

INTERVENCIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON
TRICOTILOMANÍA: UN ESTUDIO DE CASO

Psic. Diego Orlando León Rodríguez



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de ciencias sociales

Floridablanca

2018

INTERVENCIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON
TRICOTILOMANÍA: UN ESTUDIO DE CASO

Trabajo de grado en la modalidad e Monografía para optar al título de Especialista en
Psicología clínica

Psic. Diego Orlando León Rodríguez

Asesora

Claudia Patricia Bueno Castellanos, PhD.

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de ciencias sociales

Floridablanca

2018

Agradecimientos

Mis más sinceros y especiales agradecimientos a:

Dios por darme paciencia y sabiduría para ayudar, valorar y respetar al otro.

Mis padres por su dedicación, esfuerzo, confianza y apoyo incondicional.

Mis hermanas por su amor y cariño.

*Mi asesora por su colaboración, apoyo, comprensión y paciencia. Además de su exigencia,
actitud y aportes.*

*La IPS Instituto de Familia y Vida por abrirme las puertas y brindarme su apoyo constante
para que allí pudiera realizar tan extraordinaria labor... a todos ¡GRACIAS!*

Tabla de contenido

Introducción	1
Referente conceptual.....	3
Causas.....	4
Prevalencia	5
Factores Asociados y Clasificación.....	6
Consecuencias	8
Evaluación.....	9
Tratamiento	10
Metodología	16
Diseño.....	16
Participante.....	16
Instrumentos	19
Procedimiento.....	21
Objetivos terapéuticos.....	24
Resultados	25
Motivo de consulta:.....	28
Descripción del motivo de consulta	29
Problema.....	29
Descripción del problema.....	29
Evaluación sincrónica	30
Evaluación Diacrónica	31

Dominios:	32
Contextos:	33
Hipótesis explicativa	34
Hipótesis diagnóstica.....	35
Discusión.....	37
Conclusiones y recomendaciones	46
Referencias.....	49
Anexos	56

Lista de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	55
Anexo 2. Historia clínica	56
Anexo 3. Entrevista clínica conductual	66
Anexo 4. Escala de ansiedad manifiesta en niños–revisada (CMAS-R)	67
Anexo 5. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)	70
Anexo 6. Esquema del programa de tratamiento completo	73

Lista de tablas

Tabla1. Esquema del programa de tratamiento	21
Tabla 2. Resultados Escala de ansiedad manifiesta en niños –revisada (cmas-r)	27

Lista de figuras

Figura 1. Gráfica de frecuencia de eventos durante la fase de intervención	28
Figura 2. Familiograma del consultante y representación de relaciones familiares	34

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Intervención cognitiva-conductual en un niño con tricotilomanía: Un estudio de caso
AUTOR(ES):	Psic. Diego Orlando León Rodríguez
PROGRAMA:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Ph.D. Claudia Patricia Bueno Castellanos

RESUMEN

El presente estudio de caso tuvo como objetivo realizar una intervención en un niño con conductas de tricotilomanía (sin tricofagia) de la IPS Instituto de Familia y Vida en Bucaramanga. Para ello, se diseñó e implementó un plan de intervención desde el modelo cognitivo-conductual estructurado en 16 sesiones. se utilizó la estrategia metodológica de estudio de caso, empleando como instrumentos: la observación directa, entrevista semiestructurada y clínica conductual, además, escalas analógicas o de medidas subjetivas y una batería de pruebas compuesta por la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (cmas-r) y el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA). Entre los resultados y logros obtenidos se evidenció: (1) Extinción de las conductas de arrancarse el cabello en la última consulta (2) Disminución de conductas inadecuadas en el manejo de la frustración (3) Desarrollo de la capacidad de identificar y modificar sus pensamientos negativos (4) Aumento en la conciencia, empoderamiento e introspección del diagnóstico (5) Aumento de la participación y cohesión familiar. Finalmente, en el tratamiento al consultante con conductas de tricotilomanía, se evidencia el impacto positivo del uso de técnicas como: el entrenamiento en la inversión del hábito, detención del pensamiento, reestructuración cognitiva, y diálogo con uno mismo dirigido; siendo fundamental el acompañamiento psicológico al paciente y su familia, en prevención de posibles secuelas físicas y psicológicas, y promoción de conductas saludables y de manejo de la frustración.

PALABRAS CLAVE:

Tricotilomanía, estudio de caso, hábito, terapia, cognitivo-conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE:	Cognitive-behavioral intervention in a child with trichotillomania: A case study
AUTHOR(S):	Psic. Diego Orlando León Rodríguez
FACULTY:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR:	Ph.D. Claudia Patricia Bueno Castellanos

ABSTRACT

The present case study aimed to perform an intervention in a child with trichotillomania behaviors (without trichophagia) of the IPS Institute of Family and Life in Bucaramanga. For this, was designed an intervention plan and implemented from the cognitive-behavioral model structured in 16 sessions. the methodological strategy of case study was used, using as instruments: direct observation, semi-structured interview and behavioral clinic, in addition, analog scales or subjective measures and a battery of tests composed of the scale of anxiety manifested in children reviewed (cmas-r) and the Evaluation System of children and adolescents (SENA). Among the results and achievements obtained, it was evident: (1) Extinction of hair pulling behaviors in the last consultation (2) Decrease in inappropriate behaviors in the management of frustration (3) Development of the ability to identify and modify their negative thoughts (4) Increase in consciousness, empowerment and introspection of diagnosis (5) increased participation and family cohesion. Finally, in the treatment of the consultant with trichotillomaniac behaviors, the positive impact of the use of techniques such as: habit inversion training, thought stopping, cognitive restructuring, and self-directed dialogue is evidenced; being fundamental the psychological accompaniment to the patient and his family, in prevention of possible physical and psychological sequels, and promotion of healthy behaviors and management of frustration.

KEYWORDS:

Trichotillomania, case study, habit, therapy, cognitive-behavioral

Introducción

Durante el transcurso de la historia de la humanidad el cabello ha tenido diversos significados, por lo que ha sido objeto de tradiciones y creencias. Además de su papel biológico de protección del cuero cabelludo, el cabello es muy similar a las uñas, ambos prestan en algunas culturas funciones que van más allá de lo fisiológico para convertirse en parte de la interacción social, convirtiéndose en lo que parecen ser pautas simbólicas que pueden limitar, permitir o especificar la vinculación o relación con los individuos de cierta comunidad. En los animales no es diferente, aquel de mayor melena o el de más grandes garras tiende a tener un rol diferente a los demás en su manada. Aristizábal, (2007) explica el porqué de la superstición con el cabello desde la revisión histórica de comunidades humanas primitivas, las cuales consideraban la cabeza humana como sagrada, fundamentados en que esta era la morada del espíritu, siendo este vulnerable a cualquier acto irrespetuoso, las comunidades llegaban a venerar y cuidar tanto la cabeza que podían incluso darle ofrendas, considerando la relevancia de esta debía ser igualmente evidente el cuidado y el tratamiento del cabello. Se resalta no solo el cabello como tal sino además su cuidado y tratamiento, definiéndolo como de gran relevancia para los egipcios, siendo el peinado símbolo de su estatus, condición o intenciones del portador, transgrediendo la estética. Por otra parte, se pueden evidenciar otros múltiples ejemplos donde el cabello cuenta con muchos y diversos significados, en algunas culturas descuidar el arreglo capilar es sinónimo de enfermedad, en otras el peinado tiene una función de manifestación de identidad religiosa, etapa vital y/o distinción social (Velasco, 2012).

Actualmente aunque el cabello no guarda el mismo misticismo, simbolismo o relevancia que en la antigüedad, aún conserva gran importancia a la hora de construir relaciones sociales, pues puede determinar con quienes el individuo tiene más afinidad, como es el caso

de algunas culturas urbanas las cuales se identifican por su aspecto y esto a su vez presta una función de filiación. El no tener cabello puede ser un punto de diferencia o exclusión.

Castelo, 2014; Sharma, Kumar & Dawn, 1996 (como se citó en Cortés, Mardones, y Zemelman, 2015, p. 265) describen algunas de las consecuencias de la calvicie en quienes la poseen “puede provocar alteraciones considerables en la esfera psicológica y emocional de los pacientes afectados, provocando baja autoestima, sentimientos de vulnerabilidad y alteración de la imagen personal”, esto se explica desde la relevancia que tiene la imagen física del individuo y cómo la modificación de esta puede también cambiar su identidad psicológica. En los niños el raparse es una costumbre que cada vez está más cerca de la extinción (en especial en las niñas), probablemente relacionado con que cada vez son menos las imágenes públicas que tienen esta característica y que dentro del contexto aún está característica puede ser relevante en la identidad de género cultural. Considerando esto cualquier diagnóstico médico o psicológico que pueda estar generando dicha sintomatología que científicamente se llama alopecia generara consecuencias a nivel psicológico.

Referente conceptual

Mendoza, Burgos, y Gonzales (2005, p. 11) definen la alopecia como “la disminución o pérdida del pelo, localizada o generalizada, temporal o definitiva de cualquier tipo u origen”. Siddappa (2003) divide la alopecia con relación a su evolución en, Aguda que se caracteriza por mostrar una sintomatología leve que tiende a la remisión y que se presenta en la niñez y la adolescencia, y Crónica que se caracteriza por tener un pronóstico de mayor complejidad y que se presenta en la adultez. Por su parte Seijo y Álvarez (2001) hacen claridad en que esta se divide en alopecia cicatrizal, la cual define como un conglomerado de patologías que tiene como consecuencia la caída del cabello y un cambio en la apariencia de la piel en el lugar afectado tornándose esta suave, impareja y a veces brillante, presenta múltiples orígenes (hereditario y adquirida). Se hace claridad en que esta no siempre presenta como tal cicatrices. Además existen las alopecias no cicatriciales, que se caracterizan por que mantienen la integridad del folículo piloso y su deterioro es menor y tiende a ser imprecisa, al igual que la cicatrizal presenta múltiples y diversas causas (Guerrero y Kahn, 2011).

Dentro de las alopecias cicatrízales se resalta el trastorno de arrancarse el pelo o tricotilomanía (TTM) que como lo define el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) “La característica esencial de la tricotilomanía es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 251). Este padecimiento por primera vez en la historia fue descrita por Hipócrates y recopilada a su vez por el francés Francois Henri Hallopeau que desde un estudio dermatológico le dio el nombre que actualmente posee en 1889 (Moreno, et al, 2007). Es relevante mencionar que no en todas las personas que se “arrancan” el pelo se produce alopecia. Woods, et al (2006) argumentan que la tricotilomanía se divide en dos subtipos: focal-compulsiva y no focal-automática (ambas se encuentran en debate), la primera como un acto deliberado con el

objetivo de prestar una función que por lo general consiste en manejar o disminuir las experiencias aversivas. La segunda hace referencia al acto involuntario e inconsciente de arrancarse el cabello y se presenta por lo general en momentos de ocio y no se relaciona con experiencias aversivas.

Causas

Aunque las causas de la tricotilomanía no se han podido aclarar aún, algunos autores como Frei et al, 2013; Balik, Ulman, Taneli, &Demircan, 2013 (como se citó en Creagh, Pérez & Gámez, 2016) indican que los factores genéticos son de gran relevancia para la aparición del diagnóstico, mencionando que el 10% han presentado antecedentes de trastorno obsesivo-compulsivo. Por otra parte Jing & Scahill (tomado de Pérez, Pineda & Arellano; 2012) describen que la familia de primer grado es de gran relevancia para su para su aparición mencionando como principales indicadores al interior de ésta la presencia de adicciones, imágenes de autoridad con rasgos de personalidad antisociales y con trastornos obsesivos compulsivos que fortalecen los síntomas.

Chamberlain et al, 2009 (como se citó en Asz, Palma, Garfias, Vega, y Arenas, 2010) describen que existen causas genéticas, como anormalidades en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. También menciona anormalidades en las estructuras cerebrales como reducción en volúmenes del putamen y ventrículo izquierdo, además en las funciones cerebelosas y parietales se observa un aumento (visto en estudios de resonancia magnética). Menciona igualmente que tienen una actividad disminuida en las regiones frontal y temporal en los casos graves de tricotilomanía.

Woods, et al (2006) refiere que las causas también están relacionadas con factores ambientales, como lo son las características particulares del cabello (Color, forma y textura), estados afectivos negativos (culpa, enojo, frustración tensión, ansiedad soledad, fatiga o

indecisión) y situaciones específicas pueden ser detonantes de un episodio de arrancamiento (Estudiar, trabajar, ver televisión, hablar por teléfono, manejar o estar en el sanitario).

Prevalencia

No se conoce el porcentaje exacto de incidencia y prevalencia del diagnóstico a nivel mundial, nacional o regional, pues se evidencia en la gran mayoría de los estudios revisados que los pacientes tienden a ocultar la sintomatología, lo que puede estar dificultando tener números exactos, algo que debido a las estrategias de afrontamiento evitativas que la mayoría de los pacientes presentan sería una tarea bastante complicada. El aislamiento, parece ser una constante que se presenta en las personas con tricotilomanía, por vergüenza y temor de rechazados. Esto dificulta los tratamientos y trae en algunos casos deterioro en su evolución (Pérez, Pineda & Arellano, 2012)

Actualmente no se han realizado estudios epidemiológicos con grandes poblaciones, por su parte el dermatólogo Stroud, 1983 (como se citó en Pérez, Pineda & Arellano, 2012) describe que este diagnóstico por lo general pasa desapercibido, mencionando que de sus pacientes adolescentes atendidos con alopecia sin causa aparente, el 10% tenían el diagnóstico, sin que este fuera el motivo de consulta. Jaramillo (2007) plantea también la hipótesis de que la incidencia a nivel mundial debe ser baja y que puede oscilar entre el 0.6% y el 1.6% (para la fecha de publicación del artículo). Añadiendo que de este número de cada diez personas que tienen el diagnóstico de tricotilomanía tres de ellas presentan tricofagia (se comen el cabello) de los cuales solo el uno por ciento presentan un tricobezoar que necesite intervención. En el entorno americano Christenson, Pyle y Mitchell (1991) intentaron estimar la prevalencia de la tricotilomanía en 2534 estudiantes universitarios de primer año de dos universidades estatales y una universidad de humanidades encontraron en una muestra de estudiantes universitarios que se presentó el diagnóstico 0,6% de la población total

encuestada, en 1.5% en hombres y 3.4% en mujeres. Morales, Camacho, Coll & Vázquez (2010) argumentan que al igual que en Colombia, México también carece de registros o estudios con muestras poblacionales grandes. Quizás esto se explica debido a que no se ha visibilizado el diagnóstico en gran número de personas. Cohen Tein y Simeon 1995 (como se citó en por Pérez, Pineda & Arellano , 2012) mencionan que es posible que el 40% de los casos tiende a no ser diagnosticados; además que más de la mitad de los casos no tiene ningún tratamiento.

Por su parte Woods et al (2006) indican que la aparición de la tricotilomanía en la infancia y pubertad tiende a ser la norma (5 a 13 años de edad) y que en este periodo no hay diferencia en su incidencia con relación al género. Lo contrario sucede en la adolescencia y la adultez donde las mujeres tienden a presentar más el diagnóstico. Así mismo lo expresa Jaramillo (2007) quien expone que las mujeres no solo lo presentan aún más si no que en ellas suele también volverse más crónico. La relación entre hombres y mujeres es 1.5% y 3.4% respectivamente.

Factores Asociados y Clasificación

El diagnóstico en algunas personas también incluye la tricotilomanía que además del hábito de arrancarse los cabellos tienen la conducta de deglutirlos. Esta característica particular genera implicaciones de características diferentes como lo son la creación de lo que se conoce como bezoar. O'Sullivan, McGreal, Walsh y Redmon, 2001 (como se citó en Morales, Camacho, Coll y Vázquez, 2010, p. 265) lo definen como “un conglomerado de comida o material extraño en el tracto intestinal y puede ser clasificado de acuerdo con su constituyente primario: cabello (tricobezoar), plantas (fitobezoar), etcétera...” los autores también hacen la claridad del término Tricobezoar, que por consiguiente hace referencia a la acumulación de cabello en la cámara gástrica tras el acto frecuente de ingerirlo, lo cual puede producir el

síndrome de Rapunzel que es cuando un tricobezoar se pasa al intestino delgado produciendo un cuadro sintomatológico que varía de paciente en paciente y que rara vez se torna maligno (Arce y Arce, 2007).

Según el DSM 5 la tricotilomanía (TTM) hace parte del grupo de los trastornos obsesivos (en la anterior versión hacia parte de los trastornos por control de impulsos). Jaisooraya, Reddy & Srinath, 2003; Ferrao, Miguel & Stein 2009 (como se citó en Castelló, 2014) describen que este cambio se realizó debido al análisis de los elementos etiopatogénicos que indican la relación más estrecha con el espectro obsesivo: Las principales evidencias de estos son la incidencia de comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo TOC y factores genéticos como la presencia de un TOC en algún miembro de la familia en primer grado, argumentan también que se diferencia por la presencia de alivio pos realización del hábito, que se vincula más con la compulsión que el impulso que se caracteriza por sentimientos de satisfacción. Moreno et al (2007) describe que concuerdan en que algunos pacientes presentan con urgencia, aumento de ansiedad y después de la consumación del hábito una gratificación, aunque en algunos otros sólo se siente placer pos hábito. Por otra parte menciona que se diferencia en que los pacientes con tricotilomanía por lo general consuman el hábito de manera involuntaria mientras que los pacientes con TOC lo hacen de manera consiente, lo que sugiere que la tricotilomanía es una variante del TOC, aunque no se presenten pensamientos obsesivos. En comparación el TOC no muestra diferencias marcadas por el sexo de quien lo padece, por otra parte la tricotilomanía predomina en mujeres. Bohne et al, 2002 (como se citó en Jaramillo, 2007) describe que la tricotilomanía hace parte de “las conductas repetitivas centradas en el cuerpo” pues es un comportamiento en el cual se arranca: pelo, uñas o mucosas (partes del cuerpo), y explicándolo desde este punto que hace parte de la calificación de trastornos del control de impulsos. Las “conductas repetitivas orientadas o centradas en el cuerpo” son definidas por Bohne et al, 2002 (como

se citó en Martínez, González, & Donoso (2006, p. 207), como “todas aquellas conductas que como su nombre lo indica, están dirigidas hacia el propio cuerpo y que a menudo se enfocan en remover parte de éste”. Martínez, et al, (2006, p. 208) hacen la claridad de que estas conductas pueden excluirse de ser una patología, y ser consideradas hábitos, es decir, “una conducta iterativa, egosintónica, que tiene un propósito determinado y que está, por lo tanto, bajo el control de la voluntad, sin evitamiento o interrupción, ansiedad o tensión por parte de la persona que la exhibe”.

