

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0051>

TRATAMIENTO DE TRICOTILOMANÍA DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

TREATMENT OF TRICHTILOMANIA FROM A COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH

Sosa-Arteaga Francisco Javier ¹

¹ Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado, Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador.
Correo: fsosa9146@utm.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6548-8690>

Resumen

La tricotilomanía se caracteriza por el impulso recurrente de arrancarse el cabello ante cualquier situación sea inter o externa que funcione como detonante, el ser humano a lo largo de su desarrollo psíquico está marcado por patrones de conductas propios y que fueron adquiridos durante un proceso de aprendizaje significativo que pueden generar alteraciones en su vida cotidiana, el objetivo de este estudio de caso es proponer abordaje para el tratamiento de la tricotilomanía desde el enfoque cognitivo conductual, estudio de caso con su respectivo proceso de diagnóstico, de intervención terapéutica fundamentada desde el enfoque cognitivo conductual; las técnicas que se utilizaron: relación de Jacobson, inversión del hábito, análisis funcional de la conducta, técnica racional emotiva y de exposición, se aplicó el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) (Millon, 1994), la escala de ansiedad de Hamilton, Inventario de depresión de Beck (BDI-2), la de 21 años de edad obtuvo rasgo de personalidad compulsivos, leve severidad en la ansiedad y no presentó alteraciones en su estado emocional de acuerdo a las herramientas aplicadas, dando como finalidad una vez obtenido el diagnóstico proponer un tratamiento psicoterapéutico desde el enfoque cognitivo conductual fundamentado en la información recolectada dentro de las primeras sesiones y respaldados los en los instrumentos psicológicos aplicados.

Palabras clave: Tricolomanía, Cognitivo Conductual, Conducta.

Abstract

Trichotillomania is characterized by the recurrent impulse to pull out one's hair in any situation, whether internal or external, that functions as a trigger. The human being throughout his psychic development is marked by his own behavioral patterns that were acquired during a significant learning process that can generate alterations in his daily life, the objective of this case study is to propose an approach for the treatment of trichotillomania from the cognitive-behavioral approach, a case study with its respective diagnostic process and therapeutic intervention based on the cognitive-behavioral approach; the techniques that were used: Jacobson's relationship, habit reversal, functional analysis of behavior, rational emotive and exposure technique, the Millon Inventory of Personality Styles (MIPS) (Millon, 1994), Hamilton's anxiety scale, Beck's Depression Inventory (BDI-2), the 21-year-old obtained compulsive personality trait, Once the diagnosis was obtained, the purpose was to propose a psychotherapeutic treatment from the cognitive-behavioral approach based on the information collected during the first sessions and supported by the psychological instruments applied.

Keywords: Tricholomania, Cognitive Behavioral, Behavior.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 13 de julio de 2021.

Fecha de aceptación: 18 de octubre de 2021.

Fecha de publicación: 12 de noviembre de 2021.

1. Introducción

1.1. Definiciones de Tricotilomanía

Según (Martínez Tirado, 2015) es descrita por primera vez por el psiquiatra francés Hallopeau en 1889 y aceptada como diagnóstico psiquiátrico en 1987, (Sarmiento Nova & Niño Villamarin, 2012) la define como el impulso irresistible de halar el propio cabello, acompañado de un aumento progresivo en la tensión psíquica seguido de un sentimiento de gratificación y alivio, la mayoría de los pacientes se halan el cabello de uno o más lados sobre todo del cuero cabelludo, seguido por pestañas, cejas, vello facial y púbico.

Tomando como referencia el concepto otorgado por (Daniel Asz Sigall, 2010) que es el siguiente: “La tricotilomanía o alopecia neuromecánica es la urgencia irresistible de arrancarse el cabello, y se define como el arrancamiento de manera repetitiva del cabello que genera zonas de alopecia. La palabra etimológicamente tiene su origen de *thris*, ‘pelo’, *tillo*, ‘tirar’, y el sufijo “manía”, que constituye importantes alteraciones psicopatológicas”. El concepto marca dos componentes esenciales

el impulso por arrancarse en cabello o tirar de él y la frecuencia que debe cumplir dentro de la conducta del individuo.

