



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía de Chile

Chile

Martínez-Aguayo, Juan Carlos; Middleton, Felipe; Nahuelcura, Katyna; Arancibia, Marcelo; Meza-Concha, Nicolás; Sepúlveda, Elisa; Gepp, Alejandro; Escobar, Rocío; Madrid, Eva

Caracterización fenomenológica de las conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo y el trastorno por excoriación en estudiantes universitarios

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 55, núm. 4, diciembre, 2017, pp. 221-230

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331554485002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Caracterización fenomenológica de las conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo y el trastorno por excoriación en estudiantes universitarios

## Phenomenological characterization of body-focused repetitive impulsive behaviours and excoriation disorder in college students

Juan Carlos Martínez-Aguayo<sup>1,2</sup>, Felipe Middleton<sup>3</sup>, Katyna Nahuelcura<sup>3</sup>, Marcelo Arancibia<sup>2,4,5,6</sup>, Nicolás Meza-Concha<sup>3</sup>, Elisa Sepúlveda<sup>1,7</sup>, Alejandro Gepp<sup>1</sup>, Rocío Escobar<sup>3</sup> y Eva Madrid<sup>2,4,5,6</sup>

**Introduction:** Body-focused repetitive impulsive behaviors (BFRIB) are characterized by skin, nail and hair removing, scratching and/or biting, that configurate a mental disorder in some cases. Excoriation disorder (ED) or dermatillomania has been recently added as a specific disorder in DSM-5 obsessive-compulsive spectrum. Its phenomenology describes a behavior that emerges from anxiety, followed by a progressive psychic tension and then a pleasurable sensation, concluding in many times in guilt. Evidence has reported a greater incidence of ED in college students; however, studies in Latin America are scarce. **Objective:** To establish frequency and phenomenological features of BFRIB and ED in college students. **Methods:** We performed a cross-sectional study through the application of a self-administered questionnaire about ED aspects in college students. **Results:** 440 students were included; 22.2% felt always or almost always the impulse to scratch their skin until they were injured; 13.2% made these actions many times a day and 4.3% deployed considerable efforts in resisting them. Most frequent reported affects were guilt, shame, repentance, and self-reproach; 24.1% thought these behaviors were abnormal and 6.1% considered they constitute a pathology. According to DSM-5 and authors' criteria, four cases of ED were found (0.91%), when psychiatric and medical comorbidities were discarded. **Conclusion:** Although BFRIB were frequent in college students, dermatillomania frequency was similar to general population. A characteristic phenomenology was described, similar to the evidence reported one.

**Key words:** Excoriation disorder, compulsive skin-picking, students.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (4): 221-230

Recibido: 24/04/2017

Aceptado: 03/10/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

<sup>1</sup> Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

<sup>2</sup> Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

<sup>3</sup> Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

<sup>4</sup> Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

<sup>5</sup> Centro Cochrane Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

<sup>6</sup> Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

<sup>7</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile.

## Introducción

Gupta *et al*<sup>1</sup> afirman que entre 25% y 33% de los pacientes dermatológicos presentan alguna disfunción psicosocial o patología psiquiátrica. Asimismo, existiría un grupo de portadores de trastornos psiquiátricos con expresión dermatológica, hallándose aquí las llamadas conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo<sup>2</sup> (CRIOC), caracterizadas por el mordido, rascado y/o remoción de uñas, pelo y piel, adscribiéndose en el espectro impulsivo-compulsivo<sup>3</sup>. Sin embargo, para que una CRIOC sea patológica, debe presentarse egodistónica y persistentemente, produciendo detimento psicosocial con expresión emocional concordante y deterioro estético-funcional<sup>4</sup>. Entre estos desórdenes, se encuentran dermatilomanía<sup>5-8</sup> 78,1% (n = 82, recientemente incorporada bajo el nombre de trastorno por excoriación (TE) en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), en el capítulo Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados<sup>9</sup>.

El TE se caracteriza por la necesidad o urgencia de tocar, rascar, frotar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel normal o con mínimas irregularidades<sup>10</sup>, resultando en lesiones cutáneas, distrés clínicamente significativo y repetidos intentos de detener la conducta. Debe descartarse que el rascado se deba a una condición médica, a otro desorden mental o al uso de sustancias psicotrópicas<sup>11,12</sup> (Tabla 1).

El rascado de la piel puede precederse por una

sensación de tensión progresiva (inmediatamente antes de rascar la piel o al resistir la tentación de hacerlo), dando lugar a satisfacción, placer o alivio al concluir la conducta.

