

## **PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA Y TRASTORNO DE TRICOTILOMANÍA: UN ANÁLISIS DE CASO**

Óscar Raúl Higueta Cañola.

Psicólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana, Magister en psicoterapia, y  
Psicofisiólogo forense del Instituto Latinoamericano de Poligrafía.

Hernán Darío Lotero Osorio

Candidato a Doctor en psicología Universidad San Buenaventura, Docente Magister en  
psicoterapia y Psicólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana.

## **PSYCHOLOGY BASED ON EVIDENCE AND TRICOTHILOMANIA DISORDER: A CASE ANALYSIS**

Óscar Raúl Higueta Cañola.

Psicólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana, Magister en psicoterapia, y  
Psicofisiólogo forense del Instituto Latinoamericano de Poligrafía.

Hernán Darío Lotero Osorio

Candidato a Doctor en psicología Universidad San Buenaventura, Docente Magister en  
psicoterapia y Psicólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana.

### **AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (Correspondencia)**

Universidad Pontificia Bolivariana

Correo: oscarhi73@gmail.com

## **Psicología basada en la evidencia y trastorno de tricotilomanía: un análisis de caso**

En el presente estudio se presenta un caso de una paciente con Trastorno de Tricotilomanía, este se caracteriza por la realización de un acto compulsivo frente al incremento de tensión o ansiedad. Se tiene como objetivo presentar un caso de tricotilomanía. En la fase de evaluación se empleó el inventario ISRA de Tobal y Vindel, el inventario de depresión de Beck y una entrevista clínica. Después de plantear los objetivos terapéuticos, se aplicó la terapia de inversión de hábito y la terapia cognitiva-conductual. La intervención se desarrolló durante dieciocho sesiones de tratamiento y se utilizaron técnicas de psicoeducación, modificación de conducta, reestructuración cognitiva, y respiración. Finalizado el tratamiento se redujo considerablemente la conducta de tricotilomanía y los síntomas ansiosos. Estos resultados son congruentes con la evidencia científica disponible que soporta los altos niveles de eficacia de estas terapias para la intervención de la tricotilomanía.

*Palabras clave:* Tricotilomania, Psicología Basada en la Evidencia, Terapia de Inversión de Hábito, Terapia Cognitiva y Diseño de Caso Único.

## **Psychology based on evidence and trichotillomania disorder: a case analysis**

The present study presents a case of a patient with Trichotillomania, which is characterized by the performance of a compulsive act against the increase of tension or anxiety. The purpose of this study was to present a case of trichotillomania. In the evaluation phase, the ISRA inventory of Tobal and Vindel, the Beck depression inventory and a clinical interview were used. After proposing the therapeutic objectives, we applied habit reversal therapy and cognitive-behavioral therapy. The intervention was developed during eighteen treatment sessions and techniques of psychoeducation, behavior modification, cognitive restructuring, and breathing were used. At the end of treatment, the behavior of trichotillomania and anxious symptoms were greatly reduced. These results are congruent with the available scientific evidence supporting the high levels of efficacy of these therapies for the intervention of trichotillomania.

*Keywords:* Trichotillomania, Evidence Based Psychology, Habit Reversal Therapy, Cognitive Therapy and Case Study.

## Psicología basada en la evidencia y trastorno de tricotilomanía: un análisis de caso

### INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Tricotilomanía (TTM) o de arrancarse el pelo. Etimológicamente este concepto proviene del griego Trichos (pelo), tylos (estirar) y manía e impulso. Según Hallopeu, (1989), Papadopoulos, Janniger y Schwartz, (2003) este trastorno se caracteriza por la realización de un acto compulsivo frente al incremento de tensión, ansiedad o angustia que puede presentarse por factores internos de la persona o estímulos externos identificables o no. Las personas que padecen este trastorno desean de manera impulsiva arrancarse el pelo en cualquier región del cuerpo donde este crezca, sin embargo las zonas más afectadas son la cabeza, existiendo predilección por las regiones coronales o parietales, en el 80-90% de los casos. Papadopoulos et al. (2003) refieren que la gran mayoría de persona con TTM expresan que al arrancarse el pelo siente una liberación de la tensión, lo cual refuerza el hábito y lo hace repetitivo. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-5 se incluye dentro de los Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

En la población general, la prevalencia anual estimada para la tricotilomanía en los adultos y los adolescentes está entre el 1y 2%. Lo que sí parecen indicar los estudios sobre el tema es que las mujeres lo sufren en mayor proporción que los hombres (Icart & Pulpon, 2006; Moreno et al., 2007), aunque no todos los trabajos obtienen los mismos resultados (Duke, Bodzin, Tavares, Geffken, & Storch, 2009). En una encuesta realizada por Pérez (2007) informa que la TTM suele aparecer en la preadolescencia, entre los 10 y 13 años, empezando en el 85% de los adolescentes antes de los 16 años y “los estudiantes son el porcentaje más alto de afectados, seguidos por una amplia diversidad de profesiones como agente comercial, ingenieros, arquitectos, etc.” Pérez, (2007, p.1). Y Cohen, Tein, y Simeon, (1995) señalan que un 40% de los casos nunca se diagnostican y alrededor del 58% no recibe terapia específica.

Con relación a la intervención, se ha obtenido evidencia empírica relevante para el tratamiento de TTM, Según la American Psychological Association (2006, p. 273), la Psicología Basada en la Evidencia, es entendida como “la integración de la mejor evidencia disponible con la experticia clínica, enfocada al contexto del paciente con sus características, cultura y preferencias”. Este modelo metodológico ha contribuido en la recopilación de evidencia empírica y de datos relevantes, encontrándose efectividad de las terapias psicológicas para tratar la TTM. La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) según resultados obtenidos producto de meta-análisis y estudios de casos, es el método que demuestra mayor evidencia terapéutica para abordar la TTM. Autores como Duke, Keeley, Geffken y Storch (2010), Kraemer (1999), Papadopoulos et al. (2003), y Woods et al., (2006), han demostrado intervenciones exitosas desde este modelo psicoterapéutico. Además varios meta-análisis proporcionan evidencia acerca de la terapia conductual, en particular, la terapia de inversión de hábito, la cual proponen como un tratamiento eficaz para individuos con TTM, (McGuire et al., 2014; Bloco et al., 2007; Flessner et al., 2010, Higgins & Green 2011). Otro metanálisis realizado por

Slikboer, Nedeljkovic, Bowe y Moulding (2015) encontraron la misma eficacia en este tratamiento. La terapia de inversión de hábito desarrollada por Azrin & Nunn (1973), tiene como objetivo cambiar la conducta de tricotilomanía. La aplicación de la reinversión de hábito comienza con la toma de conciencia del comportamiento de tirarse el pelo, durante la intervención en esta terapia, se define este comportamiento en términos observables (arrancarse el pelo) y se establece una tabla de registro de la conducta en la cual el paciente anota el número de pelos arrancados en la situación estresora, se le enseña al paciente hacer el registro y se le da como tarea para la casa.

Está autoobservación y autorregistro se realiza específicamente en situaciones donde aparece la conducta de Tricotilomanía. La meta es facilitar la conciencia del hábito de tirarse el pelo, para que luego se pueda utilizar las otras técnicas conductuales. Cuando se tenga conciencia de la conducta se utiliza la inversión de hábito. Citando a Azrin & Nunn, la idea general de la inversión de hábito implica que en la medida que la persona se da cuenta del hábito de arrancarse el pelo, lo va interrumpir por medio de una respuesta que compita con la conducta a cambiar (arrancarse el pelo), de forma que cuando el paciente sea consciente de que se está tirando el pelo, haga una conducta contraria para evitar tirarse del pelo, por ejemplo apretar una pelota de goma en momentos de tensión o ansiedad, la cual se apretara durante diez veces sin llegar a autolastimarse. El objetivo es identificar las relaciones entre la conducta, los antecedentes y las consecuencias como requisito previo al tratamiento. Sumado a esto Stemberger, Stein & Mansueto (2003), señalan que en este registro se puede identificar las relaciones entre la conducta y los antecedentes que pudiesen ser fisiológicos, emocionales y cognitivos en el momento de arrancarse el cabello.

Otros tratamientos conductuales que facilitan el cambio de conducta de la tricotilomania es el propuesto por Sarmiento et al., (2016) consideran que además del auto registro de la conducta, es de gran utilidad el soporte familiar, se busca que alguien de la familia le señale al sujeto de manera amable que se está tirando el cabello y le sugiera suspender esta conducta. Estos mismos autores expresan que otras estrategias conductuales que son de gran complemento son: usar un gorro o guantes, en contextos donde se pudiese presentar la conducta y el cambio de lugar o de actividad cuando se observe tirándose el pelo, puede ser, realizar actividades lúdicas para favorecer la expresión de emociones en un medio adecuado.