Consiste en arrancarse el propio pelo de manera compulsiva debido a una irresistible tensión que experimenta el sujeto hacia dicha acción. El pelo se puede arrancar de diversas zonas del cuerpo, por ejemplo, la cabeza, cejas, pestañas, brazos o vello púbico (Morales Domínguez, 2012).

La guía de (Association, 2013) de los criterios de diagnóstico del DSM V la define con los siguientes:

- A. arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida.
- B. intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.
- C. arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. el hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección

médica (p. ej., una afección dermatológica).

E. el hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal).

Este trastorno se entiende como el impulso o la necesidad de arrancarse el propio pelo ya sea de la cabeza u otra parte de cuerpo, es importante saber hasta qué grado el deseo o pensamiento ejecutor de esa acción provoca en el individuo esas acciones, e incluso llegando a intervenir en las esferas esenciales para la vida como lo es las relaciones sociales, laborales y personales.

Las causas pueden ser una falta por controlar el impulso o simplemente una necesidad recurrente ante una ansiedad o situación que cause tensión en la persona, para (Teresa Sarmiento, 2015) es posible sostener que manipular el cabello se da también en los animales para acicalarse y es un signo de intimidad o de poder, en los humanos las raíces también podrían estar asociadas al acicalamiento, ya que el

cabello constituye un atributo de belleza, sexualidad y fortaleza.

Para el tratamiento de este trastorno es importante fijar un plan psicoterapéutico que aborde toda la sintomatología base que mantiene como soporte a la patología, adecuando las herramientas necesarias para poder minorizar dicha sintomatología y dotar a la paciente de estrategias al nivel cognitivo conductual para prevenir futuras recaídas.

1.2. Descripción del Caso

1.2.1. Datos generales

Nombre: Alexandra (Nombre ficticio)

Fecha de nacimiento: 31 de mayo de 1999 **Edad:** 21

Instrucción: Estudiante Universitaria

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante.

Vive con: Madre, tía y abuelos.

1.2.2. Motivo de consulta.

Paciente que acude a consulta manifestando tener problemas con el estrés y producto de esto comienza a arrancarse el pelo de su cabellera, especifica que esto ocurre más

cuando se encuentra realizando una actividad en la computadora, ella refiere que todo esto se deriva producto de los altos niveles de estrés que suele experimentar.

1.2.3. Historia familiar y personal.

Alexandra (nombre ficticio) proviene de un hogar estable, con buen ambiente familiar, conformado por sus abuelos maternos, su tía. Su madre que actualmente tiene 42 años de edad presenta problemas de salud, específicamente en los riñones y la vesícula, no presenta antecedentes de problemas psicológicos, ni psiquiátricos, tampoco problemas de abuso de sustancias, comenta que a la edad de 20 años de edad procreó su única hija.

Su padre murió cuando ella tenía 2 meses de nacida, por lo cual solo conoce que mantuvo problemas de alcoholismo, manifiesta que sus abuelos no presentan ningún tipo de alteración psicológica, salvo el caso de su bisabuela materna que sufre de demencia.

Dentro del núcleo familiar mantienen muy buenas relaciones familiares, A.G. expresa sentir una afinidad especial con su tía, la paciente no

presenta antecedentes de problemas psicológicos, psiquiátricos ni de salud, su nacimiento se dio al cumplir con los 9 meses, sin complicaciones al momento de nacer.

En su etapa escolar no presentó problema de aprendizaje, refiere que siempre se mantuvo con un buen rendimiento académico, en su adolescencia se define como una persona muy introvertida sobre todo cuando le tocaba realizar algún tipo de interacción social con otra persona.

Alexandra (nombre ficticio) a la edad de 11 años comenta que sufrió una situación emocional significativa debido a la separación con su mejor amiga, con la cual había creado fuertes lazos de unión ya que siempre realizaban diversas actividades juntas, ella se cambió de unidad educativa y dicha cercanía llegó a su fin, actualmente se encuentra cursando sus estudios universitarios. Manifiesta que la única complicación que mantiene es que no se considera una persona muy afectiva con su familia, especialmente con su abuelo.

1.2.4. Diagnóstico preliminar:

F63.3 Tricotilomanía.