Si bien su epidemiología no ha sido bien establecida<sup>5,6</sup> 78,1% (n = 82, se estima que su prevalencia en población adulta es de 1% a 5%<sup>11,13,14</sup>, y entre estudiantes universitarios de 2% a 9%. Sin embargo, la evidencia epidemiológica del TE se ha reportado en poblaciones de Asia, Europa y Norteamérica. El objetivo de la presente investigación es establecer, mediante un estudio descriptivo, la frecuencia y las características fenomenológicas de las CRIOC y del TE en estudiantes universitarios chilenos.

## Métodos

Se realizó un estudio de corte transversal en estudiantes de medicina y kinesiología de la Universidad de Valparaíso, diseñado para conocer la frecuencia y características fenomenológicas de las repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo y del TE. Previa autorización del estudio por el Comité de Ética Institucional y aceptación del consentimiento informado por los participantes, se administró un cuestionario de autorreporte y elaboración propia con 25 preguntas relacionadas con el TE.

### Muestra

Se efectuó un muestreo por conveniencia, incluyendo a estudiantes de 1º a 5º año de medi-

Tabla 1. Criterios diagnósticos para trastorno de excoriación según DSM-5<sup>9</sup>

A	Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas
B	Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel
C	Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
D	El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (e.g., cocaína) u otra afección médica (e.g., sarna)
E	El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (e.g., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida)

cina y de 1º a 4º año de kinesiología, excluyendo a quienes no hayan accedido a participar voluntariamente del estudio, que realizaran automutilaciones como conducta agresiva reactiva ante estresores o como parte de un acto suicida, que no hayan firmado el consentimiento informado o que respondieran erróneamente el cuestionario. Se obtuvo una aproximación del tamaño muestral mediante el *Open Source Statistics for Public Health*, basándose en una frecuencia anticipada de TE en estudiantes universitarios de 1,7%<sup>11</sup>. Se estimó con un intervalo de confianza de 95% que el tamaño muestral para medicina y kinesiología fue respectivamente de 219 y 124 alumnos.

### **Análisis estadístico**

Se analizaron los datos con el software Stata 12.0. Para variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media o mediana) con sus respectivas medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) y percentiles como medida de posición; para variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y proporciones. Se analizaron los datos con el software Stata 12.0 (Statacorp, Texas, US).

## **Resultados**

Se recolectó un total de 441 encuestas (310 de medicina y 131 de kinesiología), eliminándose una por contestación incompleta. De la muestra final, 70,2% correspondió a estudiantes de medicina y 29,8% de kinesiología. El 54,1% (n = 238) de los encuestados fueron mujeres, con una edad promedio de 21,23 años (DE 2,21-IC 95% [21,03-21,44]).

### **Variables relacionadas con conductas orientadas a la piel**

#### **Frecuencia**

De la muestra total (n = 440), 33,6% (n = 148) refiere haber experimentado “nunca o casi nunca” la necesidad o impulso por rascarse la piel, 27,5% (n = 121) señaló realizar dichas conductas “a veces”, 16,6% (n = 73) “generalmente”, 17,7% (n = 78) “casi siempre” y 4,5% (n = 20) “siempre”.

### **Lesiones producto del rascado**

De los 440 respondedores, 77,5% (n = 341) notificó “nunca o casi nunca” lesionar la piel, 12% (n = 53) solo “a veces”, 4,8% (n = 21) “generalmente”, 3,9% (n = 17) “casi siempre” y 1,8% (n = 8) “siempre”.

### **Intensidad subjetiva**

La intensidad percibida del impulso hacia la conducta fue subjetivamente catalogada como “muy leve” en 33% de la muestra (n = 145), “leve” en 22,7% (n = 100), “moderada” en 29,1% (n = 128), “intensa” en 12% (n = 53) y “muy intensa” en 3,2% (n = 14).

### **Concepto de normalidad y enfermedad**

Un 58,2% de los encuestados (n = 256) evaluó sus comportamientos como “normales”, 17,7% (n = 78) no estuvo seguro y 24,1% (n = 106) las reportaba como “anormales”. Paralelamente, 7,7% (n = 34) consideró que su rascado constituye una enfermedad, 12,1% (n = 53) no estuvo seguro y 80,2% (n = 353) no lo consideró patológico. Pese a que casi uno de cada cuatro estudiantes reconoció anormalidad en su comportamiento, 25,4% (27 de 106) creyó que tras su “anormalidad” había una enfermedad (6,1% del total).