Consecuencias

Jaramillo, (2007) describe como las principales complicaciones del diagnóstico “rash o eritema del área, alopecia, infecciones del cuero cabelludo y hasta síndrome del túnel carpal” (p.5) puesto que el área queda expuesta para la entrada de cualquier posible infección. Asimismo menciona que cuando las personas también presentan tricofagia se produzca un problema de absorción intestinal (por un tricobezoar) entre otras.

También es importante considerar el entorno en el que el paciente se encuentra pues este puede convertirse también en una adversidad vinculada al diagnóstico, en el caso específico de las personas que padecen tricotilomanía en muchas ocasiones éstas son estigmatizadas por la evidencia de su padecimiento (zonas pseudo alopécicas y alopécicas). Goffman, **1963** (como se citó en Rosado, et al, 2016) menciona que existen 3 tipos de estigmas, estigma por anormalidades físicas, por anormalidades mentales o psicológicas, y por asociación a grupos, razas, etnias o comunidades. Los dos primeros tipos de estigmas podrían ser empleados para describir a las personas que viven con el diagnóstico, pues cumplen con el estigma de anormalidades físicas, como lo son las ya mencionadas zonas alopécicas, cuero cabelludo de aspecto enrarecido y cabello de diverso tamaño que puede ser considerado como una deformidad corporal y que son manifestaciones visibles. Por otra parte también cumple con el

estigma relacionado con anormalidades mentales o psicológicas que se puede vincular con el hecho de que el diagnóstico y sus consecuencias tienen una base principalmente psicológica y que salen de la norma lo socialmente considerado “natural” poniendo en tela de juicio su capacidad de decisión. El último, estigma no aplica para todas las personas, tan solo algunos casos específicos.

Evaluación

Torales et al, (2014) mencionan que la evaluación de la tricotilomanía necesita información de múltiples fuentes para construir una comprensión coherente de la conducta, el paciente y su contexto. Añade que en la evaluación el contexto familiar es de gran importancia por el rol que juega la misma en la contención o producción de estrés en el constante, considerando la interacción, el potencial socioeconómico, posibles situaciones de violencia intrafamiliar, el tipo de casa y roles normativo y afectivo. Además menciona que se debe evaluar la presentación, gravedad, deterioro funcional, comorbilidad, diagnóstico y diagnóstico diferencial del funcionamiento, desde las dimensiones funcionales del niño, como la conducta alimentaria, sexual, de juegos, de aprendizaje, de sueño o interacción social entre otros. Por otra parte también menciona que en la última década se han desarrollado instrumentos específicos para TTM, que ayudan al clínico a identificar los aspectos de mayor relevancia con fiabilidad, y que a su vez han ampliado la comprensión del diagnóstico (TTM) y sus consecuencias que son fundamentales para el tratamiento.

Franklin, Zgrabbe y Benavides (2011) añaden que los factores de desarrollo del diagnóstico influyen en la forma en la que se llevarán a cabo las intervenciones específicas y los instrumentos de evaluación a elegir, considerando por ejemplo la edad del paciente, que podría describir la necesidad de incluir a los padres y dependiendo de la edad del consultante se deliberaría que tan necesario es la ayuda de estos para la evaluación e intervención.

Torales et al, (2014) recomiendan para la evaluación inicial algunos instrumentos específicos basados en las sugerencias de algunos expertos encontrados en la literatura del tema, como lo son: la Entrevista Diagnóstica sobre tricotilomanía, que consiste en una entrevista semi-estructurada de fácil administración y que tiene el objetivo de investigar y calificar la presencia o ausencia de sintomatología de TTM. Cuestionario de TTM del Instituto Nacional de Salud Mental Estados Unidos de América Goodman et al, 1989; Goodman et al, 1989. como se citó enTorales et al, 2014) en una entrevista clínica semi-estructurada derivado de la Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) que evalúa la gravedad (escala NIMH-TSS) y deterioro (escala NIMHTIS) de la tricotilomanía. (Inventario de Milwaukee sobre los subtipos de tricotilomanía: versión para adultos y versión para niños, es una prueba que evalúa el nivel general de conciencia de la conducta de arrancamiento y el estilo de la conducta de arrancamiento, y ayuda al paciente a identificar su patrón para arrancarse el cabello (automático o centrado). (Franklin & Tolin, 2007).

Tratamiento

Por lo anterior es de vital importancia la intervención psicosocial al paciente, siempre enmarcado en la escucha atenta y no juzgar al consultante, para construir una adecuada alianza terapéutica. La alianza terapéutica es entendida por Bordin (citado por Andrade, 2005. p.12) como “el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio”, siendo entonces el vínculo que se basa en la confianza entre las partes que ayuda a la comprensión que facilita la puesta en escena de herramientas que se establecen por acuerdo mutuo y sin coacción. La principal utilidad que tiene dicha alianza es que en los pacientes que evalúan positivamente este vínculo, parece que facilita el proceso de cambio y el sostenimiento de la relación terapéutica en el tiempo, Krause (2001) (como se citó en Santibáñez, Román, &Vinet, 2009).

Dentro del espectro de tratamientos psicológicos existentes, la terapia cognitivo conductual en el plano de intervención, es uno de los modelos de tratamiento de mayor preferencia para intervenir un amplio abanico de trastornos mentales y que ha sido aplicado a una gran parte de la población, como así lo explican, Fullana, Fernández, Bulbena, & Toro (2011, p. 218) quienes realizaron una recopilación de investigaciones, con lo cual concluyeron que: “En todos los trastornos revisados, la TCC se ha mostrado superior al placebo farmacológico o psicológico, lista de espera y tratamiento habitual” a esto añaden; “en la mayoría de trastornos estudiados, la TCC es superior a otros tratamientos psicológicos, excepto en el trastorno depresivo mayor, donde los datos no son concluyentes” exceptuando también los trastornos psicóticos. Labrador, et al (2003) también describe los tratamientos cognitivos conductuales son los de mayor eficacia para diversos tipos de problemas concretos.

Su relevancia, parece estar en darle la importancia a que el paciente evalúe lógicamente su conducta y con ayuda de la persuasión racional del terapeuta sea inducido para que actúe y trabaje frente a su problemática (describía principalmente las actitudes neuróticas y los hábitos) Ellis, 1962 (como se citó en Pérez, 2012, p. 122). Considerando lo anterior Ellis, 1964 (como se citó en Pérez, 2012, p. 122) dice a los pacientes “no es lo que les dice el terapeuta lo que en definitiva va ayudarles a vencer sus perturbaciones emocionales, si no que el paciente haga con lo que el que el terapeuta les diga”. De esta forma las acciones no se quedan en la conversación si no que se encausan en la movilización de recursos encausados a la acción demostrada en el trabajo, el esfuerzo y la práctica. Siendo este a su vez el objetivo también de la terapia racional emotiva.

Para el tratamiento específico de la tricotilomanía se enumera algunos de los tratamientos farmacológicos más usados para contrarrestar la disfunción serotoninérgica (evidencia científica demuestra que es la posible causa), como lo son los inhibidores de recaptación de

serotonina (dependiendo del caso se determina la dosis), de fluoxetina, o sertralina algunos de estos medicamentos son usualmente usados para el tratamiento de los trastornos obsesivos.

Sin embargo, Jaramillo (2007) menciona que la evidencia también indica que no en todas las ocasiones esté tratamiento es el más adecuado y recomiendan la terapia conductual como el más idóneo dentro de la intervención psicológica y para finalizar indica que lo más adecuado es un tratamiento integral que incluya ambos (tratamiento farmacológico y medico). Por otra parte también se pueden observar en los pacientes que padecen el diagnostico afectaciones en su salud psíquica que pueden provocar aislamiento social, inadecuadas y pocas habilidades sociales (dificultades para tomar decisiones), estrategias de afrontamiento de evitación, baja autoestima, ansiedad, problemas psicosexuales, retraimiento, y problemas psicosomáticos.

La psicoterapia Cognitivo Conductual es el nombre que reciben un grupo de terapias, interesadas en modificar o moldear la conducta mediante intervenciones directas (conductuales), e igualmente desde lo cognitivo donde se incluye el contenido emocional, su fin es la evaluación, control y confrontación de las los supuestos desadaptativos y las creencias falsas (Pérez, 2012). Entonces la naturaleza de la problemática se ubica en la comprensión errónea del contexto y la interacción con el mismo, siendo el modelo cognitivo conductual el de mayor idoneidad para redefinir los esquemas de manera adecuada sobre su realidad. Un tema que es de gran relevancia en la psicología es la adherencia a los tratamientos, la cual es descrita por DiMatteo y DiNicola, 1999 (como se citó enMartín, 2004, p. 202) como “adherence” y descrita como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”. Se podría pensar entonces que una adecuada alianza terapéutica y una adherencia moderada al tratamiento podrían asegurar que los pacientes permanezcan en el proceso el tiempo preciso para intervenir adecuadamente sus situaciones

problemáticas, pese a las adversidades y contratiempos, convirtiéndose probablemente en la guía para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Parece que la presencia de una red de apoyo familiar fuerte puede ayudar a la adherencia terapéutica en especial en los niños, ya que podrían motivarlos a continuar, probablemente convirtiéndose esta en el principal sostén de ellos para que pueda derrumbar sus temores con relación al diagnóstico y lo que este puede ocasionarles. También es importante considerar que es posible que el hecho de saber que uno de los miembros de la familia posee un diagnóstico de este tipo (tricotilomanía) puede generarles un impacto importante que dependiendo de los recursos con que cuenta puede o no convertirse en una adversidad a futuro. Burillo, Tous y Guerra (2016, p 13) resaltan el papel de la familia diciendo “El entorno familiar es fundamental en el desencadenamiento de la tricotilomanía y en la evolución favorable cuando se modifica.” Arce, et al (2014) concuerda en que es importante involucrar a los padres en el proceso, pues esto ayudará a desarrollar la intervención y a que el cambio se mantenga en el tiempo, considerando cada una de las etapas vitales por la cual el paciente pueda estar pasando, en el caso específico de los niños que presentan conductas repetitivas centradas en el cuerpo. Golomb, et al (2014) describen que estas no deben guardar mucha diferencia con relación al enfoque (cognitivo conductual) utilizado para tratar a los adultos, pero que es necesario considerar el rol de la familia y la manera en que afronta la situación, por lo cual, el tratamiento debe incluir a los padres durante una parte del proceso terapéutico. También los autores mencionan que es relevante trabajar la motivación en los pacientes considerando su etapa de desarrollo podríapor ejemplo construirse un sistema de recompensas que de paso para iniciar y fortalecer el cambio de conductas preferiblemente simultáneamente para mantener en el tiempo los avances.

Considerando lo relevante que puede ser el apoyo de los padres o la red de apoyo inmediata de los pacientes, es necesario evaluar por qué el desinterés de algunos por hacer parte del proceso. Probablemente sea porque están atemorizados frente a algo que no conocen, pues son conscientes de lo involuntario del acto en su hijo lo cual puede generarles aún más preocupación pues saben que pueden ser culpables de lo que a este le pasa y les avergüenza que los demás se enteren de su negligencia. Esto puede convertirse en una crisis para una familia que como muchos autores lo describen se encuentra en constante cambio. Aguirre (2000) indica que en las familias y sus prácticas de socialización (específicamente las urbanas) se evidencia lo que el describe cómo “una tensión” en el contexto requiere de ellas que eduquen a los hijos poniendo a elegir a la familia entre formas tradicionales de educarlos y las formas contemporáneas de orientar su conducta (formas de educar en países de gran desarrollo económico), esto genera que la familia esté en constante evaluación de su actuar, lo que sugiere que nuestro entorno socio cultural está cambiando. Echeverri, (1998, p. 51) describe a la familia como “ el principal agente transmisor de las normas, de los valores y de las identidades individuales y sociales” mencionando que esta es la que ayuda a que se construyan los afectos y donde se instruye al individuo, menciona que la familia específicamente la colombiana ha sufrido varias transformaciones a finales del siglo pasado, evidenciada en varias mutaciones, como son: los cambios en la composición y la estructura de los hogares, la inestabilidad en la relación de pareja, y conflictos de pareja que se relacionan con lo que Aguirre mencionaba la lucha entre los estereotipos e ideales de tradicionales de familia y la nueva concepción de familia convalidada constitucionalmente y socialmente. Todo esto indica que el país y la familia colombiana propiamente se orientan cada vez más a relaciones democráticas, especialmente en cuanto se refiere a la toma de decisiones y a la ejecución de estas en el hogar.

De lo anterior se puede concluir que lo más pertinente para intervenir las conductas tricofilomanía es un modelo cognitivo conductual, con técnicas de corte más conductista para niños menores de doce años, que a su vez debe contar con el apoyo e inclusión de los padres en el proceso para el aprovechamiento pleno de todas las herramientas aprendidas y prevenir recaídas.

Metodología

Diseño

Para el desarrollo de esta monografía se utilizó la estrategia metodológica de estudio de caso, la cual fue descrita por Martínez (2006) como:

El método de estudio de caso es una estrategia metodológica de investigación científica, útil en la generación de resultados que posibilitan el fortalecimiento, crecimiento y desarrollo de las teorías existentes o el surgimiento de nuevos paradigmas científicos; por lo tanto, contribuye al desarrollo de un campo científico determinado. Razón por la cual el método de estudio de caso se torna apto para el desarrollo de investigaciones a cualquier nivel y en cualquier campo de la ciencia, incluso apropiado para la elaboración de tesis doctorales (p.189)

Su propósito radica en comprender lo característico del caso, con la intención de saber cómo funciona desde cada una de las partes y la interacción entre estas integrando el todo (Muñoz & Muñoz, 1999). Por ello es una herramienta de gran ayuda para analizar, describir e intentar comprender fenómenos que en algunas ocasiones no cuentan con suficiente documentación, puesto que se puede llegar a pensar que pese a que una problemática ampliamente investigada tan solo en algunos contextos o bajo algunas condiciones específicas, pueden no ser útil para otros. También puede servir como una guía para trabajos similares en contexto semejantes.

Participante

El presente estudio de caso se realizó con uno de los 17 pacientes atendidos en consulta externa en psicología de la modalidad de atención individual, familiar y de pareja de la IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) Instituto de Familia y Vida como unidad

académica de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, que fue el lugar donde se desarrolló el proceso de prácticas de la Especialización en Psicología Clínica. Los criterios para elegir el caso fueron: finalización del proceso en las etapas de evaluación e intervención, número de sesiones (entre 12 y 18), relación terapéutica adecuada, compromiso con el proceso, instrumentos aplicados, antecedentes y la posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico. Todo desde el área de atención y orientación pedagógica, donde se encuentran los servicios de consulta psicológica, terapia y orientación familiar (Instituto de familia y vida, 2016). Seguido se expondrá una breve descripción del caso e historia personal del consultante.

El caso seleccionado para el desarrollo del trabajo corresponde al paciente M.P un niño de 11 años de edad, de género masculino, nacido en Girón (Santander), donde actualmente sigue residiendo. M.P es el hijo menor de una familia monoparental con presencia de hijos provenientes de otra unión conyugal del padre, compuesta por dos hermanos de 21 y 15 años de edad, el mayor proveniente de una relación anterior del progenitor del consultante y el siguiente de la unión actual, con quienes en el momento actual no convive. Embarazo deseado, ambos padres trabajan en jornadas diurnas como auxiliar de servicios varios (progenitora) y mensajero (progenitor). Se evidenciaron conflictos en el subsistema parental y conyugal, M.P mantiene una relación cercana con su progenitora, donde se evidencia confianza, buena comunicación y en algunos espacios sobreprotección. Por otro lado, la relación con el padre es distante debido al poco tiempo que comparten, pero tienden a usar estos espacios para manifestar su afecto y cercanía, pese a que no existe tanta comunicación como con la progenitora. Actualmente se presenta periferia del padre con relación a los deberes, funciones y responsabilidades dentro del hogar, expresada en las dificultades en la relación con su pareja, unido a inadecuados estilos de crianza.

M.P se encuentra cursado sexto (6) grado de formación básica secundaria en una institución educativa de Girón, en donde presenta desempeño académico bueno y resalta por su talento para el canto, además conserva buenas relaciones con profesores, pares y directivos. Es percibido por sus profesores como colaborador, respetuoso y amable. Se muestra adaptado a su entorno escolar, no se evidencian dificultades para relacionarse abiertamente con sus compañeros, hacer amigos, entablar conversaciones, hablar en público y expresar sus puntos de vista frente a los demás, tampoco parece presentar dificultades para desarrollar actividades grupales. No reporta haber recibido agresiones verbales por parte de sus pares. Realiza actividades extracurriculares (práctica fútbol).

El consultante muestra una relación fluctuante con sus hermanos, pese a que es distante con su hermano del medio se comunica y lo trata generalmente con respeto. Con el hermano mayor el paciente se comunica en más ocasiones pero generalmente no muestran afectividad entre ambos. Comparte momentos con sus hermanos, durante la semana, donde se divierten y juegan. No se evidencian antecedentes relevantes durante el periodo de gestación de la madre del paciente durante su embarazo, además del aislamiento de la madre de su familia de origen debido a conflictos entre ésta y su pareja. Se observa que las pautas de crianza empleadas con el hijo del medio son diferentes a las aplicadas con el paciente siendo las del consultante más flexibles y permisivas en comparación con las de su hermano (del medio).

La madre reporta que la situación con su familia de origen actualmente ha mejorado, y aunque la relación conyugal cambió para bien, puesto que se nota el esposo atento, colaborador, preocupado por sus hijos y más comprometido con algunas funciones del hogar, las cuales solo le pertenecían a ella. La comunicación mejoró.

