

# ■ Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con tricotilomanía

María Isabel Martínez Tirado

PSICOMAR Centro de Especialidades Psicológicas

## Resumen

En el presente estudio de caso único se describe la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente de 14 años que presentaba tricotilomanía desde los 10 años de edad. El tratamiento tuvo como objetivos disminuir la ansiedad producida por su imagen, expresar la tensión e ira de un modo adaptativo, disminuir y/o acabar con el número de pelos arrancados y mejorar la comunicación madre-padre-hija. La intervención constó de 4 sesiones de evaluación, 11 de tratamiento y un seguimiento de 2 años y 4 meses, todavía en ejecución. Los resultados mostraron que logró alcanzar los objetivos planteados, si bien todavía está en seguimiento para conseguir mantener en cero el número de pelos arrancados y comprobar que los logros terapéuticos se mantienen en el tiempo.

*Palabras clave:* tricotilomanía, trastorno de arrancarse el cabello, tratamiento, inversión de hábitos, cognitivo-conductual.

## Abstract

*Cognitive-behavioral treatment in an adolescent with trichotillomania.* This case study describes the implementation of a cognitive-behavioral therapy in a 14 years old teenager who has suffered from Trichotillomania since she was 10 years old. The treatment aimed to reduce the anxiety caused by her image, express the tension and anger in an adaptive way, reduce and /or eliminate the number of hairs pulled out and improve mother-father-daughter communication. The intervention consisted of 4 assessment sessions, 11 of treatment and a follow-up of 2 years and 4 months, still underway. The results showed that the girl managed to achieve the proposed goals, although she is still in a follow-up to assure that the number of hairs pulled out stays at zero and check that the outcomes of the therapy remain over time.

*Keywords:* trichotillomania, hair-pulling disorder, treatment, habit reversal, cognitive-behavioral.

La Tricotilomanía (TTM en adelante) es un trastorno psicológico caracterizado por el comportamiento recurrente de arrancarse el pelo de cualquier parte del cuerpo debido a una irresistible tensión que experimenta el sujeto hacia dicha acción (DSM-5; APA, 2013). Fue descrita por primera vez por el psiquiatra francés Hallopeau en 1889, y aceptada como diagnóstico psiquiátrico en 1987.

El sujeto suele arrancarse pelo de varias partes del cuerpo siendo la zona más afectada la cabeza, seguida de cejas, pestañas, pubis, axilas, y piernas, en el caso de las mujeres. Los hombres son más propensos a arrancarse pelo de cara, pecho y abdomen (Sarmiento y Niño, 2012). Pueden pasar horas tirándose del pelo uno a uno o en mechones y, en ocasiones, intentan arrancar pelo a otras personas.

Según un estudio de Papadopoulos, Janniger y Chodynicky (2002) un 48% de las personas con TTM lleva a cabo una manipulación oral del pelo; elije el pelo deseado, lo arranca, lo mira, se lo roza por los labios, muerde la raíz y lo tira, y un 10% puede llegar a presentar tricofagia, lo que conlleva graves repercusiones intestinales e incluso la muerte. El suceso puede ocurrir de un modo focalizado (asociado a estrés) y/o de forma sedentaria/contemplativa (viendo TV, hablando por teléfono, etc.

(Piquero, La Rotta, Piquero, Hernández y Piquero, 2007). Los lugares y situaciones más frecuentes donde se produce es viendo TV (el 92%), leyendo o estudiando (81%), y en la cama (76%). La mayoría lo hace cuando están solos (78%) (Pérez, 2002).

La prevalencia está subestimada debido a que suele mantenerse en secreto por vergüenza y/o poca confianza en los tratamientos psicológicos. Se estima que afecta a entre un 1-2% y un 4% de la población, siendo mucho más frecuente en mujeres (razón 10:1) (APA, 2013; Ruipérez y López, 2008). Si bien, hasta el 10% lo ha padecido alguna vez (Carina, 2010). 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 que "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). Según Pérez (2007) el 95% de los encuestados no había podido estar más de 3 días sin tirarse del pelo, un 15% fue diagnosticado por un profesional, y el 61% conocieron el nombre del trastorno por sí mismos.

La etiología de la TTM se desconoce, estando la aparición del trastorno asociada a un conjunto de factores variables en cada sujeto.

Correspondencia:

María Isabel Martínez.

Avda. Maissonave, 41-6G, C.P. 03003. (Alicante) - España.

Tlfnº: +34 660 510 005. E.mail: mi.martinez.tirado@gmail.com

Como factores de riesgo se pueden considerar periodos de estrés psicosocial (mudanza, hospitalización, alteración de la relación con los padres o iguales, exámenes...) (Papadopulos et al., 2002). También influyen determinados rasgos típicos de personalidad como excesiva exigencia, perfeccionismo, sensibilidad, introversión, falta de asertividad y baja autoestima (Ruipérez y López, 2008). En la encuesta de Pérez (2007) dos tercios de los participantes no recordaban ninguna causa desencadenante concreta. Además, es un trastorno en el que existe una creciente evidencia que sugiere su base neurobiológica (p. ej., White et al., 2013), y que tiene una marcada tendencia a las recaídas y a la cronificación, por lo que suele ser conveniente la administración de medicación como soporte a la terapia psicológica (p. ej., Huhn et al., 2014).

Por otro lado, muchas personas con TTM presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC en adelante), como la compulsión a contar objetos, hacer comprobaciones numerosas veces, etc. Debido a las semejanzas entre TTM y TOC, algunos autores consideran que se trata de un subtipo o variante de TOC. Esta idea se encuentra apoyada por el hecho de que los medicamentos utilizados para tratar el TOC resultan útiles, en ocasiones, para la Tricotilomanía (Carina, 2010). El componente común a ambos trastornos sería la incapacidad para inhibir conductas repetitivas, aunque con objetivos distintos, pues la compulsión del TOC pretende atenuar el malestar producido por las obsesiones, mientras que el impulso de la TTM produciría reducción de la tensión (Hollander, 1993). En el acto impulsivo de la TTM existe siempre gratificación, aunque haya culpa posterior. Sin embargo, en el caso del sujeto obsesivo nunca hay satisfacción con la realización del ritual (Romero, 2007).

El DSM-5 (APA, 2013) clasifica la TTM dentro del epígrafe denominado "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados", estableciendo los siguientes criterios diagnósticos: a) arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida; b) intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo; c) arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento; d) el hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica); e) el hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p.ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal).

