

UNIVERSIDAD DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

VALLEDUPAR-CESAR

Diciembre, 2019

***UNA REVISIÓN AL ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA  
TRICOTILOMANIA***

A review to the cognitive behavioral approach of tricotilomania

Alejandra Torres\*

Psicólogo en formación, Universidad del Área Andina.

[Atorres71@estudiantes.areandina.edu.co](mailto:Atorres71@estudiantes.areandina.edu.co)

**Resumen**

La ansiedad en la vida del ser humano constituye la piedra angular en el desarrollo de su ciclo vital, ya que permite el impulso de acciones dependiendo el contexto en que este se encuentre, lo patológico de todo lo anterior, es cuando esta se mantiene en el tiempo, se cronifica y se convierte en desadaptativa.

Hoy por hoy, uno de los trastornos más preocupantes por la incapacidad que genera en la vida de la persona que lo posee es la tricotilomanía el cual es clasificado como un trastorno de control de los impulsos, el cual se puede volver incapacitante y desadaptativo llevando al individuo a un estado de enajenación

mental; E ahí la importancia del diagnóstico y la intervención temprana. En este campo es importante señalar la necesidad de escoger un tratamiento psicológico eficaz cuyo objetivo sea el de resignificar los contenidos ansiosos y que disparar el comportamiento perturbador en el individuo, con el fin de disminuir progresivamente la tensión y la necesidad de arrancarse el cabello frente a ciertas situaciones que funcionarían como detonantes dentro de esta patología.

El siguiente artículo hace una reflexión que va desde lo general, partiendo del concepto de ansiedad, la diferencia con la ansiedad patológica, sus orígenes,

factores de mantenimiento, sintomatología; también se ilustran las raíces de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) haciendo un breve recorrido histórico de su formación, y termina en lo particular aterrizando en la definición de Tricotilomanía (TTM), su clasificación según el modo de presentación y su inicio, también se exponen las características de la TTM en el adolescente y el plan general de

tratamiento el adulto, de igual manera se conceptúa la TCC en el manejo terapéutico y su intervención frente al trastorno de la tricotilomanía, sus bondades y efectos a largo plazo sobre todo en el tema de prevención de recaídas.

### **Palabras clave**

Ansiedad, Tricotilomanía, Causas, Enfoque Cognitivo Conductual, Técnicas Cognitivo-Conductual.

### **Abstract**

The anxiety in the life of the human being constitutes the cornerstone in the development of its life cycle, since it allows the impulse of actions depending on the context in which it is found, the pathological of all the above, is when it is maintained in the time, it becomes chronic and becomes maladaptive.

Today, one of the most worrisome disorders caused by the disability generated in the life of the person who owns it is trichotillomania which is

classified as an impulse control disorder, which can become disabling and maladaptive leading to individual to a state of mental alienation; And there the importance of diagnosis and early intervention. In this field it is important to point out the need to choose an effective psychological treatment whose objective is to resignify the anxious contents and to trigger the disturbing behavior in the individual, in order to progressively decrease the tension and the need to tear the hair off against

certain situations that would function as triggers within this pathology.

The following article makes a reflection that goes from the general, based on the concept of anxiety, the difference with pathological anxiety, its origins, maintenance factors, symptomatology; The roots of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) are also illustrated by making a brief historical tour of its formation, and it ends up in particular landing on the definition of Trichotillomania (TMD), its

classification according to the mode of presentation and its beginning, it is also

The characteristics of TMD in the adolescent and the general treatment plan of the adult are presented, in the same way the CBT is conceptualized in the therapeutic management and its intervention against the disorder of trichotillomania, its benefits and long-term effects especially in the relapse prevention issue.

### **Keywords**

Anxiety, Trichotillomania, Causes, Cognitive Behavioral Approach, Cognitive-Behavioral Techniques

### **Introducción**

Para hablar del manejo terapéutico de la tricotilomanía desde el enfoque cognitivo conductual, primero se hace necesario esclarecer conceptos como lo son: ansiedad, enfoque cognitivo conductual y su aplicabilidad en la clínica muy puntualmente para el manejo de la patología anteriormente nombrada. A modo de reflexión se esbozarán los diferentes conceptos que permiten identificar las señales de

alarma frente a la aparición de la ansiedad patológica desadaptativa que muy probablemente desencadenen en tricotilomanía y las técnicas y estrategias usadas por el terapeuta del enfoque objeto de estudio para reducir y resignificar las consecuencias y factores predisponentes de este problema en de la vida del consultante.

Por esto es absolutamente necesario distinguir que es ansiedad y que no es

ansiedad, cuando esta se convierte en patológica, sus implicaciones en la vida cotidiana del ser humano, así como también es fundamental conocer los orígenes del modelo cognitivo-conductual, su eficacia específicamente en el tratamiento específico de la tricotilomania en el consultante, y las bondades a largo plazo que este genera dentro de la relación terapeuta-paciente para disminuir o reducir los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de la ansiedad en su vida cotidiana.