1.2.5. Objetivos

1. Dotar de herramientas de afrontamiento ante la conducta problema.
2. Redireccionar la conducta problema de arrancarse el cabello hacia otra adaptativa.
3. Modificar las ideas, creencias y pensamientos obsesivos.
4. Enfrentar al paciente a situaciones que desencadene la problemática.

2. Metodología

El siguiente caso fue abordado desde el enfoque cognitivo conductual donde se propuso un plan psicoterapéutico basado en 11 sesiones por un lapso de 5 meses como tiempo estimado y con un intervalo de dos sesiones por mes, para abordar la compulsión, ansiedad y los pensamientos obsesivos que lleva a la paciente arrancarse el cabello en diversas ocasiones de su vida diaria, especificando los objetivos terapéuticos en conjunto con las de técnicas a utilizar llegando así a un

posible pronóstico de mejoría o eliminación del trastorno de tricotilomanía, este proceso va acompañado de la escucha activa, el buen rapport y la alianza psicoterapéutica, que se hizo mediante las primeras sesiones que sirvieron para llegar a un diagnóstico presuntivo.

2.1. Instrumentos psicométricos aplicados en el caso

El Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) (Millon, 1994)

(Rivas, 2011) menciona que su objetivo es medir los diferentes estilos de personalidad en el adulto, cuya edad sea mayor a 18 años, el MIPS está conformado por 180 ítems, a los que el sujeto debe contestar si le son aplicables a sí mismo (verdadero) o no (falso), consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares, que a su vez se ordenan en tres categorías de acción que son: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales.

La escala de ansiedad de Hamilton

Está compuesta por 14 ítems divididos en: estado de ánimo ansioso, tensión, temores, insomnio, intelectual (cognitivo), estado

deprimido, síntomas somáticos generales (musculares), síntomas somáticos generales (sensoriales), síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas autónomos y comportamiento en la entrevista. Estos ítems se encuentran valorados de la siguiente manera: 0 ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 grave y 4 muy grave. (Lopez , 2018)

Los resultados de la escala de ansiedad de Hamilton que fue aplicado en la paciente, obtuvieron los siguientes puntajes:

- ✓ Ansiedad somática con un puntaje de 5.
- ✓ Ansiedad psíquica con un puntaje de 12.
- ✓ Puntaje final de la sumatoria es: 17.

La escala específica que un puntaje menor a 17 significa una leve severidad en la ansiedad.

Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

El siguiente inventario seleccionado lo define (Comeche, Ortega, & Vallejo, 2012) como un autoinforme que consta de 21 ítems, orientado a

evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada uno de los ítems posee cuatro alternativas de respuesta, catalogadas de menor a mayor (de 0 a 3 puntos), de las que la persona debe escoger aquella que es la más acorde y describa la forma en que se ha sentido durante la semana pasada, el rango de puntuación del BDI fluctúa entre 0 y 63 puntos, existiendo los puntos de corte mencionados por Beck: 0-9 corresponde a normal, 10-18 leve, 19-29 moderada y 30-63 grave.

¿Qué es la terapia cognitiva conductual?

La terapia cognitivo-conductual es un modelo de tratamiento para diversos trastornos mentales, su principio de funcionamiento es ayudar a los pacientes a cambiar sus pensamientos, emociones, comportamientos y disfunciones físicas para adaptarse a otras enfermedades más adaptativas para resolver sus problemas.

Como sugiere el nombre, esto se deriva de la combinación de dos grandes teorías psicológicas. El modelo consiste en un conjunto de intervenciones que se ponen en práctica tras una valoración

detallada de las características biopsicosociales del paciente, teniendo en cuenta el reconocimiento, compromiso y colaboración del paciente.

¿En qué se centra la terapia cognitiva conductual?

Este modelo es estructurado, activo y centrado en el problema. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones 12, y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6, sus objetivos son: (Puerta Polo & Padilla Diaz, 2011)

1. Disminuir el pensamiento disfuncional.
2. Incrementar las habilidades de autocontrol.
3. Optimizar la capacidad de resolución de problemas
4. Mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales.

2.2. Procedimiento

Para poder abordar este caso de tricotilomanía desde el enfoque cognitivo conductual se formuló 4

objetivos específicos con sus diferentes técnicas y así mismos resultados que se quiere obtener poniendo en práctica las mismas.

A continuación, se detallará el número de sesiones, así mismo se explicará el procedimiento de las técnicas y como esta logado al objetivo como meta del plan terapéutico.