Los estudios previos de tratamiento de la TTM se basan en técnicas de autocontrol (Medina, 2011), inversión de hábito (Michaeli-Manee, 2013; González, 2010), exposición y prevención de respuesta (Sulkowski, Jacob y Storch 2013) y terapia cognitivo-conductual (Tompkins, 2014; Morales, 2012; Vargas y Cruz, 2010), todos ellos centrados en el objetivo de reducir el número de pelos arrancados. No existen estudios en los que se trate la TTM a través del tratamiento cognitivo-conductual combinado con componentes perceptivos-emocionales.

En consecuencia, habida cuenta la frecuencia del problema, su impacto en la vida de los afectados, la escasez de estudios en España y que, como afirma Pérez (2002), pese a recibir tratamiento un porcentaje muy alto no llega a dejar de tirarse del pelo o recae, el presente trabajo muestra un estudio de caso que pretende permitir una profundización en el estudio de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de la TTM. Además plantea, como novedad, introducir e incidir en un tratamiento perceptivo-emocional a través del cual se empieza trabajando con los acontecimientos que llevan al sujeto a arrancarse pelo, en lugar de centrarse en la conducta de

TTM en sí. De este modo, se pretende llevar a cabo un tratamiento integral donde se trabajen todos los aspectos enmascarados que tienen cabida tras la TTM.

## Descripción del caso

### Identificación del paciente

Z. es una adolescente de 14 años que cursa 3º de Educación Secundaria. Su desarrollo evolutivo ha sido normal en todas las áreas de interés. Convive con sus padres y un hermano de 18 años. En el ámbito escolar presenta alto rendimiento y adecuada relación con sus compañeros. Entre sus principales aficiones destacan ver películas, quedar con sus amigas, cuidar de su perro y hacer manualidades. Respecto al nivel educativo de sus progenitores, el padre (43 años) presenta estudios superiores, y la madre (40 años) estudios medios. Su nivel económico es medio-alto. Vive en un piso situado en un pueblo.

Con respecto a la motivación por la terapia, la adolescente es plenamente consciente de su problema y dice querer solucionarlo, pero se muestra un tanto reticente respecto a la figura del psicólogo debido a una experiencia negativa previa con otro profesional quien, según ella, no sentía que se pusiera en su lugar en lo que al problema de la TTM se refiere.

La madre se muestra participativa y colaboradora. Considera a su hija como un gran apoyo en su vida, cariñosa, responsable y trabajadora. El padre se muestra menos participativo, ocupando un papel secundario. Considera a su hija como una adolescente responsable en sus estudios pero rencorosa, distante y con mal genio.

### Motivo de consulta

Z. acude a consulta con sus padres debido a que presenta TTM desde hace 4 años. Desde entonces casi nunca ha conseguido tener las cejas y pestañas completas y, a menudo, ha presentado alguna calva en la cabeza que cubre superponiendo otro mechón de pelo. Un año después de la aparición del problema acudieron a un psicólogo pero, debido a la negativa de la niña y a la falta de mejoría, dejaron de ir. Cuentan que cuando le regañan no sirve para nada, solo llora y promete no volver a hacerlo. Los padres no saben por qué realiza esa conducta ni cómo actuar al respecto.

### Historia del problema

Según informa Z., cuando tenía 10 años sus padres descubrieron que tenía un hueco sin pelo en la ceja. La niña no sabía explicar por qué lo había hecho. No le daba importancia y le extrañó que todos se fijasen en eso. Sus padres, alarmados, se lo contaron a la familia, hecho que desbordó y avergonzó a Z. Desde entonces, y dice que sin saber por qué, fue haciéndose el hueco más grande. Con el tiempo empezó a tirarse del pelo de la cabeza, pestañas y por último, para que no fuese tan visible y de forma menos habitual, de las piernas y pubis. Explica que ya no podía parar, lo había intentado. Al principio lo hacía a solas, pero después empezó a hacerlo en presencia de sus padres y hermano. Fuera de casa no realiza esta acción para no llamar la atención.

Manifiesta que, antes de arrancarse pelo, experimenta una gran tensión y que se siente aliviada cuando lo hace. Le gusta contemplarlo, pero poco después se siente culpable y va corriendo al espejo. Si ve que se ha hecho una calva se siente aún peor y se arranca más. Por el contrario, si comprueba que no ha aparecido una calva siente alegría

y tranquilidad y deja de arrancarse, viéndose salvada del riesgo que ha corrido. En otras ocasiones lo hace por simple placer.

Se estira del pelo cuando está realizando actividades como ver TV o cuando está aburrada, haciendo deberes, o se pone nerviosa. No le gusta salir a la calle porque la gente le mira y conocidos de sus padres le preguntan. Le produce mucha rabia que piensen que lo hace queriendo. Si sale con su grupo de amigas se siente segura, pero cuando tienen que ir a lugares en los que habrá más gente se angustia por el temor a que noten la falta de pelo. En estas situaciones busca excusas para no asistir.

Antes de la aparición del problema tenía buena relación con la madre y regular con el padre. Ahora se ha distanciado de su madre porque siente mucha presión por su parte. Los padres no entienden por qué Z. realiza esta conducta. Explican no consiente que nadie hable de su problema. Sin embargo, Z. no ha dejado de llevar una vida normal, aunque evita mirar a los ojos y se muestra inhibida y triste. No existen antecedentes familiares con este problema, aunque los padres reconocen que en su familia son muy nerviosos y “se toman las cosas muy a pecho”.

El padre opina que algún día dejará de hacerlo. Sin embargo, la madre se muestra preocupada y se lo cuenta a la gente de su alrededor para desahogarse, mostrar lo impotente que se siente como madre y encontrar a alguien que le proporcione una solución. No entienden que una niña con alto rendimiento escolar, sin graves quejas disciplinarias, con buen círculo de amistades y que “lo tiene todo” empezara con 9 años a presentar un problema como éste.

En el momento actual, Z. presenta las cejas y pestañas con claros y alguna calva de pequeño tamaño en la cabeza.

## Evaluación del caso

La evaluación se inició con una sesión destinada a crear un clima de confianza y rellenar la historia clínica. Estuvieron presentes los padres y Z. Se obtuvo información sobre el motivo de consulta, tratamientos previos, antecedentes familiares y personales, escolaridad, vida relacional, y características sociales.