Cada vez que se escucha la palabra ansiedad, miedo o preocupación, se asocia generalmente a una catástrofe o desastre ocurrido en nuestro medio más cercano, pero como lo indica Clark y Beck (2012) en la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana. Anseau et al., 2004; Olfson et al., 1997) citados por Beck (2012) señala que entre el 12 y el 19% de los pacientes de atención primaria satisfacen los criterios de un trastorno de ansiedad.

Beck (2012) cita al Instituto Mundial de la salud (IMS) (2004), el cual plantea que

“los antidepresivos y los estabilizantes del estado anímico son el tercer tipo de farmacoterapia más prescrita, con ventas globales durante el año 2003 de 19.5 billones de dólares”. (p.22).

Con todo lo anterior, resulta absolutamente necesario y de cierta manera preocupante reflexionar en la práctica clínica la importancia de reconocer y manejar adecuadamente los crecientes casos de ansiedad desadaptativa o patológica que se está presentando en la población mundial, las cifras hablan por sí mismas, reflejando solo una parte de los casos reportados y que han recibido tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

Se escogió el enfoque cognitivo-conductual debido a su demostrada eficacia, sobre la cual se reflexionará en las siguientes páginas, en los distintos casos de trastornos de ansiedad en el individuo adulto. Por ende, realizar una reflexión sobre el manejo terapéutico de la ansiedad abordada por el enfoque cognitivo conductual es el principal objetivo de este artículo, así como también dar a conocer las diferentes concepciones sociales o teóricas que

existen en torno al t3pico objeto de reflexi3n.

### ***Reflexi3n***

La ansiedad no siempre es patol3gica, es importante aclarar que el origen de esta es preservar nuestra integridad ya que tanto a nivel f3sico, cognitivo y conductual el cuerpo se prepara para dar una respuesta, e incluso esta nos motiva a alcanzar muchas veces metas, ideales, entre otros, por ejemplo a veces nos sentimos ansiosos frente a una exposici3n en clase y de esta manera podemos rendir mejor gracias a la respuesta excitatoria y de alerta que nos brinda el Sistema Nervioso Central (SNC) . Ahora bien, como lo afirman Minici y Rivadeneira (2014) “La ansiedad es una de las emociones m3s ligadas a la psicopatolog3a acarreado mucho sufrimiento y malestar” (p.1). Este 3ltimo tipo de ansiedad es la que nos ata3e y en la que nos centraremos en el an3lisis a continuaci3n descrito.

### **Ansiedad patol3gica**

Como primera medida a la hora de definir el concepto de ansiedad se tiene que

En su uso cotidiano el t3rmino ansiedad puede significar un 3nimo transitorio de tensi3n (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un

peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiol3gica ante una demanda (estr3s) y un estado de sufrimiento m3rbido (trastorno de ansiedad). (Reyes s.f, p. 10)

La v3a m3s difundida por la cual la ansiedad se vuelve patol3gica es la gen3ricamente denominada traum3tica. En pocas palabras, una persona adquiere una reacci3n de miedo patol3gico porque se establece una asociaci3n entre un evento neutral con otro que representa una amenaza real. El proceso es uno de los casos particulares de condicionamiento cl3sico descrito inicialmente por Ivan Pavlov.

Un segundo camino por el cual las personas adquirimos miedos patol3gicos consiste en el aprendizaje por observaci3n de modelos o Modelado, estudiado minuciosamente por el prominente psic3logo Albert Bandura. En los humanos, este proceso transcurre de dos maneras diferentes.

Por un lado, la observaci3n directa de alguna persona que padece alguna forma de ansiedad patol3gica puede conducir a que el observador adquiera el mismo miedo o alguno relacionado, particularmente si este 3ltimo se encuentra en la infancia. Los casos m3s simples son aquellos en los cuales los hijos acaban padeciendo las mismas fobias que sus padres.

Por ejemplo, si un niño pequeño observa a su madre reaccionar con miedo cuando se relaciona con extraños, resulta más probable que copie este patrón y que con los años, desarrolle alguna forma de ansiedad social. El rostro tenso, un tono de voz entrecortado, conductas de evitación sutiles, entre otras señales de miedo que inadvertidamente la madre envía a su hijo al relacionarse con personas desconocidas; le van dando al niño la pauta de que los extraños pueden resultar peligrosos. Ello siembra las bases para que, conjuntamente con otros factores, se termine por desarrollar un Trastorno de Ansiedad Social.