Como se indicó arriba la perturbación emocional es sustituida por el dolor físico que genera la tricotilomania. De allí que para combatir en especial la ansiedad, una estrategia de gran ayuda es el entrenamiento en relajación muscular progresiva, desarrollada por el médico Edmund Jacobson (1920) quien argumentó que la tensión muscular podía reducir la ansiedad y los pacientes pueden aprender a relajar la tensión muscular. La relajación muscular consiste en hacer una respiración lenta, profunda y completa, una y otra vez acompañada de tensar y relajar un grupo específico de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrará más relajado. La persona se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Otra técnica de relajación es la respiración diafragmática, siendo de las técnicas de control respiratorio más utilizadas para bajar los niveles de ansiedad (Castellano, 2011) esta consiste en un patrón de respiración que se inicia con una inspiración completa, con el torso y abdomen relajados producto del

descenso del diafragma; luego el aire se retiene y exhala en el mismo tiempo que se utilizó para la inhalación. Everly (1989), refiere que la respiración debe ser completamente hasta llenar el diafragma, una y otra vez de manera lenta, lo cual va provocando la activación parasimpática o lo que es equivalente, favorece la relajación. De manera que el entrenamiento en ciertas pautas respiratorias puede ser un adecuado procedimiento para la reducción de los efectos de la ansiedad o estrés y en general, los trastornos debidos a un exceso de activación simpática. La respiración es un proceso autonómico y es el único que puede controlarse voluntariamente para disminuir el nivel basal de activación y generar respuestas de relajación que facilitan el equilibrio emocional (Baronti 1998). Al respecto Calle (1992) afirma que para cada emoción existe un patrón respiratorio característico en donde, por ejemplo, un estado ansioso genera una respiración caracterizada por la alteración del ritmo natural, agitación y tensión torácica. Por lo tanto estas prácticas de respiración inducen a la relajación al modificar este ritmo respiratorio.

Para realizar una intervención más efectiva, también se suma a las anteriores estrategias de intervención, la reestructuración cognitiva. Según Judith Beck (1995) esta técnica consiste en una serie de pasos: en primer lugar se psicoeduca al paciente en el modelo cognitivo, se le explica la relación que existe entre los acontecimientos, pensamientos, emociones y conductas. Luego se forma al paciente en la habilidad para identificar los pensamientos distorsionados (PD), los cuales escribirá en la hoja de registro de PD, en situaciones o ante emociones vividas concretas, para luego reconoce las distorsiones cognitivas y por último se hacen preguntas socráticas sobre sus pensamiento disfuncionales para que estos sean modificados. En argumento a esto, Aaron Beck (1979) comentó que las distorsiones sistemáticas de nuestra manera de representar la realidad nos llevan a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro, siendo una causa suficiente para presentar un trastorno psicológico.

Entre otras estrategias consideradas con alta evidencia está el empleo de las autoinstrucciones, el autorrefuerzo, y las técnicas experienciales, han demostrado ser eficaces en el tratamiento a través de diversos estudios, (Kell & Kress 2006; Enos & Plante 2001; Diefenbach et al., 2005; Elliott & Fuqua 2000; Lerner, Franklin, Meadows, Hembree & Foa, 1998). Otras técnicas de autocontrol (Medina 2011), exposición y prevención de respuesta (Sulkowski, Jacob & Storch 2013), todas estas centradas en el objetivo de reducir el número de pelos arrancados de la paciente y el mejoramiento de su estado emocional.

Sumando todo lo anteriormente desarrollado del TTM, se propone como objetivo en este estudio el análisis de un caso de una paciente con este diagnóstico a la que se le aplica la terapia de inversión de hábito y la terapia cognitiva-conductual. Y luego, se esbozará el modelo de intervención psicoterapéutico trabajado en el caso, este se encuentra soportado en los lineamientos de tratamiento propuestos desde el enfoque de la práctica profesional basada en la evidencia.

A continuación presentamos el proceso de evaluación e intervención terapéutica de una paciente con diagnóstico de TTM, debido a continuas conductas de arrancarse el cabello, siguiendo las directrices de una aproximación cognitivo-conductual.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### *Identificación de la paciente*

Valcarana es una mujer de 20 años, estudiante de quinto año de derecho, vive con su única hermana de 18 años en la ciudad de Medellín. Su madre falleció hace siete años en un accidente de tránsito, se distanció de su padre por problemas con los bienes materiales que dejó la madre.

Asiste a consulta psicológica buscando tratamiento, por “sentirse altamente ansiosa y desde los catorce años se está arrancado el pelo”. Otro de los motivos de consulta son las creencias o ideas de “no ser querible” y “tener que ser capaz para ganarse el amor de las demás personas”.

### *Historia del problema*

Valcarana es la mayor de dos hijas, su madre falleció en un accidente de tránsito cuando ella tenía 13 años, vivió con su padre hasta los 16 años, dejando de vivir con éste por malgasto de las bienes de la herencia que le dejó la madre, desde hace cuatro años se trasladó a vivir en un apartamento con su única hermana quien tiene 18 años de edad y estudia un pregrado.

Señaló que su madre era una persona estricta, exigente que le castigaba física y emocionalmente cuando no hacía una tarea escolar bien. Expresó que su madre tenía más preferencia por su hermana a quien trataba con más cariño, consintiéndola, le decía palabras amorosas y le daba permisos para salir a jugar cuando la hermana se lo pedía. Mientras que con ella, era un no, le negaba las cosas, le condicionaba el afecto y no le decía frases cariñosas, la paciente relató “mi hermana era la preferida de mi mamá”. De su padre dice que jugaba con ella y le invitaba acompañarlo hacer actividades laborales para evitar que su madre se sintiera celosa ya que éste le había sido infiel a la mamá en varias ocasiones y por esto se llegaron a separar varias veces. En esta etapa de su vida presentó onicofagia (hábito compulsivo de comerse las uñas). Luego de la muerte de su madre, el padre estuvo saliendo con varias mujeres y se gastaba el dinero que le dejó la madre como herencia, no les daba buena alimentación y las descuidó afectivamente. A la edad de los 14 años (unos meses después de la muerte de la madre) la paciente reporta que por primera vez presentó la conducta de arrancarse el pelo, comentó que en el aula de clase observó a otra compañera tener esta conducta, anotando que en los primeros meses era esporádico jalarse el pelo, pero después de la separación con su padre fue cuando la conducta incrementó.

A la edad de 16 años Valcarana, se fue a vivir con su hermana menor haciéndose cargo del pago del estudio de ambas, de la alimentación y otras demandas del hogar. La paciente se ha sentido cansada de llevar la responsabilidad y cuidado de su hermana, aunque no han tenido problemas económicos por la herencia que le dejó la madre y el apoyo de la familia materna. De quienes dice le critican y le condicionan el amor.

La paciente comentó que ha experimentado ansiedad desde que tiene conciencia de sí misma, en especial cuando su madre le castigaba por sacar una baja calificación en el colegio, también en la interacción con personas significativas y su ansiedad se incrementaba cuando se sentía rechazada. Reconoce que la manera como ha regulado la

ansiedad ha sido a través de la conducta de Tricotilomanía. Paralelo a esto la paciente expresó sentirse sola, emocionalmente perturbada y preocupada por agradecerles a los demás.

### ***Evaluación***

Este informe de caso emplea la metodología de tipo ABA. En este tipo de estudio se realiza primero una evaluación de la conducta del sujeto para establecer el diagnóstico, y se propone una línea de base con los resultados (A), posteriormente se aplica el tratamiento para intervenir en la condición psicopatológica hallada (B), y por último se mide nuevamente la conducta y se compara con la línea de base (A) (Virués & Moreno, 2008).

Para realizar el proceso de evaluación se aplicaron durante la etapa de pre tratamiento tres instrumentos estandarizados y una entrevista clínica. Los test usados fueron: el Inventario de Situaciones y Repuestas de Ansiedad (ISRA), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos, YSQ-L2.

1. Inventario de Situaciones y Repuestas de Ansiedad ISRA. (Tobal & Vindel, 2002). Áreas que evalúa: nivel general de ansiedad (rasgo general de ansiedad), evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad, ansiedad ante situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y de la vida cotidiana. Está basado en el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler y en el modelo tridimensional de Lang. La edad de aplicación es de 16 años en adelante. La aplicación de la prueba debe realizarse en el siguiente orden: C = cognitivo, F= fisiológico y M= motor. Con una duración de aplicación promedio de 35 a 55 minutos y consta de 69 ítems. Tiene un formato de “situación-respuesta” e incluye una situación abierta para que pueda ser descrita por el paciente. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 4. Ofrece información sobre los distintos sistemas de respuesta: áreas situacionales específicas (ansiedad de evaluación, fóbica interpersonal, o ante situaciones de la vida cotidiana) y un nivel general de ansiedad. Tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92. Tiene una fiabilidad de consistencia interna de 0.78-0.79. Fiabilidad de test-retest de 0.75-0.86 (total) 0.68-0.80 (escala cognitiva) 0.74-0.79 (escala fisiológica) 0.75-0.82 (escala motora). Es sensible al cambio terapéutico.

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este inventario está basado en la versión original y revisada propuesta por Beck, Rush, Shawn y Emery (1979). Estos inventarios fueron desarrollados para evaluar la gravedad de la depresión, tomando en cuenta la intensidad sintomática del paciente. Fue adaptada al español por (Vázquez & Sanz, 1997) este inventario es autoaplicado y consta de 21 reactivos que evalúan un amplio rango de síntomas depresivos en las áreas cognitiva, somática, vegetativa y emocional. Cada ítem evaluado propone 4 alternativas de respuesta, presentando en cada una de estas opciones respuestas ordenadas de menor a mayor las cuales indican la gravedad del síntoma evaluado. El paciente debe seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3, el rango de la puntuación obtenida es entonces de 0-63 puntos. En la

interpretación del test se debe ubicar el puntaje del paciente en las siguientes categorías: No depresión 0-9 puntos, Depresión leve 10-18 puntos, Depresión moderada 19-29 puntos y Depresión grave más de 30 puntos. En cuanto a la fiabilidad del test oscila alrededor de  $r = 0.80$ ". Y en lo referente a la confiabilidad del inventario, se encontró que presenta una "consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.76 – 0.95" (Chacón, Muñoz, Rivas Y Miranda, 2007, p. 34).