En la segunda sesión se planteó como objetivo empatizar con Z. con el fin de conseguir una alianza terapéutica firme, teniendo en cuenta su historia previa de fracaso terapéutico. Se dedicó la sesión a que explicara todo lo que no le gustó de su anterior psicólogo para conocer su opinión. Se hizo hincapié en garantizarle la confidencialidad de los datos que pudiera aportar durante el proceso.

En la tercera sesión se empezó con la evaluación, pidiendo a los padres que firmaran un consentimiento para llevarla a cabo. Para poder delimitar su conducta se realizó la entrevista estructurada para la evaluación de la TTM de Raymond, Woods y Himle (Caballo, 2006). Como tareas para casa cumplimentó la Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa y Corral, 1987) para obtener información de qué área de su vida se encontraba más afectada por la TTM; la escala Ten-Item-Personality Inventory (TIPI; Romero, Villar, Gómez-Fraguela y López-Romero, 2012) para evaluar si presentaba los rasgos típicos de personalidad que se relacionan en los estudios con TTM, y la escala Social Phobia and Anxiety Inventory, Brief form (SPAI- B; García-López, Hidalgo, Beidel, Olivares y Turner, 2008) para evaluar si tenía ansiedad social.

En la cuarta sesión, para acabar con el proceso de evaluación, realizó en consulta el inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA; Del Barrio y Aluja, 2005) para evaluar sus niveles de expresión y control de la ira, el Inventario de Padua (IP; Sanavio, 1988) para evaluar la presencia de sinto-

mas obsesivos compulsivos, y la Escala de Evaluación de la Depresión (EED; Del Barrio, Silva, Conesa, Martorell y Navarro, 1993) para descartar sintomatología depresiva debido a llevar cuatro años padeciendo TTM. Como tarea para casa debía rellenar un autorregistro creado ad hoc durante 12 días para establecer la línea base de la conducta de arrancarse el pelo (véase la tabla 1).

Por tanto, los instrumentos utilizados para realizar la evaluación fueron los siguientes:

*Entrevista estructurada para la evaluación de la TTM de Raymond, Woods y Himle* traducida al español por Caballo (Caballo, 2006). Es una entrevista específica de TTM compuesta por 37 ítems.

*Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa y Corral, 1987)*. Evalúa el grado en el que el trastorno afecta al estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y grado de inadaptación global. Consta de 6 ítems y las respuestas puntúan la perturbación desde el 1 (nada) hasta el 6 (muchísimo). Su consistencia interna es de .94.

*Ten-Item-Personality Inventory (TIPI; Romero et al., 2012)*. Mide las dimensiones del modelo de los cinco grandes (Five Factor Model, FFM). Consta de 10 ítems y las respuestas puntúan desde el 1 (Completamente en desacuerdo) hasta el 7 (Completamente de acuerdo). Cada dimensión de personalidad (extraversión, amabilidad, responsabilidad emocional y apertura a la experiencia) se ve representada por dos ítems. El sujeto tiene que considerar qué rasgos de personalidad le caracterizan. Se encuentra validada para población española (Renau, Oberst, Gosling, Rusiñol y Chamarro, 2013).

*Social Phobia and Anxiety Inventory, Brief form (SPAI- B; García-López et al., 2008)*. Evalúa la presencia de ansiedad social. Compuesta por 16 ítems donde el sujeto tiene que contestar cómo considera de ciertas las frases. Las respuestas puntúan del 1 (Nunca) al 5 (Siempre). La consistencia interna es de .92. Muestra una adecuada estabilidad temporal a los seis meses (.60) y puede ser administrada a sujetos de 12 a 18 años.

*Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA; Del Barrio y Aluja, 2005)*. Permite obtener una evaluación precisa de los diferentes componentes de la ira: Experiencia, Expresión y Control, y de sus facetas como Estado y Rasgo. Consta de 32 ítems. Su índice de consistencia interna es de .81.

*Inventario de Padua (IP; Sanavio, 1988)*. Evalúa la intensidad de los síntomas obsesivo-compulsivos en población clínica y no clínica. Consta de 60 ítems con 5 alternativas de respuesta desde “En Absoluto” hasta “Muchísimo”. La puntuación total oscila entre 0 y 240 puntos. Su consistencia interna es de .92.

*Escala de Evaluación de la Depresión (EED; Del Barrio et al., 1993)*. Evalúa sintomatología depresiva. Consta de 23 ítems con 4 alternativas de respuesta desde “Nunca” hasta “Casi Siempre”. De 10 a 18 años. El punto de corte de la Escala Total es de 52. Su consistencia interna es de .91.

*Autorregistro creado ad hoc* (véase la figura 1). Se planteó con la finalidad de establecer la línea base del número de pelos arrancados y la actividad que Z. solía estar realizando cuando lo hacía.

Los resultados obtenidos en la evaluación mostraron que el área más afectada en la vida de Z. a raíz de sufrir TTM era la vida familiar; que presentaba bajos niveles de extraversión, moderada apertura a la experiencia, y muy baja estabilidad-emocional; niveles altos en Ira Rasgo, muy baja expresividad emocional y control externo; y un centil muy alto en expresión interna de la ira. Respecto al diagnóstico diferencial no tenía un problema de fobia social y no presentaba síntomas obsesivo-compulsivos ni de depresión.

Figura 1. Autorregistro ad hoc para establecer la línea base de TTM

Día	Período Horario	¿Qué estabas haciendo? y Estado	Nº Pelos arrancados Zona Corporal	Emoción	Grado de ansiedad (0 a 10)

### Análisis topográfico

El autorregistro ad hoc (véase la figura 1) mostró que la duración media por episodio era de 10 minutos, siendo las cejas la zona más afectada. Entre semana se tiraba del pelo unas 4 veces, arrancándose un promedio de 6 pelos de las cejas, 7 de la cabeza y 4 de las pestañas. Solía hacerlo mientras realizaba deberes, veía TV, o por simple placer. Este comportamiento aumentaba a lo largo del fin de semana, tirándose del pelo una media de 7 veces, arrancándose 7 pelos de la ceja, 6 de las pestañas y 15 de la cabeza, coincidiendo con momentos de aburrimiento.

### Análisis funcional e hipótesis explicativa

Una vez llevada a cabo la evaluación, se planteó el análisis funcional (Haynes, Godoy y Gavino, 2011) que permitiría explicar el comportamiento de Z. En la figura 2 aparece representado gráficamente.