Instrumentos

La evaluación psicológica del consultante se realizó con los siguientes instrumentos y formatos de valoración clínica:

- *Consentimiento informado.* Documento necesario para el ejercicio clínico del psicólogo, el cual el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, exige también para dar inicio al tratamiento terapéutico y con el cual se orienta e informa sobre el proceso de evaluación e intervención al consultante y/o tutor legal, además de dar autorización para brindar y acceder a información personal pertinente para la atención psicológica. Enmarcado en la Ley 1090 del 2006, que dicta los parámetros y principios éticos del profesional colombiano con su disciplina, pacientes y sí mismo. (Ver anexo1)
- *Historia clínica.* Es un documento de carácter confidencial donde se consigna información relevante del caso, además de soportes usados en el proceso psicológico. El cual solo puede ser manipulado por el psicólogo cargo del caso, el paciente o alguien que se autorizado por este último. En el Instituto (IFV) existen tres tipos para niños y adolescentes, de pareja y adultos, los cuales cumplen las normativas legales que preside el ejercicio de los Psicólogos clínicos en Colombia (Código Deontológico y Bioético, Resolución N° 1995 de 2006), que deben ser diligenciados de manera obligatoria en orden cronológico. Para la comprensión de la historia y evolución de la problemática que presenta el consultante (Ver anexo 2).
- *Entrevista semiestructurada.* Cuenta como un instrumento que ayuda a la recolección de datos, la cual se adaptó según el malestar percibido en la progenitora y el niño, para que fuera más pertinente. Se indagaron sobre las múltiples dimensiones de vida donde el paciente y su familia se desempeñan, para ir identificando rasgos de la personalidad del paciente, dinámica familiar, redes de apoyo, estrategias de afrontamiento, pautas de

- crianza, estados de ánimo y emocionales, talentos, aficiones, historial académico, relación con los pares y figuras de autoridad, antecedentes médicos y psiquiátricos.
- *Entrevista Clínica Conductual*. Llavona, L, M (1993). que sirve para recopilar datos con relación a: la delimitación de la conducta, la importancia del problema para el paciente, los límites o parámetros de la conducta problemática, los determinantes de la conducta, la evolución y desarrollo de la misma y las expectativas y objetivos sobre el proceso. Fue elegida puesto que indaga los aspectos más relevantes de la situación problemática, que ayudan al psicólogo a plantear hipótesis diagnósticas y planes de tratamiento adecuados, haciendo énfasis en los síntomas de mayor preocupación por la familia (Ver anexo 3).
 - *Escala de ansiedad manifiesta en niños –revisada (CMAS-R)*. Instrumento que describe diferentes áreas en las que se manifiesta la ansiedad. Este autoinforme proporciona cuatro escalas factoriales individuales subcomponentes de ansiedad o subescalas: a) Ansiedad fisiológica, b) Inquietud/hipersensibilidad, c) Preocupaciones sociales/concentración, y d) de Mentira. Además de una la puntuación de Ansiedad total que las engloba a todas. Es un instrumento que tiene 37 reactivos, diseñados para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 (nivel de lectura aproximado de tercer grado) a 19 años de edad, de aplicación individual o grupal y de tipo de respuesta “Sí” o “No.” Reynolds y Richmond, 1997(Ver anexo 4).
 - *Sistema de Evaluación de niños y adolescentes (SENA)*. Este instrumento proporciona seis de índices globales: índice global de problemas (GLO), índice de problemas emocionales (EMO), índice de problemas conductuales (CON), índice de problemas en las funciones ejecutivas (EJE), índice de problemas contextuales (CTX) e índice de recursos personales (REC), los cuales permiten resumir las puntuaciones obtenidas en distintas escalas y que muestran el funcionamiento del evaluado en varias

áreas más generales. Adicionalmente, está comprendido por las escalas: de control, de problemas, de vulnerabilidades, y de recursos personales. Además, evalúa la percepción de sí mismo (auto informe) y la que tienen de él en los contextos familia y escuela. Fernández, Santamaría, Sánchez, Carrasco, y del Barrio (2015). (Ver anexo 5).

Debido al componente multicausal de la TTM se decidió utilizar los criterios del DSM 5 y no una prueba psicológica para establecer el diagnóstico. Torales et al, (2014) mencionan que desde sus labores en el departamento de psiquiatría de infancia y adolescencia de la facultad de ciencias médicas en la Universidad Nacional de Asunción presentaron múltiples dificultades para la evaluación TTM pediátrica, y atribuyen esto a la combinación de varios factores que pueden contribuir a la inexactitud de los informes acerca de la gravedad de los síntomas, como lo son: vergüenza producida, falta de conciencia de la conducta (de tirarse el cabello), conflictos con los padres y los factores de desarrollo.

Opdyke y Rothbaum (2007) mencionan la necesidad de realizar dentro de un esquema de tratamiento un registro fotográfico, pero debido a que el paciente evidenciaba aversión e incomodidad, de exponer su cuero cabelludo a terceros incluyendo al terapeuta, se dejó de lado. Durante el proceso de intervención se intentó motivar al paciente a llevar el registro fotográfico pero no fue posible convencerlo, pues este pese a tener buena relación terapéutica argumentaba que se sentía incómodo.

Procedimiento

A continuación se expone brevemente el contenido por sesiones durante el proceso psicológico desarrollado con el consultante:

Tabla1

Esquema del programa de tratamiento

Sesión	Objetivo	Técnicas de intervención
1,2, 3 y 4	Encuadre, valoración del caso y establecimiento de relación terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica - Diálogo socrático - Contrato verbal - Sondeo cognitivo - Entrevista clínica -Entrevista familiar
4.1	Correlacionar la información del sistema y psicoeducación frente a pautas de crianza e implicación en el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de búsqueda de recursos - Psicoeducación en comunicación asertiva -Apoyo emocional y a las actividades del tratamiento. - Reforzamiento positivo de la red funcional de apoyo al paciente
5 y 6	Descartar hipótesis diagnósticas y aplicar prueba psicológica. Definir objetivos terapéuticos.	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista semiestructurada -Registro de excepciones - Técnica de búsqueda de recursos
7	Psicoeducación de diagnóstico e introducción en el cambio de fase del tratamiento (de evaluación a intervención)	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación de diagnóstico al paciente y su progenitora -Ventilación emocional y validación emocional
8	Recoger información sobre posibles precursores de la conducta, predisponentes y psicoeducar sobre el autorregistro.	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación por medio de la observación -Autorregistro. -El informe de otras personas significativas -Psicoeducación en adherencia al tratamiento.
9	Explicar el tratamiento, revisar los inconvenientes del hábito, y entrenar en la inversión del hábito (practicar una respuesta incompatible)	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación del tratamiento. -Repaso de los inconvenientes del hábito -La práctica de una respuesta que compita con la conducta problema, se enseña por medio de ensayo simbólico. -El entrenamiento en prevención -Control del estímulo -El apoyo social

		-Entrenamiento relajación muscular profunda.
10	Entrenar al paciente en la relajación muscular profunda.	-Reforzamiento positivo de estrategias de afrontamiento
11	Reencuadrar las herramientas ya realizadas para fortalecerlas con el paciente y progenitora, y extender el entrenamiento a la relajación diferencial y el reentrenamiento de la respiración.	-Entrenamiento a la relajación diferencial y el reentrenamiento de la respiración.
12	Adquirir conocimientos para realizar la detención del pensamiento y reestructuración cognitiva de Beck/Ellis	-Detención del pensamiento por medio de imaginación -Reestructuración, reposicionamiento y diálogo socrático
13	Psicoeducar sobre el diálogo con uno mismo dirigido.	-Diálogo con uno mismo dirigido
14	Reforzar y fortalecer las herramientas efectivas y fomentar la Reestructuración cognitiva de Beck/Ellis	-Reforzar el uso adecuado de las técnicas antes explicadas, especialmente la discusión y debate de ideas irracionales (Reestructuración cognitiva) -Técnicas basadas en la información
15	Enseñar el Modelado encubierto y la representación de papeles	-Representación de papeles -Modelado encubierto
16	psicoeducar al paciente en prevención de las recaídas, evaluar y concluir el proceso	-Prevención de las recaídas.

Nota. Para mayor información ver anexo 6.

Fueron escogidas las anteriores técnicas después de una amplia búsqueda bibliográfica sobre terapias cognitivos conductuales eficaces para tratar la tricotilomanía. Principalmente el capítulo de Opdykey y Rothbaum (2007) Otros trastornos del control de impulsos con énfasis en la tricotilomanía, en el Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Donde describen un cúmulo de técnicas eficaces para tratar la tricotilomanía.

Objetivos terapéuticos

1. Eliminar la conducta de arrancarse el cabello e incentivar la presencia de otros hábitos adaptativos para manejar la tensión o sentimientos de aburrimiento.
2. Aumentar la conciencia de enfermedad por medio del reconocimiento de las características de la conducta (precursores de la respuesta, situaciones que predisponen al hábito y la revisión de sus inconvenientes)
3. Disminuir las conductas de inadecuado manejo de la frustración.
4. Identificar y modificar pensamientos disfuncionales relacionados con esquemas mentales de derrota e incompetencia e incluir en el proceso terapéutico a miembros de la familia para fortalecer la red de apoyo del paciente.
5. Brindar herramientas para la prevención de recaídas y manejo de situaciones estresantes.

Resultados

El Sistema de Evaluación de niños y adolescentes (SENA) no mostró un grado de afectación considerable en el contexto escolar, indicando que expresa de forma apropiada sentimientos como la ira y obedecerá las figuras de autoridad. El paciente presenta habilidades de aprendizaje dentro del promedio en áreas de lectura, escritura y matemáticas no se presentan dificultades para comprender las explicaciones y / o problemas aparentes para dirigir y mantener la atención en una tarea.

Los resultados no muestran diferencias entre el carácter exteriorizado o interiorizado, pues ambos se encuentran dentro de lo normativo, los tres informes concuerdan. Con base en los resultados y lo observado, puede que esto sugiera en este caso que el paciente muestra conciencia de sus síntomas pero que no considera que pueda necesitar cambios a nivel psicológico o emocional. Con relación a los síntomas presentados por el paciente estos pueden ser explicados debido su ciclo vital y a que la línea de crecimiento de aparición de los síntomas que, por su aparición no muy evidente, no hayan generado malestar clínicamente relevante en el momento de la aplicación de la prueba.

No se muestran aspectos relevantes en la comparación de los tres informes siendo todos igualmente no concluyentes. Adicionalmente, en un análisis minucioso del perfil familiar se evidenció aparentes indicios de comportamientos de desafío y oposición a las figuras de autoridad, donde se pueden incluir eventos de desobediencia en el hogar y quizás en algunos momentos llegar incluso a la hostilidad, también la progenitora describe que el paciente presenta asomos de una expresión exagerada e inapropiada de su ira, teniendo dificultades para regular y expresar este tipo de emociones, aunque sin llegar a comportamientos de tipo agresivo-impulsivo como lo refirió ella en la entrevista individual.

La información brindada por la docente y el menor plantea a los cuidadores estar más atentos a todas las ocasiones en las que se dé la conducta no deseada (arrancarse el cabello) en el ámbito escolar que les permita evaluar las situaciones que están influyendo para que se presenten dificultades solamente en éste ámbito. Probablemente, las conductas repetitivas se presenten en situaciones que demanden un adecuado manejo del estrés, como el que puede estar sintiendo allí.

Los resultados del pretest y el post test de la escala de ansiedad manifiesta en niños – revisada (CMAS-R) se revisaron comparados con la muestra combinada de varones de once años de edad, donde se hallaron con las puntuaciones naturales, el percentil y las puntuaciones T. Basándose en la media de los resultados se hallaron las desviaciones del autorreporte de ansiedad del individuo a partir de la puntuación obtenida. Los resultados arrojaron que en la escala de Ansiedad Total, la puntuación fue baja lo que sugiere que el paciente no presenta ningún indicio que manifieste un nivel considerable ansiedad. Con relación a las subescalas, la sub escala de Ansiedad fisiológica tuvo una calificación baja lo que sugiere que el consultante No presenta respuestas fisiológicas que generalmente se experimentan durante la ansiedad. En la subescala de Inquietud/hipersensibilidad la puntuación fue también muy baja lo que puede indicar que el paciente No internalizar síntomas de ansiedad, ni presenta sentimientos de agobio, miedo reiterado, nerviosismo, o hipersensibilidad a las presiones ambientales. La subescala de Preocupaciones sociales/concentración al igual que la anterior subescala puntúo muy bajo, lo que describe la carencia de sentimientos de ansiedad relacionados a la incapacidad de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas también que no le genera malestar la auto comparación con otros ni dificultades para desempeñar actividades académicas o de otro tipo. Por otra parte la subescala de Mentira a diferencia de las demás puntuaciones presento un puntaje muy alta que sugiere que hay la posibilidad que el

autoinforme sea impreciso. También podría ser la intención del niño para proporcionar información falsa para el examinador, esto probablemente sea porque el consultante está simulando “bondad” intencionalmente para convencer al examinador o a alguna otra persona de no tiene ningún defecto O por el contrario puede ser que este tenga un punto de vista elevado de manera generalizada o imprecisa acerca de sí mismo del cual no sea consciente. Por último Reynolds & Richmond (1997) describen que en su experiencia han identificado que hay niños que pueden estar experimenten ansiedad pero que presentan dificultad para expresarla, pese a presentar puntuaciones extremadamente bajas en la CMAS-R ”.

Tabla 2.

Resultados Escala de ansiedad manifiesta en niños –revisada (CMAS-R)

Pre- test		Pos- test	
Ansiedad Total	2 Ds debajo	Ansiedad Total	1 Ds debajo
Ansiedad fisiológica	1 Ds debajo	Ansiedad fisiológica	1 Ds debajo
Inquietud/hipersensibilidad	3 Ds debajo	Inquietud/hipersensibilidad	1 Ds debajo
Preocupaciones sociales/concentración	3 Ds debajo	Preocupaciones sociales/concentración	1 Ds debajo
Mentira (L)	2 Ds sobre	Mentira (L)	2 Ds sobre

Nota.Ds: hace referencia a las desviaciones estándar de diferencia con base a la media, comparada con la muestra combinada de varones de once años de edad.

Para evaluar la frecuencia del síntoma, se invitó al paciente durante toda la fase de intervención a registrar la cantidad de veces por semana en que se arrancaba el cabello. La siguiente es una gráfica que ilustra la media de conductas correlacionadas entre el paciente su progenitora.

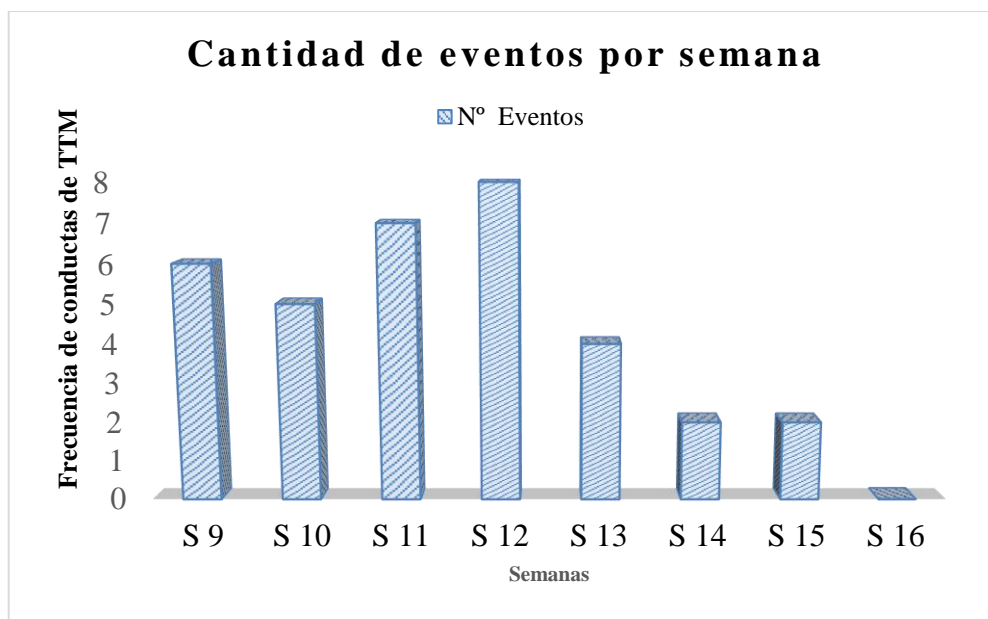


Figura 1. Grafica de frecuencia de eventos durante la fase de intervención.

Nota.Nº Eventos: hace referencia al promedio de veces en que el paciente searrancaba el cabello (descritas por el paciente y su progenitora).

Se evidencia una tasa decreciente de eventos que va hasta la remisión del proceso en la última sesión. Se presenta en la mitad de la intervención un incremento en las conductas debido a que en este tiempo se hizo una pausa en el proceso por un lapso de cuatro semanas, lo indicado en la gráfica 1 es un promedio de los eventos semanales durante este tiempo.

Motivo de consulta:

El menor asiste a consulta psicológica por solicitud de su mamá, las situaciones referidas son “es que él se arranca el cabello... yo digo que es ansiedad, veo que está haciéndose rollos en el cabello... cuando jugaba futbol cuando no tiene el balón, él se comía las uñas”

El paciente refiere saber la razón exacta del porqué su progenitora lo llevó a consulta, cuando se le preguntó sobre cual creía él que era el motivo de asistir a psicología respondió “porque me arranco el cabello, ya mi mamá me había dicho” El paciente se muestra indiferente, distante, retraído y describe no conocer el porqué de su conducta. El consultante

describe que fue informado por su progenitora de la citación con un día de anticipación, de la cual no preguntó mucho, sino que solo se limitó a asistir a esta.