La hipótesis más fuerte de esta línea sostiene que nacemos con una reacción innata de temor ante estos estímulos preparados evolutivamente y que a través del proceso de socialización, mediante la exposición natural a los mismos en nuestra cultura, vamos perdiendo el miedo inicial. Por ejemplo, nuestra reacción instintiva de miedo a las alturas va desapareciendo a medida que nos vamos aproximando a espacios altos protegidos, como balcones y ventanales, mientras somos contenidos por nuestros cuidadores. Cuando este proceso natural de extinción del miedo biológicamente preparado falla, según

Minici, Rivadeneira (2014) “entonces se darían las condiciones para la aparición la ansiedad patológica”. (p.6).

Ahora bien, existen numerosos factores que pueden modular y mantener la reacción de ansiedad patológica a largo plazo. Inevitablemente, la ansiedad con el paso del tiempo según las variables de personalidad, carácter y temperamento del individuo genera dos vías: evitación y escape, factores que tratados a tiempo mediante la terapéutica pueden ser atenuados y extinguidos en el transcurso del tratamiento.

Las conductas de evitación pueden ser indetectables para los observadores naturales pues adoptan la forma de los actos más comunes; no obstante ello, interfieren con el natural proceso de extinción y perpetúan así la ansiedad patológica. En estos casos, los comportamientos de evitación y escape suelen llamarse “de reaseguro” Minici, Rivadeneira (2014) “una expresión que busca enfatizar el hecho de que, al ejecutarse, estas acciones brindan a la persona una seguridad momentánea extra que en verdad no necesita” (p.8).

Si bien las causas originarias de los desórdenes de ansiedad resultan importantes a la hora de entenderlos, en

la labor clínica concreta de la Terapia Cognitivo Conductual, los mecanismos de mantenimiento se revelan como factores más importantes pues hacia ellos ha de dirigirse la intervención.

Independientemente de cómo un problema se generó, si hoy existe es porque hay causas actuales y presentes que lo mantienen. Identificar estas últimas permite una acción eficaz que alivie el malestar y sufrimiento del paciente.

### **Tricotilomania**

La Tricotilomania según Sarmiento y Niño (2016) es un desorden psicológico que se caracteriza por la falta de control de arrancarse los pelos, indistintamente de cualquier parte del cuerpo, esto debido a la situación tensional que padece la persona hacia esa situación.

Inicialmente fue descrita por el francés François Henri Hallopeau en 1889 y aceptada como diagnóstico psiquiátrico en 1987, el cual la describe como la necesidad de irse arrancando de manera intencional los vellos uno por uno en cualquier parte de su cuerpo, esto puede estar focalizado en la cabeza, las cejas, pestañas, pubis, axilas y piernas en caso de las mujeres. Según Sarmiento y Niño (2016): “En el caso de los varones

siendo las zonas más afectadas los cabellos, pelos de la cara, pecho, abdomen y región genital. “Esta situación puede presentarse indistintamente en cualquier lugar o situación, en otras circunstancias se lo podrían realizar a otras personas.

En los estudios realizados por Jaramillo (2007) se describe que “Un 48% de las personas con el desorden del TTM tienden a llevarse a la boca el pelo, iniciando una especie de ritual el cual inicia rozándolo por los labios, sacándole la raíz y desasiéndose de ella, según estos estudios existe un 10% que se lo come presentando otro desorden llamado tricofagia, lo que puede complicarse ya que las repercusiones intestinales pueden ser graves”. (p.122)

Estas situaciones pueden estar asociadas al estrés, o a una vida sedentaria cuando se está viendo TV o cuando se está hablando por teléfono, pero mayormente se da cuando están solos. El que se mantenga este desequilibrio se debe a que la persona involucrada intenta mantenerlo en secreto lo más que pueda y por lo tanto evita comenzar algún tratamiento psicoterapéutico debido a su desconfianza.

Shusterman et al., 2009; Walsh y McDougle, (2001) manifiestan que la

principal causa del ocultamiento del trastorno lo genera la vergüenza de pedir ayuda, como también la falsa concepción de que no se puede hacer nada para curarlo

Los criterios diagnósticos empleados a la hora de definir el trastorno o las diferencias metodológicas, son algunos de los motivos que están en la base de estas dificultades. Por lo que, a pesar del aumento de estudios sobre TTM, se hace necesario seguir investigando para dilucidar respuestas cada vez más clarificadoras. (Shusterman et al., 2009; Walsh y McDougle, 2001, p.21)

La tricotilomanía puede aparecer asociada a otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo, como pellizcarse la piel, rascarse (costras, acné u otras imperfecciones, hacerse excoriaciones...) o morderse las uñas, los labios. El examen del pelo, el retorcimiento o la sujeción del pelo entre los dientes, y la tricofagia (comer cabellos).

Algunas personas pueden arrancar el pelo de animales domésticos, muñecas y otros materiales fibrosos (p. ej., suéteres, alfombras).