Respecto a la hipótesis explicativa del problema hay que citar los factores de vulnerabilidad, precipitantes y de mantenimiento. En el caso de Z., los de vulnerabilidad hacen referencia a la presencia de rasgos de personalidad típicos en personas con TTM, que le llevaba a afrontar la tensión de un modo desadaptativo.

En cuando a factores precipitantes, se encuentran la vergüenza que le produjo el hecho de que toda su familia le regañara por el hueco que se hizo en la ceja, y la rabia producida a raíz de que sus padres lo difundieran. También la ambivalencia de la madre, pues a veces se involucraba mucho y otra veces poco como figura materna. Así, Z. presentaba un rol invertido al funcionar como figura protectora y de descarga emocional de la madre.

Respecto a los factores de mantenimiento, en un principio se arrancaba pelo debido a un aprendizaje de asociaciones inadecuadas (aprendió a responder a las situaciones de nerviosismo arrancándose pelo), como estrategia de afrontamiento de problemas, y como conducta reguladora del afecto (para calmar aburrimiento, tristeza, rabia por las incomprensión del problema por parte de su familia...). Con el tiempo se produjo una generalización de la conducta, convirtiéndose en hábito, haciéndolo ya no solo por ansiedad sino también por placer. Todos estos aspectos le producían una ansiedad que no sabía canalizar adecuadamente debido, entre otras cosas, a la falta de actividades placenteras.

Una vez asumido el problema como parte de la vida cotidiana de la familia, el padre mostraba su indiferencia ante la TTM de Z. Sin embargo, la madre cuando le veía una nueva calva se echaba a llorar en su presencia, lo que hacía que Z. se sintiera culpable de la situación, experimentase ansiedad y se estirara más del pelo.

### Aplicación del tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo en un total de 11 sesiones de 60 minutos, una vez por semana.

En la primera sesión se proporcionó psicoeducación sobre el problema y se elaboró un contrato conductual conjunto en el que los padres se comprometían a no ir hablando del problema con los demás, y Z. a involucrarse en el tratamiento. Después, Z. realizó una lista con las razones por las que deseaba dejar de arrancarse pelo con el objetivo de favorecer la motivación para el cambio. Finalmente, planteamos conjuntamente los objetivos terapéuticos haciéndole totalmente participe en la terapia. Quedaron establecidos los siguientes objetivos: i) disminuir la ansiedad producida por su imagen; ii) expresar la tensión e ira de un modo adaptativo; iii) mejorar la comunicación madre-padre-hija y iv) disminuir y/o acabar con el número de pelos arrancados.

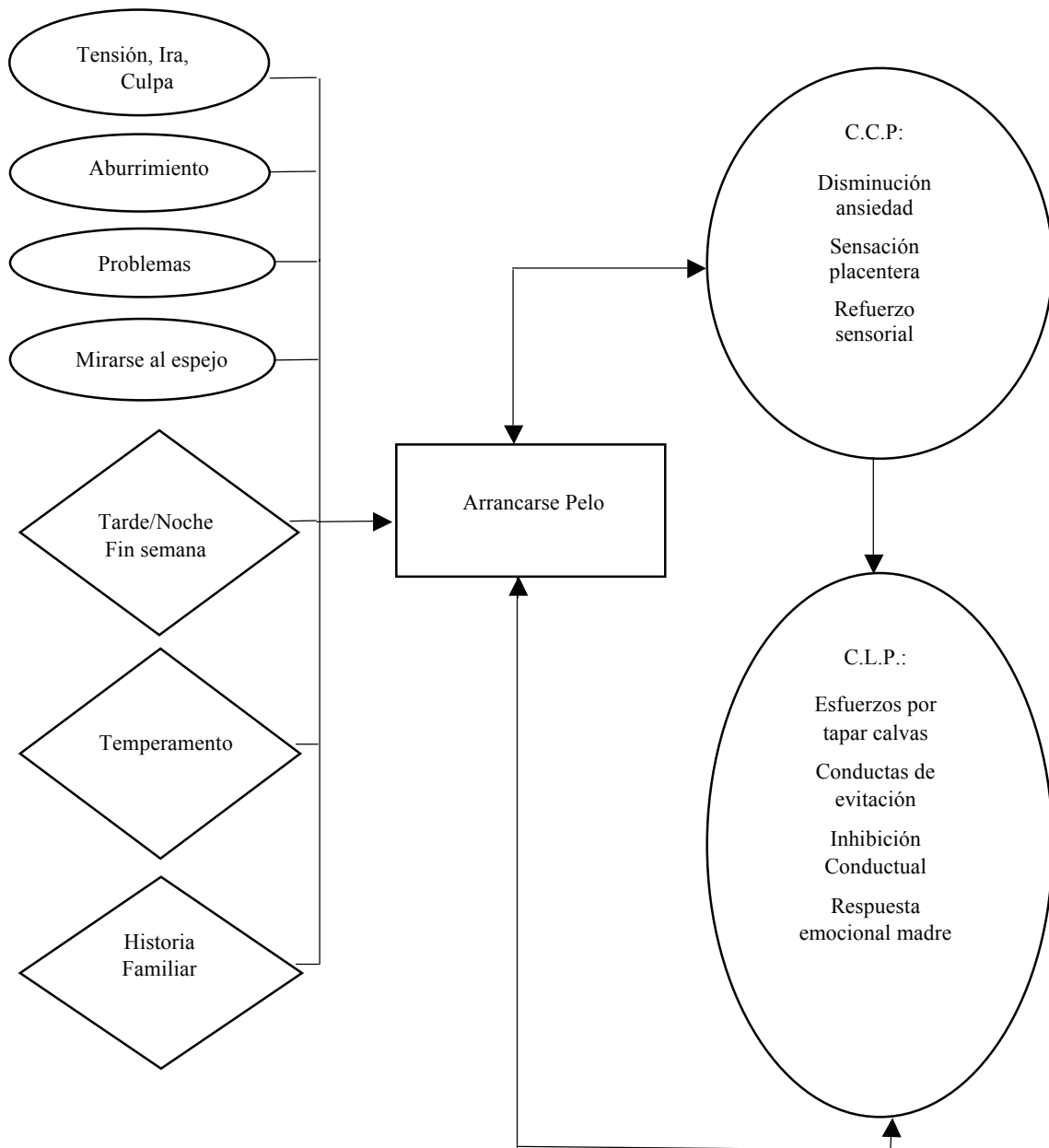
En la segunda sesión, se les explicó el análisis funcional. Debido a que Z. tendía a interpretar los hechos en función de su estado de ánimo, se le explicó el modelo cognitivo ABC de Ellis (Ellis y Abrahms, 2005). Como tarea para casa se le pidió un registro ABC para que fuese adquiriendo mayor control sobre los pensamientos y sentimientos que preceden a la conducta de arrancarse pelo e intentara detenerse antes de hacerlo. Las veces que consiguiera resistirse se autorreforzaría diciéndose "lo he conseguido".