### **Consciencia de ejecución**

Un 14,3% (n = 63) de los participantes “casi nunca” se percató de estar rascando su piel, 21,2% (n = 93) “a veces”, 19,5% (n = 86) “generalmente”, 20,2% (n = 89) “casi siempre” y 24,8% (n = 109) “siempre”.

### **Capacidad de autocontrol**

De la totalidad de estudiantes respondedores, 20,7% (n = 91) aseguraron que “nunca o casi nunca” eran capaces de resistir el impulso de rascarse, mientras que 34,8% (n = 153) lograba el control “a veces”, 14,3% (n = 63) “generalmente”, 19,3% (n = 85) “casi siempre” y 10,9% (n = 48) “siempre”. Complementando lo anterior, el esfuerzo desplegado para lograr resistirse a dichas conductas fue caracterizado como “muy poco” en 48% (n = 211) de la muestra, “poco” en el 30% (n = 132), “mode-

rado” en el 17,7% (n = 78), “bastante” en el 2,7% (n = 12) y “mucho” en el 1,6% (n = 7).

### **Sensaciones y emociones vinculadas**

#### *A. Prodromáticas*

Cuando se pregunta la frecuencia con que presenta alguna sensación corporal desagradable (i.e., urgencia, tensión, nerviosismo) justo antes de rascar la piel, 52% respondió “casi nunca o nunca”, 23% a veces, 14,1% “generalmente”, 9,3% “casi siempre” y 1,6% (n = 7) “siempre”.

#### *B. Tolerancia a la resistencia*

*B.1. Sintomatología psíquica:* 47% del total de participantes indicó que nunca o casi nunca ha sentido tensión, nerviosismo o inquietud al intentar resistir o retrasar el rascado, pellizcar, morder o remover parte de su piel; 24,5% manifestó dichas sensaciones solo a veces, 13,2% generalmente, 10,5% casi siempre y 4,8% siempre (n = 21). Al preguntarse específicamente por “ansiedad o nerviosismo”, las respuestas fueron las siguientes: 40,2% “muy poco”; 23,9% “poco”; 21% “moderado”; 11,8% “bastante”; 3,2% (n = 14) “mucho”.

*B.2. Sintomatología física:* 90,5% de los encuestados respondió que “nunca o casi nunca” había presentado síntomas como taquicardia, sudoración o respiración acelerada, al intentar resistir o retrasar el rascado o pellizcar su piel, 7,3% solo “a veces”, 1,8% “generalmente”, 0,4% “casi siempre” (n = 2) y ninguno “siempre”.

#### *C. Intraepisódicas*

53% de la muestra señaló experimentar sentimientos de placer, gratificación o alivio mientras ejecutaba las conductas, 14,3% no estuvo seguro de la vivencia y 32,7% respondió no vivenciarlos.

#### *D. Postepisódicas*

*D.1. Culpa:* 68,6% (n = 302) señaló no haber manifestado dicho afecto, 16,6% (n = 73) “a veces”, 6,4% (n = 28) “generalmente”, 6,8% (n = 30) “casi siempre” y 1,6% (n = 7) “siempre”.

*D.2. Vergüenza:* 77,5% (n = 341) refirió haber experimentado “nunca o casi nunca” vergüenza a

causa del comportamiento, 12% (n = 53) “a veces”, 4,8% (n = 21) “generalmente”, 3,9% (n = 17) “casi siempre” y 1,8% (n = 8) “siempre”.

*D.3. Arrepentimiento:* 66,6% (n = 293) afirmó “nunca o casi nunca” haber vivenciado arrepentimiento posterior al comportamiento, 16,2% (n = 71) “a veces”, 7,7% (n = 34) “generalmente”, 7% (n = 31) “casi siempre” y 2,5% (n = 11) “siempre”.

*D.4. Autorreproche:* 68,9% (n = 299) notificó no reprochar ni criticar sus conductas, 15,9% (n = 70) “a veces”, 5,9% (n = 26) “generalmente”, 6,8% (n = 30) “casi siempre” y 3,4% (n = 15) “siempre”.

### **Frecuencia y temporalidad**

Ante la pregunta “¿Con qué frecuencia rasca, pellizca, muerde o remueve parte de la piel?”, 27% respondió hacerlo mensualmente, 21% semanalmente, 21% varias veces por semana, 18,2% diariamente y 13,2% varias veces al día. El tiempo diario de rascado era menor a un minuto en 46,8% de los encuestados, 1 a 5 min en 27%, 5 a 15 min en 13,9%, 15 a 30 min en 2,5%, entre una a 3 h en 2,3% (n = 10) y mayor o igual 3 h en 1,6% (n = 7).