Sesión 1: En esta sesión se busca realizar un buen rapport con la paciente para poder obtener la mayor información acerca de la conducta problema que, en este caso, es la compulsión por arrancarse el cabello, esto permitirá también poder conocer el cuadro de síntomas que predominan en la paciente, un diagnóstico preliminar y como direccionar las demás sesiones en base al plan terapéutico.

Sesión 2 y 3: Se trabajará en el primer objetivo que es dotar de herramienta de afrontamiento ante la conducta problema, para esto se implementará la técnica de relación de E. Jacobson, la cual consiste en lo siguiente:

(Castro & Macias, 2010) menciona que esta técnica tiene como objetivo obtener niveles más profundos de

relajación muscular, enseñándole al individuo identificar el nivel de tensión en diferentes partes de su cuerpo, el sujeto paulatinamente desarrolla habilidades para lograr la relajación profunda y la reducción de la tensión fisiológica, incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad, se le enseñará a relajar su cuerpo por partes, comenzando inicialmente por la cabeza, frente, nariz, sonrisa, lengua, mandíbula, labios, cuello, brazos, piernas, espalda, tórax y debajo de la cintura.

Sesión 4 y 5: Una vez que la paciente aprenda las técnicas de relajación para poder regular sus respuestas fisiológicas ante la ansiedad, pasará a emplearse el siguiente objetivo el cual consiste en redireccionar la conducta problema de arrancarse el cabello por otra más adaptativa, con este consigan se busca crear un hábito positivo y que no genere en ninguna problema, direccionar la energía en alguna actividad productiva y que al mismo tiempo sea de índole terapéutico, a través de la técnica de inversión del hábito que consiste en: Según (Gonzales & Baile, 2010) la define como la habilidad de adoptar una respuesta incompatible o conducta

que el sujeto puede generar en lugar de la conducta repetitiva. Dicha respuesta, que empleará los mismos músculos que se utilizan en la reacción inicial a eliminar, debe tener los siguientes requisitos: mantenerse al menos por un tiempo de un minuto, depende del tipo de hábito sobre el cual se intervenga, pasar desapercibida para los demás y fortalecer los músculos en la dirección contraria a la desarrollada al emitir el comportamiento repetitivo.

También es importante incentivar al paciente cada vez que no alimente la conducta problema y cumpla con las técnicas esto ayudara a la paciente a reforzar las conductas positivas y mejorar sus herramientas de afrontamiento.

Sesión 6, 7, 8 y 9: Durante esta sesión se alcanzará como objetivo modificar las ideas, creencias y pensamientos obsesivos, esta parte es una de las más esenciales del plan psicoterapéutico ya que reestructurando el sistema de creencias, identificando los pensamientos automáticos, intrusivos y obsesivos se logrará que la paciente comience a reemplazarlos por otros

pensamientos más adaptativos y que no generen o alimenten la conducta problema, esto se lo considera tomando como referencia a lo manifestado por la paciente, el pensamiento recurrente de tener su mano ocupada, una vez que logre direccionar el hábito, se cambiará el sistema de creencia atacando las ideas que sostienen la conducta negativa.

Aquí se implementará la técnica Racional Emotiva Conductual (TRE), análisis funcional de la conducta esta se basa como lo menciona (Dulanp & Fox, 2011) en una conducta problemática concreta es controlada por eventos ambientales. También delimita las consecuencias (funciones) que han sido mostradas que mantienen el comportamiento y los estímulos antecedente, una fuerte derivación de análisis funcional es cuando se identifican las consecuencias específicas que conserva la conducta problemática, se pueden utilizar para obtener respuestas adaptadas que se transforma funcionalmente suplentes equivalentes para el problema de conducta.

Implica hacer explícito lo implícito de las auto-verbalizaciones del sujeto y

aprender una nueva forma de evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de una forma mucho más razonable. No implica encontrar una forma de pensar mucho más funcional, menos dolorosa. (Ibañez & Vargas, 2012) hace referencia que si lo que transforma nuestras emociones es el análisis de las situaciones que el sujeto hace de su entorno, entonces hay que modificar las evaluaciones para obtener emociones más funcionales y adaptables que le permitan al sujeto vivir de una forma más confortable.