3. El Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos, YSQ-L2 (Young & Brown, 1999) adaptado a Colombia por Castrillón et al. (2005). El YSQ-L2 es un test de esquemas maladaptativos tempranos, indicado para ser aplicado a adolescentes y adultos. Su aplicación puede ser individual o colectiva; su tiempo de aplicación es en promedio de 45 minutos. Este cuestionario posee 205 reactivos. Para calificar la prueba se obtienen la puntuación directa de cada uno de los EMTs sumando el número marcado por el evaluado por los reactivos que evalúan cada uno de los (EMTs). Después de obtener la sumación directa se debe graficar el perfil, para graficar esto es necesario la media (X) de cada puntuación directa y su desviación estándar con el propósito de obtener el límite inferior (LI) y el límite superior (LS) de cada (EMTs). Se considera que hay presencia de un (EMTs) solo cuando la puntuación directa está por encima del (LS), las puntuaciones por debajo del (LI) no indican presencia de EMTs, pero deben ser igualmente interpretadas.

4. Entrevista clínica: Se realizó una entrevista clínica semiestructurada propuesta por Muñoz (2001) la cual se enfocó en identificar la problemática actual de la paciente, sus síntomas, intensidad, origen y estrategias de afrontamiento empleadas ante su condición psicopatológica. Posteriormente se destinó un período corto de tiempo durante cada sesión para interrogar por la percepción subjetiva de la paciente acerca de su evolución en el tratamiento, buscando identificar variabilidades en la intensidad y manifestación de los diferentes síntomas.

### ***Diagnóstico Clínico***

Tras haber realizado una observación de los datos obtenidos en la entrevista y la aplicación de los test psicológicos, se encuentra como diagnóstico principal un trastorno de Tricotilomanía, acompañado de ansiedad por continuas preocupaciones con relación a ser "aceptada" y "desempeño", como referencia tiene el supuesto que tenía era; "si hago las cosas sin equivocarme lograre ser reconocida o querida por las otras personas", dando cuenta de la creencia disfuncional de "no soy querida". También se localizan algunos rasgos de personalidad obsesiva, y dificultades en el área de relaciones interpersonales, debido a su alta necesidad de aprobación, autosacrificio y subyugación.

### ***Resultados de la evaluación***

Las puntuaciones obtenidas por la paciente en el (ISRA) muestran un nivel en el rasgo de ansiedad correspondiente a un centil 89. Al obtenerse puntuaciones centiles, a partir de un centil 75 se consideraría que hay dificultades. A nivel cognitivo presenta un nivel de ansiedad severo (centil 89), destacando preocupaciones, pensamientos distorsionados así como dificultad en la toma de decisiones cotidianas. A nivel fisiológico presenta un centil 80, descendiendo sus puntuaciones en el componente motor de la ansiedad con un centil 60. En cuanto a las áreas situacionales o rasgos



específicos que evalúa este instrumento se presentan las siguientes puntuaciones: en F-I o (ansiedad de evaluación) la paciente presenta un nivel de ansiedad severa (centil 89); en F-II o (ansiedad interpersonal) se obtiene un centil 81 de ansiedad severa; en F-III o (ansiedad fóbica) se obtiene un centil 73, ansiedad moderada; y por último, en el factor F-IV correspondiente a la (ansiedad experimentada por una persona ante situaciones de la vida cotidiana) obtuvo un centil de 85, lo que equivale a la presencia de un nivel de ansiedad severo.

Los resultados obtenidos en el (BDI), dadas las respuestas de la paciente la puntuación obtenida fue de 13 puntos, para una (Depresión leve) y se interpretó que la sintomatología no proporcionar un diagnóstico significativo.

En el YSQ-L2, este test fue aplicado a la paciente con finalidad de comprobar esquemas disfuncionales, ya que estos son homologables a las creencias disfuncionales y se logró identificar (EMTs) de; Abandono, Fracaso, Inhibición emocional, Estándares Inalcanzables y Aislamiento social.

Después del análisis y la evaluación, se concluyó que los continuos castigos y exigencias de su madre, la muerte de ésta y el observar a una compañera arrancarse el pelo e imitar la conducta, lo cual le generó la sensación de alivio momentáneo de la ansiedad, propiciaron la aparición del TTM. Esto debido a que los síntomas se manifestaron meses después de la muerte de su madre, Valcarana se sentía ansiosa y perturbada emocionalmente y la sensación de arrancarse el pelo, le brinda una sustitución de “dolor”. Lo cual también puede entenderse como fisiológicamente el dolor genera la secreción de dopamina y otros neurotransmisores de analgesia. Cuando Valcarana percibía una potencial amenaza para su valía personal, ser rechazada y cometer errores, le incrementaba la ansiedad, para lo cual recurría a la conducta de tricotilomanía para experimentar la sensación de un ligero alivio. El diagnóstico de Ansiedad Generalizada se tomó como diagnóstico secundario porque esta reacción emocional se encontró asociada a los síntomas cognitivos y emocionales y de otras conductas que se generaron de la vivencia de las experiencias tempranas donde fundaron la creencia disfuncional de “no soy querible”.

Las situaciones de inamabilidad, cuando su madre le condicionaba el afecto, entorno a su desempeño “si hacía bien las tareas, le hacía sentir querida”, luego críticas, rechazos de sus familiares, las propias autoexigencias en su desempeño, la necesidad de aprobación, el autosacrificio y la subyugación a las personas significativas, contribuyeron a crear en Valcarana una creencia central de Inamabilidad, la cual buscaba superar con su desempeño, por tal razón en la implementación de la flecha descendente Valcarana concluía “no soy querible”, con la estrategia compensatoria, “debo ser capaz para que los demás me quieran”.

Las situaciones activadoras de la ansiedad eran; cuando personas significativas, le rechazaban, le condicionaban el amor y le criticaban, esto aumentaba su ansiedad. En otras situaciones como son la de desempeño académico también le generaba ansiedad, ya que Valcarana cuando era niña en la escuela pensaba que “tenía que hacer bien las tareas para lograr que su madre la quisiera”, este pensamiento también lo presentó en las primeras sesiones del tratamiento, donde quería hacer bien las tareas que el terapeuta le colocaba, para que no la rechazara. Otras de las situaciones que activaban la ansiedad en

Valcarana se daban cuando se preocupa por su desempeño académico y practica de su carrera profesional, al sentirse “incapaz”.

Y con relación a la irritabilidad, esta se generaba cuando la paciente asumía estrategias de afrontamiento de subyugación y autosacrificio, buscando que le quisieran, pero cuando las otras personas se aprovechaban de este comportamiento de ella, demandándole tareas o encargos, Valcarana se iba para su casa sin decir nada, con conductas pasivo agresivas y autocríticas, y en el transcurrir de un lapso de tiempo, sus sentimientos eran de ira y en otros escenarios su conducta era agresiva y desafiante, por tal motivo estaba en un club de boxeo “para mitigar su ira”. Y luego de este ciclo la paciente experimenta gran tristeza, al pensar que no le quieren, ni le valoran. En cualquiera de estos períodos emocionales la paciente presenta la conducta de tricotilomanía, buscando alivio de su malestar emocional.

Como fortalezas en Valcarana se destacaba por su motivación y disciplina con las tareas terapéuticas, logró modificar las creencias disfuncionales presentando una adecuada capacidad de insight. Además presentó un buen estado de salud y no tiene grandes problemas económicos.

### ***Hipótesis Explicativa***

Debido a las experiencias de su niñez, donde Valcarana fue castigada físicamente, exigida y criticada por su madre, cuando no hacía las tareas o las hacía de manera “errónea” le hicieron pensar que no era digna de ser querida, por ser incapaz. La paciente supone que para ganarse el aprecio de los demás debe de ser capaz. Algo significativo para la paciente es que su madre era condescendiente y cariñosa con su hermana menor a quien le permitía hacer cosas, por el contrario a ella se las negaba. Debido al amor condicionado que experimentó por su madre quien le exigía en su desempeño académico. La paciente desarrolló la creencia de “no soy querida” (en el área de inamabilidad) con otra creencia dependiente de “no soy capaz”. La paciente lo evidencia con pensamientos como “tengo que esforzarme al máximo para hacer bien las cosas y los demás me quieran”, esto lo ha venido pensando desde su niñez.

La creencia de “no soy querida” porque “soy incapaz”, le genera ansiedad, esta creencia tiene como actitud “es insoportable que las personas me rechacen”. Valcarana tenía como regla “Tengo que esforzarme al máximo para hacer las cosas y ganarme el cariño de los demás”. La suposición positiva de esta creencia es. “Si me esfuerzo al máximo me ganare el reconocimiento de los demás”. La suposición negativa es; “Si no me esfuerzo no seré una persona valiosa”. Valcarana presentaba como estrategias de afrontamiento a su creencia “no soy querida”. Las siguientes compensaciones “tengo que complacer y agradar a los demás”. Ella también compensaba con la autoexigencia, “yo misma me obligo a no equivocarme para ser reconocida por los demás”, esta compensación le genera ansiedad.