Además del elemento estético se pueden dar complicaciones médicas graves como la formación en

diversas partes del intestino de bolas de pelo, que no pueden ser digeridas, pudiendo producirse obstrucción abdominal e incluso perforación. Las personas con tricotilomanía también pueden tener trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o retraso mental. Cuando se sospecha de tricotilomanía y la persona niega los síntomas, los hallazgos de laboratorio, nos indican datos que pueden ayudar a realizar el diagnóstico. La biopsia de las áreas afectadas puede revelar la presencia de pelos cortos y rotos. (Sarmiento, Guillén y Sánchez, 2016, p. 60)

Al realizar un examen histológico se detectará la presencia de folículos normales y lesionados en la misma área, así como un aumento del número de cabellos en crecimiento. Algunos folículos pilosos pueden presentar síntomas de traumatismo. La ausencia de inflamación distingue la alopecia provocada por tricotilomanía de la alopecia areata la cual según Sarmiento (2016): “Es una enfermedad que afecta al folículo piloso y ocasiona parches redondos de pérdida de cabello, pudiendo llevar a la calvicie total”. (p. 60).

### **Clasificación de la Tricotilomanía**

Según Woods (2006) se diferencian dos formas clínico-evolutivas del padecimiento: la de inicio precoz, de los



5-8 años de vida, de curso episódico, benigno y autolimitado con períodos cortos de agudización y remisión. La otra, de comienzo tardío, crónica y discapacitante, afecta a los adolescentes y adultos jóvenes o de mediana edad, predomina en las mujeres. Algunas personas tienen síntomas de forma continua durante décadas, y en otros éstos pueden aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años. Las áreas afectadas por el arrancamiento pueden variar a lo largo del tiempo.

Otra clasificación es la realizada por Christenson, Mackenzie, y Mitchell (1991) citados por Sarmiento (2016) que distinguen dos tipos: automático y consciente. **Automático:** se da sin conciencia de lo que se está haciendo, mientras se está concentrado en otras actividades, como pensar, estudiar, viendo TV etc. Afecta a tres de cada cuatro personas con tricotilomanía. Consciente: la persona se concentra en lo que está haciendo y no lo puede evitar. Se da en una de cada cuatro personas afectadas. Lo más frecuente es que los tipos consciente y automático coexistan.

En cuanto al tratamiento se ha determinado que para el caso de la tricotilomanía automática el más eficaz

es la reversión de hábito, mientras que para la de tipo consciente es necesario añadir otras técnicas cognitivas conductuales, de ahí que en el transcurso de estas páginas se reflexione sobre la pertinencia y eficacia de aplicar este tipo de abordaje.

### Inicio del trastorno

Según Azrin y Nunn (1987) con frecuencia las personas no pueden determinar una causa o factor por el cual hayan iniciado o comenzado a practicar el hábito. Algunas personas comentan que sin darse cuenta comenzaron a imitar a algún otro miembro de la familia.

De hecho hay casos en los que más de un miembro de la familia padece o padeció de tricotilomanía.

Gullón (2003) expresa que en la mayoría de los casos este trastorno empieza con baja frecuencia y que aumenta considerablemente alrededor de meses o años. La persona que se hala del pelo, lo hace generalmente en momentos que se encuentra solo, lo cual se convierte con el paso del tiempo en un hábito lo cual puede colaborar en el reforzamiento del mismo.

Como lo manifiesta Gullón (2010): De hecho la persona comienza a acariciarse

el cabello, o a tocarse el ojo, las cejas y las pestañas, y recién luego de un rato realizando esos tocamientos procede a arrancar el pelo ya casi sin darse cuenta.

### **Tricotilomanía en el adolescente**

La Tricotilomanía (TTM) es un problema altamente incapacitante y que ha recibido poca atención por parte de los investigadores en Latinoamérica. 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-hijo(a) y disminuir el número de pelos arrancados en el caso del adolescente.

En las primeras sesiones es 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 apoya lo que se trabajaba en la terapia individual. (Martínez, 2015, p. 14)

Las orientaciones dadas le ayudarán de gran manera chico pudiéndose observar cambios significativos en la relación familiar. La meta es conseguir que la percepción del problema desencadenante sea más ajustada a la realidad.

El punto más crítico del tratamiento es lograr que el paciente no se arranque el pelo en los momentos de mayor tensión. El elevado número de situaciones que le llevaban a estirarse del pelo y su carácter crónico hacen que fuese esencial la prevención de recaídas y el seguimiento.

Como lo indica Martínez (2015): “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”. (p. 12).

Se debe elaborar un plan de seguimiento en el cual se revise si la persona continua aplicando las técnicas entrenadas, identificar el número de pelos arrancados, revisar el estado de ánimo, e incluso también la dinámica familiar.

Con el tratamiento perceptivo-emocional se pretende trabajar, a través de experiencias sensoriales, con los acontecimientos que llevan al chico a arrancarse pelo, en lugar de centrarse en la conducta de TTM en sí.