Descripción del motivo de consulta

La progenitora del paciente afirma que trae a consulta a su hijo porque le preocupa en gran medida el tamaño de las zonas de alopecia que cada vez van en un aumento. Manifiesta que no es una conducta nueva, que viene presentando desde el año anterior, pero que su presencia se hizo más evidente en el segundo trimestre del año por lo cual ve la necesidad de buscar ayuda, adhiere que no fue abordada inmediatamente debido a que ya había presentado conductas similares (onicofagia) y se extinguieron con mecanismos sugeridos por familiares cercanos como usar esmalte., El paciente por su parte se muestra indiferente, describiendo y minimizando la conducta como algo de menor importancia, que no requiere asistir a orientación psicológica.

Problema

Problemas para el manejo de la ansiedad, frustración y los sentimientos de aburrimiento que se reflejan en una conducta tricoticolomaníaca por lo general cuando no está acompañado (con excepción de su familiar cercana).

Descripción del problema:

Problemas para el manejo de la ansiedad, frustración y los sentimientos de aburrimiento que se reflejan en una conducta tricoticolomaníaca por lo general cuando no está acompañado (con excepción de su familiar cercana).

El paciente y su progenitora mencionan que extinguir la conducta de arrancarse el cabello les ha sido extremadamente complicado pues ninguno de sus intentos por hacerlo dio efecto. La conducta ha traído consigo en la actualidad pérdida del cabello en zonas con evidente

alopecia, lo que parece haber traído los primeros indicios de malestar clínicamente significativo pues se evidencia que el paciente ve dificultades a futuro en áreas importantes de su funcionamiento como lo son el plano social, escolar y otros. No presenta tricofagia, según refiere la conducta se presenta en mayor medida en periodos de aburrimiento o frustración por lo general cuando no está acompañado. Al revisar su rutina diaria se hace aún más notable la presencia de espacios de tiempo donde existe alto riesgo de aparición de la conducta debido a que pasa un número considerable de horas sin ocupación y solo en casa. Se observa en el discurso del paciente disonancia, pues aunque expresa que la sintomatología no es de gran relevancia, si se muestra molesto y/o incomoda cuando cualquier persona manipula su cabello.

El sistema familiar del paciente y el paciente mismo también menciona que presenta dificultades para el manejo la frustración o sentimientos de agobio por situaciones de su cotidianidad. Esto se hace visible en las conductas de desahogo con algunos objetos cuando se enfrenta a derrotas o situaciones conflictivas de difícil solución. Además de trabajos complicados en el colegio, perder partidas en videojuegos, entre otros detonantes de la conducta de desahogo y tricotilomanía. Actualmente el consultante demuestra gran dificultad para manejar la frustración o sentimientos de agobio por situaciones de su cotidianidad.

Evaluación sincrónica

Actualmente el consultante reporta un promedio de un episodio diario, con especial aparición entre semana y en su hogar. Se identifica que en el colegio la aparición es menor y que con regularidad se vincula a momentos de tensión como resolver actividades escolares complejas. No parece interiorizar la totalidad de las consecuencias de su hábito, mostrándose indiferente y en algún momento apático. En su familia su mamá es quien muestra mayor interés por extinguir la conducta. Su relación con su entorno académico y social es normal,

no presenta conductas de evitación a establecer relaciones sociales nuevas, interacciones o expresarse en público. Tampoco dificultades para entablar conversaciones o generar dialogo fluido. Se muestra participativo en este espacio haciendo parte de actividades y presentaciones de canto donde según el mismo paciente destaca, además este cuenta con amigos cercanos.

Dedica su tiempo libre y fines de semana para videojuegos, ver videos o televisión. Refiere hacer parte de una academia de futbol, a la cual acude cuatro días a la semana. Menciona tener muy buena relación con sus hermanos, informando qué guarda mayor cercanía con su hermano mayor que con el del medio, aunque comparta mayor tiempo con este. El paciente muestra gran molestia por la apariencia de su cabello, evidenciado incomodidad cuando sus progenitores intentan enseñar los espacios de alopecia. Es relevante acuar que el paciente tiene desempeño académico bueno, sin hasta el momento recibir algún reporte de dificultades relacionadas con las conductas de tricotilomanía o zonas alopécicas.

Evaluación Diacrónica

Tabla 1.

Factores de la evaluación diacrónica

Predisposición	Adquisición	Mantenimiento	Protectores
- Control excesivo de la progenitora.	-Ambiente conflictivo en el hogar.	- Permisividad y negligencia de los padres por discrepancias en pautas de crianza	-Apoyo de su familia extensa por parte del progenitor.
- Periferia del padre.	-Exposición a maltrato verbal y psicológico	- Relaciones conflictivas familiares.	-Cercanía con los educadores de su colegio
- Conflictos familiares.	-Inadecuadas pautas de crianza	- Descargas emocionales frecuentes de la progenitora	
-Tensión familiar por	-Cismogénesis familiar.		

dificultades económicas	- Inadecuado manejo de la presencia de otro miembro y repartición de responsabilidades en la familia	-Flexibilidad de los docentes (minimizan el síntoma)	-Buen rendimiento académico
- Creencias irracionales sobre relación de pareja	-Sobrecarga de la progenitora por sentimientos de desigualdad	-Normalización del síntoma y de la expresión inadecuada de la frustración(familia)	- Apoyo de su progenitora y hermano del medio.
-Inadecuada transición en el acompañamiento del ciclo vital		-Técnicas inadecuadas para extinguir la conducta.	- Gusto y habilidades por el deporte.

Dominios:

- **Emocional afectivo:** el paciente se observa indiferente y tranquilo con relación a las consecuencias de la conducta repetitiva (arrancarse el cabello), con excepción a los momentos en que una persona diferente al manipula su cabello al parecer experimenta incomodidad, fastidio y ansiedad. Además el consultante presenta respuestas fisiológicas relacionadas con dificultades para el manejo de la activación como aceleración de la frecuencia respiratoria, y en ocasiones movimiento repetitivo e involuntario en los pies. Por otra parte al explorar la percepción del paciente de lo que puede ser su futuro este menciona sentirse preocupado porque la conducta pueda afectar su desempeño para actividades que le gustan (natación). Durante el proceso se mostró al inicio indiferente y poco afectuoso, para luego al final tornarse alegre y colaborador.

- **Cognoscitivo verbal:** logra mantener y establecer el contacto visual y verbal, presenta lenguaje fluido así como discurso coherente y ordenado. Comprende las preguntas y las responde coherentemente. Orientación autopsíquica y alopsíquica conservada. Sin embargo, se evidencian pensamientos de que validan su incapacitado

dificultad para controlar el hábito, generando también autoverbalizaciones negativas cuando intenta sin éxito extinguir la conducta.

- **Interacción:** al momento de la intervención el consultante cuenta con una red de apoyo importante, que consiste principalmente en su hermano del medio y su progenitora al interior de la familia nuclear, sus abuelos paternos y algunos profesores. No se evidencian dificultades en esta área, siendo descrito por su familia como sociable y con facilidad para relacionarse con personas nuevas dentro de los parámetros normales. Aunque en la actualidad presenta episodios esporádicos de tartamudez funcional esto no ha limitado hasta el momento la interacción con sus pares o generado problemas para hablar en público. Refiere disfrutar los espacios donde comparte con otras personas diferentes a su familia y actividades sociales.

- **Antecedentes relacionados a salud:** No refiere antecedentes médicos significativos.

Contextos:

- **Académico laboral:** En el área académica, el consultante sobresale por sus notas, desempeño y buenas relaciones. No se evidenciaron antecedentes de conflictos o dificultades en este contexto, refiere la progenitora que desde pequeño se ha destacado por su buen rendimiento escolar, por lo cual ha sido reconocido por sus docentes además de su participación activa en actividades y presentaciones extracurriculares.

- **Familiar:** El paciente hace parte de una familia nuclear reconstituida, en etapa de padres con hijos adolescentes, conformada por madre, padre, y dos hermanos de 21 (hermanastro) y 15 años, con progenitores que presentan discrepancias en el ejercicio de las pautas de crianza (autoritaria por parte de la progenitora y permisiva por parte del padre), distanciamiento y pautas comunicativas deficientes. El consultante es el hijo menor. Se evidencia sobrecarga de la progenitora debido a una pauta asimétrica con relación distribución de los gastos y responsabilidades en el del hogar, lo que refuerza

el deterioro de las pautas comunicativas. Además al interior de la familia se evidencian dificultades entre progenitora y los demás miembros del subsistema fraternal, situación que al parecer ha desencadenado en la familia cismogénesis de uno de sus miembros (hijo del medio) relacionado a la etapa del desarrollo por el que este confronta. Por último se evidencia como parte de la interacción familiar creencias irracionales sobre relación de pareja, que ha ocasionado distanciamiento e inestabilidad emocional a nivel familiar. El paciente refiere que la relación de mayor cercanía que tiene en la familia es con su progenitora, a quien considera estricta. Con su padre el contacto es intermitente ya que por su trabajo no se encuentra mucho en el hogar, sin embargo refiere adecuada comunicación y vínculos afectivos. En cuanto a sus hermanos mantiene una relación adecuada, con excepción de su hermano intermedio con quien regularmente discute por los quehaceres del hogar.

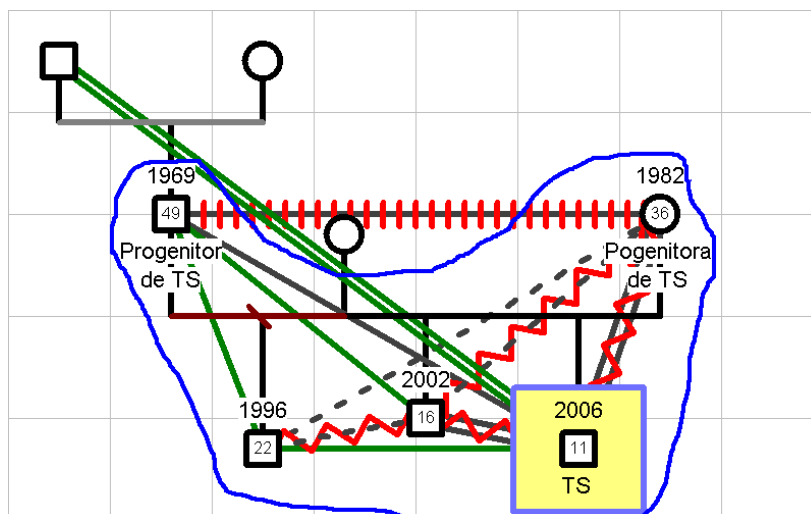


Figura 2. Familiograma del consultante y representación de relaciones familiares

Hipótesis explicativa

Se evidencia en el paciente que la sintomatología que presenta parece ser producto de un afrontamiento desadaptativo de la tensión y dificultades para la regulación del afecto, en la que la conducta repetitiva sirve para reducir la tensión o para estimularlo cuando se sienten

aburridos. Como reforzadores se encuentran la culpa y vergüenza que le produce que su familia le haga reclamos por no hacer nada para evitarlo; y que esta conozca sus zonas de alopecia, burlándose en algunas ocasiones de las secuelas físicas; además de la rabia producida a raíz de que sus padres informaran a otras personas. Igualmente la ambivalencia de la progenitora, que en el proceso presentaba fluctuaciones en la motivación, siendo en algunos momentos la persona que ayudaba en mayor medida con las actividades dejadas para la casa y en otras olvidándose por completo de estas y cuestionando al profesional sobre su utilidad. Se cree que esta conducta se originó debido a un aprendizaje de asociaciones inadecuadas (aprendió a responder a las situaciones de nerviosismo arrancándose el pelo), como estrategia de afrontamiento de problemas, y como conducta reguladora del afecto (para sobrellevar el aburrimiento, la tristeza, frustración por la 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.

Actualmente la conducta se normalizó en la dinámica familiar haciendo que el padre y su hermano mayor ignorarán el hábito. Sin embargo, la madre si presenta preocupación sintiéndose también culpabilidad de la situación por generarle tensión al consultante; aunque niega su papel dentro de la sintomatología describiendo que su hijo lo tiene todo y no debería estar presentando esa problemática. Por último los intentos fallidos basados en la propia observación de su conducta han generado que el consultante creyera que esta conducta era muy complicada de resolver.

Hipótesis diagnóstica

El paciente cumple con los criterios para un trastorno de arrancarse el pelo (Tricotilomanía) que se identifica con el código de diagnóstico: 312.39 (F63.3) según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5(Asociación Americana

de Psiquiatría, 2014). El consultante se arranca el cabello de forma recurrente e involuntaria, sin conductas de tricofagia, lo que ha provocado zonas de alopecia y de poco cabello, a su vez esto también generó en el individuo interés por realizar intentos repetidos de disminuir o eliminar la conducta (sin éxito hasta ahora) como: castigos y reprimendas verbales por parte de los padres, el consultante por su parte hizo uso de autoverbalizaciones positivas y manipulación de objetos (tener una pelota en sus manos). Actualmente se empiezan a observar indicios de malestar clínicamente significativo o deterioro en la interacción, manifestados en la percepción del paciente de lo que puede ser su futuro si la conducta no se extingue, ya que esta podría limitar y dificultar el desarrollo normal de actividades cotidianas a futuro. La conducta aparece en periodos de aburrimiento o frustración, por lo general cuando no está acompañado, en presencia de su familia cercana, la conducta también se manifiesta pero con menor frecuencia. El paciente aparentemente no presenta afecciones médicas. Se descartaron otros diagnósticos pues este no presenta ritualismos, satisfacción por realización de la conducta, conciencia del hábito, presencia de imágenes mentales como causa del mismo, dolor por su realización, ni la existencia de consecuencias o antecedentes físicos a la conducta en la historia de vida del consultante. También cumple con los criterios de un diagnóstico de niño afectado por una relación parental conflictiva - V61.29 (Z62.898) que hace parte de la clasificación de otros problemas de relación.

Discusión

Este trabajo describe el proceso terapéutico realizado con un consultante de once años de edad con conductas de arrancarse el propio cabello. Para una mayor comprensión de los objetivos terapéuticos, es necesario realizar un contraste entre los resultados obtenidos en el protocolo de intervención usado y diversos referentes teóricos que explican la tricotilomanía.

De los resultados del pretest y el post test de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños - revisada (CMAS-R) se puede concluir que el consultante no presenta manifestaciones físicas relacionadas con la ansiedad. Asimismo tampoco evidencia internalización de la ansiedad o hipersensibilidad a las presiones ambientales, probablemente por que el paciente tiene la necesidad de aprender a analizar los sentimientos de ansiedad. Por otra parte igualmente describe que el paciente no experimenta sentimientos de ansiedad que puedan afectar sus actividades diarias debido a expectativas de su entorno o que emplea la autocomparación para generarse así mismo expectativas poco realistas. Reynolds y Richmond (1997) plantean que resultados altos (mentira) además de apuntar a una posible imprecisión en el autoinforme (como es el caso del paciente), también puede estar prediciendo otros problemas del paciente como dificultades emocionales, relaciones inadecuadas con los compañeros, problemas académicos en la escuela o que las situaciones estresantes en el hogar estén relacionadas con el resultado de esta prueba. Las principales dificultades emocionales que puede presentar son: ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, represión, descontrol, negación, conflicto o desconexión emocional. También pueden estar acompañados de miedos, celos, baja tolerancia a la frustración, dificultad para auto motivarse y búsqueda de emociones placenteras. Así mismo podría ser que el consultante tenga un punto de vista elevado de manera generalizada o imprecisa acerca de sí mismo del cual no sea consciente.

Asimismo el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) no evidenció un grado de afectación considerable en ningún contexto, describiendo que se muestra de la misma forma en su casa y escuela, además de no presentar indicios de problemas de conducta por manifestaciones inadecuadas, habilidades ejecutivas, relacionales, de aprendizaje, para dirigir y mantener la atención en una tarea o indicios de problemas interiorizados. No obstante, parece que en la familia presenta conductas disruptivas, como desafío y oposición a las figuras de autoridad, desobediencia y en algunos momentos posiblemente hostilidad, la progenitora confirma que estos eventos han sucedido en pocas ocasiones en el hogar, y los relaciona con la dificultad para el manejo de la frustración y expresión adecuada de sus emociones, el paciente describe presentarlas pero sin llegar a consumar una agresión contra alguien. Relacionado a esto Jiménez, Petrocelli y Hernández (2010) mencionan que la tricotilomanía es una enfermedad que tiende a hacer difícil para diagnosticar especialmente en los adultos debido a que niegan y ocultan los síntomas, también menciona que en el caso de los niños por lo general los padres desconocen que sus hijos la presentan, esto explicaría porque no apareció ningún resultado significativo en el informe familiar.

En definitiva, el paciente muestra conciencia de sus síntomas pero parece que no considera que pueda necesitar cambios a nivel psicológico o emocional. Los síntomas relacionados con conductas disruptivas pueden estar relacionados con su etapa de ciclo vital y la presencia de un nuevo miembro en su familia (hermanastro paterno) que está redefiniendo su rol en la familia y que le brinda una forma diferente de percibir su entorno además de desplazar parte de la atención que recaía sobre él, representando para este una competencia. Burillo, Tous y Guerra (2016) exponen un caso de una niña de 10 años de edad proveniente de Madrid que llega a consulta acompañada por su abuelo, por qué sus progenitores tienen otro hijo gravemente enfermo que precisa cuidados constantes, después de una revisión realizada por los autores descubren que la tricotilomanía prestaba la función familiar de reclamar un

cambio de actitud en sus progenitores, con el objetivo de que estos compartieran el interés entre su hermano enfermo y ella.

El paciente evidencia un inadecuado manejo del estrés en situaciones de tensión, que parecía estar relacionado con el afrontamiento de ansiedad de agresividad regresada hacia el mismo. La hipótesis de agresividad regresada hacia sí mismo, estaba fundada en el probable deseo de agredir a alguien al que es incapaz de hacerlo, esta se descarta pese a que el paciente aunque presenta conductas de desafío y en ocasiones de hostilidad no se muestra que éstas estén directamente relacionados con una persona específica o si mismo, sino que su aparición es en algunos momentos esporádica y en otros como causa de discusiones cotidianas propias de su dinámica familiar. Ibáñez y Manzanera (2012) plantean la relevancia que tienen las técnicas de relajación en las intervenciones, como un estado fisiológico que es contrario o antagónico a los síntomas presentados por el paciente (por ejemplo ansiedad y estados de emocionales negativos) explicado desde la premisa que los pacientes no pueden presentar dos estados contrarios simultáneamente.