Si Valcarana no lograba la aceptación de las otras personas se comportaba de manera sumisa, subyugándose, siendo esto la estrategia de mantenimiento, y luego después se sentía irritada, con tendencia a la agresividad. Esta emoción la paciente la reportó en varias ocasiones después de “haberse sometido a otras personas”. También mantiene con continuas preocupaciones acerca de su desempeño “si estaba haciendo

bien las cosas para evitar ser rechazada” esta preocupaciones están en varias áreas de su vida: afectiva, laboral, e interpersonal. En cuanto a la evitación la paciente mostraba una alta tendencia a racionalizar las cosas, además evitar ir a sitios donde pensaba que le iban a rechazar. Otra evitación evidente tenía que ver con experimentar emociones inapropiadas, el sustituir el dolor emocional, la irritabilidad y la ansiedad, por el dolor físico de arrancarse el cabello provocado por ella misma y era una forma de evitar su malestar psicológico, el cual es “remediado” con su conducta de Tricotilomanía. A continuación el diagrama conceptualización de Valcarana.

#### *Datos relevantes de la infancia*

En la infancia Valcarana fue castigada, exigida y criticada por su desempeño académico por su madre, además su madre le condiciono el amor, y la paciente observaba que su madre era amorosa con su hermana y con ella no.

#### *Creencia(s) nuclear(es)*

“No soy querible”  
Dependiente “Soy incapaz”

*Actitud.* “Lo peor que me puede pasar es que no me quieran y me rechacen”

*Reglas.* “Tengo que esforzarme al máximo para hacer bien las cosas y me quieran”

*Suposición positiva.* “Si me esfuerzo al máximo lograre ser capaz y me van querer”.

*Suposición negativa.* “Si no soy capaz de hacer las cosas bien, no me van a querer”.

#### *Estrategia(s) Qué conductas le ayudaron a vérselas con la creencia*

*Compensatoria(s):* “Tengo que autoexigirme para no equivocarme y me puedan querer”.

*Evitación:* Cuando se siente rechazada se aísla, se distancia por un tiempo de las personas que no le demuestran amor. Y evita el malestar emocional, con racionalizaciones y conducta de tricotilomanía.

*Mantenimiento:* Continuamente está preocupada con relación “si está haciendo bien las cosas para evitar ser rechazada” esta preocupaciones están en varias áreas de su vida: afectiva laboral, e interpersonal.

<i>Situación 1</i>	<i>Situación 2</i>	<i>Situación 3</i>
Un amigo por teléfono le invita a salir en la noche	Una amiga le sugiere que no se fije en el hijo de su jefe, ya que él no se va fijar en ella	En la agencia donde realiza práctica de derecho, le piden que vaya a un audiencia de un choque
<i>Pensamiento automático</i> Él me va rechazar		
<i>Significado del P.D.N</i> No soy querida	<i>Pensamiento automático</i> No cumpla los estándares de las otras personas	<i>Pensamiento automático</i> Soy incapaz
	<i>Significado del P.D.N</i> No soy querida	<i>Significado del P.D.N</i> No soy querida
<i>Emoción</i> Ansiedad		
	<i>Emoción</i> Ansiedad	<i>Emoción</i> Ansiedad
<i>Conducta</i> Se arranca el pelo		
	<i>Conducta</i> Comienza arrancarse el cabello	<i>Conducta</i> Busca hacer las cosas de manera perfecta para ser aceptada por los demás.

Figura 1.

Conceptualización cognitiva. Adaptado de Terapia Cognitiva. Copyright 2000 by Ph.D. Judith S. Beck, p. 177.

## **TRATAMIENTO Y OBJETIVOS**

### **Objetivos**

Teniendo en cuenta la información recolectada en las sesiones, los instrumentos, el diagnóstico, la hipótesis explicativa del caso, y las necesidades propuestas por la paciente. A continuación, se presenta (tabla 1) con una categorización de los problemas, los cuales se convirtieron en objetivos para la intervención.

<i>Problemas</i>	<i>Objetivos</i>
1. Tricotilomania	Inversión de hábito
2. Ansiedad generada por preocupaciones	Reducción de la ansiedad
3. Creencias Disfuncionales “no soy querible”, “no soy capaz”	Modificación de Creencias Disfuncionales.
4. Creencias intermedias de; autoexigencia, perfeccionismo, necesidad de aprobación, autosacrificio y subyugación.	Modificación de Creencias intermedias o ideas irracionales
5. Evitación y aislamiento social	Desmante de conducta de evitación ante situaciones donde se percibe rechazada

Tabla 1

### **Reporte global del tratamiento**

Se diseñó unas estrategias psicoterapéuticas de intervención para el caso presentado. El terapeuta se apoyó en dos modelos psicológicos que demuestran mayor evidencia empírica y eficacia para el tratamiento de la TTM, se utilizaron la terapia de inversión de hábito de Azrin & Nunn (1973) para corregir la tricotilomanía y la terapia cognitiva, para abordar la ansiedad y modificación de esquemas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010). A continuación, se presenta (tabla 2) con una categorización de los problemas a intervenir, el objetivo de tratamiento, las técnicas empleadas y la sesión de aplicación. Es de aclarar que algunas técnicas se emplearon varias veces durante el tratamiento, debido a la pertinencia de éstas para intervenir el problema y alcanzar el objetivo terapéutico desde el pretratamiento hasta el post-tratamiento.

El tratamiento constó de 18 sesiones de intervención incluyendo en las mismas el proceso de evaluación pre y postratamiento, 2 de seguimiento. Es de anotar que las sesiones tenían un lapso de tiempo entre semana. A continuación se mostrara las intervenciones sesión por sesión y como fue la actividad durante la cada una de ellas:

*En la primera sesión:* el terapeuta busco establecer un ambiente de rapport y empatía con la paciente, buscando establecer un ambiente de confianza. Se tomaron datos demográficos, se le pregunto por sensación de su estado emocional. Luego operacionalizó el motivo de consulta. Y se comenzó a establecer el diagnostico, de acuerdo a las necesidades de la paciente. Se tomó un problema de la paciente como referente para explicar el modelo de intervención de la Terapia Cognitiva. Para finalizar la sesión se explicó la importancia de la alianza terapéutica y la realización de las tareas puestas en la sesión. Y se evalúa nuevamente el estado emocional.

*En la segunda sesión:* Dejando claro que siempre se preguntó al inicio como al final por la sensación del estado emocional de la paciente. El terapeuta comenzó a introducir la terapia Conductual de inversión de hábito de Azrin & Nunn, explicándole a la paciente la hoja de registro de la conducta de tricotilomanía, cada una de sus columnas y como la debía llenar, cada vez que se arrancase el cabello. Por otra parte el terapeuta en compañía de la paciente identificaron las situaciones y estados emocionales que antecedían a la conducta de tricotilomanía. En otro momento de la sesión el terapeuta continuó con la explicación del modelo de la Terapia Cognitiva de Beck, tomando como referencia los pensamientos disfuncionales de la paciente, y se le suministro la hoja de registro de pensamientos, con una guía de auto ayuda de como registrarlos. Al finalizar la sesión el terapeuta solicito a la paciente responder el test psicológico ISRA, para medir la ansiedad.

*En la tercera sesión:* La paciente llevó a la sesión los primeros registros de los pelos que se había arrancado, siendo la cantidad máxima de 122 en una situación. El terapeuta hizo reconocimiento por su compromiso con su cambio. Pero se le dificulto hacer registro de pensamiento disfuncionales. Para lo cual el terapeuta volvió a repasar las instrucciones propuesta por Judith Beck, para lograr esta tarea y se utilizaron ejemplos con sus preocupaciones. También el terapeuta utilizo el tiempo de la sesión para comenzar a entrenar a la paciente en técnicas de respiración, para disminuir la ansiedad desde la variable fisiológica. Como punto a favor de la terapia, la paciente se comportaba complaciente con las tareas sugeridas por el clínico. Y la paciente contesto el test YSQ-L2 para identificar los esquemas maladaptativos tempranos.

*Para la cuarta sesión:* luego de revisar la tarea del registro de “los pelos arrancados”, reconociendo las situaciones y contextos donde se presentaba la tricotilomania. El terapeuta sugirió otras estrategias, referidas por las evidencias empíricas; como lo fue el soporte familiar, se buscó que alguien de la familia le señalara de manera amable que se está tirando el cabello y le sugiera suspender. También se le sugirió usar un gorro y guantes en contextos donde se pudiese presentar la conducta, una pelota de goma y el cambio de lugar o de actividad cuando se observe tirándose el pelo, y realizara actividades lúdicas para favorecer la expresión de emociones en un medio adecuado. Es de anotar para las otras sesiones que la paciente siguió las recomendaciones. Para esta sesión la paciente también trajo registro de pensamientos disfuncionales, los cuales se utilizaron para continuar explicando cómo sus pensamientos eran generadores de sus estados emocionales perturbados. Para esta etapa del tratamiento la paciente comenzó a manifestar que sentía alta ira por algunos miembros de familia y como se “peleaba” en la calle con desconocidos. El terapeuta utilizó algunos pensamientos disfuncionales significativos para realizar la técnica de la flecha descendente e identificar, creencias subyacentes. Por otra parte el terapeuta continuó con la reestructuración cognitiva, cogiendo un pensamiento recurrente y formulando a la paciente las preguntas socráticas propuestas por Judith Beck, con relación a las evidencias que podían tener este pensamiento, su lógica y utilidad de creer en este pensamiento. Es de anotar que esta reestructuración se realizó durante otras sesiones, hasta que la paciente dejó de darle validez a estas cogniciones.