### **Interferencia social-académica-laboral**

Al indagar si a causa del rascado se postergan actividades importantes, 83,6% aseveró que la interferencia es “muy poca” (n = 368), 10,7% “poca” (n = 47), 3,4% “moderada” (n = 15) y 2,3% (n = 10) “bastante”. Ningún respondedor aseguró “mucha” interferencia.

### **Interferencia psicológica**

En relación al compromiso psicológico evaluado en la pregunta “¿Cuánta molestia experimenta como consecuencia de sus conductas?” 53,5% (n = 235) señala una repercusión catalogada como “muy poca”, 25,2% (n = 111) “poca”, 14,5% (n = 64) “moderada”, 5,2% (n = 23) “bastante” y 1,6% (n = 7) “mucha”.

### **Eventos desencadenantes del impulso**

La mayoría de los estudiantes participantes señaló no identificar una situación que gatille o incremente el deseo de rascado su piel (51,1%),

mientras que 38,9% identificó algunos factores y 10% no estuvo seguro.

### **Análisis de resultados en base a criterios del DSM-5 para trastorno por excoriación**

En Tabla 2 se señalan los resultados acotados en función de los respondedores que se acercaron al diagnóstico de TE según criterios A, B y C del DSM-5.

Si bien el criterio D (daño a la piel atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica) no fue explorado en relación al consumo de sustancias de abuso, se indagó en la creencia de si la conducta formaba parte de una enfermedad. Entre quienes creyeron que su rascado respondía a una patología, seis señalaron presentar un cuadro alérgico o de eccema y uno de psoriasis, pero ninguno cumplió con los criterios de TE.

En relación al criterio E (conducta atribuible a otro trastorno mental), aproximadamente un tercio de los participantes (34,5%) creyó que sus conductas correspondían a un “hábito” de aseo o estética, mientras que 22,5% no estuvo seguro

y 43% descartó que fuese un hábito realizado por estas motivaciones. La eventual presencia de un trastorno dismórfico corporal fue explorada con la pregunta “¿Rascas, muerdes, pellizcas o remueves parte de tu piel para corregir un aspecto físico que consideras molesto, desagradable o poco atractivo?”, donde 31,4% (n = 138) respondió afirmativamente, 11,4% (n = 50) no estuvo seguro y 57,3% (n = 252) lo hizo negativamente. De los 138 que respondieron que la corrección motivaba la conducta, tres señalaron una interferencia psicosocial significativa (“bastante”, ninguno respondió “mucho”), de los cuales dos reportaron una necesidad o impulso “intenso” y uno “muy intenso”. Sin embargo, lo anterior no resulta suficiente para determinar con certeza la presencia de una dismorfofobia. El trastorno obsesivo-compulsivo se indagó con la pregunta “¿Con qué frecuencia experimentas fenómenos mentales (preocupación porque algo malo sucederá) si no pellizcas, muerdes, rascas o remueves parte de tu piel?; 93,6% (n = 412) respondió “nunca o casi nunca”, 4,5% (n = 20) “a veces”, 0,9% (n = 4) “generalmente”,

**Tabla 2. Resultados según criterios A, B y C del DSM-5<sup>a</sup>**

Criterio diagnóstico		Valoración cuantitativa/cualitativa	n	Proporción (%)	
Criterio A. Rascado de la piel hasta lesionarse	Frecuencia del rascado	Casi siempre o siempre	98	22,2	
	Lesiones en la piel	Casi siempre o siempre	25	5,7	
Criterio B. Intentos repetidos por controlar el rascado	Logro en resistir	Nunca o casi nunca	91	20,7	
	Esfuerzo desplegado en resistir	Bastante o mucho	19	4,3	
Criterio C. Malestar significativo o deterioro del funcionamiento	Malestar clínicamente significativo, deterioro psicológico o emocional	Grado de molestia por la conducta	Bastante o mucho	30	6,8
		Culpa	Casi siempre o siempre	37	8,4
		Vergüenza	Casi siempre o siempre	25	5,7
		Arrepentimiento	Casi siempre o siempre	42	9,5
		Autorreproche	Casi siempre o siempre	45	10,2
	Compromiso funcional, deterioro laboral y/o en otras áreas importantes del funcionamiento	Interferencia en el funcionamiento, evitación de actividades u obligaciones	Bastante o mucha	10	2,3
		Tiempo dedicado	≥ 3 h	7	1,6

0,5% (n = 2) “casi siempre” (71% a 89% de las veces que se rasca) y 0,5% (n = 2) “siempre”. De estos cuatro alumnos, uno de ellos describe dificultad y fracaso en evitar el rascado, altos niveles de ansiedad si intenta resistir la conducta y alivio posterior, siendo consciente la mayoría de las veces, aunque niega que sea parte de una enfermedad y que el rascado en sí interfiriera en el ámbito social, académico o laboral.