De ese modo, se va trabajando con todas las variables modificables detalladas en el análisis funcional y eso hará que, indirectamente, disminuya la conducta problema de arrancarse pelo.

La meta es que el adolescente valla disminuyendo de manera progresiva el número inicial de pelos arrancados que previamente se registró en el análisis funcional, logrando al mismo tiempo obtener sensaciones placenteras a través de otros medios, consiguiendo disminuir la tensión originada por la arrancada de pelos, de ahí que Martínez (2005) propone estudiar de manera exhaustiva y profunda realizando un detallado análisis funcional de las numerosas variables que probablemente estarían interviniendo en cada caso, ya que la realización de un buen diagnóstico influye en el éxito del tratamiento.

Con todo lo anterior y la revisión de Martínez (2015) para la tricotilomanía en adolescentes se puede decir que se debe 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 multidimensional 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.

A este respecto Martínez (2015) manifiesta que: “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”. (p. 16).

### Tricotilomanía en el adulto

A continuación se desglosa el plan general propuesto por Azrin y Nunn citado por Gullón (2010)

- ✚ **Motivación:** Que la persona revise las situaciones en las que la tricotilomanía le ha causado molestias o dificultades.
- ✚ **Conciencia:** Que aprenda a darse cuenta de los detalles específicos que hacen al hábito.
- ✚ **Reacción de competencia:** Luego del paso anterior, que la persona aprenda una reacción que sea incompatible con la práctica del hábito, para llevar a cabo tal reacción de competencia cada vez que sienta el impulso de arrancarse el pelo.

- ✚ **Reacción correctiva:** Con la que se busca interrumpir el arrancamiento del pelo, si acaso comenzara a hacerlo.
- ✚ **Reacción preventiva:** Se realiza una conducta o reacción incompatible con la conducta de arrancamiento, cada vez que se siente el impulso de arrancarse el pelo. Comportamiento asociado: aprender a reconocer la conducta que precede al acto de arrancarse el pelo, para instrumentar la reacción de competencia y evitar también incurrir en el comportamiento asociado.
- ✚ **Exhibición de los progresos:** luego de entrenarse en los pasos anteriores, colocarse en las situaciones antes evitadas por ser provocadoras del hábito. Registro: la persona debe registrar diariamente la frecuencia con la que se arranca el pelo, así como también la cantidad de pelos que se arranca, y así observar los progresos obtenidos.

Y por último y no menos importante encontramos el ítem de

- ✚ **Apretar o agarrar:** La principal reacción de competencia para el hábito de tirarse del cabello, es la reacción de apretar el puño o agarrar un objeto conveniente. Esta acción se debe realizar ejerciendo suficiente presión para que la persona sienta sus dedos apretados, claro sin que por eso se cause un dolor daño o fatiga. Para tal fin puede servir cualquier objeto, o inclusive puede agarrarse ambas manos entre sí, o el brazo con la mano que se arranca el pelo.

En este orden de idas es necesario realizar un breve recorrido por los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que será la base de lo que se expondrá más adelante

### **Terapia Cognitivo Conductual**

Para ilustrar los orígenes de esta disciplina se dice que

Podríamos diagramar el desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual en tres etapas. La primera de ellas se desarrolla entre los años 1950 y 1970 de manera paralela pero independiente en Inglaterra y Estados Unidos. Este período se halla signado por un fuerte auge de la teoría del aprendizaje fruto de la investigación básica en laboratorio.

(Minici, Dahab y Rivadeneira, 2003, p. 1)

El artículo de Minici (2003) hace una ilustración donde señala que este enfoque otorgaba escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos y representa históricamente la arista conductual de la actual Terapia Cognitivo Conductual. Definitivamente, la Terapia Cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la Psicología con el tratamiento de la depresión.

Minici, Dahab y Rivadeneira (2003) proponen que “el nuevo enfoque enriqueció sustancialmente a las estrategias terapéuticas derivadas de las teorías del condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden mencionado”. (p.3).

Hacia finales de la década del 80, el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio, inaugurando así la tercera etapa del desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual, que continúa hasta nuestros días.

De este modo, el enfoque de la Terapia Cognitiva, el enfoque cognitivo puro, se

refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en la generación de las emociones. Se sostiene que el cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirán a cambios emocionales y comportamentales. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento.

Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales.

Siguiendo con esta misma línea, a continuación se ilustrará una guía que debe tomarse como referencia en el abordaje cognitivo conductual de la tricotilomanía:

## Programa de 8 sesiones de tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de tricotilomania

Vicente Caballo propone un programa de nueve sesiones de tratamiento de 45 minutos cada una, una vez a la semana en donde se enseña al paciente la inversión del hábito, control del estímulo y algunas técnicas para manejar el stress. El autor propone un didáctico esquema del programa de tratamiento que sintetiza Gullón (2010) a continuación:

**Sesión 1:** *Recogida de información*, una evaluación completa de la historia del paciente, y de su historia respecto al hábito, puede suministrar mayor información que luego sea útil para la consecución del tratamiento. Se debe averiguar no solo la cantidad de pelos arrancados, sino sobre todo el patrón de conducta de arrancamiento, la hora del día en la que sucede con mayor frecuencia, las situaciones asociadas a la conducta, los pensamientos, etc. La recogida de información también incluye descripción de la respuesta, detección de la misma (es decir el entrenamiento en darse cuenta que se está incurriendo en la conducta), e identificación de los precursores de la respuesta.