Esta técnica permitirá dentro del plan terapéutico poder identificar la expresión misma de la conducta, es decir, saber qué la provoca y qué sucede después de ser ejecutada, de esta manera facilitaría al paciente el control de la misma cada que se presente una crisis durante su diario vivir y fortalecerá la capacidad de comprensión de la enfermedad en el paciente, todo esto con la finalidad de evitar reforzar la conducta negativa.

Sesión 10 y 11: Una vez que la paciente ha trabajado la conducta problema con las técnicas aplicadas en las sesiones anteriores, se debe

cumplir el último de los objetivos que es enfrentar al paciente a situaciones que desencadene la problemática, con esto podrá controlar y poner en práctica todo lo aprendido acerca de su conducta problema, mediante la técnica de exposición que según (Bados & Garcia, 2011) busca reducir las recaídas y los signos y síntomas que generan las situaciones desencadenantes de la conducta problema, esto se conseguirá por medio de afrontar, de forma sistemática y libre, ciertas situaciones (p.ej., subir al metro, hablar frente un público, recibir críticas, ingerir alimentos “prohibidos”, ver, tocar y oler la bebida alcohólica preferida) o estímulos que provienen de manera interna (p.ej., sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones) que provocan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o generan el impulso de realizar una acción determinada, la persona debe mantenerse en la situación o bien enfrentar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso baje significativamente y/o hasta que demuestren las consecuencias anticipadas que no están sucediendo.

Mediante esta técnica, la paciente podrá enfrentarse de manera imaginaria a la situación ansiosa que genera en ciertas ocasiones la conducta de arrancarse el cabello para así poder regular las respuestas y evitar que la misma comience a generar malestar, si no que la enfrente para normalizar dicho impulso, así se evitará realizar la acción para comenzar de manera gradual extinguir la conducta problema y evitar recaídas.

3. Resultados

La Paciente Alexandra (nombre ficticio) fue evaluada con el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), con la finalidad de evaluar su estructura de personalidad y así mismo obtener información sobre la presencia de algún trastorno de la personalidad, en la cual tuvo como resultado lo siguiente:

- 94 puntos en los patrones de personalidad compulsiva dentro del punto de corte del inventario se lo definen como un indicador elevado.

- 91 puntos en los patrones de personalidad esquizoide definido como un indicador elevado.
- 77 puntos en somatoformo dentro de los síndromes clínicos con un indicador moderado.
- 72 puntos en los patrones de personalidad evitativo en la cual se lo posiciona como un indicador moderado.
- 70 puntos en los patrones clínicos de personalidad de agresivo-sádico como un indicador moderado.

Con estos resultados se observa la relación de su patrón de personalidad más sobresaliente que es el compulsivo, esto tiene comorbilidad con el trastorno de la tricotilomanía cuyo diagnóstico fue el preliminar.

Otro patrón de la personalidad con un indicador elevado fue el esquizoide, el cual se puede relacionar con los procesos ansiosos de la paciente ante situaciones de índole social que va acompañado de su trastorno de tricotilomanía.

4. Alcances y limitaciones

Dentro del contexto del plan terapéutico los alcances de los objetivos en conjunto con las técnicas, se pronostica un buen desarrollo de la misma y favorable acompañamiento de la eliminación de la conducta, debido a los indicadores positivos de la paciente siempre que se cumplan las indicaciones detalladas en cada sesión.

El plan psicoterapéutico fue elaborado para trabajar la compulsión de arrancarse en cabello que es la conducta que está generando malestar en la actualidad, una vez abordado ese punto se comenzará a tomar en cuenta la ansiedad que está presente en las ocasiones donde la acción es más intensa, con la técnica de respiración generará un buen control fisiológico y permitirá regular dichas reacciones ante los pensamientos o factores ansiosos que se puedan presentar, esto dotará a la paciente de herramientas de afrontamiento.

Teniendo en cuenta que la información obtenida durante las sesiones que se cumplieron para llegar al diagnóstico permitió elaborar esta propuesta sumando a

los indicadores positivos mencionado por la paciente podemos llegar a una hipótesis favorable para volver adaptativa la vida del paciente y minorizar los síntomas del trastorno.