*En la quinta sesión:* el número de los pelos arrancados por parte de la paciente ya no se mostraba tan estable en la hoja de registro de los siete días de la semana, solo un día subió a 78 pelos tirados, al sentir alta ansiedad por preocuparse que iba perder un curso de su pregrado, pero en otros días registrados los pelos arrancados variaban con un número inferior al ya reportado. Para esta sesión la paciente continuaba siendo comprometida con la diversidad de tareas que el terapeuta le asignaba. Se consiguió un gorro, guantes y la pelota de goma y las utilizaba en los escenarios donde ya conocía que se presentaba la conducta, así fuera en situaciones sin ansiedad, como viendo televisión o en clase. El terapeuta continuó realizando la flecha descendente de los pensamientos registrados por Valcarana, para lo cual, el clínico lanzaba hipótesis para validar las creencias subyacentes de la paciente como fueron; “no soy querida”, y “no soy capaz”. Esta pesquisa se comparó con los resultados obtenidos con el YSQ-L2.

*En la sexta sesión:* Se comenzó a modificar la creencia disfuncional “no soy querible”, para lograr este objetivo se utilizaron técnicas propuestas por Beck, se instruyó a la paciente en la forma de como operaba la creencia, “que fue aprendida por experiencia en el transcurrir de su vida y no necesariamente era verdad”, “que como idea podía ser sometida a comprobación”. Luego se utilizaron técnica de cuestionamiento socrático, análisis de ventajas y desventajas de esta creencia, dramatización racional-emocional, actuar como sí no le diera validez a la creencia. En línea con lo trabajado en la sesión se colocaron tareas para la casa a la paciente, incluyendo experimentos conductuales donde observara como personas significativas le reconocían y valoraban. En cuanto los registros de la tricotilomania, se observó que estaba sostenida con relación a sesión anterior, con días de pocos arranques y otros donde la ansiedad o la ira se presentaba y voluntariamente decidía arrancarse el cabello, para después sentir culpa y autocriticarse.

*En la séptima sesión:* la paciente reporto haber pasado una semana tranquila, cuestionando sus pensamientos disfuncionales, y debatiendo la creencia de “no soy querible”, a través los experimentos. La paciente reporto que esta tarea le proporciono “gran alivio emocional”, al darse cuenta que habían otras personas que la estimaban y “no pensaban mal de ella”. En cuanto a la conducta de tricotilomanía esta continua “estable” en cuanto al promedio de cabellos arrancados. En este caso la paciente reporto que dejo de usar el gorro y los guantes, en escenarios académicos, aduciendo que no “se veía bien con los atuendos”. Para superar esto, el terapeuta el propuso que cuando fuese conciente que se estuviese jalando el cabello, usara los atuendos, o tomara la pelota de goma. Le reforzó el concepto de hábito de jalarse el cabello, que era necesario cambiarlo por otro hábito y se llegó a un acuerdo con la paciente.

*En la octava sesión:* la paciente solicita hablar de la ira que siente por otras personas significativas, expresando que se “aprovechan de ella”. El terapeuta reflexiono con ella con respecto sus estrategias de afrontamiento de “necesidad de aprobación”, “subyugación” y “autosacrificio”. Como estas desencadenan su alta irritabilidad y agresividad en otros escenarios. En esta sesión se trabajó en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas interpersonales. En cuanto a la conducta de tricotilomanía, pese a la irritabilidad esta disminuyo gracias a la utilización de las estrategias para cambiar este hábito.

*En la novena sesión:* se pretendió continuar con la modificación de la creencia disfuncional, para lo cual se buscó implementar una técnica experiencial o emocional, para “restarle validez a la creencia disfuncional”. Ya la paciente estaba utilizando la técnica de relajación, se le entreno en mantener la imaginación, para entrar en escenarios emocionales donde ella experimento la creencia. Como fue “cuando ella era niña y su madre le criticaba y rechazaba por no realizar bien una tarea académica”. En este caso no se pudo terminar la intervención, ya que la paciente se negó permitirse sentir las emociones por “el dolor y miedo que sentía”. Es de anotar que sumado a esto la paciente en las sesiones mostraba una gran tendencia a la evitación emocional. La paciente buscaba justificar las cosas cuando experimentaba una emoción perturbadora, aduciendo que esta la hacía ver incapaz ante los demás. En el transcurrir de la sesiones el terapeuta le hizo señalamiento de esta racionalización. En especial para esta sesión el clínico le formulo una tarea que consistió en “registrar los momentos en que había sentido este miedo cuando era niña”. Y se continuó revisando el registro de la tricotilomanía.

*En la décima sesión:* la paciente no realizo la tarea del registro de situaciones de recuerdos de experiencias con perturbación emocional, argumentando que deseaba abandonar la terapia, ya que “consideraba que no le estaba aportando nada para su cambio emocional”. Además argumentaba que sentir la emoción, no le iba ayudar a cambiar. Para solucionar este impase el terapeuta, argumento a la paciente como los esquemas disfuncionales se sostienen por la carga emocional que estos tienen en sí, como se continuaba dándole validez a la creencia disfuncional por la sensación provocada por la emoción, “creemos porque lo sentimos”. También se le oriento a atender como había utilizado la evitación emocional para no enfrentar las perturbaciones emocionales y como ejemplo claro el arrancarse el pelo, “sustitución del dolor físico, por el emocional, lo cual la paciente acepto estos argumentos del clínico.

*En la sesión once:* se revisó la hoja de registro de la tricotilomania, en esta etapa se podía observar que hubo días de la semana en los que la paciente no se arrancó pelo, y cuando lo hizo el número no fu significativo. La paciente anotó que cuando lo hizo conciente abandonaba la conducta, aunque se sintiera ligeramente perturbada emocionalmente. El clínico le felicitó por el dominio que logro y le sugirió reconocerse dándose un refuerzo. La gran parte de la sesión fue utilizada en una técnica experiencial para propiciar movimiento emocional en la paciente: se inició con la relajación, luego con inducción a la imaginación, ubicando el lugar de seguridad y se pasó a un evento con alta carga emocional para la paciente, quien se permitió sentir esta emoción. El clínico le propiciaba los recuerdos preguntándole por lo que pasaba en la escena imaginada. Para finalizar esta actividad se hizo retroceso de la técnica. La paciente reporto que “siempre” le había tenido miedo recordar y sentir estas emociones. Pero que sentía “liberada”. El clínico la animo para que continuara con estos ejercicios terapéuticos hasta que hubiese un movimiento emocional indicado y ella perdiera validez en las creencias disfuncionales.

*Para la sesión doce:* el terapeuta conociendo el repertorio de situaciones dolorosas para la paciente, le sugirió que cuando estuviera en los momentos de la experiencia emocional, se permitiera sentir la ira y la dejara salir en esta experiencia emocional. Para lo cual la paciente siguió las recomendaciones del clínico, la paciente dejo salir la ira en la escena de la imaginación. Diciéndole a sus padres de lo mal que se sentía “por lo desconsiderados que fueron con ella, como le criticaban, castigaban, y no comprendían siendo ella una niña”. Terminada sumersión al pasado emocional, el terapeuta hizo un debate con la paciente de la validez de la creencia disfuncional y le coloco como tarea llenar la hoja validez de la creencia disfuncional para la semana.

*Para la sesión trece:* se revisaron las diversas hojas de registro: se observó que la conducta de tricotilomania continuaba días que no se presentaba y si se presentaba era en situaciones donde la paciente estaba distraída jugando con el cabello. En la hoja de los pensamientos disfuncionales, la paciente solo reporto uno, al cual le hizo el dialogo socrático y obtuvo una respuesta racional. En cuanto a la hoja de la creencia reporto una credibilidad de esta de 50%. Cumpliendo este objetivo el terapeuta comenzó a plantearle una creencia realista “hay personas que me quieren, lo importante es lo que soy, y puedo aprender a disfrutar de la vida”. La paciente se identificó con esta creencia y comenzó a buscar evidencias que la apoyaban, luego se pasó a ventajas y desventajas de la nueva creencia, también de darle validez a través de las experiencias cotidianas, y se construyó un experimento conductual donde se puso a prueba la creencia racional. En cuanto a la valoración subjetiva la paciente reporto sentirse “feliz”, al haberle disminuido la ansiedad y la irritabilidad.

*En la sesión catorce:* se hizo nuevamente otro escenario experiencial o emocional, donde la paciente estableció un dialogo con los “padres críticos” asumiendo una posición asertiva, haciendo valer sus derechos como persona y niña que se sintió desamparada. En esta sesión la paciente reporto una menor perturbación emocional. Para esta etapa de la terapia, en lo que respecta con la conducta de tricotilomania, continuaban días sin presentarse el arrancamiento de pelos, la paciente ya era conciente de cuando comenzaba a “jugar con su cabello”, para lo cual utilizaba las estrategias para la inversión de hábito. Por otra parte reportó que la creencia disfuncional de “no ser querible”, estaba perdiendo la validez. Vale anotar que para esta época la paciente comenzó a salir con un chico, con quien después estableció una relación afectiva.