**Sesión 2:** *Entrenamiento en la inversión del hábito*. Incluye la explicación del tratamiento, la revisión de los inconvenientes del hábito, la práctica de una conducta como respuesta incompatible, el entrenamiento en prevención de situaciones que lo promuevan. El auto registro continúa a lo largo del tratamiento así como la recogida de la información para la permanente evaluación general.

El autor Caballo propone el siguiente cuadro con sugerencias para el control del estímulo que incita al arrancamiento del pelo.

- ✓ No tocarse el pelo, excepto cuando se lo esté peinando.
- ✓ Mantenerse alejado del espejo, no mirarse el pelo.
- ✓ Llevar vendas en los dedos utilizados para arrancarse el pelo.
- ✓ Llevar cubiertas de goma en los dedos utilizados para tirarse del pelo.
- ✓ Comer pipas (semillas) no peladas en las situaciones de alto riesgo.

**Sesión 3:** Entrenamiento en relajación diferencial más reentrenamiento de la respiración.

**Sesión 4:** Técnicas cognitivas para la detección y detención del pensamiento, entendiendo el mismo como precursor de conductas posteriores. Ya que cognitivamente se parte del pensamiento, el cual genera un sentimiento o emoción que luego lleva a la realización de una conducta.

**Sesión 5:** Reestructuración cognitiva de Aaron Beck, y Albert Ellis.

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevo.

**Sesión 6:** *Diálogo con uno mismo.* Durante esta sesión el terapeuta enseña al paciente a centrarse en el diálogo tipo conversación que mantiene consigo mismo, y a identificarlo. Los diálogos que incluyen pensamientos negativos, erróneos, o irracionales, se van reemplazando por cogniciones que apunten a la tarea, que sean positivas y más racionales. Si surge un pensamiento negativo frente a un estímulo estresante, se lo aborda con preguntas tales como ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra algo malo? ¿Cómo será de malo? Se ejercitan las

autoverbalizaciones positivas como “yo puedo enfrentarme a esto” “lo he logrado otras veces” “cuento con el apoyo de” “trunfaré”.

De esto se trata el entrenamiento cognitivo, en que el paciente vaya adquiriendo mayor control sobre su conducta, diferenciando y analizando los pensamientos y sentimientos que la preceden, y deteniéndose antes de pasar a la acción. Este entrenamiento se acompaña de técnicas de respiración y relajación que ayuden a minimizar la tensión muscular propia de este trastorno.

**Sesión 7:** *Modelado encubierto y representación de papeles.* Del contenido obtenido en la sesión en la que se trabajó el diálogo interno se puede extraer el “guión” para trabajar con la representación de papeles. Es útil que el terapeuta represente primero el papel del paciente, y que el paciente devuelva con retroalimentación desde un lugar de observación lo que ha podido rescatar de la representación..

**Sesión 8:** *Prevención de recaídas. Terminación de proceso.* Este es un punto trascendente del tratamiento, ya que por supuesto las recaídas son muy probables. Se le enseña al paciente que una recaída no debe desencadenar

pensamientos catastróficos que lo llevarían a iniciar el círculo vicioso, sino que una recaída es una oportunidad de seguir practicando y ejercitando las habilidades aprendidas.

Repasar las técnicas de control de estímulo es útil, como así también será necesario el apoyo y el ánimo que el paciente pueda recibir en estos casos. Recordarle al paciente que la meta es definida y acotada, y su objetivo es pasar un día sin arrancarse los pelos, y así cada día empezando de nuevo, pasar ese día sin arrancarse los pelos. Es importante establecer las creencias que el paciente pueda tener sobre las recaídas, sobre todo si son de auto condena o punitivas. En caso de recaídas, lo que se hará es repasar detalladamente tal recaída y en función de eso, repasar el programa completo de tratamiento.

El autor del Manual, Caballo, refiere que este programa de tratamiento ha sido aplicado exitosamente y que en un estudio realizado sin grupo control, el programa disminuyó la conducta de arrancarse los pelos en los pacientes estudiados, y que fue más efectivo que la aplicación de terapia farmacológica como la clomipramina o el placebo. También reconoce que realmente existen pocos programas cognitivo-conductuales para abordar los

trastornos en el control de los impulsos. (Gullón, 2010, p. 12)

Se puede sintetizar el programa de 9 sesiones descrito anteriormente de la siguiente manera según (Gullón 2010):

- Evaluación y autoregistro determinando los factores de alto riesgo.
- Técnicas del control del estrés para enseñarle al paciente a enfrentarse al mismo, pero de un modo más adaptativo.
- Prevención de las recaídas para ayudar a mantener los progresos obtenidos con el tratamiento. Cabe recordar que en cada sesión se realizará una revisión de los autorregistros realizados por el paciente, también de la inversión del hábito, y del control del estímulo.