Debido a que Z. es una persona buscadora de información y presentaba gran interés en las intervenciones psicológicas se le explicaba el motivo por el que se hacía cada cosa, favoreciendo así la adherencia al tratamiento.

En la tercera sesión, se le ayudó a analizar sus pensamientos para identificar sus verdaderos temores mediante la técnica de la flecha descendente. Se le explicaron los diferentes tipos de creencias irracionales, y se le ayudó a buscar alternativas de pensamiento realistas. Como tarea para casa se le pidió que cada vez que se diera cuenta de que le estaba afectando una creencia errónea de exigencia, idealización, catastrofismo, etc., la escribiera identificando el tipo al que correspondería. Con los padres se trabajó para desmitificar las interpretaciones erróneas acerca de la TTM, incidiendo en que su resistencia al cambio se debía a que la conducta se reforzaba por sí misma formando un círculo vicioso. Se le enseñaron a la madre conductas apropiadas para conseguir la descentralización del síntoma, favoreciendo el refuerzo de otras conductas para evitar así que le hiciera promesas irreales a Z para que dejara de estirarse del pelo.

En la cuarta sesión se llevó a cabo el entrenamiento en competencia. Para ello, Z. elaboró una lista con respuestas incompatibles a la conducta de arrancarse pelo para hacer alguna de estas cosas si sentía ganar de estirar. Por ejemplo, que cuando sienta el impulso agarre una pelota pequeña durante 3 minutos ejerciendo presión, ponerse

Figura 2. Representación gráfica del análisis funcional



Nota. C.C.P: Consecuencias a corto plazo; C.L.P: Consecuencias a largo plazo.  
 Círculo: variable modificable; Rombo: variable no modificable; Cuadrado: conducta problema.

un gorro mientras está en casa... También se le enseñó la estrategia de contar de 1000 hasta 1 y de tres en tres, con el objetivo de prestar atención de manera voluntaria a una actividad que no estuviera automatizada, siendo el pensamiento automático (“no voy a ser capaz de estar sin arrancarme el pelo”) sustituido por otro de carácter neutro. Por último, se le hizo entender que habría muchas situaciones en las que sentiría que necesitaba arrancarse pelo, pero no tenía por qué sucumbir a ese pensamiento erróneo de necesidad. Para ello se le entrenó en que aceptara cualquier experiencia interna que tuviese sin tratar de reducirla, modificarla o eliminarla.

En la quinta sesión se le entrenó para que eliminara las conductas de comprobación de cuánto pelo se había arrancado, y se le pidió que si se arrancaba uno lo tirara inmediatamente para evitar esa intensa

estimulación táctil y visual que reforzaba el círculo vicioso. Para finalizar, se trabajó la técnica de relajación muscular de Koeppen para niños y adolescentes (Koeppen, 1974). Para casa tenía que escribir, en el registro habitual, si al arrancarse pelo conseguía tirarlo sin mirarlo. Se entrenó a la madre en habilidades de escucha y comunicación para identificar y corregir mensajes provocadores de tensión en Z y poder hablar con su hija del problema, en lugar de atenderle a través de llanto y preocupación.

En la sexta sesión, se empezó a trabajar con las creencias irracionales y pensamientos automáticos de Z. al tenerse que exponer a situaciones sociales. Se le enseñó a formular contraargumentos para sustituir las creencias irracionales por pensamientos alternativos, más realistas y positivos. Se le hizo entender que exigiendo a otros de

manera excesiva y estableciendo unas expectativas tan altas, era muy fácil decepcionarse, lo que desembocaría en pensamientos negativos.

Debido al énfasis de Z. en lo moral, lo justo y lo correcto, en la séptima sesión se trabajó la flexibilidad y rigidez mental a través de dilemas morales. Como tarea para casa se le pidió que escribiese una carta a sus padres y viceversa, para expresar todo lo que no se habían dicho en esos tres años y cerrar esa etapa.

En la octava sesión se le ofreció a Z. una lista de actividades agradables con el objetivo de que realizara alguna actividad no relacionada con el instituto, que disminuyera su ansiedad y, a su vez, para que experimentara la sensación de que no tenía por qué arrancarse pelo para obtener placer, si no que existían alternativas más adaptadas y beneficiosas para ella. Eligió Pilates. Se le entrenó en asertividad y se le pidió que realizase exposición in vivo mirando a la gente a los ojos al salir a la calle, eliminando conductas de evitación y seguridad como mentir y poner excusas para quedarse en casa. También tendría que exponerse ante el espejo mirándose la cara en su conjunto y poniendo en práctica las habilidades aprendidas si le daban ganas de arrancarse pelo.

En la novena sesión, se trabajó con ambas partes sobre los sentimientos escritos en respectivas cartas antes de que fuesen entregadas.

Durante todo el tratamiento Z. hacía un autorregistro anotando el número de pelos que se arrancaba por día y se revisaban las tareas para casa y las estrategias desarrolladas en la sesión anterior.

La décima sesión se dedicó a repasar las habilidades aprendidas en terapia. La undécima sesión, y última de tratamiento, se dedicó a realizar prevención de recaídas.

Se estableció un seguimiento de una vez al mes acudiendo a consulta durante cuatro meses, y después un seguimiento telefónico cada tres meses durante dos años para asegurarse del mantenimiento de los logros terapéuticos. En caso de que se diesen recaídas, Z. tendría que venir a consulta.

## Resultados

Trascurridas 11 semanas desde el inicio del tratamiento, se administraron de nuevo los cuestionarios aplicados para establecer la línea base y comprobar el logro de los objetivos terapéuticos.