*Para la sesión quince:* se continuó con la observación de las hojas de registros, en general con excelentes resultados para los objetivos propuestos. El clínico orientó un debate con relación a ideas irracionales observadas en la paciente como fueron: “el perfeccionismo”, “la auto exigencia” y “la necesidad de aprobación”. Y se le dejó a la paciente como tarea cambiar reglas y actitudes en forma de suposición, ya que con frecuencia es más fácil para los paciente ver la distorsión y exageración en la suposición que en la regla o actitudes, a manera de ejemplo; “debo de agradarle a los demás”, “es terrible que me rechacen”, “si hago lo que los demás quieren, no me van a rechazar”. Al darse cuenta de este supuesto, pudo comprender lo exagerado de su meta. Como cierre de todas las sesiones se le preguntaba por ¿Cómo se sentía emocionalmente?, en esta sesión reporto sentir baja la ansiedad y no sentirse tan perturbada. A un así el clínico le hizo observar como la ansiedad era un estado de su personalidad. Y le paso nuevamente el ISRA, para evaluar su ansiedad.

*En la sesión dieciséis:* se continuó con la observación de las hojas de registro, en particular con la tricotilomania, con un objetivo alcanzado, en el registro solo se apreció dos días registrados, con un solo cabello por día. La paciente reporto que fue en situaciones “desprevenidas”, sin ninguna carga emocional, y lo hizo conciente y suspendió la conducta. Para esta sesión el clínico llevo el resultado obtenido por el ISRA, es de anotar que la paciente respondió en su gran mayoría en la casilla del test “en pocas veces”, para lo cual las puntuaciones directas no superaron a la indicada en el centil 99 de los baremos del test, para lo cual quedo calificado como “normal” de ansiedad. Y el terapeuta comenzó hacer el cierre de la psicoterapia, dado que se obtuvieron los objetivos establecidos. Y se estableció agenda para otras dos sesiones de seguimiento con un lapso de tiempo de un mes.

*Para las sesiones pos tratamiento, diecisiete y dieciocho:* Se observaron los registros; para el de tricotilomania, se observaron registros eventuales de un cabello arrancado en situaciones de descanso, como viendo televisión. La paciente reporto que lo hacia conciente y utilizaba las utensilios para invertir el hábito. Por otra parte la paciente comprendió que la tricotilomania la utilizaba para sustituir el dolor emocional, comentó que cuando siente ansiedad por pensar disfuncionalmente, ya no busca la conducta de arrancarse el cabello, y luego después hace debate del pensamiento negativo. En cuanto a la creencia disfuncional se notó que la paciente perdió credibilidad en esta, con un porcentaje aproximado de 15%, en comparación con la nueva creencia, la cual está proceso de instauración de un porcentaje de %60. En esta última sesión la paciente reporto sentirse “feliz” de ver cómo podía controlar su problema de tricotilomania y saber gestionar su ansiedad.

Finalizada psicoterapia se redujo de forma notoria la conducta de tricotilomania, en los últimos registros de esta conducta se llegó a un pelo arrancado, en un momento de frustración o malestar psicológico, ver tabla 2.

Fecha	Antecedentes a la conducta de TTM	Respuesta (cognitiva fisiológica y conductual)	Consecuencias	Número de pelos arrancados
Abril 22 de 2017	Estaba discutiendo con mi exnovio en el apartamento	El no me quiere Ansiedad, taquicardia y sensación de ahogo Se arranca el cabello delante del exnovio.	Picazón en la cabeza	122
Mayo 10 de 2017	Una tía le critico	Tengo que agradecerle a mi familia. Ansiedad, taquicardia sensación de ahogo, se fue para su casa y mientras conducía el carro se arrancó el pelo y continuo en su casa	Ardor en el cuero cabelludo	186
Junio 17 de 2017	Estaba presentando un parcial de la universidad	Voy a perder esta materia. Ansiedad, taquicardia y sudoración en el cuerpo. Se toma el cabello y se arranca el cabello	Sensación cansancio	78
Julio 14 de 2017	Un amigo la invito a salir	Se anticipa, El me va rechazar. Ansiedad, taquicardia. Se arranca el cabello.	Picazón el cuero cabelludo	80
Agosto 24 de 2016	Un amigo la invito a salir	Él me va rechazar. Ansiedad, taquicardia. Se arranca el cabello.	Picazón el cuero cabelludo	62
Septiembre 8 de 2017	Discute con su hermana por la organización del apartamento	Tengo que hacer todo lo que ella dice. Irritabilidad, taquicardia y presión en las manos. Se va a su cuarto arrancarse el pelo	Picazón en la cabeza	53
Septiembre 23 de 2017	Se le olvido inscribirse para presentar el examen de profesionales para poder graduarse como abogada	Soy incapaz y descuidada. Ansiedad y sensación de desespero. Mientras está sentada en la sala de su casa se arranca el cabello	Rasquiña en la cabeza	18
Octubre 26 de 2017	La llamaron a un entrevista de trabajo	Tengo que ser capaz de pasar la entrevista. Ansiedad, mientras se queda esperando que le hagan pasar, se toca el cabello y lo enreda	Ninguna	1
Noviembre 12 de 2017	En su nuevo trabajo como abogada de siniestros de tránsito le dicen que tiene que esperar casos que ella pueda trabajarlos, ya que no tiene casi experiencia.	Tengo que esperar aunque me sienta frustrada. Mientras va conduciendo hacia su casa se toma el cabello, toma conciencia y deja de hacerlo.	Ninguna	2
Diciembre 5 de 2017	Tiene una discusión con su novio actual	Me gustaría que esta relación sea buena y durara más tiempo. Ansiedad, comienza a jugar con su pelo, lo deja y toma la pelota de goma	Ninguna	1

Tabla 2  
Ejemplo de registros significativos de la conducta de tricotilomanía

En este documento se anexan algunos ejemplos de la aplicación de algunas de las técnicas descritas en el plan de tratamiento (Ver tabla 3 y ejemplos).

<i>Situación Fecha y hora</i>	<i>Pensamiento disfuncional</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Distorsiones cognitivas</i>	<i>Respuesta racional</i>
Octubre 16 Una amiga le expresa que no se fije en el hijo de su exjefe, porque él no se va interesar en ella	No cumplo los estándares de las otras personas. (100%) de credibilidad	Ansiedad (80%) de intensidad	Se retira para su casa y en el camino se tira del cabello	Catastrofización Desconocer lo positivo Deberías	No necesito cumplir los estándares de otras personas para poder ser valiosa y querida.

Tabla 3. Ejemplo de diario de pensamientos

1 ¿Cuál es la evidencia o pruebas que este pensamiento es cierto? R/ Varias personas me han rechazado, hasta mis familiares.

2 ¿Existe alguna explicación alternativa a este pensamiento disfuncional? R/ Cada una de las personas tiene sus propias preferencias, e inclusive yo también las tengo.

3 ¿Qué evidencias apoyan estas ideas alternativas? R/ Hay personas que me aprecian y son amigas mías.

4 ¿Qué es lo peor que podría pasar? R/ Que una persona que me interese me rechace.

5 ¿Podría sobrevivir a esto? R/ Si lo he hecho aunque me he sentido mal.

6 ¿Qué es lo mejor que me podría pasar? R/ Saber que no tengo que gustarle a todo el mundo

7 ¿Cuál es el resultado más realista? R/ No necesito cumplir los estándares de otras personas para poder ser valiosa y querida.

8 ¿Cuál es el efecto de mi creencia en el pensamiento disfuncional? R/ Sentirme ansiosa y sola.

9 ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? R/ Que me sienta más tranquila y relacionarme mejor con otras personas.

10 ¿Qué debería hacer acerca de ello? Es decir, ¿Cómo podría actuar si no creyera en el pensamiento automático? R/ Aceptarme como soy, y seguir buscando relacionarme bien con los demás sin exigirme para que me aprecien.

11 ¿Qué le diría a su amiga, Ximena, si ella estuviera el mismo pensamiento? R/ Que es cierto que no está escrito en ningún lugar del mundo que uno debe de cumplir las estándares de los demás. Lo verdaderamente importante es que me acepte como soy.

Tabla 4

*Ejemplo de discurso socrático del anterior pensamiento*

T: Cuando tu amiga te expresa que no te fijes en el hijo de tu jefe ¿qué pensamiento pasó por tu cabeza?

P: Que no cumplo con los estándares de la gente.

T: Si pensamos hipotéticamente que esto que me acabas de decir fuese cierto, que no cumples los estándares de otras personas ¿qué significa eso para ti?

P: Que tengo que esforzarme para llegar hacer alguien en la vida

T: Y si no llegas hacer alguien en la vida ¿qué pasaría contigo?

P: Que soy una incapaz

T: y ¿si la gente te ve como una incapaz qué?

P: Eso quiere decir que tengo que ser capaz, para que la gente no me rechace.

T: Y si no logras ser capaz ¿qué?

P: Me quedaría completamente sola.

T: Y si te quedaras completamente sola, eso ¿Qué significará para ti?

P: Eso sería muy triste, que nadie este a mi lado

T: ¿Qué significa si nadie está a tu lado?