Pese a que no es posible catalogarlo como patológico, exploramos en qué medida el rascado era utilizado para calmar la ansiedad ante una situación estresante o desagradable de la vida cotidiana. El 6,8% (n = 30) respondió “siempre”, 15,2% (n = 67) “casi siempre”, 11,1% (n = 49) “generalmente”, 23% (n = 101) “a veces” y 43,9% (n = 193) “nunca o casi nunca”. De los 30 participantes que respondieron “siempre”, la mayoría (n = 28) señaló una situación concreta como estudiar, rendir una prueba, situaciones vergonzosas, tensionantes o riesgosas. Ningún participante respondió positivamente a las preguntas orientadas a pesquisar un delirio parasitario o la obediencia a fenómenos auditivos alucinatorios o en respuesta a alguna idea delirante.

Al relacionar las diversas variables para evaluar el cumplimiento de los criterios DSM-5 de TE, de quienes respondieron “casi siempre o siempre” rascar su piel, 15,3% (15/98) señaló lesionarla (criterio A). Entre ellos, 14 no logran o logran sólo a veces resistir ejecutar el rascado, y de estos, cuatro realizan un esfuerzo importante al intentar dicho control, finalmente fracasando (criterio B). De los cuatro sujetos que cumplen con los criterios A y B, todos manifiestan un compromiso psicológico (molestia como consecuencia) catalogado como “bastante” y todos ellos asociado “casi siempre o siempre” a emociones como culpa, vergüenza, arrepentimiento y autorreproche. Asimismo, la interferencia social o académica/laboral fue significativa en todos ellos (criterio C).

Aunque nuestro cuestionario es insuficiente para determinar con certeza la presencia de un trastorno dismórfico corporal o de un trastorno obsesivo-compulsivo, y un análisis correlativo con otras variables escapan a los objetivos de este

trabajo, ninguno de los cuatro participantes seleccionados por criterios A, B y C respondieron positivamente a estos acápite, y ninguno reportó alguna patología médico-dermatológica concomitante (Tabla 3).

**Tabla 3. Resultados en casos de TE seleccionados por criterios A, B y C del DSM-5<sup>9</sup>**

Variable	Valoración cuantitativa o cualitativa	n	Proporción
Normalidad de la conducta	No	4	100%
Constituye la conducta una enfermedad	Sí No seguro	3 1	75% 25%
Sensación desagradable previa al comportamiento	A veces Casi siempre Generalmente	1 2 1	25% 50% 25%
Tensión al resistir la conducta	Casi siempre Siempre	2 2	50% 50%
Síntomas físicos al resistir la conducta	Casi nunca A veces Casi siempre	2 1 1	50% 25% 25%
Placer o alivio mientras realiza la conducta	Sí No	2 2	50% 50%
Interferencia social/académica	Bastante	4	100%
Culpa	Casi siempre Siempre	3 1	75% 25%
Vergüenza	Casi siempre Siempre	3 1	75% 25%
Arrepentimiento	Casi siempre Siempre	1 3	25% 75%
Autorreproche	Casi siempre Siempre	1 3	25% 75%
Ansiedad al resistir o al interrumpir	Bastante Mucho	2 2	50% 50%
Realiza la conducta para corregir un defecto físico	No	4	100%
Realiza la conducta para evitar algo malo	Casi nunca A veces	3 1	75% 25%
Recurre en la conducta para calmar estrés	Casi siempre Siempre	1 3	25% 75%