En la evaluación pre-tratamiento (véanse figuras de la 3 a la 6), los resultados en la Escala de Inadaptación (EI) mostraron que el área más afectada en la vida de Z. a raíz de sufrir TTM era la vida familiar, viéndose algo afectadas su vida social y tiempo libre. Respecto a la Escala TIPI, presentó bajos niveles de extraversión,

moderada apertura a la experiencia y muy baja estabilidad-emocional. En el SPAI-B, los resultados mostraron que no presentaba un problema de fobia social clínico aunque sintiera ansiedad en determinadas situaciones sociales. En el STAXI-NA, Z. obtuvo una puntuación nula en Ira Estado; un nivel moderadamente alto en Ira Rasgo; niveles muy bajos en expresión y control externo de la ira; y un centil muy alto en expresión interna de la ira. En el IP obtuvo una puntuación de 37, por lo que no presentaba síntomas obsesivo-compulsivos, aunque sí tendencia a la rumiación. Finalmente, en la EED obtuvo una puntuación de 37, por lo que no presentaba síntomas de depresión.

En la evaluación post-tratamiento, los resultados en la Escala de Inadaptación (EI) mostraron que la vida familiar, social y de tiempo libre de Z, apenas se encontraba afectada por la TTM, encontrándose normalizada la comunicación madre-padre-hija (figura 3). Respecto a la Escala TIPI, aumentaron significativamente sus niveles de extraversión, estabilidad emocional y apertura a la experiencia, siendo capaz de hablar sobre su problemática y de mostrar sus cejas, pestañas y pelo sin ansiedad ni vergüenza, además ya no inhibía tanto sus sentimientos, si no que los expresa de modo asertivo (figura 4). En el STAXI-NA, Z. aumentó en gran medida su capacidad de expresión y control externo de la ira, siendo capaz de manejar por sí misma situaciones difíciles al haber aprendido a expresar su ira de un modo adaptivo (figura 5). El autorregistro semanal muestra que logró disminuir en gran medida el número de pelos arrancados (figura 6), aunque cabe esperar a los resultados del seguimiento para asegurar el mantenimiento de los resultados. Todos estos resultados se correspondían con lo observado en consulta.

## Discusión y conclusiones

La TTM es un problema altamente incapacitante y que ha recibido poca atención por parte de los investigadores en España. Este estudio se planteó mostrar los resultados de un estudio de caso único de una adolescente con TTM tratada mediante terapia cognitivo-conductual. En general los resultados señalan la eficacia de la intervención. Atendiendo a los objetivos terapéuticos planteados, cabe afirmar que el tratamiento fue eficaz para disminuir la ansiedad producida por su imagen, expresar la tensión e ira de un modo adaptativo, mejorar la comunicación madre-padre-hija y disminuir el número de pelos arrancados.

Figura 3. Representación gráfica de los resultados de la Escala de Inadaptación (EI)

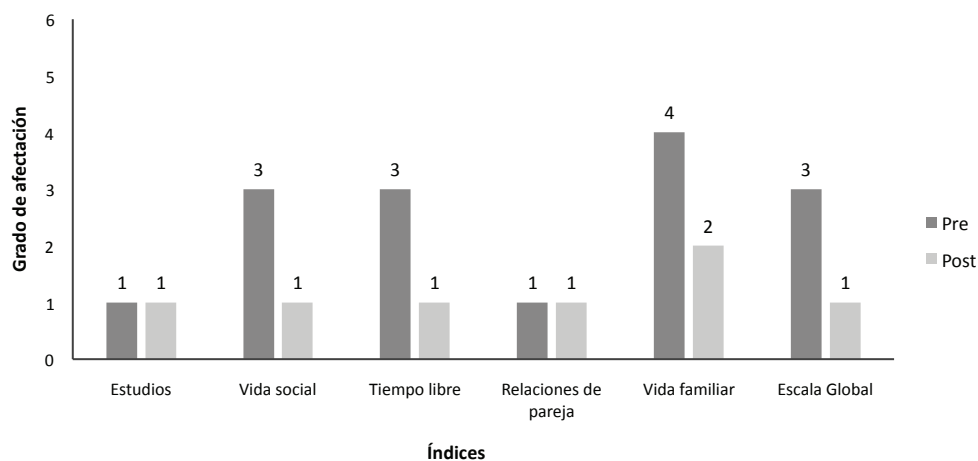


Figura 4. Representación gráfica de los resultados de la Escala Ten-Item-Personality Inventory (TIPI)

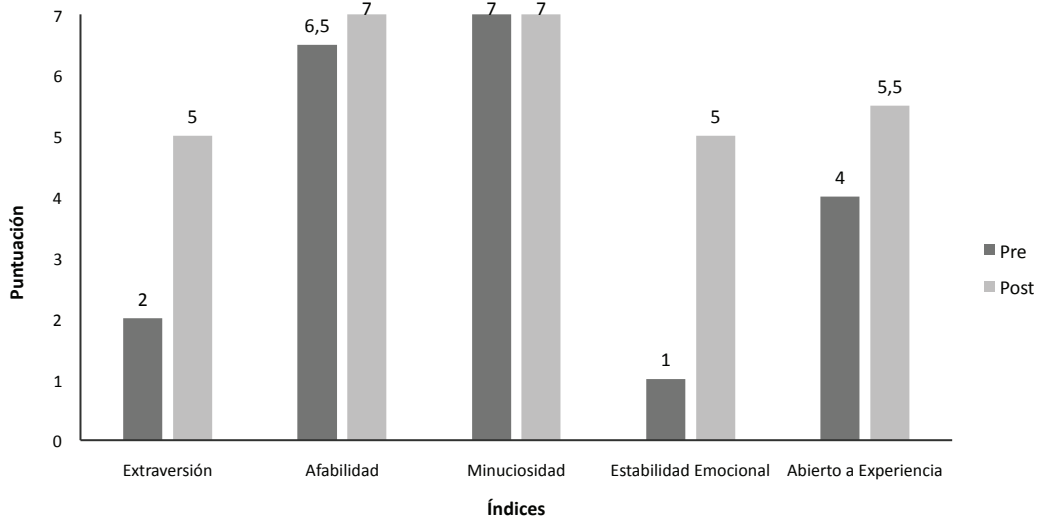


Figura 5. Representación gráfica de los resultados pre-post en el inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA)