P: Que no soy querible

T: Y eso ¿te lleva a pensar algo de ti misma?

P: Que tengo que ser capaz para que me quieran

*Tabla 5*  
*Ejemplo de flecha descendente*

### **Resultado de la intervención**

Finalizado el proceso psicoterapéutico, los resultados obtenidos muestran la idoneidad del tratamiento de Inversión de Hábito y la Terapia Cognitivo-Conductual en el abordaje del TTM. La tricotilomania se redujo de forma notoria, como se pudo observar en los últimos registros de esta conducta se pasó de 186 pelos arrancados en una situación, en la cual todos los días de la semana se daba la conducta y con la inversión de hábito se llegó a un pelo arrancado, en un momento de frustración o malestar psicológico, con días donde no se presentó la tricotilomania.

En lo que respecta a la ansiedad, en los inicios de la terapia la paciente reportaba altos niveles de ansiedad, lo cual se corroboró con la aplicación del instrumento del ISRA, con un puntaje obtenido para un nivel severo de ansiedad. Con la utilización de ejercicios de respiración, y la reestructuración cognitiva, poco a poco esta emoción fue cediendo. Complementario a esto la modificación de la creencia central y otras subyacentes, le quito peso a la generación de ansiedad. Algo significativo de esta intervención fue el empleo de las técnicas experienciales para disminuirle validez a la creencia disfuncional, ya que la paciente reportó una reducción significativa en la ansiedad e irritabilidad. En las últimas sesiones la sensación de malestar de la paciente fue baja.

A continuación se presentan tablas que dan muestra del, pre y post tratamiento del nivel subjetivo de malestar. Ver figura 6.

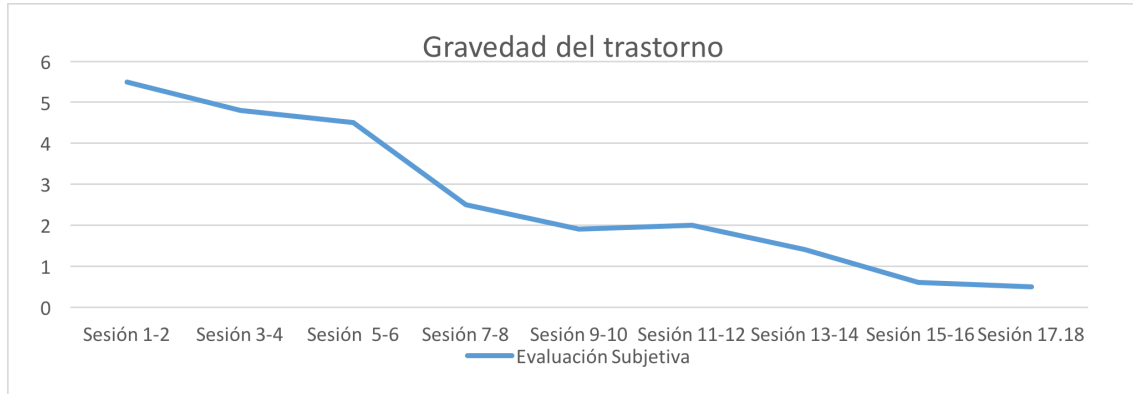


Figura 6. Evaluación subjetiva de malestar

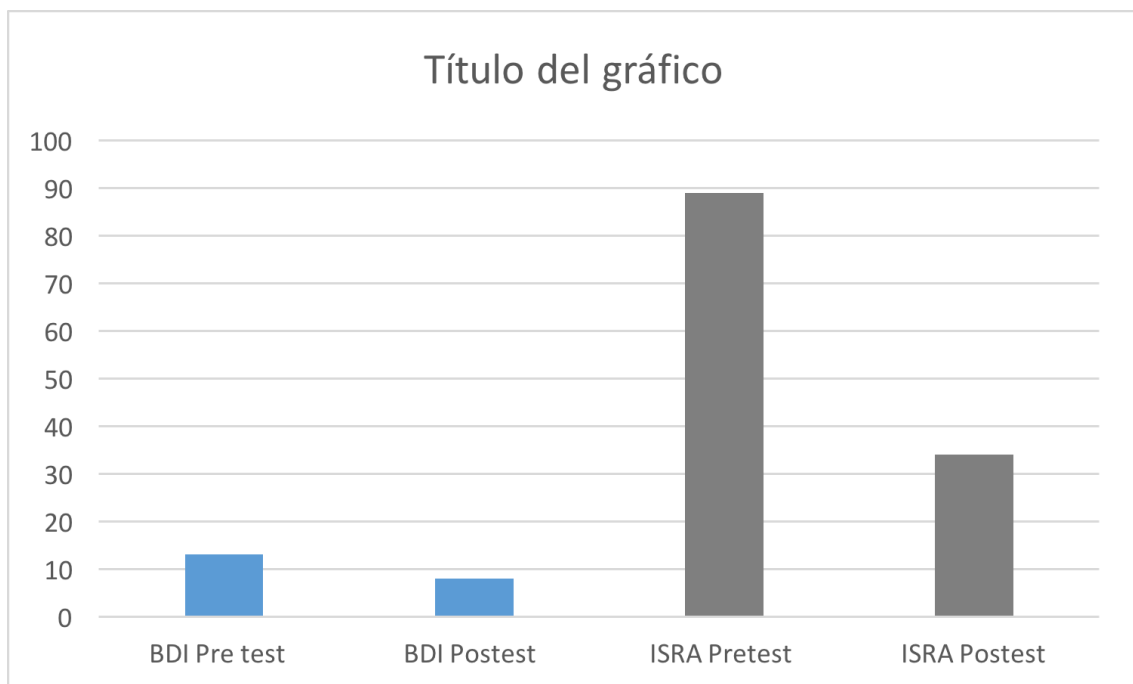


Figura 7. Gráfico de barra del pretest y posttest del BDI e ISRA

### Discusión

Uno de los objetivos era la extinción de la conducta de tricotilomanía la cual se redujo considerablemente después de la aplicación de la terapia de inversión de hábito. Este resultado es coherente con el resultado obtenido por (Manee, 2013) quien en un estudio encontró que con la aplicación de la terapia de inversión de hábito se presenta una reducción de la sintomatología de la TTM. De igual forma es consistente con el meta-análisis realizado por (Bloch et al., 2007) en el cual se buscaba emplear la terapia de inversión de hábito en pacientes con TTM, en este meta-análisis se encontró que tras la aplicación de inversión de hábito es altamente significativo y probable la reducción de la conducta arrancarse el pelo en el grupo experimental. Por otro lado (Flessner et al., 2010) apoya el consenso de expertos de que la inversión de hábito es un tratamiento

eficaz para individuos con el trastorno de la tricotilomania. Para el autor de este artículo, logro evidenciar que la aplicación de la inversión de hábito en la paciente, en quien la conducta de tricotilomania se redujo considerablemente, presentando un o dos pelos arrancados en situaciones de malestar emocional y se redujo considerablemente la ansiedad pasando de severa a leve. Este resultado apoya la eficacia del procedimiento para intervenir la TTM.

Por otra parte la utilización de la terapia Cognitivo-Conductual es igualmente fundamental para complementar el tratamiento de la TTM y mantener los buenos resultados (Tompkins 2014; Morales 2012; Vargas & Cruz, 2010), todos ellos centrados en el objetivo de reducir el número de pelos arrancados de la paciente y el mejoramiento del estado emocional como lo es la disminución de la ansiedad y la ira las cuales conllevan a la conducta de tirarse el pelo, siendo esta conducta una sustitución del malestar emocional por uno físico. Al modificar la creencia disfuncional y las estrategias de afrontamiento disminuye las perturbaciones en la paciente y se torna más adaptativo. Como fue en este caso la paciente presentaba la creencia central de “no soy querida” y las otras creencias subyacentes, la credibilidad en estas creencias se redujo de manera notable lo cual se registró en la hoja trabajo de la creencia central (Beck, 1995) la paciente reporto una credibilidad de %20.

Para intervenir la ansiedad se utilizó la propuesta de (Borkovec, 1985) la cual es eficaz para reducir las preocupaciones mantenedoras de la ansiedad. Una revisión de meta-análisis y comparación de la terapia cognitiva (incluyendo la propuesta de Borkovec) versus otras terapias realizadas por los investigadores Hunot, Churchill, Silva de Lima, Teixeira (2008) concluyeron en los resultados que la Terapia Cognitiva es altamente efectiva para la ansiedad en comparación con otras psicoterapias. También para intervenir los síntomas de la ansiedad se utilizaron las técnicas respiratorias de (Jacobson 1920), luego de esto se le suministro nuevamente el ISRA, donde se encontró una notable reducción de su ansiedad, la cual paso de ansiedad severa a mínima. Es fundamental mencionar que este estudio debe analizarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. Debido a la metodología de caso único no se puede generalizar los resultados obtenidos, de allí la importancia de tener referencia de otros estudios que presenten muestras más representativas que permiten una mayor confiabilidad. Aunque la aplicación de las estrategias de intervención fueron exitosas para la paciente de este caso. Según (Duke et al., 2010) este trastorno en pacientes se presenta con frecuencia, de allí que no sea necesario que se realicen mayores estudios clínicos controlados, analizando también el papel que pueden desempeñar en el mantenimiento del problema los estados de ánimo negativos asociados o las situaciones de malestar emocional y el papel que juega la sustitución de este por el arrancamiento del pelo u otras manías, como ocurría en esta paciente. Se considera relevante analizar en estudios el papel que puede cumplir la regulación emocional en conductas repetitivas centradas en el cuerpo (Roberts, O'Connor y Bélanger 2013) como es el caso de la tricotilomania, ya este trastorno es una sustitución del malestar emocional por un dolor físico. Por otra parte se considera fundamental que haya una mayor comprensión de este trastorno para poder diseñar mejores protocolos de tratamiento que puedan ser sometidos a pruebas y que resulten de utilidad para todos aquellos pacientes que padezcan de este trastorno.

