tras el tratamiento se muestra en la figura 2.

La evaluación psicopatológica muestra una paciente consciente y correctamente orientada, pero con evidentes dificultades

para gestionar emociones complejas. Su aspecto descuidado, junto con una actitud infantil y regresiva, son llamativos durante la exploración. Mantiene un lenguaje fluido y discurso coherente, aunque con un tono marcadamente angustiado. Presenta inestabilidad emocional evidente, sentimientos profundos de vacío existencial y muy baja autoestima. Manifiesta una baja tolerancia a la frustración y emplea estrategias de autolesión con el objetivo de reducir temporalmente su ansiedad interna. Además, refiere amenazas autolíticas destinadas a movilizar el apoyo emocional de su entorno familiar, aunque insiste en negar la existencia de ideación estructurada o planificada.

Comentario

La patomimia se define como un trastorno dermatológico autoinfligido por el paciente en un estado consciente o disociativo frente a situaciones estresantes de la vida cotidiana^{1,2}. Este fenómeno es frecuente en niños y adolescentes con cuadros de ansiedad e inmadurez emocional, así como en adultos con trastornos de personalidad que manifiestan dificultades en el control emocional³. Las lesiones suelen presentarse en áreas accesibles al paciente, lo que facilita su autolesión repetitiva, generando cuadros clínicos a menudo difíciles de diagnosticar por su naturaleza inicialmente confusa⁴.

Dentro del espectro de estas patologías dermatológicas autoinfligidas, la alopecia neuromecánica (tricotilomanía) destaca por su frecuente aparición en la infancia, predominando



Figura 1 – Imagen clínica que muestra una placa alopécica en cuero cabelludo en región temporal izquierda, con eritema de bordes mal definidos, recubierta parcialmente por costras amarillentas características de impetiginización. Se observan áreas de inflamación activa, sin signos de infección sistémica acompañante.



Figura 2 – Imagen clínica del mismo paciente en seguimiento, tras tratamiento con antibiótico tópico y medidas psicoterapéuticas orientadas a controlar el hábito de manipulación. Se observa resolución de las costras y desaparición del exudado, persistiendo eritema residual y área alopécica cicatricial. La evolución fue favorable, sin recurrencias en los controles sucesivos.

en mujeres⁵. Se caracteriza por el impulso repetitivo e incontrolable de arrancarse el cabello, afectando principalmente el cuero cabelludo, aunque puede extenderse a cejas, pestañas o área púbica. Se trata de la única patología dermatológica impulsiva incluida en el DSM-IV⁶. Su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son claves para evitar complicaciones psicológicas y dermatológicas a largo plazo.

Este caso clínico es especialmente ilustrativo respecto a cómo determinadas manifestaciones cutáneas pueden alertar sobre patologías psiquiátricas subyacentes importantes, particularmente cuando las lesiones observadas no tienen una causa orgánica identificable y no mejoran con los tratamientos dermatológicos convencionales⁷. La coexistencia simultánea de patomimia y alopecia neuromecánica constituye un desafío diagnóstico y terapéutico para el médico general y de familia, que obliga a un abordaje integral, interdisciplinario y coordinado⁸.

El médico de atención primaria juega un papel esencial en el reconocimiento temprano y adecuado manejo de estos trastornos, al constituir el primer contacto del paciente con el sistema sanitario. La sospecha clínica debe basarse en la presencia de lesiones de distribución atípica, evolución prolongada sin causa aparente y resistencia a los tratamientos dermatológicos habituales⁹. Es crucial realizar una exploración detallada y descartar otras posibles causas orgánicas o infecciosas antes de considerar diagnósticos psiquiátricos¹⁰.

Se recomienda especialmente la colaboración con especialistas en salud mental para asegurar un tratamiento integral, apoyando al paciente en la identificación de factores desencadenantes, enseñándole técnicas de control emocional y estrategias adaptativas saludables¹¹.

Como recomendaciones prácticas, hay que establecer una relación terapéutica empática mediante la escucha activa, evitando juicios y generando un clima seguro y de confianza. Es importante realizar una valoración integral completa que incluya exploración psiquiátrica, dermatológica y funcional. La prioridad terapéutica ha de ser el tratamiento cognitivo-conductual como abordaje de elección, complementado cuando

sea necesario con terapia farmacológica en coordinación con psiquiatría. Hay que informar y educar activamente a familiares y entorno cercano sobre el trastorno. Además, hay que mantener un seguimiento activo y regular, reforzando positivamente cada avance realizado por el paciente para prevenir recaídas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta MA, Gupta AK. Dermatitis artefacta. *Int J Dermatol*. 2013;52(9):1089-96.
2. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta: clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1(1):47-55.
3. Rodríguez Pichardo A. Patomimia en dermatología. *FMC*. 2004;11(7):449-55.
4. Jafferany M. Psychodermatology: basics concepts. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98(5):329-37.
5. Christenson GA, Crow SJ. The characterization and treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 8:42-9.
6. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
7. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry*. 2016;173(9):868-74.
8. Rodríguez-Tamez G, Imbernon-Moya A, Saceda-Corralo D, Vano-Galvan S. Actualización de la tricodinia, un reto para los dermatólogos. *Actas Dermosifiliogr*. 2025;116:990-4
9. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry*. 1996;153(5):588-95.
10. Cotterill JA, Millard LG. Psychocutaneous disorders. *Dermatol Clin*. 2000;18(1):95-108.
11. Franklin ME, et al. Cognitive-behavioral therapy for trichotillomania. *Behav Modif*. 2008;32(5):687-705.