## Discusión

Si bien el TE fue descrito ya en 1875 por Wilson<sup>15</sup>, la investigación en torno a las CRIOC es reciente. Se ha reportado la alta frecuencia de estas conductas entre los estudiantes universitarios<sup>16</sup>, particularmente entre los de medicina<sup>17</sup>, por lo que conocer sus características y prevalencia parece importante. Nuestro estudio señaló que 22,2% de la muestra siente siempre o casi siempre la necesidad o impulso de rascar su piel. Destaca además que 13,2% de los encuestados ejecutan estas acciones varias veces al día, 24,1% cree son comportamientos anormales y 6,1% refiere que constituyen una enfermedad. En función de los criterios sugeridos por los autores y establecidos por el DSM-5, que incluyen compromiso funcional y emocional, se verificó que 4/440 encuestados portarían dermatilomanía, determinándose una frecuencia de 0,91%, similar a la descrita por Snorrason *et al* para una población de estudiantes (1,7%)<sup>11</sup>. Sin embargo, en un estudio israelí que consideró a 5.000 universitarios, 3,03% cumplió con criterios para TE, resultado similar al de otras muestras de estudiantes que señalaron frecuencias de entre 2% y 9%<sup>2,5,17-19</sup>. Conjuntamente, se identificaron cuatro alumnos eventualmente portadores de TE. Aunque la evidencia informa una mayor ocurrencia entre mujeres<sup>20</sup> y en nuestra muestra no hubo diferencias de distribución según sexo, no resulta posible emitir una conclusión debido al limitado número de casos.

Santander *et al*<sup>21</sup> estudiaron la prevalencia de ansiedad y depresión en una muestra universitaria chilena, demostrando una mayor fecuencia de sintomatología psiquiátrica entre los estudiantes de medicina que en la población general, lo que se condice con los resultados de una revisión sistemática que incluyó a 129.123 estudiantes de medicina, reportando una prevalencia de depresión de 27,2%<sup>22</sup>. En otra muestra de universitarios, 15,5% habría presentado algún trastorno afectivo y 18,1% ansioso<sup>23</sup>. En esta línea, la evidencia ha demostrado que los mayores niveles de ansiedad serían agravantes del TE<sup>24,25</sup>, pudiendo plantearse una relación entre la gran carga académica y la

aparición de fenómenos ansioso-depresivos, lo que justificaría la mayor presencia de TE y otros trastornos del control impulsivo<sup>26</sup>. Con esto, existe la posibilidad inversa de que la depresión se desarrolle a partir de las problemáticas derivadas del TE, tales como infecciones, estrés psíquico y deterioro psicosocial<sup>15,27</sup>. Ambas interpretaciones son consistentes con lo reportado por Leppink *et al*<sup>26</sup>, quienes demuestran una fuerte asociación entre depresión y TE en universitarios. Conjuntamente, se ha propuesto una tercera vía en donde el origen del fenómeno estaría en la impulsividad propiamente dicha, de la que derivaría tanto la depresión como los trastornos del control impulsivo. De hecho, se ha verificado que altos niveles de impulsividad motora se asocian con la presencia de TE<sup>28-32</sup>. Paralelamente, otros trabajos han preconizado a la impulsividad como factor predictor de depresión<sup>33</sup>.

Los comportamientos excoriativos se originan en respuesta a una sensación desagradable, descrita por hasta 80% de los pacientes<sup>34</sup>. En nuestra exploración, la mitad de los casos señaló que surgirían siempre con el fin de calmar la ansiedad gatillada por alguna situación estresante/desgradable. Luego aparecerían comportamientos compulsivo-impulsivos independientes, acompañados de gratificación decreciente, dando paso a la culpa y al arrepentimiento. En nuestro estudio, respecto de los casos compatibles con TE, todos creyeron que la excoriación respondía a una conducta anormal, pero 3 de 4 casos la calificaron como una enfermedad. No obstante, estos datos son insuficientes para caracterizar la introspección con que se vivencia la afección. Por otra parte, un componente central para la categorización de dermatilomanía es la alteración emocional, indicándose que en el momento previo a la realización de la conducta se experimentan sensaciones desagradables como urgencia, tensión y nerviosismo “casi siempre” en la mitad de los casos descritos. Durante la realización de la conducta, la totalidad de los casos experimentaron sentimientos vinculados al placer y al alivio. Sin embargo, las emociones vivenciadas luego de realizar la conducta son más heterogéneas. Por otra parte, el compromiso funcional es pesquisado de manera importante en la totalidad de los casos

de nuestro estudio, provocando consecuencias en el ámbito socio-académico.