Se observó un aumento en la conciencia e introspección del diagnóstico y percepción crítica del mismo, lo que parece haber generado mayor adherencia y comprensión del proceso terapéutico, de esta forma el paciente comprendió plenamente su rol en el proceso de recuperación y como su activa participación era sinónimo de compromiso con los resultados exitosos a corto y largo plazo, generando en este una percepción más realista de las consecuencias. Ortiz y Ortiz (2007) plantean que desde la Teoría Social Cognitiva cualquier cambio de conducta (adherirse al tratamiento) se basa en la creencia de que se puede alcanzar exitosamente la conducta deseada.

También se presentó una disminución en la frecuencia y cantidad de las conductas inadecuadas relacionadas con el manejo de la frustración. El paciente generó y fortaleció

su capacidad de identificar y modificar sus pensamientos desadaptativos relacionados con la percepción inadecuada de su capacidad para extinguir sus conductas de arrancarse el cabello y como ésta dificultad para hacerlo podía autodefinirlo, construyendo de esta forma una visión adaptativa de percibir sus intentos de manera positiva redefiniendo los errores y recaídas como posibilidades diferentes de afianzar su capacidad para sobreponerse a las dificultades.

Las conductas de arrancarse el cabello como mecanismo para manejar la tensión o sentimientos de aburrimiento fueron extintas por completo al final del proceso (al menos hasta la última sesión), siendo suplantadas progresivamente por mecanismos adecuados para sobrellevar estas situaciones que no generan dificultades en la cotidianidad del paciente. Los sentimientos de aburrimiento presentados por el paciente están relacionados con el tiempo libre que tiene en su hogar sin el cuidado de un adulto y la indicación de su progenitora de no salir de casa debido a posibles peligros vinculados con el orden público en el barrio donde residen. Dando espacio a que este se confine en su hogar bajo las mismas actividades diarias que parecen ya no generarle emoción; se descartan dificultades sociales del paciente pues él y su progenitora reportan que construye y conserva buenas relaciones con sus pares en todos los espacios donde se desempeña además del hogar y la escuela. Piquero, La Rotta, Piquero, Hernández y Piquero (2007). Presentan tres casos de tricotilomanía con 18, 21 y 12 años de edad todos de sexo femenino, donde realiza una intervención similar con uno de estos casos que según los padres presentaba la conducta de arrancarse las cejas especialmente durante actividades sedentarias, y que fue en su momento abordada por psicoterapia y la prevención de situaciones de riesgo (períodos de ocio sustituidos por actividades lúdicas) generaron remisión de las conductas, así, demostrando que la relevancia de abordar los periodos de ocio en la intervención.

Además se evidencio mayor cohesión familiar y fortalecimiento en el uso de estrategias de afrontamiento activas, que favoreció la relación armónica entre los miembros de la familia, observándose una disminución en los eventos conflictivos en el hogar. Todo lo anterior generó un aumento en el manejo y prevención de las recaídas, considerando las emociones que estas puedan ocasionar en el paciente y en la posible reaparición de la conducta. Martínez (2015) en un estudio de caso único con una adolescente de 14 años que presentaba tricotilomanía desde los 10 años de edad, aplica un tratamiento cognitivo-conductual que dentro sus terapéuticos además de extinguir la conducta de tricotilomanía, expresa la tensión e ira de un modo adaptativo y disminuir la ansiedad producida por su imagen, plantea como relevante mejorar la comunicación familiar, pues esta fortalecía la conducta ansiosa producida por su imagen, en el último seguimiento, la paciente seguía aplicando las técnicas enseñadas, sin presentar conductas de arrancamiento, evidenciaba buen estado de ánimo y una relación familiar normal.

En cuanto a los resultados obtenidos en la intervención, se considera que se logró establecer una alianza terapéutica con el paciente y su familia, lo que facilito el uso e implementación de las técnicas de intervención empleadas. El consultante se mostró progresivamente interesado en el proceso, especialmente cuando este parecía tener resultados positivos (en los momentos que disminuía la conducta) lo cual facilitaba la implementación de nuevas y diferentes estrategias por sesión, muy diferente en comparación al inicio del proceso en donde se le percibía apático e indiferente hacia el profesional y la intervención misma. Martinez (2015) en una intervención cognitivo-conductual a una adolescente con tricotilomanía, plantea que en las primeras sesiones le fue relevante trabajar con ella la alianza terapéutica, especialmente la comprensión del análisis funcional del caso, logrando que su percepción del problema estuviera apegado a su realidad y también generando la presencia de conductas de extroversión y entusiasmo.

La participación de los profesores aunque superficial, fue valiosa para que el paciente observara con mayor interés el proceso siendo este una ayuda para aumentar su implicación en el mismo. Sarmiento, Guillen, y Sánchez (2015) consideraron pertinente realizar apoyo social a su paciente con diagnóstico de tricotilomanía, principalmente con los familiares y personas más cercanos, incluyéndolos en el proceso para tener toda la información posible que facilitara la eliminación de las creencias irracionales y fomentar también un ambiente familiar de motivación hacia el paciente.

La adaptación del protocolo y las técnicas terapéuticas cognitivo conductual con base en la edad y el papel de los padres en la terapia, género en el paciente un mayor compromiso con las actividades fuera de sesión. Como el Trichotillomania Learning Center (Golomb, et al 2011) de Estados Unidos de América lo describe haciendo algunas indicaciones básicas para incluir a la familia y un abanico de especificaciones según el grupo etario. En el caso específico de los niños pre-adolescentes (10-13 años) se menciona que necesitan un poco de estructura, ayuda y orientación familiar por su actual grado de independencia, por lo mismo recomienda hacer usos de sistemas de recompensas que puedan ayudarlo a motivarse, por otra parte también sugiere brindar información periódica a los padres sobre su rol cambiante, estrategias de prevención y manejo de recaídas dependiendo de las necesidades del consultante; todo esto generando un mayor éxito en el protocolo

Las técnicas cognitivo-conductuales usadas fueron de gran relevancia en todo el proceso con el consultante, evidenciando disminuciones progresivas del comportamiento problema. Flessner, Penzel & Keuthen, 2006 (como se citó en Torales y Martino, 2016) indican que la terapia cognitivo-conductual es la primera opción para tratar la tricotilomanía pediátrica, haciendo énfasis en que ésta debe incluir el entrenamiento en la reversión del hábito.

Por otra parte la implicación de la familia en el proceso psicológico, pareció favorecer su dinámica interna, evidenciándose cada vez más conductas que sugerían mejor comunicación

entre los miembros, lo que a su vez disminuyó los altercados al interior de la misma. Morales, 2012, halló en un estudio de caso realizado con una mujer de 21 años en el contexto español un aumento en la búsqueda de apoyo y comunicación relacionada con el diagnóstico, expresado en revelar y buscar ayuda en una amiga; situación que durante todo el trascurso de sus sintomatología nunca había logrado hacer; además de presentar mayor apertura con su familia para comunicarles sobre su enfermedad como una expresión que manifiesta que la paciente había empezado a sobreponerse a los sentimientos de vergüenza. Burillo, et al (2016) también consideraban que la familia tiene gran relevancia en el desencadenamiento de la tricotilomanía como un reflejo de dificultades en el núcleo familiar, también en su evolución favorable y adecuada intervención cuando los progenitores aceptan del diagnóstico y se realiza una apropiada modificación de sus conductas, esto lo concluyeron después de trabajar con dos casos de tricotilomanía en edad pediátrica. Las modificaciones observadas fueron descritas por el paciente en los autoregistros de comportamiento (con relación al número de eventos por semana) y los reportes de la progenitora, el hermano del medio del paciente y el paciente mismo, el cual se realizó cada dos sesiones y al final del proceso.

A pesar de que se puede confirmar la hipótesis diagnóstica por medio de pruebas como el inventario de Milwaukee sobre los subtipos de tricotilomanía (versión para niños), la Entrevista Diagnóstica sobre TTM y el Cuestionario de TTM del Instituto Nacional de Salud Mental (Estados Unidos de América) Torales et al, (2014) se optó por el análisis funcional, producto de las sesiones debido a que no se consideró necesario emplear una prueba para diagnosticar al paciente con tricotilomanía, pues un psicólogo clínico tiene el conocimiento e instrumentos necesarios para valorar al paciente, sin la necesidad de la misma. Además las pruebas antes sugeridas presentan dificultades para su aplicación, la Entrevista Diagnóstica sobre TTM está estructurada en base a los criterios de la 4ª edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación

Americana de Psiquiatría, por lo cual está en revisión, debido a que la 5ª edición del Manual (DSM-5) fue publicada en el año 2013. Con relación a el Cuestionario de TTM del Instituto Nacional de Salud Mental (Estados Unidos de América) se determinó no utilizar pues sus escalas median gravedad (NIMH-TSS) y de deterioro de la tricotilomanía (NIMHTIS) por medio de una entrevista clínica semiestructurada (Goodman, Price, Rasmussen et al, 1989), cuestiones que ya habían sido abordadas desde el análisis funcional del caso además de no estar adaptada o traducida. Por ultimo con relación al Inventario de Milwaukee sobre los subtipos de tricotilomanía (versión para niños) que aborda los estilos y el nivel general de conciencia de la conducta de arrancamiento del cabello, con base en una escala tipo Likert (autoaplicada) de nueve puntos, también fue descartada principalmente por la dificultad que significa no tener el cuestionario original al alcance además de la limitación que representa aplicarla sin esta estar adaptada a nuestro entorno sociodemográfico (Latinoamérica) (Franklin & Tolin, 2007).

Por otra parte Opdyke y Rothbaum (2007, p. 473) refieren que “Actualmente no hay una única medida estandarizada para la tricotilomanía. Los clínicos utilizan los métodos que se acaban de describir, principalmente la entrevista y el autorregistro del paciente. No hay criterios objetivos estándar para la evaluación de las zonas calvas.” Aunque también acuñan igualmente el uso de las escalas del Cuestionario de TTM del Instituto Nacional de Salud Mental ya mencionado. Serrano, Fernández y Serrano (2013) mencionan dentro de los mecanismos de exploración del cabello para valorar la evolución, la fotografía digital como una técnica no invasiva, describiendo que el uso de imágenes tiene el objetivo de controlar la evolución y la respuesta a un tratamiento, además aclaran que estas deben tomarse siempre bajo las mismas condiciones de postura, iluminación, distancia y longitud del cabello. En el caso específico del paciente como ya se explicó anteriormente no se realizó este registro debido a que el consultante se negó y luego no se consideró pertinente.

Reynolds y Richmond (1997) hacen la claridad sobre la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS-R) mencionado que la prueba presenta la limitación de que si algún niño comprende la naturaleza o el propósito de ésta puede deliberadamente engañar o de manera poco consciente intentar presentar una imagen más positiva de lo que es en realidad por lo cual se debe observarse con cierta precaución. Además mencionan que es conveniente que la prueba esté estandarizada en el entorno donde será aplicada y que pese a eso existen conceptos culturales que escapan de la prueba. Incluso mencionan que si el puntaje es muy bajo en la escala de ansiedad total (más de dos desviaciones estándar debajo de la media) como es el caso de la primera aplicación del instrumento puede suponer que el niño quizás no dio información de manera exacta en este instrumento.

Conclusiones y recomendaciones

En este trabajo se refleja la intervención psicológica realizado con un niño de once años de edad con tricotilomanía la cual se brindó de manera satisfactoria donde se construyó y empleo adecuadamente un plan de intervención en todas las fases del proceso, enmarcados en el modelo cognitivo conductual. Considerando esto, inicialmente se logró crear una adecuada alianza terapéutica que facilito la adherencia al plan de intervención el cual tenía un número importante de tareas para desarrollar en casa. También se evidencio mayor conciencia de enfermedad y conductas de manejo de la frustración convirtiéndose el paciente en un profesional sobre su diagnóstico. Con base en esto, se vio un mayor grado de independencia del paciente con relación a la primera sesión.

Se evidencio fortalecimiento en el uso de estrategias de afrontamiento activas y recursos de la familia y el paciente con relación al diagnóstico y sus conflictos familiares, lo que se notó en la disminución progresiva de confrontaciones directas y el aumento de situaciones de mediación familiar realizadas por los miembros de la familia, además de la búsqueda de apoyo familiar y de reevaluación positiva de su de mayor cohesión familiar.

En relación al objetivo terapéutico de eliminar las conductas de arrancarse el cabello e incentivar la presencia de otros hábitos adaptativos para manejar la tensión o sentimientos de aburrimiento, se pudo observar que el paciente después de poner en práctica efectivamente la inversión del hábito en un espacio diferente a su hogar implementó en mayor medida esta técnica e intento realizar con mayor motivación las demás.

El paciente construyo una percepción crítica sobre su cuadro, los espacios y momentos de mayor riesgo para que se presenten las conductas, lo que generó en el paciente mayor

aversión a sus síntomas e interés en prevenirlos, simultáneamente motivándolo a responder empleando activamente frente a las estrategias enseñadas. Además el paciente aprendió a identificar y modificar sus pensamientos disfuncionales relacionados con la incapacidad para extinguir la conducta, facilitando así un mejor manejo de las recaídas. Con base en lo anterior se brindaron herramientas para la prevención de recaídas y manejo de situaciones estresantes.

Por otra parte el paciente y su progenitora observaron los beneficios físicos y psicológicos del control de la activación como el mejor desempeño en actividades deportivas, aumentó en su capacidad de modulación del estrés y mejor manejo de la frustración, posiblemente evidencia del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación muscular. Asimismo se recomendó realizar un seguimiento terapéutico al paciente donde se aborde con mayor intensidad el contenido emocional, puesto que en el proceso se trabajó desde el ámbito familiar y no individual, con el objetivo de evitar el desarrollo de otros trastornos relacionados con la sintomatología o similares.

Como recomendación es importante realizar un proceso de intervención con el acompañamiento de los padres y en lo posible en lapsos cortos (más de una vez por semana) o en su defecto llevar control y retroalimentación del proceso por teléfono, pues se evidencia que al menos en este caso el niño evidenció mayor adherencia a las actividades de corte conductual las cuales requerían un refuerzo constante para que se mantuvieran en el tiempo. El acompañamiento de los padres o personas cercanas ayuda también a fortalecer las herramientas aprendidas en sesión. Así mismo es importante realizar seguimiento del proceso terapéutico. Por otro lado, es pertinente no considerar las características básicas del paciente para modificar las estrategias de tratamiento y la extensión del mismo.

Como conclusión se invita a cobijar cada intervención psicológica bajo la práctica psicológica basada en la evidencia (PPBE), donde se pueda valorar y mostrar el cambio del

sujeto, para tener pleno conocimiento del porqué del mismo. Esto puede generar que la terapia sea enriquecida por la investigación realizada con estudios de caso en contexto similares y tomando en consideración los recursos particulares con lo cual los hallazgos puedan ser compartidos con otros profesionales, como lo es el caso del presente trabajo el cual es uno de pocos en el contexto colombiano que expone un caso de tricotilomanía en un niño. La APA, 2006 (como se citó en Rivera & Bernal, 2008) describe LA (PPBE) como “la integración de la mejor investigación disponible, unida al peritaje clínico en el contexto de las características de cada paciente, su cultura y sus preferencias”. Siendo esta una invitación a los psicólogos a construir una red de conocimiento que ayude a otros terapeutas a realizar su intervención con un alto estándar de calidad. Se midió el impacto del tratamiento con base en los autoregistros realizados por este, su progenitora y en ocasiones su hermano (del medio), donde mencionan la cantidad de eventos de arrancamiento, de conflictos en el hogar y de expresión desmedida de las emociones.

Referencias

- Aguirre, E (2000). Cambios sociales y Prácticas de Crianza en la Familia Colombiana. En Aguirre, E., y Yáñez, J. *Diálogos, Discusiones en la Psicología Contemporánea*. Bogotá, D. C. (Colombia). 211 – 223; recuperado de <https://www.aacademica.org/eduardo.aguirre/9>
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, [en línea] 16(1), 9-29.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Arce, A., Torales, J., Viola, L., Moreno, M., Chávez, E., Villalba, J., & García, O (2014). Involucramiento de los padres en el tratamiento. *Spanish Association Hospital*, October. Doi: 10.13140/RG.2.1.2512.7929
- Arce, Ly Arce, W (2007). Síndrome de Rapunzel. *Acta Médica Costarricense*, 49 (1), 59-61.
San José, Costa Rica
- Aristizábal., M, P (2007). Eros y la cabellera femenina. *El Hombre y la Máquina*, 28, 116-129. Universidad Autónoma de Occidente Cali, Colombia
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. *Arlington, VA*,
- Asz, D., Palma, M., Garfias, P., Vega, M. E., Arenas, R. (2010). Tricotilomanía. Una entidad psicodinámica. *Dermatología cosmética, médica y quirúrgica*; 8 (2) abril-junio, 117 – 126.
- Burillo, S., Tous, F., y Guerra, A (2016). Un niño de 9 años de edad con una placa de aspecto alopecico y problemas familiares. *Más Dermatol*; 24:11-13.
Doi:10.5538/1887-5181.2016.24.11. Editorial Glosa, S.L. recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/289555065>

- Castelló, T (2014). El espectro obsesivo compulsivo en el DSM 5. DSM-V: Luces y sombras III. *Revista iberoamericana de Psicología, Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*; (112), 22- 27. España (Barcelona)
- Congreso de Colombia (2006). Reglamento del ejercicio de la profesión de Psicología, Código Deontológico y Bioético [*Ley 1090 de 2006*]. Bogotá, D. C., Colombia.
- Cortés, A., Mardones, F., y Zemelman, V (2015). Caracterización de las causas de alopecia infantil. *Revista Chilena de Pediatría*; 86 (4). 264 -269.
- Creagh, I., Pérez, Y., y Gámez, D (2016). Tricotilomanía / tricofagia: conductas trazadoras de disfunción familiar. *Intramed journal*; 5 (3): 1 - 4
- Christenson, G,A., Pyle, R, L., Mitchell, J,E, (1991). Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry*; 52: 415-417.
- Echeverri, L (1998). Transformaciones recientes en la familia colombiana. *Revista de Trabajo Social* (1) 51 - 60 Universidad Nacional de Colombia.
- Fernández, I., Santamaría, P., Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación. Madrid: *TEA Ediciones. Madrid* (España). ISBN: 978-84-16231-16-4.
- Franklin, M, E., Zagrabbe, K., & Benavides, K, L (2011). Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Neurother Expert Reviews Ltd*; 11(8), 1165–1174. ISSN 1473-7175. Recuperado de www.expert-reviews.com
- Fullana, M, A., Fernández , L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *MedClin* ; 138 (5): 215–219.