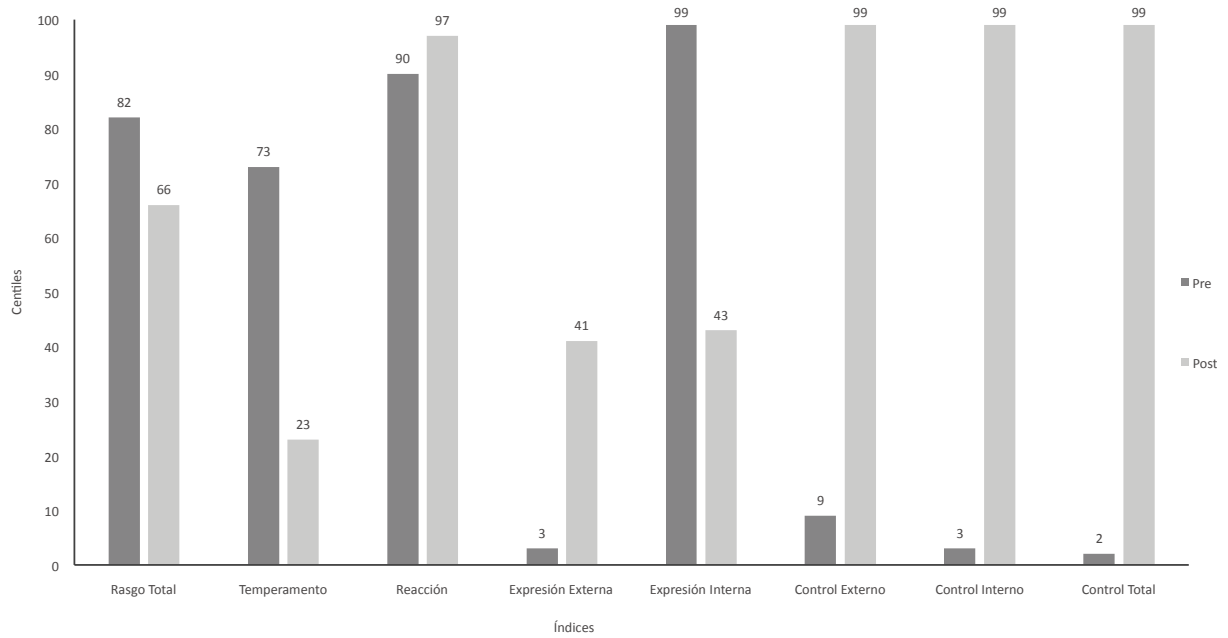
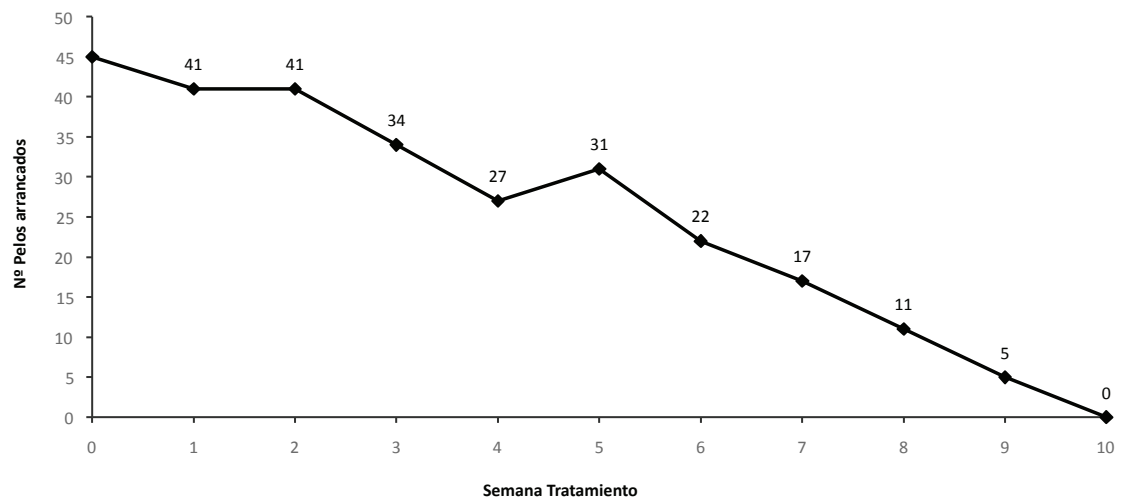


Figura 6. Representación gráfica de los resultados del tratamiento de la TTM según la frecuencia semanal de número de pelos arrancados



En las primeras sesiones fue muy importante trabajar la alianza terapéutica y se hizo especial hincapié en que entendieran el análisis funcional del caso. El trabajo paralelo con los padres fue fundamental puesto que apoyaba lo que se trabajaba en la terapia individual con Z. Las orientaciones dadas les ayudaron en gran medida, observándose cambios significativos en la relación madre-padre-hija. En las siguientes sesiones Z. fue mejorando progresivamente. Consiguíó que su percepción del problema fuese más ajustada a la realidad y cambió su conducta hacia una modalidad más extrovertida y entusiasta.

El punto más difícil para Z. fue el de conseguir no arrancarse pelo en los momentos de mayor tensión. El elevado número de situaciones que le llevaban a estirarse del pelo y su cronificación hicieron que fuese esencial la prevención de recaídas y el seguimiento. Hasta no concluir dos años de seguimiento no puede decirse que el tratamiento haya sido eficaz, lo que supone una limitación en este estudio. Por tanto, su tratamiento no se da por finalizado, si no que se seguirá trabajando para conseguir mantener a cero el número de pelos arrancados. En la última revisión, Z. seguía aplicando las técnicas entrenadas, el número de pelos arrancados era casi nulo, y presentaba buen estado de ánimo y una relación familiar normalizada.

Con el tratamiento perceptivo-emocional se pretendió trabajar, a través de experiencias sensoriales, con los acontecimientos que llevaban a Z. a arrancarse pelo, en lugar de centrarse en la conducta de TTM en sí. De ese modo, se fue trabajando con todas las variables modificables detalladas en el análisis funcional y eso hizo que, indirectamente, disminuyera la conducta problema de arrancarse pelo. Es decir, se consiguió que la adolescente fuese disminuyendo el número de pelos arrancados al aprender a obtener refuerzo sensorial y sensaciones placenteras a través de otros medios, consiguiendo, a su vez, que disminuyera la tensión que le llevaba a estirarse del pelo. De ahí la importancia de estudiar con exhaustividad las variables que influyen en cada caso y realizar un buen análisis funcional, puesto que será la clave del éxito en el tratamiento.