## Conclusiones

La técnica de inversión de hábito demostró efectividad en el tratamiento de la conducta de tricotilomanía reduciendo de manera notable el arrancamiento de pelo en la paciente tratada. La estrategia propuesta por Borkovec para contrarrestar las preocupaciones es fundamental para reducir la ansiedad, acompañada de las técnicas de relajación. Y la terapia cognitiva permitió la flexibilización de creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos disfuncionales asociados a las conductas disfuncionales de la paciente. El hecho de emplear la combinación de estas dos terapias ayudó a regular el funcionamiento personal, educativo y social de la paciente.

Después de la intervención se considera que el trastorno de tricotilomanía se puede ver de las dos categorías diagnósticas; un trastorno de control de impulso, ya que algunos pacientes se les dificulta de controlar estas conductas y en otros es una conducta obsesiva compulsiva.

## REFERENCIAS

- Alcaldía de Medellín. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011- 2012*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Azrin, N. H. & Nunn, R. G. (1973). Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behavioral Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1977). *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona. Martínez Roca. (1987), Recuperado en [www.tricotilomania.com](http://www.tricotilomania.com)
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. (1ª. Ed.). Barcelona: Gedisa.
- Bloch, M.H, Landeros, Weisenberger, A., Dombrowski, P., Kelmendi, B., Wegner, R., Nudel, J., et al. (2007). Systematic review: Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biological Psychiatry Journal*, 62, 839–46.
- Borkovec, T.D. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 481-482.
- Calle, R. (1992). *El Libro de la relajación, la respiración y el estiramiento*. Madrid: Alianza.
- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., Schitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.
- Chamberlain, S.R., Menzies, L.A., Sahakian, B.J. & Fineberg, N.A. (2007) Lifting the veil on trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 164(4):568-74

- Diefenbach, G.J., Tolin, D.F., Hannan, S., Crocetto, J., & Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 869-884.
- Duke, D.C., Keeley, M.L., Geffken, G.R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: a current review. *Clinical Psychology Review*, 30, 181-193.
- Echeburúa, E., Salaberría K., de Corral, P., Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Elliott, A.J., & Fuqua, R.W. (2000). Trichotillomania: Conceptualization, measurement, and treatment. *Behavior Therapy*, 31, 529-546.
- Elia-Roca. *Técnicas para manejar la ansiedad. Respiración diafragmática lenta*. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/tecnicas%20ansiedad.pdf>
- Enos, S., & Plante, T. (2001). Trichotillomania: An overview and guide to understanding. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 39, 10-16.
- Everly, G. (1989): *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum.
- Flessner, C.A, Penzel, F., & Keuthen, N.J (2010) Current treatment practices for children and adults with trichotillomania: Consensus among experts. *Cognitive and Behavioral Practice*; 17, 290–300.
- Gupta, M.A, Lanius R.A, Van der Kolk, B.A. (2005) Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Dermatology Clinics* 23(4), 649-656
- Hallopeau, H. (1889). Lichen plan sclereux. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 10, 447-449.
- Herbert, J. D. y Nelson-Gray, R. O. (1997). *La autoobservación*, En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Dirs.), *Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones*. (p. 343-367). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5*. The Cochrane Collaboration. Recuperado en [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G. Leucht, S. (2014). Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-analyses. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 71, 706-715.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada. *Cochrane Plus*. Recuperada de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSaludMental/20093.pdf>
- Kraemer, P. A. (1999). The application of habit reversal in treating trichotillomania. *Psychotherapy*, 36(3), 298-304.
- Kell, B., & Kress, V. (2006). Trichotillomania: Behavioral assessment and treatment interventions. *International Journal Of Behavioral Consultation And Therapy*, 2(1), 65-72. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100767>
- Kress, V., Kelly, B., & McCormick, L. (2004). Trichotillomania: assessment, diagnosis and treatment. *Journal of counseling and development*, 82, 185-190.



- Keuthen, N., O'Sullivan, R., Ricciardi, J., Shera, D., Savage, C., Borgmann, A., & Baer, L. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. Development and factor analyses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *64*, 141–145. doi:10.1159/000289003.
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Fama, J., Altenburger, E., Falkenstein, M. J., Sprich, S. E., Welch, S. (2012). DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, *1*(3), 106–114. doi:10.1556/JBA.1.2012j.003.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lerner, J., Franklin, M., Meadows, E. A., Hembree, E., & Foa, E. B. (1998). Effectiveness of a cognitive behavioural treatment program for Trichotillomania: An uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*, *29*, 381-395.
- Manee, M.F. (2013). The effect of Habit Reversal Training (HRT) on Trichotillomania (TTM). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, *17*, 370-380.
- McGuire, J., Ung, D., Selles, R., Rahman, O., Lewin, A., Murphy, K. & Eric, A. (2014). Storch, Treating Trichotillomania: A MetaAnalysis of Treatment Effects and Moderators for Behavior Therapy and Serotonin Reuptake Inhibitors. *Journal Psychiatric Research*, *58*, 76–83. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.015.
- Moreno, P. (2011). *Guía de la ansiedad*. Recuperado de <https://orientacascales.files.wordpress.com/2011/11/ansiedad2011.pdf>
- Muñoz, M. (2001). *Guía de entrevista clínica para adultos*. Recuperada de <https://es.scribd.com/document/156429080/ENTREVISTA-CLINICA-MANUEL-MUNOZ-2001>
- Nunn, R.G., & Azrin, N.H. (1976). Eliminating nailbiting by the habit reversal procedure. *Behaviour Research and Therapy*; *14*(1): 65-67.
- Papadopoulos, A., Janniger, C., & Schwartz, R. (2003). Trichotillomania, a review. *International Journal of Dermatology*, *42*(5), 330-334.
- Pérez, J.M. (2007). *Encuesta sobre Tricotilomanía*. Informe preliminar de resultados. Recuperado de <http://tricotilomania.org/paneldecontrol/noticias/archivos/EncuestaTricotilomania2007.pdf>
- Romero, F (2007). Obsesiones y compulsiones. *Informaciones Psiquiátricas*, *5*, 315-344.
- Ruipérez, D. & López, L. (2008). *Tricotilomanía: La necesidad de arrancarse el cabello. Mi mente es mi enemigo: Testimonios de personas con trastornos psíquicos* (pp. 200-206). México: Edaf.
- Sarmiento, T., Guillen, V., & Sánchez, J. (2016). El tratamiento psicológico de la tricotilomanía: Un estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *21*, 57-66, 2016. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/rppc>
- Slikboer, R., Nedeljkovic, M., Bowe, S. & Moulding, R. (2015) A systematic review and meta-analysis of behaviourally based psychological interventions and pharmacological interventions for trichotillomania. *Clinical psychologist*, vol. In press, pp. 1-13, doi: 10.1111/cp.12074.
- Spielberger, C.D. (1966). *Theory and research on anxiety*. En Spielberger, C.D. (2 Ed.), *Anxiety and Behavior*. (p. 3-20). New York: Academic Press.

- Spielberger, C.D., Krasner, S.S. & Solomon, E.P. (1988). *The experience, expression, and control of anger*. In Janisse, M.P. (Ed.), *Health psychology: Individual differences and stress* (p. 89-108). New York: Springer Verlag.
- Stemberger, R.M., Stein, D.J. & Mansueto, C.S. (2003) Behavioral and Pharmacological Treatment of Trichotillomania. *Brief Treatment and crisis Prevention*, 3, 339-352.
- Swedo, S.E., Schapiro, M.B., Grady, C.L., Cheslow, DL., Leonard, H.L., Kumar, A., Friedland, R., Rapoport, S.I., & Rapoport, J.L. (1989) Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry Journal*, 46(6):518–523.
- Tobal, M., & Cano-Vindel, A.R. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA*. TEA ediciones.
- Tompkins, M.A. (2014). Cognitive–Behavior Therapy for Pediatric Trichotillomania. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32, 98-109.
- Undurruga, C. (1994). Las relajaciones. *Psyche*, 3(1), 27-34.
- Vallejo-Ruiloba, J. (1998). Trastornos del control de los impulsos en *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, Masson,
- White, M.P., Shirer, W.R., Molfino, M.J., Tenison, C., Damoiseaux, J.S., & Greicius, M.D. (2013). Disordered reward processing and functional connectivity in trichotillomania: A pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1264-1272.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Woods, D.W., Flessner, C., Franklin, M.E., Wetterneck, C.T., Walther, M.R., Anderson, E. R., & Cardona, D. (2006). To understand and to treat the trichotillomania: what we know and what we do not know. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 487-501.
- Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for personality Disorders: A Schema Focused Approach*. Florida: Professional Resource Press.