Barcelona - España. Doi:[10.1016/j.medcli.2011.02.017](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017). Recuperado de:www.elsevier.es/medicinaclinic

Golomb, R., Franklin, M., Grant, J., Keuthen, N., Mansueto, C., Mouton, S., Novak, C., & Woods, D (2014). Expert consensus. Treatment guidelines for Trichotillomania, Skin-Picking and other Body-Focused Repetitive Behaviors, 1- 24. Recuperado de: <http://www.trich.org/treatment/Guiasparaeltreatmento.html>

Guerrero, R. y Kahn, M(2011). Alopecias, Alopecia. *Revista medicaclinica CONDES*; 22(6) 773-781

Ibáñez, C., y Manzanera, R (2012) Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *Elsevier España, S.L. y Semergen*; 38(6):377 -387. doi:10.1016/j.semerg.2011.07.019. Recuperado de: www.elsevier.es/semergen

Jaramillo, Y, M, (2007). Tricotilomanía, tricofagia y el Síndrome de Rapunzel. *Acta Médica Costarricensis (AMC)*, 49 (1), enero-marzo.

Jiménez, F., Petrocelli, D., y Hernández, S (2010) Caso clínico, Tricotilomanía. *Rev Cent DermatolPascua*; 19, (1), 22 - 26 Ene-Abr. Recuperado de: www.medigraphic.org.mx

Labrador, F J., Vallejo, M, A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández, J (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo XXI. Noviembre de 2002. Enero, (84) 1- 3. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos ISSN 211-7851,

Llavona, L, M (1993). Entrevista. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 103-119). Madrid, España: *Pirámide*; 01ª edición. Parte segunda;

evaluación conductual y formulación del caso, capítulo 3. I.S.B.N.: 978-84-368-2229-8.

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=pt

Martínez, J, C., González, C., & Donoso, E, C (2006). Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *Asociación psiquiátrica de América Latina*. P. 40 -44

Martínez, M, I (2015). Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con tricotilomanía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2, (1) enero, 09-17. Alicante, España.

Martínez, P, C (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. Barranquilla, Colombia. ISSN 1657-6276

Mendoza, G., Burgos, R, B., y Gonzales, J, M (2005). Alopecia. *Revista paceña de medicina familiar*; 2(1): 11-15

Morales, B., Camacho, U., Coll, F, & Vázquez, J (2010). Tricotilomanía, tricobezoar de repetición y síndrome de Rapunzel. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Media Gráfica*; 78, (3), Mayo-Junio.

Morales, Z (2012). Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de Tricotilomanía. *Acción Psicológica*, 9, (2) . 131-141. Madrid, España.


- Moreno, K., Ponce, R, M., Cano, A, S., Narváez, V., Sanabria, J, A., Santa Cruz, F, J, &Ubbelohde, T. (2007) Artículo de revisión: Tricotilomanía. *Dermatología RevMex*; 51(5):180-6.
- Muñoz, P. & Muñoz, I. (1999). Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural, aplicaciones prácticas. *Intervención en la familia*, 221-252.
- Opdyke, D., y Rothbaum, B, O. (2007). Otros trastornos del control de impulsos con énfasis en la tricotilomanía. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: *Siglo XXI de España Editores, S. A*; 1. 472-489. ISBN: 978-84-323-0943-4.
- Ortiz, M y Ortiz, E (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*; (135): 647-652.
- Pérez, A (2012). Introducción a la Terapia Cognitivo-Conductual. Instituto Cognitivo-Conductual de Salud Mental de México. Recuperado de: www.PsicOni.org
- Pérez, A, D., Pineda, J, A., & Arellano, J (2012). Tricotilomanía: investigando una patología desapercibida. *Revista argentina de dermatología*, 93(2), 21-32. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2012000200003&lng=es&tlng=en
- 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 (3). 359 – 366.
- Reynolds, C, R. y Richmond., B, O. (1997). Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) cmas-r. *Editorial El manual moderno, S.A.* /tr. Fayne Tinajero Esquivel. México.

- Rivera, C.L. & Bernal, G. (2008) la medición en el cambio psicoterapéutico: hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista puertorriqueña de psicología*; 19.
- Rosado, G., Rivera, G., Larrieux, V., Torres, G. J., Betancourt, E., Varas, N., & Villaruel, A. (2016). Estigma y VIH/sida entre padres/madres y adolescentes puertorriqueños/as. *Revista puertorriqueña de psicología. Revista Puertorriqueña De Psicología*, 27(1), 134-145. Enero – junio. (1,2)
- Santibáñez, P., Román, M., & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287.
- Sarmiento, T., Guillen, V., y Sánchez, J. M. (2015). El tratamiento psicológico de la tricotilomanía: Un estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 21 (1), 57-66. Doi:10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.16374. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/rppc>
- Seijo, J, A Y Álvarez, V (2001). Alopecia cicatrizal, Revisión bibliográfica. *Rev Cent Dermatol Pascua*; 10, (1). Ene-Abr.
- Serrano, C., Fernández, M.A., y Serrano, S (2013). Dermatología práctica: Evaluación del pelo y cuero cabelludo: tricograma. *Actas Dermosifiliográficas*. 104 (10) p. 867 – 876. *Elsevier España, S.L. y AEDV*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.03.004>
- Siddappa, K (2003). Trichotillomania. *Indian J DermatolVenereolLepr*; 69:63-68.
- Stroud, J, D (1983). Pérdida de cabello en niños. *Pediatric Clinic Of North AM*; 30: 641 – 657

- Torales, J., y Martino, B. (2016). Una pequeña puesta al día sobre la tricotilomanía. *Our Dermatol Online.*; 7(4):465-471.
- Torales, J., Viola, L., Moreno, M., Riego, V., Villalba, J., & Ruiz, C. (2014). *Evaluación research gate*. October . Spanish Association Hospital. Recuperado de:
<https://www.researchgate.net/publication/305387919>
- Velasco, A (2012). Un acercamiento a la simbología del peinado en el antiguo egipto. Universidad Autónoma de Madrid. *Antesteria*; N° 1, 289-303. ISSN 2254-1683.
- Universidad Pontificia Bolivariana (2016). Instituto de Familia y Vida. Colombia, publicado en septiembre de 2016. Recuperado de <https://www.upb.edu.co/es/instituto-de-familia-y-vida-bucaramanga>.
- Woods, D, W., Flessner, C., Franklin, M, E., Wetterneck, C,T., Walther, M,R., Anderson, E,R., et al (2006). Understanding and treating trichotillomania: what we know and what we don't know. *PsychiatrClin North Am*; 29: 487-501.

Anexos

Anexo1. Consentimiento informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-153 Versión: 02
---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo/ Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor _____, identificado (a) con la T.I. No. _____, y en conjunto con él (ella), manifestamos que hemos sido informados sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí (nuestro) representado o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí (nosotros), que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar el estado psicológico actual de nuestro representado, para que posteriormente recibamos un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que se encuentra, y se nos dé información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendemos que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro del bienestar de nuestro representado, evitando de esta manera causarle un daño físico o moral. Sabemos que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiremos información que nos permitirá tomar la decisión que a nuestro criterio parezca más conveniente.

También estamos enterados que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando nuestro representado en calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizamos de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendemos y hemos sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, podemos ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos_personales.bga@upb.edu.co.

Finalmente, el menor manifiesta que conoce y ha comprendido las autorizaciones y compromisos que en su nombre asume(n) su(s) representante(s), que está de acuerdo con ello y que en señal de eso suscribe el presente documento brindando también su consentimiento informado.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.


Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha _____


Nombre Usuario Menor:	
Firma Usuario Menor:	C.C. No.
Nombre del (la) Representante del (la) Menor:	
Firma Representante del (la) Menor:	C.C. No.
Nombre del (la) Representante del (la) Menor:	
Firma Representante del (la) Menor:	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No.
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	No. T.P. _____

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 2. Historia clínica

		HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO							
Nombres y Apellidos		Edad		Género		Documento de Identidad	
Lugar y fecha de Nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Nombre de la Institución Educativa		Ocupación			
Remitido por		Entidad (EPS)					
2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombre y apellidos			Parentesco		Edad	Estado Civil	
Dirección Residencia			No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de Consulta							

Folio No.

 Universidad Tecnológica Bolívar <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIÓN</small>	HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 03
---	--


Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

5. HISTORIAL DE DESARROLLO

5.1 PRENATAL			
Edad de la madre al momento del embarazo		Control Prenatal	Condición Médica General
Condiciones emocionales		Condiciones Familiares	
Observaciones Generales			

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>INSTITUTO COLOMBIANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS</small></p>	HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 03
---	--

12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)	
13. PLAN DE TRATAMIENTO	
Nombre del Psicólogo	
Fecha	

Folio No.	
-----------	--

Anexo 3. Entrevista Clínica Conductual

Pauta de entrevista general

<p>1. <i>Delimitación de la conducta problema</i></p> <p>1.1. Describa el problema por el que ha venido.</p> <p>1.2. Explique con exactitud qué es lo que le pasa o siente.</p> <p>1.3. Describa detalladamente la última vez que le ocurrió esto.</p>
<p>2. <i>Importancia del problema</i></p> <p>2.1. ¿Cómo afecta el problema a su vida (en el trabajo, en su casa, en relación con otras personas)?</p> <p>2.2. ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con usted?</p> <p>2.3. ¿En qué medida está interesado en solucionar este problema?</p>
<p>3. <i>Parámetros de la conducta problema</i></p> <p>3.1. ¿Cuántas veces le ocurre al día, semana...?</p> <p>3.2. Describa con el máximo detalle la vez que el problema tuvo más intensidad, la que fue más fuerte, la que se sintió peor.</p> <p>3.3. Recuerde ahora, también con los máximos detalles que pueda, la vez que el problema tuvo menor intensidad.</p> <p>3.4. ¿Cómo sitúa lo que le ocurre ahora en relación con los dos episodios anteriores?</p> <p>3.5. ¿Cuánto tiempo dura la conducta problema cada vez que aparece?</p>
<p>4. <i>Determinantes de la conducta problema</i></p> <p>4.1. ¿En qué situaciones aparece (en qué lugares, con qué personas, a qué horas, qué días)?</p> <p>4.2. ¿Qué está haciendo usted cuando aparece el problema?</p> <p>4.3. ¿Qué hace usted u otros después, o qué cosas suceden posteriormente?</p> <p>4.4. ¿Qué se dice usted cuando ocurre el problema (antes, mientras, después)?</p>
<p>5. <i>Evolución y desarrollo</i></p> <p>5.1. ¿Cuándo esto que le sucede empezó a ser para usted un problema?</p> <p>5.2. ¿Qué pasó entonces?</p> <p>5.3. ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado? (buscar algún punto de referencia para concretar fechas aproximadas). ¿Qué cosas pasaron entonces?</p> <p>5.4. ¿Qué circunstancias hacen que el problema se agrave, disminuya o desaparezca? ¿A qué cree que es debido?</p> <p>5.5. ¿A qué «causas» atribuye usted la aparición del problema?</p>
<p>6. <i>Expectativas y objetivos</i></p> <p>6.1. ¿Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar su problema (por sí mismo, médicos u otros profesionales que ha visitado, tratamientos que ha seguido, si toma medicación actualmente)?</p> <p>6.2. ¿Qué resultados le ha dado?</p> <p>6.3. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?</p>

FUENTE: Llavona, Carrasco y Carrasco (1977).

Anexo 4. Escala de ansiedad manifiesta en niños –revisada (CMAS-R)

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda.
Av. Sonora 828 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 13 A No. 79-0556 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: ____ Sexo (encierra uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Sí" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Si" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Sí". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
IV:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora num. 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

MP
47-2

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.



1004

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Si	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Si	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Si	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Si	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Si	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Si	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Si	No
8. Siempre soy amable	Si	No
9. Me enoja con mucha facilidad	Si	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Si	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Si	No
12. Siempre me porto bien	Si	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Si	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Si	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Si	No
16. Siempre soy bueno(a)	Si	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Si	No
18. Soy muy sentimental	Si	No
19. Me sudan las manos	Si	No
20. Siempre soy agradable con todos	Si	No
21. Me canso mucho	Si	No
22. Me preocupa el futuro	Si	No
23. Los demás son más felices que yo	Si	No
24. Siempre digo la verdad	Si	No
25. Tengo pesadillas	Si	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Si	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Si	No
28. Nunca me enojo	Si	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Si	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Si	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Si	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Si	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Si	No
34. Soy muy nervioso(a)	Si	No
35. Muchas personas están contra mí	Si	No
36. Nunca digo mentiras	Si	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Si	No

Anexo 5. Sistema de Evaluación de niños y adolescentes (SENA)