Con este tratamiento se han incidido especialmente en estudiar a fondo el caso de cada paciente, adaptar totalmente la terapia, estudiar con la persona las estrategias que puedan servirle, trabajar paralelamente con los padres, ofrecer un tratamiento multicomponente que no se centre únicamente en reducir el número de pelos arrancados y, proporcionar un seguimiento riguroso que asegure el éxito terapéutico actuando en caso de recaídas.

De igual modo, sería conveniente valorar desde neuropsiquiatría y/o psiquiatría infanto-juvenil la administración de medicación como soporte a la terapia psicológica. Además, como la TTM suele comenzar en la preadolescencia, es importante incidir en que los familiares busquen ayuda psicológica para evitar que el problema se cronifique.

En definitiva, la principal aportación de este trabajo es que plantea una propuesta para mejorar algunas de las limitaciones o debilidades de estudios previos, potenciando los componentes perceptivo-emocionales de la terapia cognitivo-conductual, así como destacando el estudio en profundidad del sujeto para ajustar totalmente el tratamiento, estudiando las estrategias más recomendables, teniendo en cuenta el trabajo con los padres, ofreciendo un tratamiento multicomponente centrado en desarrollar otras conductas más positivas para reducir el número de pelos arrancados y, proporcionando un seguimiento riguroso que asegure el éxito terapéutico pudiendo actuar en caso de recaídas.

Artículo recibido: 07/07/2014

Aceptado: 28/10/2014

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª. Ed. Revisada)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Washington, DC: Author.
- Carina, J. (2010). Abordaje cognitivo conductual en el tratamiento de la Tricotilomanía. *Curso virtual interdisciplinario a distancia salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia*. Recuperado de <http://www.tricotilomania.org/paneldecontrol/noticias/archivos/Abordaje%20cognitivo%20conductual%20en%20el%20tto%20de%20la%20TTM.pdf>
- Del Barrio, M. V., Silva, F., Conesa-Peraleja, M. D., Martorell, M. C. y Navarro, A. M. (1993). Evaluación de la Depresión (EDD). En F. Silva y C. Martorell (dirs.), *EPIJ: Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (pp. 57-82). Madrid: MEPSA.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D. y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo para niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax.
- García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., Olivares, J. y Turner, S. M. (2008). Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 150-156.
- Golomb, R., Franklin, M., Grant, J. E., Keuthen, N., Mansueto, C., Mouton, S., Novak, C. y Woods, D. (2009). *Guías para el tratamiento de la Tricotilomanía, pellizcarse la piel y otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo. Consenso de Expertos*. Recuperado de <http://www.trich.org/treatment/Guiasparaeltratamiento.html>
- González, M. J. (2010, Febrero-Marzo). *Usos terapéuticos de la técnica de Inversión de Hábito: Una revisión*. Trabajo presentado en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Recuperado de <http://www.tricotilomania.org/paneldecontrol/noticias/archivos/Inversion%20del%20Habitopdf>
- Hallopeau, H. (1889). Lichen plan sclereux. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 10, 447-449.
- Haynes, S. N., Godoy A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- 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.
- Koepfen, A. S. (1974). Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 9, 14-21.
- Medina, L. (2011). *Efectos de un programa de autocontrol con enfoque cognitivo conductual para el tratamiento de la tricotilomanía en una mujer adulta*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos60/tratamiento-tricotilomania/tratamiento-tricotilomania.shtml>
- Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2006). *Terapia psicológica con niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Michaeli-Manee, F. (2013). The effect of Habit Reversal Training (HRT) on Trichotillomania (TTM). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 17, 370-380.
- Morales, Z. (2012). Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de Tricotilomanía. *Acción Psicológica*, 9, 133-142.
- Papadopoulos, A.J., Janniger, C., Chodynicki, M. P. y Schwartz, R. (2003). Trichotillomania. *International Journal of Dermatology*, 42, 330-334.
- Pérez, J. M. (2007). *Encuesta sobre Tricotilomanía. Informe preliminar de resultados*. Recuperado de <http://tricotilomania.org/paneldecontrol/noticias/archivos/EncuestaTricotilomania2007.pdf>



- Piquero, J., La Rotta, E., Piquero, V., Hernández, R. y Piquero, J. (2007). Tricotilomanía: Presentación de tres casos y revisión de pruebas diagnósticas. *Investigación Clínica*, 48, 359-366.
- Raymond, G., Woods, D. y Himle, M. (2006). La evaluación de la Tricotilomanía. En V. Caballo (Director), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 311-319). Madrid: Pirámide.
- Renau, V., Oberst, U., Gosling, S., Rusiñol, J., y Chamarro, A. (2013). Translation and validation of the Ten-Item-Personality Inventory into Spanish and Catalan. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 31, 85-97.
- Romero, F. (2007). Obsesiones y compulsiones. *Informaciones Psiquiátricas*, 5, 315-344.
- Romero, E., Villar, P., Gómez-Fraquela, J. A. y López-Romero, L. (2012). Measuring personality traits with ultra-short scales: A study of the Ten Item-Personality Inventory (TIPI) in a Spanish sample. *Personality and Individual Differences*, 3, 289-293.
- Ruipérez, D. y López, L. (2008). Tricotilomanía: La necesidad de arrancarse el cabello. En D. Ruipérez y L. López (Eds), *Mi mente es mi enemigo: Testimonios de personas con trastornos psíquicos* (pp. 200-206). México: Edaf.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour and Research Therapy*, 26, 169-177.
- Sulkowski, M. L., Jacob, M. L. y Storch, E. A. (2013). Exposure and Response Prevention and Habit Reversal Training: Commonalities, Differential Use, and Combined Applications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 179-185.
- Tompkins, M. A. (2014). Cognitive-Behavior Therapy for Pediatric Trichotillomania. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32, 98-109.
- Vargas, J. E. y Cruz, X. (2010). Comunicación Breve. Un caso de Tricotilomanía tratado con Terapia Cognitivo-Conductual. *Centro Regional de investigación en Psicología*, 5, 57-62.
- White, M. P., Shirer, W. R., Molfino, M. J., Tenison, C., Damoiseaux, J. S., y Greicius, M. D. (2013). Disordered reward processing and functional connectivity in trichotillomania: A pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1264-1272.