El éxito de la intervención radica en que cada sesión se comience repasando las actividades realizadas en la sesión anterior, y sobre todo repasando las tareas específicas que el paciente tiene para realizar en la casa. Se les enseña a los pacientes que tales actividades y habilidades las practiquen por lo menos dos veces al día, Evaluar la eficacia del tratamiento en estos trastornos es una tarea difícil, ya que a menudo la tricotilomanía al igual que otros trastornos del control de los impulsos,



es intermitente, acontece en lo oculto, y se niega. No obstante acarrea un gran sufrimiento para quienes lo padecen, y entorpece e interfiere en el desempeño social de los pacientes.

### Conclusiones

Al revisar el Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales se encuentra que la tricotilomanía está clasificada como un trastorno de control de impulsos, sin embargo también se deduce que puede concebirse como un hábito desadaptativo, adicción o incluso un trastorno obsesivo compulsivo.

A partir de la experiencia clínica se rescata que si no hay una detección precoz y no se instaura el tratamiento debido puede volverse una patología crónica y difícil de tratar afectando todas las dimensiones en la vida del individuo.

En cuanto al abordaje clínico se obtiene que la elaboración de estrategias de tratamiento debe comenzar por una evaluación detallada y exhaustiva de la persona que ha desarrollado el hábito patológico.

¿Cuándo se arrancan el cabello? Por ejemplo ¿Viendo televisión o leyendo un libro?

Entonces a partir de esto se puede elaborar estrategias distractoras para que la persona tenga literalmente las manos ocupadas en otras actividades.

En la mayoría de ocasiones se obtiene gran sorpresa al registrar que los pacientes no están recibiendo la ayuda suficiente y adaptada a sus necesidades.

Decirles que dejen de hacerlo claramente no es la actitud correcta ni mucho menos la solución. Al empezar en la infancia los padres y parientes sienten que el niño “debe poner de su parte” para dejar de hacerlo.

En definitiva aún queda mucho por hacer en cuanto a las labores de concientización hacia la población en cuanto a la importancia de la detección temprana, así se logra intervenir en una

fase precoz de la patología y sus efectos no se volverán crónicos, lo que ocasiona que el plan de manejo sea mucho más difícil y complejo.

En el peor de los casos, si el trastorno se llegara a convertir en crónico, el plan de trabajo iría encaminado muchísimo más hacia las habilidades sociales del paciente, ya que están en un punto en el que sienten “pena” o “vergüenza” por salir a la calle y que sean vistos con los trozos de cabello faltantes

En cuanto a la propuesta de abordar el tratamiento de este trastorno mediante una terapia cognitiva conductual, tal propuesta no deja de lado, e n caso de ser necesario el acompañamiento psicofarmacológico.(Torales y Martino, 2016, p.427)

Ya que los tratamientos combinados suelen dar resultados positivos, y más en los casos en los que hay comorbilidad con trastornos de ansiedad o cuadros depresivos.

El aprendizaje consciente de la ocurrencia del hábito forma parte fundamental del tratamiento, de modo que se pueda apuntar a su eliminación mediante interrumpir los movimientos que están asociados a su ocurrencia, y estableciendo una respuesta física que sea incompatible con el arrancamiento del pelo.

La auto-observación y el registro junto con entrenarse en tener una respuesta alternativa de competencia, forman parte fundamental de la propuesta terapéutica.

Torales y Martino (2016) advierten que la relajación y visualización son técnicas por excelencia para evitar la tensión corporal, controlar el impulso y a nivel cognitivo cambiar todo pensamiento disfuncional por autoafirmaciones tendientes al logro.

Así también la relajación y visualización son eficaces ante las respuestas fisiológicas y cognitivas, para aflojar la tensión corporal, y controlar el impulso, y en el caso de lo cognitivo, para cambiar pensamientos que son disfuncionales y colocar en su lugar autoafirmaciones tendientes a lograr la meta.

La opción de tratamiento mediante la TCC es eficaz, pero debe resaltarse que pueden presentarse recaídas ya que el trastorno presenta una alta tasa de recidivas presentando en el transcurso del tratamiento pensamientos cargados de estrés o ansiedad ante determinadas situaciones, ocasionando pensamientos automáticos de arrancarse el pelo.