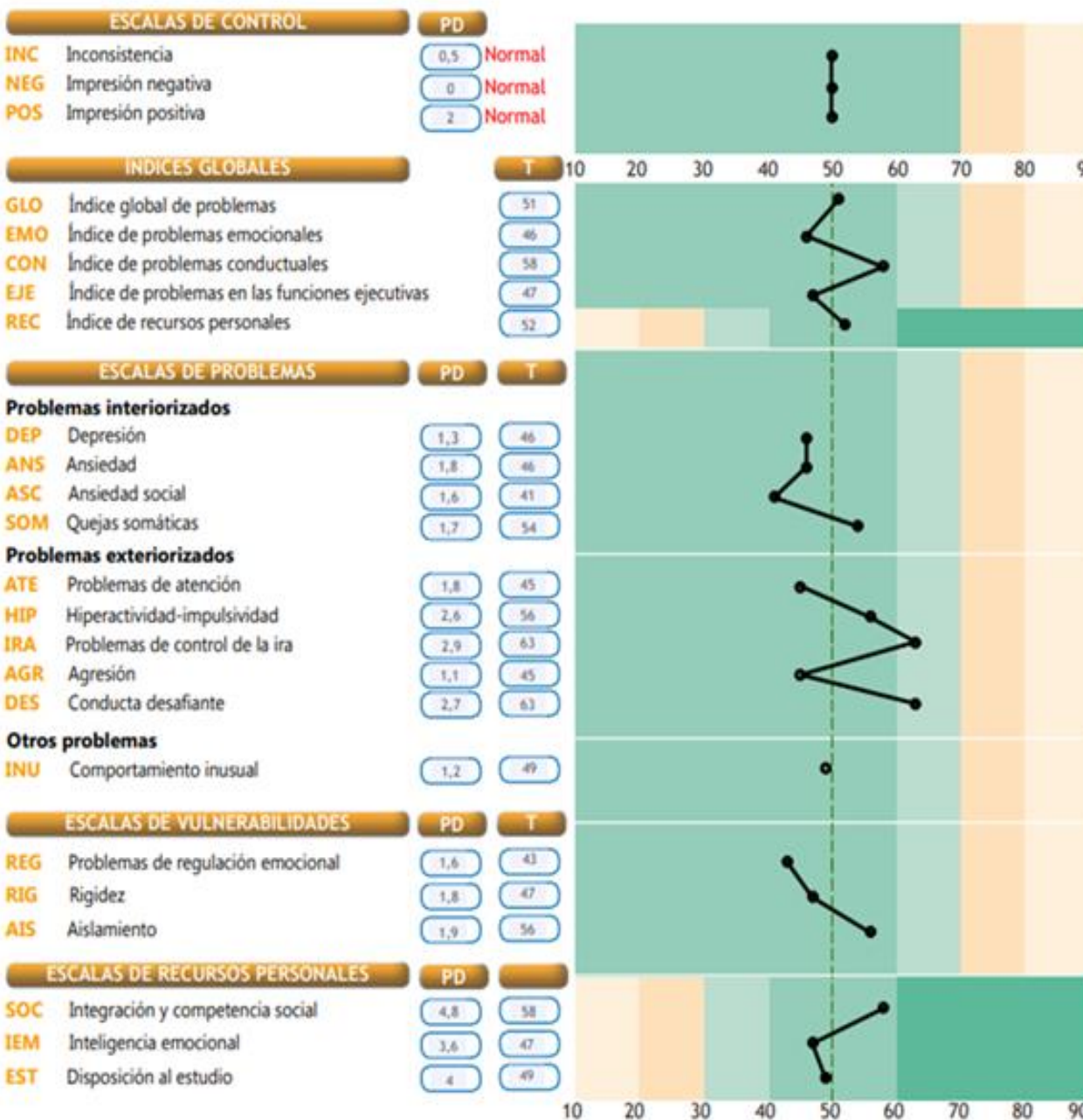
PERFIL **SENA** **PRIMARIA FAMILIA**

Id: 2410UPB6F

Edad: 11 años **Sexo:** Varón **Fecha de aplicación:** 24/10/2017

Baremo: Población general, 10 a 12 años, varones

Responsable de la aplicación: DOLR



PERFIL

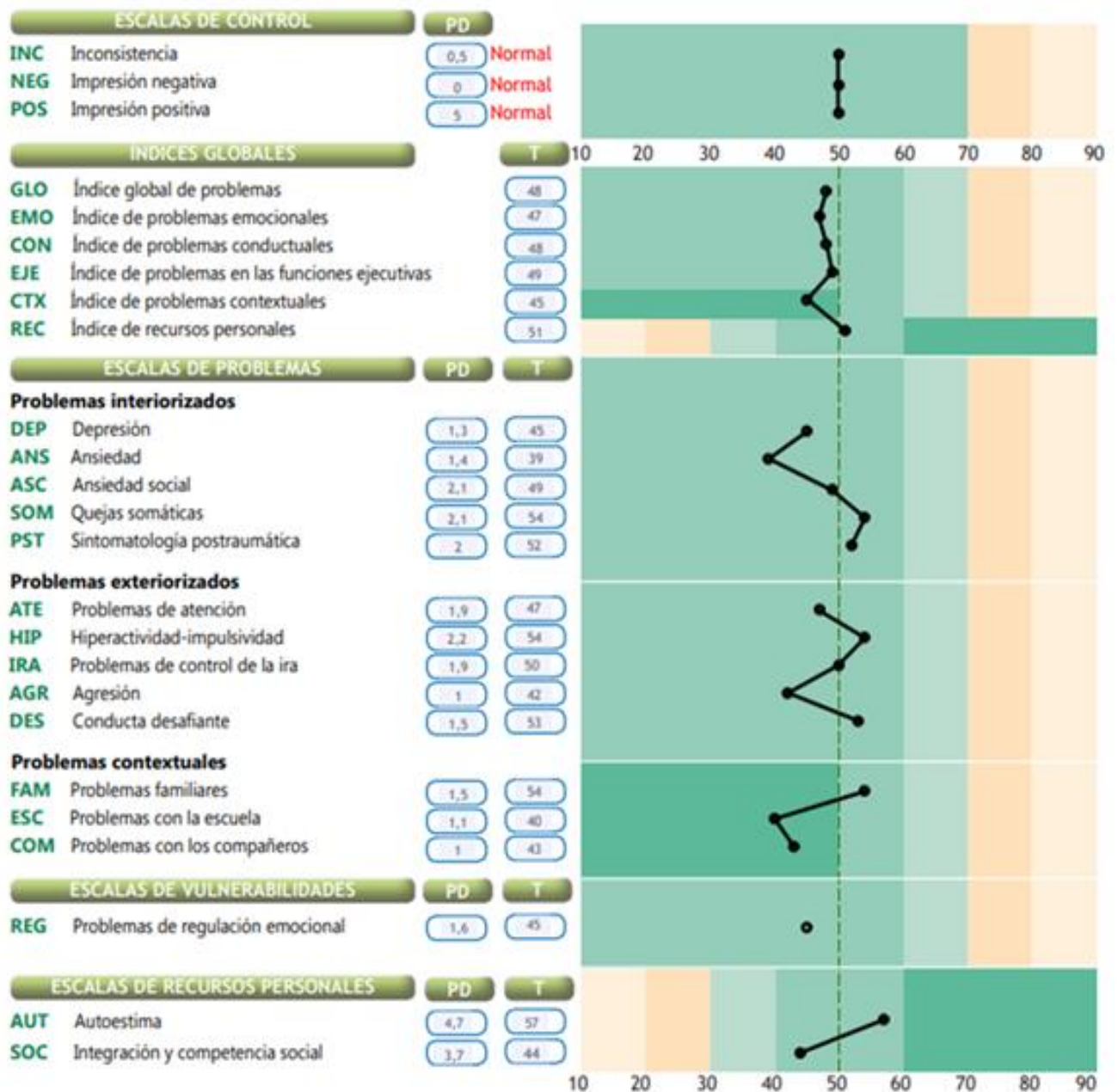
SENA Id: 2410UPB6A

PRIMARIA AUTOINFORME (8 a 12 años)

Edad: 11 años Sexo: Varón Fecha de aplicación: 24/10/2017

Baremo: Población general, 10 a 12 años, varones

Responsable de la aplicación: DOLR



PERFIL

SENA
Sistema Nacional de Evaluación y Certificación de Estudios

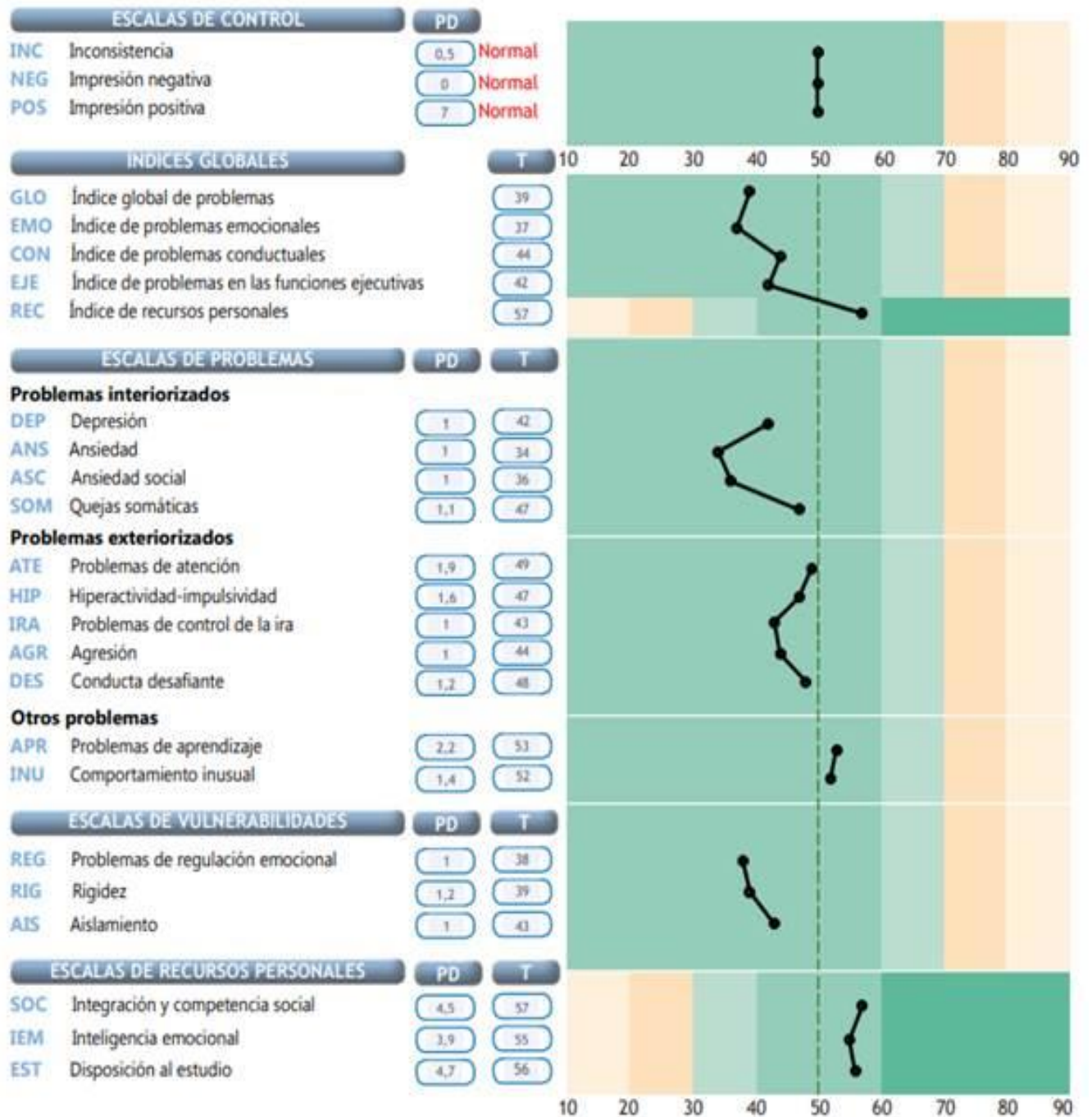
PRIMARIA ESCUELA

Id: 2410UPB6E

Edad: 11 años **Sexo:** Varón **Fecha de aplicación:** 24/10/2017

Baremo: Población general, 10 a 12 años, varones

Responsable de la aplicación: DOLR



Anexo 6. Esquema del programa de tratamiento completo

Sesión	Objetivo	Actividad
1	<p>Realizar contacto inicial con el consultante e informar sobre proceso terapéutico y las normas del mismo.</p> <p>Observaciones:</p>	<p>La consulta se llevó a cabo en compañía de la progenitora del paciente, quien menciona que será la acompañante permanente de este en el proceso debido a su disponibilidad de tiempo. Se realizó el encuadre con ambos, donde se estableció la duración de las sesiones, los espacios de encuentro y los objetivos del proceso terapéutico en esta fase. Seguido se identificó como problema percibido por la progenitora y el consultante, la presencia conductas de tricotilomanía sin presencia de deglución de los cabellos (tricofagia). El paciente cuando se indago sobre posibles causas de origen del hábito describe no conocer ninguna. Luego se procedió a realizar una entrevista semiestructurada para recoger los datos relacionados con la anamnesis, datos familiares relevantes y de la historia de la conducta problema (arrancarse el pelo). En la anterior actividad resalto el antecedente de conductas similares como lo son la onicofagia, aunque la sintomatología de tricotilomanía no presenta deglución de los cabellos. Posteriormente con ayuda del paciente se empezó a explorar los comportamientos problemáticos, incluyendo pensamientos, sentimientos y conductas que se producían antes durante y después de que el paciente se arranque los cabellos, así mismo se diligenciaron parte de los formatos de la institución.</p> <p>Se evidencia resistencia en el paciente índice. Se considera pertinente ahondar en la dinámica familiar. No se detectaron posibles emergencias factores de riesgo dentro del hogar (maltrato o abuso).</p>
2	Establecer relación terapéutica	<p>Se inició la consulta comentando sobre el periodo entre sesiones, donde se evidenció que la conducta sigue presentándose con regularidad. Seguido a esto se continuó indagando sobre el entorno y dinámica familiar del paciente, se observa que la familia presenta pobres estrategias de afrontamiento además de notarse que el progenitor se encuentra en la periferia de la familia y que la jerarquía de autoridad recae en su totalidad sobre la progenitora. No se evidencian problemas maritales hasta el momento. Considerando la postura del paciente hacia el profesional se vio pertinente fortalecer la alianza terapéutica, por medio de acercamientos a su historia de vida.</p> <p>Con la progenitora se indago el grado de afectación percibida, desde las múltiples áreas de la vida del paciente y su familia, esta describió que cuando está en el colegio el paciente presenta una conducta similar arrancarse el cabello pero al parecer en mascarada en quitar los hilos del pantalón. Teniendo en cuenta la información recolectada y su respectivo análisis, se estableció una hipótesis diagnóstica y</p>

		se redefinieron algunos objetivos terapéuticos. Al final de la sesión se citó al progenitor a la siguiente sesión.
	Observaciones:	Se consideró pertinente citar al progenitor del paciente índice para evaluar el sistema desde múltiples perspectivas. El consultante sigue percibiendo como distante y apático al proceso.
3	Seguir la evolución y curso de la situación problemática.	<p>La consulta se realizó en esta ocasión con el paciente y su padre, en donde se dio espacio para que el progenitor conociera el contenido del proceso, su intensidad y además se le invitó a hacer parte activa del mismo. Después se indago desde cero sobre el grado de afectación percibida por el padre, posibles hipótesis de origen de la conducta y las estrategias de afrontamiento usadas para resolverlas. Como resultado se fortalecieron las hipótesis que se propusieron la sesión pasada, pobres estrategias de afrontamiento y desconocimiento del desarrollo y origen de la problemática además de una dinámica familiar conflictiva y distante.</p> <p>Parece que el progenitor evade su rol parental por temor a construir una imagen inadecuada de padre con sus hijos, debido a que comparte poco tiempo con ellos y en especial ahora que se encuentra el nuevo miembro. Menciona además que considera que esta conducta se presenta cuando el consultante está jugando videojuegos y su rendimiento no es bueno, describe que suele descargar su fracaso por malos resultados golpeando algunas cosas, lo que describe un inadecuado manejo de la frustración por parte del paciente. No identifica que función cumple el síntoma en el sistema (arrancarse el cabello). En sesión individual con el paciente se identificó la ausencia de ritualismos, satisfacción por realización de la conducta, conciencia del hábito, presencia de imágenes mentales como causa del mismo, dolor por su realización, ni la existencia de consecuencias o antecedentes físicos a la conducta en la historia de vida. Por otra parte el consultante muestra culpa por la consumación del hábito. El resto de la sesión se orientó en el desarrollo y fortalecimiento de la alianza terapéutica con este.</p>
	Observaciones:	Se observó que en el sistema familiar hay focos que pueden producir ansiedad como posible detonador un cuadro ansioso. Por otra parte se vio relevante citar al hermano mayor del paciente para terminar de construir el mapa de la dinámica familiar, debido a la gran cantidad de tiempo que comparten en el día además de una evaluación con un instrumento psicológico.
4	Empezar a construir la hipótesis diagnosticas del consultante y la dinámica familiar.	Con el objetivo de seguir la evolución y curso de la situación problemática contextualizando el avance o el deterioro en términos biográficos para correlacionar y aislar hipótesis vinculadas a aspectos externos desde el inicio del proceso se indaga sobre el periodo entre sesiones. La progenitora mostró apertura en esta sesión hacia el terapeuta, donde se consolidó la periferia del padre y la

		<p>jerarquía de autoridad recae en su totalidad ella, probablemente relacionado con el acto de su esposo traer a la residencia un hijo adulto de un matrimonio diferente del progenitor del paciente, añade que su pareja parece evitar confrontar a este hijo lo que genera que esté exento de todas las normas del hogar. En el discurso de la progenitora esta menciona que el paciente depende mucho de ella y que en muchas ocasiones requiere incluso dormir en la cama con ella. No se evidencian problemas maritales evidentes.</p> <p>Con el paciente se hizo acercamientos en Pro de la alianza terapéutica.</p>
	Observaciones:	Se vio pertinente evaluar y empezar a descartar posibles diagnósticos entre estos: estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo.
4.1	Correlacionar la información recibida por la gran parte del sistema.	<p>Se consideró relevante examinar la dinámica del subsistema parental, desde el discurso del hermano medio del paciente, citándolo en compañía de su progenitora (sin el paciente índice). En este espacio se identificaron aspectos relevantes no mencionados, que ayudan a redefinir el concepto del sistema, refirió que el paciente presenta un deficiente manejo de la frustración (hipótesis similar a la del progenitor) relacionado con los videojuegos, refiere las mismas conductas que su padre describió para desahogar su frustración. Lo describe como muy activo y "ansioso".</p> <p>Se consolidan las hipótesis planteadas donde el inadecuado manejo de la presencia de un hijo de otro matrimonio, género que la responsabilidad fuera delegada dentro de la estructura subsistema fraternal, exactamente en el hermano del medio (quien está en consulta). Por otra parte se observaron dificultades en la relación del hermano del medio con la progenitora debido a metarreglas poco flexibles que generan dificultades cuando este miembro debido a su ciclo vital incluye otro miembro indirecto al sistema (pareja) vinculado al ciclo vital del sujeto (adolescencia) lo que ha generado que en este miembro se aislé del sistema y se muestre en algunas situaciones desafiante, situación que la progenitora ha manejado imponiendo normas más estrictas que generan mayor aislamiento en el menor.</p>
	Observaciones:	Después del acercamiento con este miembro se considera importante incluir en el proceso, específicamente en la fase de intervención debido a todo el tiempo que comparte con el paciente.
5	Descartar hipótesis diagnósticas y aplicar prueba psicológica	Todas las sesiones en la etapa de evaluación dieron comienzo comentando sobre el periodo entre sesiones, pues evidenciar la evolución del paciente en términos de frecuencia en la emisión de la conducta y posibles discusiones al interior del sistema pueden ayudar a comprender el mantenimiento del mismo. La progenitora describe que ha presentado conductas de desobediencia y desafío de su autoridad en el periodo entre sesiones y que la

		<p>conducta ha disminuido en comparación a las sesiones anteriores. Menciona además que desde hace ya un tiempo (antes del proceso) el paciente presenta tartamudeo funcional, y que este no tiene antecedentes inmediatos que los expliquen. En sesión individual la progenitora se muestra alterada por lo cual se realizó contención emocional debido a una situación de gran estrés vinculado a su situación económica y problemas al interior del sistema (pautas de crianza y dificultades en el proyecto de vida de pareja). Seguido a esto evaluó por medio del Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes (Sena), la presencia de las conductas problemáticas. Se aplicó el auto informe y el informe familiar. Por ultimo al final de la sesión se le facilitó las instrucciones y el cuestionario para la aplicación en el entorno escolar.</p>
	Observaciones:	Se considera pertinente dar parte de la sesión a la progenitora para aliviar la carga emocional.
6	Definir objetivos terapéuticos.	<p>La progenitora describe que la disminución de la conducta sea mantenida. Debido a la información ya tomada en el proceso se considera pertinente descartar algunos diagnósticos (obsesivo compulsivo) por medio de una entrevista clínica breve. La alianza terapéutica parece ser adecuada pues ya se muestra cercano en algunos momentos cuando su progenitora esta fuera del consultorio. Se ha evidenciado en el tiempo entre sesiones dificultades en el sistema entre progenitora e hijo mayor de la unión marital actual (hermano del medio). La progenitora describe problemas maritales debido a la sobrecarga de responsabilidades que lleva en su hogar debido a la pauta relacional estructurada con su cónyuge, se muestra agotada por esta circunstancia.</p> <p>Se invitó al sistema a hacer evidente las excepciones de la conducta o habito, psicoeducandolos en primera medida el concepto de “excepción” y se invitó a anotar en una hoja o un cuaderno los episodios o solo recordarlos. Además se incluyó en esto la progenitora. Por otra parte se realizó una técnica de exposición con imaginaria para evidenciar dinámicas familiares difíciles, la cual no fue realizada en su totalidad con el paciente pues este no se sentía cómodo. Para finalizar se dejó de tarea crear una historia para evaluar la dinámica familiar.</p>
	Observaciones:	La sesión se vio reducida en tiempo debido a compromisos de ambas partes, se planteó una actividad para realizar en el hogar, como primer peldaño del esquema de intervención.
7	Introducir al paciente en el cambio de fase del tratamiento.	Al indagar sobre el lapso entre sesiones se notó al igual que en la sesión pasada, que se han presentado dificultades en el sistema entre progenitora e hijo mayor de la unión marital actual (hermano del medio). La progenitora de nuevo describe problemas maritales debido a la sobrecarga de responsabilidades que lleva en su hogar por la pauta