En el curso de un trastorno mental, el rascado puede presentarse como síntoma periférico de un trastorno afectivo, ansioso, de personalidad o de alguna psicosis, entre otros, por lo que su diagnóstico diferencial adquiere especial relevancia. Por ello, es necesario considerar la finalidad del comportamiento. Si el objetivo es corregir un defecto físico real o imaginado que resulta interferente, los datos orientarían a un trastorno dismórfico corporal, en donde prevalece lo ideacional-cognitivo por sobre la impulsividad característica del TE; en este trabajo, ninguno de los casos refirió presentar dicha particularidad. También deben contemplarse la experiencia de ideas intrusivas emergentes al no realizar los actos vinculados al rascado, lo que sugeriría un trastorno obsesivo-compulsivo, cuya ocurrencia en los casos compatibles con TE estuvo presente solo en un bajo porcentaje del tiempo. En cambio, un estudio de Çalikuşu *et al*<sup>3</sup>, halló que hasta 45,2% de los pacientes con TE configurarían a la vez un trastorno obsesivo-compulsivo comórbido. Pese a esto, ambas condiciones serían de difícil distinción, pues comparten características fenomenológicas (e.g., pobre capacidad para controlar la conducta, algún grado de resistencia y un patrón repetitivo)<sup>35</sup>. No obstante, desde la línea neurocognitiva se ha señalado que los padecientes de dermatilomanía evidenciarían una inhibición motora aun menor, pese a que los síntomas motores repetitivos observados en el desorden presenten similitudes con los rituales compulsivos del tras-

torno obsesivo-compulsivo, razón por la que, incluso, ha sido hipotetizada una vía neurobiológica subyacente común para ambos trastornos, aunque la mayor parte de la evidencia señala que se trataría de condiciones independientes<sup>14</sup>.

Dentro de las limitaciones de este estudio, la falta de evidencia en TE dificultó la comparación de nuestros datos con otras muestras socioculturales y demográficamente semejantes, pues la investigación en Latinoamérica en torno a esta temática es escasa. Por otra parte, la población objetiva permanece gran parte del tiempo bajo un estrés académico que pudiese haber provocado un reporte menos detallado de los datos. Asimismo, la técnica de muestreo en base a voluntarios implicó la sobre-representación de ciertos cursos universitarios, posiblemente de aquellos con la menor carga académica. Finalmente, no se indagó en el consumo de sustancias de abuso, lo que podría interferir en la pulcritud de nuestros resultados.

Mediante la propuesta de un cuestionario elaborado por los autores de la investigación, se describió la presencia de CRIOC y dermatilomanía en población universitaria a partir de su fenomenología, presentando la primera descripción de esta condición en población universitaria de Latinoamérica. El perfil característico identificado es congruente con lo que la literatura especializada reporta. Los hallazgos aportados tanto por investigaciones precedentes como por la presente, sugieren la importante presencia de CRIOC asociadas a situaciones estresantes, sobre todo en carreras universitarias de alta demanda.

## Resumen

**Introducción:** Las conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo (CRIOC) se caracterizan por el rascado, mordido y/o remoción de uñas, pelos y piel, pudiendo llegar a constituir un desorden mental. El trastorno por excoriación (TE) o dermatilomanía ha sido recientemente incorporado como desorden específico al DSM-5 como parte del espectro obsesivo-compulsivo. Su fenomenología describe una conducta reactiva a la ansiedad, seguida de tensión psíquica progresiva y luego placentera al realizarla, finalizando muchas veces en culpa. Se ha reportado una mayor incidencia de TE en estudiantes universitarios, sin embargo, los estudios en Latinoamérica son escasos. **Objetivos:** Establecer la frecuencia y las características fenomenológicas de las CRIOC y del TE en población universitaria. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal

mediante la aplicación de un cuestionario de autorreporte sobre aspectos relacionados con el TE en estudiantes universitarios. **Resultados:** 440 estudiantes fueron incluidos. Un 22,2% sintió siempre o casi siempre el impulso de rascar su piel hasta lesionarse; 13,2% ejecutó estas acciones varias veces al día y 4,3% desplegó mucho esfuerzo en resistirlas. Los afectos más frecuentemente asociados fueron culpa, vergüenza, arrepentimiento y autorreproche. Un 24,1% creyó que estos comportamientos fueron anormales y 6,1% que constituyeron una patología. Según criterios DSM-5 y establecidos por los autores, se hallaron cuatro casos compatibles con TE (0,91%), al descartar patologías psiquiátricas y médicas comórbidas. **Conclusión:** Aunque las CRIOC fueron frecuentes en población universitaria, la frecuencia de TE fue similar a la de la población general, describiendo una fenomenología característica congruente con la reportada por la literatura.