Las técnicas de análisis y modificación de pensamientos, creencias o ideas obsesivas tendrán una eficacia dentro del plan terapéutico, debido a que la paciente identificará y trabajara esa idea de “tener la mano ocupada”, idea detonante de la acción de arrancarse el cabello, dando una respuesta lógica ante ese pensamiento, acompañado de que la paciente es una estudiante universitaria y posee capacidades reflexivas óptimas para generar pensamientos que eliminen aquellos intrusivos y automáticos.

Por último, la técnica exposición ayudará a que la paciente recree de manera real o imaginaria, una situación que han generado aquella conducta desadaptativa y permitirá que la paciente pueda poner en práctica lo aprendido con anterioridad en las demás sesiones, de esta manera, se pretende evitar las recaídas y generar un mejor manejo en las crisis de ansiedad y los sentimientos de frustración.

Correspondiente a las limitaciones es importante aclarar que todo está basado en una propuesta psicoterapéutica y de no cumplirse con la totalidad de las técnicas y las intervenciones se puede pronosticar posibles recaídas, que en el ámbito psicoterapéutico no son del todo negativas ya que podrá ofrecer una mirada más focalizada del trastorno y adaptar el plan psicoterapéutico.

5. Conclusiones

La elaboración del plan psicoterapéutico se cumplió mediante las primeras sesiones de intervención ofreciendo la información esencial para poder asentar las técnicas y los objetivos de cada sesión propuesta.

Es importante destacar que los elementos como la escucha activa, el raptor y la alianza terapéutica por parte del psicoterapeuta aseguraron que dicha información acompañado de los instrumentos establecidos se pueda llegar al diagnóstico presuntivo.

Bibliografía

- Association, A. P. (2013). Guía de consulta de los criterios de diagnóstico DSM 5. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bados, A., & García, E. (2011). Técnica de exposición. Universitat de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Castro, A., & Macias, C. (2010). ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. Información Científica. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757306019.pdf>
- Comeche, M., Ortega, J., & Vallejo, M. (2012). Estructura y adecuación del Inventario de Depresión de Beck en pacientes con fibromialgia. *Psicothema*, 2. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/4070.pdf>
- Daniel Asz Sigall, M. P. (2010). Tricotilomanía. Una entidad psicodinámica. *Dermatología cosmética, médica y quirúrgica*, 117. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2010/dcm102h.pdf>
- Dulanp, G., & Fox, L. (2011). Function-based interventions for children with challenging behavior. *Journal of Early Intervention*, 33(3), 334.ojo
- Gonzales, M., & Baile, J. (2010). USOS TERAPÉUTICOS DE LA TÉCNICA DE INVERSIÓN DE HÁBITO. *Interpsiquis*, 2. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=usos-terapeuticos-de-la-tecnica-de-inversion-de-habito-una-revision>
- Ibañez, E., & Vargas, J. (2012). TERAPIA RACIONAL EMOTIVA: UNA REVISIÓN ACTUALIZADA DE LA INVESTIGACIÓN. *Revista Electrónica de Psicología*, 14(57). Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art15.pdf>
- López, M. (2018). NIVELES DE ANSIEDAD EN LAS Y LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV) DEL CANTÓN AMBAT. *Ambato*. Recuperado de: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2175/1/76597.pdf>
- Martínez Tirado, M. I. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con tricotilomanía. *Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 9. Recuperado

- de:
<http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-13.pdf>
- Morales Domínguez, Z. (2012). Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de Tricotilomanía. *Acción Psicológica*, 132. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030770012.pdf>
- Puerta Polo, J., & Padilla Diaz, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 252,253. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Rivas, R. (2011). Inventario de Estilos de Personalidad de Millón (MIPS) en mujeres chilenas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 180. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645439010.pdf>
- Sarmiento Nova, J., & Niño Villamartín, M. (2012). LA TRICOTILOMANÍA EN UNA ADOLESCENTE. EL ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA. *Psimonart*, 100. Recuperado de: <https://clinicamontserrat.com/web/documents/Psimonart/volumen4-1/08-Psimonart-La-tricotilomania-en-un-adolescente.pdf>
- Teresa Sarmiento, V. G. (2015). Tratamiento Psicológico de la tricotilomanía. *Psicopatología y Psicología*, 58. Recuperado de: https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/05/06_2016_n1.pdf