		relacional estructurada con su cónyuge. Menciona además que las dificultades maritales se relacionan a dinámicas relacionales rutinarias y mal manejo de los conflictos, que generan agotamiento en ella por estas circunstancias. La progenitora describe que la conducta sea incrementado, y con base en esto se revisó la invitación que se le hizo al sistema la sesión anterior (hacer evidente las excepciones de la conducta o hábito), a lo cual describen no haberlo hecho. Por otra parte en entrevista individual se indago sobre la Metáfora, tarea que tampoco hizo el paciente. Por último se les psicoeducó sobre la relevancia que tiene el desarrollo de las actividades en sesión y en el hogar.
	Observaciones:	Debido a la dificultad para entregar las actividades destinadas para la casa, se aplica una técnica de extinción.
8	Recoger información sobre posibles precursores de la conducta, predisponentes y psicoeducar sobre el autorregistro.	<p>Mencionan normalidad en la dinámica familiar entre sesiones (paciente y progenitora). Con relación a las actividades presupuestadas en la sesión anterior, mencionan no haberlas realizado, debido a no contar con tiempo para hacerlas. Se decidió realizar la técnica de refuerzo de conductas para aumentar la presencia de dicha actividad.</p> <p>En esta sesión se empezó a implementar el esquema de tratamiento, como primera medida de éste se indago con mayor amplitud y detenimiento la conducta de arrancarse los cabellos para integrar posible nueva información. Se revisó cantidad de cabellos e intentos, patrones, periodos de mayor frecuencia, antecedentes inmediatos y pasados de la conducta, y además posibles contenidos cognitivos que antecedan al mismo. Se psicoeduca al paciente y a su progenitora (El informe de otras personas significativas) sobre el contenido del auto registro de conductas: cantidad de cabellos, fecha y hora (o momento); lugar; pensamientos; y situación. Se incluyó la acumulación de los cabellos arrancados para generar adherencia, mayor control de resultados y posible aversión a la conducta, esto con el objetivo de aprender a observar su propia conducta y que esta pueda ayudar a que simultáneamente observe las señales y los efectos desadaptativos de la misma. Se dio un espacio para revisar situaciones conflictivas entre progenitora y el otro hermano con lo que se terminó la sesión.</p>
	Observaciones:	Se evidencia inadherencia con relación a las actividades por fuera de sesión, en esta ocasión no re realizo extinción pero si planteó un ejercicio para el hogar alternativo.
9	Explicar el tratamiento, revisar los inconvenientes del hábito, y Entrenar en la inversión del	Paciente y progenitora se muestran adherentes a las nuevas tareas sugeridas, en la evaluación del autoregistro el paciente describe que notó que la conducta de tricotilomanía se presenta con mayor frecuencia en la tarde y noche, en su gran mayoría solo y acompañado solo cuando esta con su familia. Menciona además que utiliza el pulgar y su dedo índice de su mano derecha para realizarla con mayor reiteración, se muestra que la superficie más afectada es la

	hábito (practicar una respuesta incompatible)	<p>izquierda del paciente. En compañía del paciente se discrimina y descompone el hábito en cuatro movimientos, primero levantar brazo a la altura de la cabeza, segundo posarlo en la cabeza (por lo general al lado opuesto del brazo); tercero los dedos toman el cabello, cuarto toma el cabello y le hace rollos y quinto lo hala. Esto se explicó al paciente con el objetivo de hacer consciente el hábito de manera compleja y aumentar su conciencia del síntoma. Además de identificar las situaciones de alto riesgo para el paciente. Con base en esta actividad se explica y psicoeduca al paciente la técnica de inversión del hábito (acción o respuesta incompatible al hábito) con el fin de ayudar a controlar el impulso de arrancarse los cabellos. La conducta impuesta para luchar con el hábito fue apretar el puño dos minutos que se practicó en sesión. La inversión del hábito se enseñó por medio de un Ensayo simbólico donde por medio de un ejercicio de imaginación el paciente se vea empleando la inversión del hábito con éxito en situaciones que anteceden frecuentemente al hábito</p> <p>Por otra parte se hace un listado de repaso de los inconvenientes del hábito en compañía del paciente con el objetivo de motivar al paciente a generar mayor aversión hacia la conducta para combatirlo, en el listado se mencionan el ridículo social, la restricción y evitación de actividades que le gustan (a futuro) por vergüenza y el sufrimiento causado por el hábito, al final se le invita a buscar fuentes motivacionales relacionadas con el control de su conducta. Además se entrenó en prevención basado en las situaciones de alto riesgo identificadas en el autoregistro por medio de la técnica de Control del estímulo que plantea disminuir las oportunidades de tirarse de los pelos, en el caso del paciente se le invitó a usar una gorra en su casa mientras ve televisión y en los periodos de propagandas salir al patio y ocupar sus manos además propusieron el uso de curitas en los dedos y la ayuda de la progenitora para recordar esta actividad al paciente. Por otra parte de nuevo se dejó de tarea seguir haciendo registro de conductas incluyendo además pensamientos que anteceden o que se pueden relacionar con el hábito. El paciente entregó de la metáfora que hace unas sesiones se había dejado como tarea, se invitó a relatarla y debido al tiempo quedó para la siguiente sesión explicarla.</p>
	Observaciones:	En la realización del listado de inconvenientes del hábito, el paciente muestra preocupación por adversidades futuras del mantenimiento de la conducta, dando indicios de posible afectación clínica a corto plazo.
10	Entrenar al paciente en la relajación muscular profunda.	Como el manual de tratamiento lo sugiere, todas las sesiones comienzan con una revisión del autorregistro, de la inversión del hábito, del control del estímulo, de la actividad de la sesión anterior y del repaso de las tareas para casa del paciente. Se presentó además dificultades para estructurar

		<p>dentro del autoregistro los pensamientos asociados o que anteceden a la conducta, por lo cual se explicó de nuevo partiendo solo del plano emocional. Por otra parte se presentaron eventos conflictivos en el hogar al interior del subsistema paternal, según refiere la progenitora el paciente presento un cuadro de alteración y de emoción desbordada.</p> <p>Por otra parte se le entrena al paciente en la relajación muscular profunda, que implica entrenar al paciente para que reconozca qué músculos y en que espacios puede practicarla. Se dejó como tarea, autoregistro con pensamientos asociados, técnicas de relajación al menos dos veces a la semana y control estimular. No se recomendó la inversión del hábito debido a lo reciente de la técnica de relajación.</p>
	Observaciones:	<p>Cuando se revisó el relato con el paciente se pudieron conjeturar las siguientes hipótesis que fortalecen las anteriores con relación al sistema familiar: el paciente parece no contar con uno de sus hermanos, aparentemente el mayor que es fruto de una relación anterior del padre por fuera de la unión marital actual. Centra su relato principalmente en la persona con la que más comparte tiempo su hermano del medio anulando en el relato la presencia de los padres mencionándolos solo en una ocasión (probablemente porque estos trabajan todos los días) lo que puede significar que es su hermano la persona más significativa en este momento. En la metáfora define al personaje que lo representa (el refiere que se parece más a él) como un individuo ingenioso pero que cuenta con un defecto visible, deformidad en las manos que puede estar relacionado con los espacios de alopecia del menor en la vida real que puede ser los primeros indicios que el paciente percibe con mayor alarma los síntomas y ve afectada su imagen. Percibe a su hermano como fuerte pero carente de ingenio que cuida y vela por el pero que a su vez siente celos y envidia, frente a esto no se muestra como rencoroso.</p>
11	Reencuadrar las herramientas ya realizadas para fortalecerlas con el paciente y progenitora, y extender el entrenamiento a la relajación diferencial y el reentrenamiento de la respiración.	<p>El paciente asiste después de un periodo de 15 días en el cual no había podido asistir, se muestra desapegado al tratamiento y las actividades. Menciona que actualmente no se siente motivado por el procesos pues en el tiempo transcurrido evidenció que la conducta se presentó con mayor frecuencia, debido a este retroceso en el proceso se procede a hacer reestructuración cognitiva del paciente por medio de la psicoeducación sobre el trastorno, específicamente la frecuencia de recaídas y se motiva al paciente por ultimo a recordar la eficiencia de las herramientas en anteriores ocasiones además de indicar la lista de inconvenientes del habito, donde se incluyeron nuevos que el paciente descubrió en el periodo de tratamiento. Se aprovecha el espacio para implantar algunas premisas de la Reestructuración cognitiva, explicando que nuestros pensamientos afectan a nuestras reacciones, esto por medio de ejemplos que el terapeuta da al</p>

		<p>paciente con el objetivo que este los evalúe considerando si es o no una forma adecuada de pensar, e invitando cuestionarlas y sustituirlas por unas adecuadas positivas. Se le plantea un ejercicio donde el paciente verbalizará expresiones absurdas que ha escuchado y que el terapeuta ofrecerá un cuestionamientos para percibir las diferentes. Con esto se implantaron las bases para el reposicionamiento que se abordara en la siguiente sesión.</p> <p>Por último continuando con lo aprendido en la sesión anterior se procede a entrenar al paciente en relajación diferencial específicamente: el reentrenamiento en respiración, se realizaron en compañía de su progenitora para que ambos la realizaran en casa. Además se enseñó al paciente la técnica de detección del pensamiento, con el objetivo que inhiba los pensamientos que puedan estar ocasionando la conducta. Puesto que el paciente aún se le dificulta identificar los pensamientos al interior del autoregistro semanal se decidió fortalecer los mecanismos de registro. Al final se repasaron ambas técnicas de relajación enseñadas y se invitó a probar con cada una al menos una vez a la semana y contar como le fue.</p>
	Observaciones:	Se evidencia en el paciente conductas de evitación relacionadas al manejo de la frustración, en este caso por no ver efectos del tratamiento de inmediato y un sistema que aún no presta la función para soportar esto.
12	Adquirir conocimientos para realizar la Detención del pensamiento y Reestructuración cognitiva de Beck/Ellis	<p>El paciente después del periodo de vacaciones describe que no realiza las actividades si no la mitad del tiempo y que presenta dificultades para estructurar estos nuevos hábitos en su rutina diaria. Por lo cual se le brindaron herramientas como el uso de alarmas para hacer uso adecuado de la estrategia de control de estímulos (específicamente ponerse una gorra mientras se expone a situaciones potenciales que detonen el hábito) y se descartó el uso de otros estímulos como guantes y curitas</p> <p>Se trabaja con el paciente la reestructuración cognitiva desde el juego de roles donde el paciente describe que puede pensar una persona externa (técnica de reposicionamiento) de situaciones que le aquejan y donde el terapeuta hace el papel de cuestionador buscando evidencias, opciones alternas, y plantear en dimensiones diferentes las situaciones, con la idea de construir una visión diferente de su conducta a la luz del entorno y reconocer lo involuntario de sus pensamientos y cómo éstos afectan su forma de sentir y responder al entorno. Al final del ejercicio se planteaban pensamientos funcionales de aquellos pensamientos inadecuados expuestos por el paciente. Con base en esto se trabajaron algunas distorsiones cognitivas que emergieron en el paciente de momento, sobre situaciones con su progenitora y al interior de su familia. Principalmente errores del pensamiento de tipo todo o nada y de generalización.</p>

		<p>Se repasó la inversión del hábito y notar las mini conductas además de la detección del pensamiento. Se dejó como actividades para el hogar seguir implementando: el autorregistro incluyendo la detección del pensamiento, la inversión del hábito, control del estímulo, la relajación progresiva (se le facilitó más) dos veces a la semana y se consideró pertinente no incluir el Reposicionamiento.</p>
	Observaciones:	<p>Debido a que el paciente no realizó adecuadamente algunas actividades se realizó extinción en aquellas que aún presenta dificultades y que no realiza.</p>
13	Psicoeducar sobre el Diálogo con uno mismo dirigido.	<p>El paciente se muestra colaborador y motivado describe que realizó los autoregistros adecuadamente y que aunque tuvo mayor intención para realizar control de estímulos, menciona haberlo olvidado con frecuencia y que en las ocasiones en que lo logró, fue por ayuda externa. Menciona que realizó la detección del pensamiento pero que no la anotó pues solo sucedieron en dos ocasiones.</p> <p>Esta sesión se enfoca en enseñar al paciente a centrarse en hablar consigo mismo partiendo de que los diálogos irracionales, erróneos o negativos necesitan ser reemplazados por cogniciones racionales y positivas. Por el medio de una conversación. Se consideró que el diálogo debía estar basado en las cuatro categorías para: la preparación (centrado en los requisitos conductuales), el enfrentamiento y control (mantener a raya la reacción al estrés), el afrontamiento de las sensaciones de verse abrumado (Controlar expresión emocional por medio de la respiración adecuada y la ubicación en el presente) y el refuerzo (Al terminar se evalúa positivamente la experiencia). En todos se dirigen los pensamientos hacia auto verbalizaciones positivas y de sigilosidad. Se ensayó hasta observar parte su internalización y se invitó a retarse con estímulos estresantes en el hogar. Se construye y da un listado de autoinstrucciones positivas para el presente e imaginar el futuro positivamente. Por último se psicoeduca al paciente sobre un entrenamiento en estrategias de detención del pensamiento basado en la cuenta regresiva de números que requieran del paciente preste atención de manera voluntaria a una actividad que no está automatizada (contar hacia atrás) para que el pensamiento automático (por ejemplo, “no voy a ser capaz de aguantar sin arrancármelo”) sea sustituido por otro positivo.</p>
	Observaciones:	<p>La madre refiere que no asistió ella ni su hijo a la sesión pasada debido a complicaciones en su trabajo que le impidieron traerlo a ella y a su pareja.</p>
14	Reforzar y fortalecer las herramientas efectivas y fomentar la Reestructuración	<p>El paciente se percibe especialmente motivado en la sesión, cuando se indaga sobre el periodo entre sesiones la progenitora describe que llevaba algunos días el paciente emocionado pues el día siguiente a la sesión en el colegio práctico la inversión del hábito adecuadamente. Describe el</p>

	<p>ón cognitiva de Beck/Ellis</p>	<p>paciente que no se han presentado eventos en lo que lleva de la semana además de la situación en la que pudo ejercer la inversión del hábito. El paciente refiere que el control del estímulo lo ha hecho adecuadamente pues colocó una alarma para recordar, menciona que las técnicas de relajación solo la hizo una vez, con relación a la detección del pensamiento menciona haberlas realizado pero que no está seguro de si están o no bien hechas. Se dejó como tarea después de clarificar los errores en la técnica de reposicionamiento realizar el autorregistro (con detección del pensamiento), seguir con el uso de la gorra (Control del estímulo), Técnicas de relajación y la inversión del hábito.</p>
	<p>Observaciones:</p>	<p>La sesión encaminó la gran mayoría de su tiempo para reforzar el periodo de remisión del paciente y motivarlo a que perpetúe este periodo.</p>
15	<p>Enseñar el Modelado encubierto y la representación de papeles</p>	<p>El paciente describe que existieron dos eventos de arrancarse el cabello en el periodo entre sesiones, dando paso a explicar las recaídas en el proceso desde una redefinición breve de las mismas como posibilidades de aprender aún más. Seguido a esto se introduce al paciente en el Modelado encubierto mediante la representación de papeles, donde por medio de un juego de roles el paciente se enfrenta a situaciones difíciles que al final fueron retroalimentadas y se repitieron hasta que el paciente actuó satisfactoriamente. Para esto se escogieron las siguientes situaciones; Jugando pes, viendo televisión, jugando en el celular, momento de osceo y en el colegio cuando dejan actividades difíciles. Después se enseña al paciente a que practique el Modelado encubierto imaginándose a otra persona que realiza adecuadamente la actividad, luego suplantándose por él mismo en la escena, con el objetivo de hacerlo más sencillo. Como actividad para hacer en casa se le indica que realice las actividades habituales y que use sus estímulos estresantes diarios como oportunidades para dominar el diálogo interno.</p>
	<p>Observaciones:</p>	<p>No se presentaron dificultades en esta actividad, pese a que el trabajo por imaginación no es el fuerte del paciente.</p>
16	<p>Concluir el proceso y psicoeducar al paciente en prevención de las recaídas. Terminación</p>	<p>El consultante refiere que no ha presentado conductas de arrancarse el cabello en el periodo entre sesiones. En esta sesión se abordó la prevención de las recaídas a través de una discusión, comentando posibles escenarios en el futuro y evaluando las creencias sobre las recaídas y las herramientas que puede usar para controlar los retrocesos, además de hacerle claridad de lo probables que son. Esto por medio de la reformulación de posibles apariciones como una</p>

		<p>oportunidad y no un error. Al terminar esto se hizo un repaso de las técnicas de control del estímulo. Por último se invita al paciente a que proyecte con meta suya pasar un día sin haberse arrancado los cabellos.</p> <p>Se usó una técnica de exposición para identificar los pensamientos negativos para poner en práctica la detención del pensamiento y las auto instrucciones positivas, se relaja, observa lo bien que se siente con el pelo (se auto-refuerza). Con esto se introduce un nuevo mecanismo de la inversión del habito donde se le explica que el objetivo es prestar atención de manera voluntaria a una actividad que no está automatizada (contar hacia atrás) para que el pensamiento automático, (por ejemplo: “no voy a ser capaz de aguantar sin arrancármelo”), sea sustituido por otro positivo. De manera que se sustituya este por la conducta de apretar el puño (opcional).</p> <p>El proceso psicológico se cerró evaluando desde la percepción del paciente y su progenitora los hallazgos y resultados observados por ambos comparado con las primeras sesiones, todo enmarcado en que el consultante asuma como propio el mérito del cambio, explicándole que se encuentre capacitado de manera autónoma para aplicarse a sí mismo todo lo que ha aprendido en esta sin la necesidad de del profesional. Como ultima indicación del proceso se le aclaro que la remisión de la conducta está estrechamente relacionada con seguir practicando lo aprendido en sesión (detención del pensamiento, las autoinstrucciones positivas, reposicionamiento e inversión del habito) y para tomar aún más conciencia y motivarse al ver cómo va mejorando y alcanzando los objetivos se invitó a contar lo que le ocurre a alguna amistad íntima, tomarse fotos y ver el cambio para presumirle familiares.</p>
	Observaciones:	<p>Al terminar el proceso la madre encuentra ambivalente pues considera que han realizado muchos avances pero que el paciente aún puede recaer, exculpándose de su responsabilidad en el proceso, con base en esto se refuerza los conocimientos que ella tiene sobre el diagnostico basado principalmente en la incidencia de los padres en la sintomatología.</p>