Si bien consta que esta opción de tratamiento con técnicas conductuales es eficaz

z, también es cierto que pueden registrarse recaídas, ya que el trastorno es altamente recidivante y resistente, teniendo en cuenta que está también influido por situaciones estresantes o ansiógenas por las que puede atravesar el paciente.

Por lo que se hace necesario siempre trabajar con la prevención de recaídas, así se logra que el paciente sea plenamente consciente que en algún momento puede llegar a verse tentado por sus viejos hábitos, y que no va a representar un fracaso sino más bien, debe concebirlo como parte del mismo proceso.

En el sector salud, se recomienda trabajar constantemente de manera multidisciplinaria desde la prevención, y la atención a este tipo de pacientes que sufren en silencio y de manera aislada este trastorno del control de impulsos; así como también se recomienda dejar de normalizar este tipo de conductas expresando un “no es tan grave” como otros, ya que si se mira a fondo es altamente incapacitante para quien lo posee y si no se interviene de manera acertada puede minar toda su vida en general.

Al revisar el estudio de Torales y Martino (2016) se ponen de manifiesto aspectos como: La efectividad y los

beneficios de la TCC en casos de tricotilomanía; el descubrimiento de algunos compuestos más allá de la serotonina, que aportan al tratamiento farmacológico de dicha patología; la alta efectividad de la TCC combinada con el tratamiento farmacológico; la ausencia de estudios científicos y controlados obstaculiza la búsqueda de tratamiento eficaz y planes terapéuticos para la población infanto-juvenil que sufre esta patología.

En los próximos años será fundamental que los investigadores orientados clínicamente a la tricotilomanía, satisfacer la creciente demanda de información y formación mediante el desarrollo de modelos optimizados de terapéutica; estos esfuerzos pueden ser la mejor manera de hacer frente a la gran escasez de terapeutas expertos en tricotilomanía.

A modo de conclusiones, podemos afirmar que:

- ✓ La farmacoterapia ha sugerido que medicamentos como antipsicóticos, bloqueadores opiáceos, y glutamato exhiben un alto nivel de promesa como tratamiento eficaz contra la tricotilomanía.

- ✓ Sin embargo se argumenta que se necesita mucha más investigación para entender la etiología respecto a los fenómenos multidimensionales que podrían estar originándola y manteniéndola. Así como también profundizar en los mecanismos biológicos y psicológicos que subyacen al trastorno, todo esto conforma la mejor herramienta para hacer frente al abordaje del plan terapéutico de la tricotilomanía.
- ✓ Se necesita más investigación para desarrollar una mejor comprensión de la fenomenología tricotilomanía en todo el espectro del desarrollo, los mecanismos psicológicos y biológicos que subyacen a la enfermedad, y la mejor manera de hacer uso de los tratamientos ya desarrollados que han

mostrado eficacia para la tricotilomanía.

- ✓ Demostrar la eficacia del tratamiento debe ir complementada con labores de divulgación de información referente a la patología, y poder hacer frente a la creciente demanda y poca oferta de proveedores de salud mental especializados en este campo, disponibles para atender niños, adolescentes y familias en riesgo.

En este sentido se manifiesta que según Torales y Martino (2016):”La terapia cognitivo-conductual, aunque eficaz, no está exenta de limitaciones, la más importante de las cuales es la observación de que la recaída después del tratamiento es común”. (p.469).

## Referencias bibliográficas

- Azrin, N. y Nunn, R. "Tratamiento de hábitos nerviosos". Ediciones Martínez Roca 1987, Barcelona. PP 17,25-39.
- Caballo, V. "Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos" Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI 1997. PP 475, 476 – 486
- Clark, D. y Beck, A. ( 2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad ciencia y práctica*. España: Desclée de brouwer, s.a.
- Gullón. I. (2010). Abordaje cognitivo conductual en el tratamiento de la tricotilomania. *Curso virtual interdisciplinario a distancia salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia*.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de Ansiedad. Estados Unidos.
- Jaramillo-Borges, Jazmín María Tricotilomania, tricotilomania y el Síndrome de Rapunzel Acta Médica Costarricense, vol. 49, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. 4-5 Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica San José, Costa Rica.
- Martínez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con tricotilomanía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.2 (1) 9-17.
- Minici, L., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2003). ¿Porqué terapia cognitiva conductual? *Revista de terapia cognitiva conductual*. N. 4, 120-130
- Sarmiento, T., Guillen, V. & Sánchez, J. (2016). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21,57-66. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.
- Shusterman, A., Feld, L., Baer, L. y Keuthen, n. (2009). Affective regulation in trichotillomania: evidence from a large-scale internet survey. *BehaviourResearch and Therapy*, 47, 637-644.
- Reyes. J. (S.F). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnostico y tratamiento*.
- Torales J, Di Martino Ortiz B. A brief update on trichotillomania. *Our Dermatol Online*. 2016;7(4):465-471.
- 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. *PsychiatricClinics of North America*, 29, 487-501.