**Palabras clave:** Trastorno por excoriación, rascado compulsivo, estudiantes.

## Referencias bibliográficas

1. Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2001; 15: 512-5.
2. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* 2002; 26: 320-39.
3. Çalikuşu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 256-61.
4. Martínez J, González C, Donoso E. Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *Rev Latinoam Psiquiatr* 2004; 40-4.
5. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Hale E, Fraim C, Baer L, *et al.* Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics* 2000; 41: 210-5.
6. Bloch MR, Elliott M, Thompson H, Koran LM. Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results. *Psychosomatics* 2001; 42: 314-9.
7. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O'Sullivan RL, *et al.* The Skin Picking Impact Scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics* 2001; 42: 397-403.
8. Lochner C, Simeon D, Niehaus DJH, Stein DJ. Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depress Anxiety* 2002; 15: 83-6.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders V. 2013.
10. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351-9.
11. Snorrason I, Stein DJ, Woods DW. Classification of excoriation (skin picking) disorder: Current status and future directions. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128: 406-7.
12. Selles RR, McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 41: 29-37.
13. Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 283-8.
14. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 314-9.
15. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 1143-9.
16. Leibovici V, Murad S, Cooper-Kazaz R, Tetro T, Keuthen NJ, Hadayer N, *et al.* Excoriation (skin picking) disorder in Israeli University students: Prevalence and associated mental health correlates. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36: 686-9.

17. Siddiqui EU, Naeem SS, Naqvi H, Ahmed B. Prevalence of body-focused repetitive behaviors in three large medical colleges of Karachi: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2012; 5:614.
18. Odlaug BL, Lust K, Schreiber LRN, Christenson G, Derbyshire K, Grant JE. Skin picking disorder in university students: Health correlates and gender differences. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 168-73.
19. Calikusu C, Kucukgoncu S, Tecer Ö, Bestepe E. Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences. *Behav Modif* 2012; 36: 49-66.
20. Woods DW, Friman PC, Teng EJ. Physical and social impairment in persons with repetitive behavior disorders. In: Tic Disord. Trichotillomania, Other Repetitive Behav. Disord. Springer, 2001; pp 33-52.
21. Santander TJ, Romero SMI, Hitschfeld AMJ, Zamora AV. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2011; 49: 47-55.
22. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *JAMA* 2016; 316: 2214.
23. Villacura L, Irarrázabal N, Dörr A, Zamorano C, Manosalva J, Cánovas C, et al. Mental disorders of students at the University of Chile. *Ment Heal Prev* 2015; 3: 21-5.
24. Tucker BTP, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The skin picking impact project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 88-95.
25. Stein DJ, Chamberlain SR, Fineberg N. An A-B-C model of habit disorders: hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions. *CNS Spectr* 2006; 11: 824-7.
26. Leppink EW, Lust K, Grant JE. Depression in university students: associations with impulse control disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 1501: 1-5.
27. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 61-6.
28. Oliveira ECB, Leppink EW, Derbyshire KL, Grant JE. Excoriation disorder: Impulsivity and its clinical associations. *J Anxiety Disord* 2015; 30: 19-22.
29. Fuentes D, Tavares H, Artes R, Gorenstein C. Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. *J Int Neuropsychol Soc* 2006; 12: 907-12.
30. Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. Motor inhibition, reflection impulsivity, and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behav Ther* 2011; 42: 521-32.
31. Mackillop J, Miller JD, Fortune E, Maples J, Lance CE, Campbell WK, et al. Multidimensional examination of impulsivity in relation to disordered gambling. *Exp Clin Psychopharmacol* 2014; 22: 176-85.
32. Odlaug BL, Chamberlain SR, Derbyshire KL, Leppink EW, Grant JE. Impaired response inhibition and excess cortical thickness as candidate endophenotypes for trichotillomania. *J Psychiatr Res* 2014; 59: 167-73.
33. Granö N, Keltikangas-Järvinen L, Kouvonen A, Virtanen M, Elovainio M, Vahtera J, et al. Impulsivity as a predictor of newly diagnosed depression. *Scand J Psychol* 2007; 48: 173-9.
34. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 454-9.
35. Arzeno Ferrão Y, Almeida VP, Bedin NR, Rosa R, D'Arrigo Busnello E. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 282-8.

---

Correspondencia:

Eva Madrid MD PhD, Escuela de Medicina,  
 Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.  
 Angamos 655, Viña del Mar-Chile.  
 E-mail: eva.madrid@uv.cl