

# INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRICOTILOMANÍA

## COGNITIVE - BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF TRICHOTILLOMANIA

ZAIRA MORALES DOMÍNGUEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Profesora del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social de la Universidad de Huelva.

Correspondencia: Facultad de Ciencias de la Educación

Avda. Tres de Marzo, S/N. CP: 21071 - Huelva.

[zaira.morales@dpsi.uhu.es](mailto:zaira.morales@dpsi.uhu.es)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Morales-Domínguez, Z. (2012). Intervención cognitivo-conductual en un caso de tricotilomanía. *Acción Psicológica*, 9(2), 131-142 doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4111>

### Resumen

En este trabajo se presenta el caso clínico de una mujer de 21 años de edad que presenta trastorno del control de los impulsos de tipo Tricotilomanía. El objetivo planteado es doble: disminuir la ansiedad y reducir la frecuencia del arrancamiento del vello. Para ello se emplea una intervención de tipo cognitivo-conductual. Los resultados obtenidos, en un principio positivos debido a que se produce un descenso de la conducta no deseada, no permiten llegar a la conclusión de que la intervención haya sido satisfactoria ya que el abandono por parte de la cliente antes de su finalización hace que no se pueda confirmar tal hecho a lo largo del tiempo. A pesar del incremento en el número de investigaciones sobre este trastorno siguen existiendo muchas incógnitas por resolver. Cuestiones relacionadas con factores etiológicos, prevalencia, adhesión al tratamiento, aportación de cada técnica, etc., necesitan de más estudios que le den respuesta.

**Palabras clave:** tricotilomanía, intervención cognitivo-conductual.

### Abstract

This study presents the clinical case of a 21-year-old woman who is presenting impulse control disorders type Trichotillomania. Two aims appear, to diminish the anxiety and the frequency of hair pulling. The intervention used is of cognitive - behavioral type. The results are, in a beginning positives because there is a decrease of the unwanted behavior, do not allow to conclude that the intervention has been successful since the abandon by the client before it conclusion does that it could not confirm such a fact throughout the time. In spite of the increase in the number of investigations on this disorder many unknowns are not resolved. Questions related to etiological factors, prevalence, treatment adherence, contribution of each technique, etc., they need from studies that respond its.

**Keywords:** trichotillomania, cognitive - behavioral intervention.

Artículo recibido: 26/08/2012

Artículo aceptado: 12/10/2012

## Encuadre teórico

La Tricotilomanía (TTM), encuadrada dentro de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (APA, 2002), consiste en arrancarse el propio pelo de manera compulsiva debido a una irresistible tensión que experimenta el sujeto hacia dicha acción. El vello se puede arrancar de diversas zonas del cuerpo, por ejemplo la cabeza, cejas, pestañas, brazos o vello púbico. Esta acción puede ser seguida, o no, de morder la raíz del pelo e incluso de comérselo.

Las consecuencias derivadas de este trastorno, que pueden afectar tanto al nivel físico (Christenson y Mansueto, 1999) como al psicosocial (Stemberger, Thomas, Mansueto y Carter, 2000), y el incremento en la frecuencia del mismo (Duke, Keeley, Geffken y Storch, 2010; Kell y Kress, 2006) está fomentando en la actualidad un aumento en el número de investigaciones (Diefenbach, Reitman y Williamson, 2000; Duke et al., 2010; Woods et al., 2006). Sin embargo, existen una serie de dificultades a la hora de realizar estudios con personas que sufren de TTM que hacen que los resultados obtenidos no sean concluyentes en aspectos tales como (a) la etiología, (b) prevalencia, y (c) intervención (para una mayor profundización ver Duke et al., 2010):

1. En la génesis de la TTM pueden actuar distintos sucesos. Cogniciones, experiencias emocionales negativas o situaciones particulares (Diefenbach, Mouton-Odum y Stanley, 2002; O'Connor, Brisebois, Brault, Robillard y Loiseleur, 2003; Woods et al., 2006) pueden llegar a desencadenar un episodio de arrancamiento.

2. En relación a la prevalencia lo que sí parecen indicar los estudios es que las mujeres lo sufren en una mayor proporción que los hombres (Icart, Pulpón e Icart, 2006; Moreno et al., 2007), aunque no todos los trabajos obtienen los mismos resultados (Duke, Bodzin, Tavares, Geffken y Storch, 2009).

3. Con respecto a las intervenciones terapéuticas utilizadas para este tipo de trastornos han sido diversas, siendo las más empleadas las farmacológicas y psicoterapéuticas. Encuadradas en estas últimas, las terapias cognitivas

conductuales han dado muestras de su efectividad (Duke et al., 2010; Kraemer, 1999; Minnen, Hoogduin, Keijsers et al., 2003; Ninan, Rothbaum, Marsteller, Knight y Eccard, 2000; Papadopoulos, Janniger, Chodynicky y Schwartz, 2003; Pérez, 2004; Woods et al., 2006). Estrategias como la relajación, la toma de conciencia del comportamiento, la realización de conductas incompatibles, la educación en la inversión del hábito, han demostrado ser útiles en el tratamiento a través de diversos estudios (Diefenbach et al., 2000; Elliott y Fuqua, 2000; Enos y Plante, 2001; Himle, Flessner, y Woods, 2004; Lerner, Franklin, Meadows, Hembree y Foa, 1998).

El ocultamiento que hacen los sujetos de la conducta evitando incluso el tratamiento, por vergüenza en muchas ocasiones (Diefenbach, Tolin, Hannan, Crocetto, y Worhunsky, 2005; Shusterman, Feld, Baer y Keuthen, 2009) o por la creencia de que no se puede hacer nada para tratarlo en otras, los criterios diagnósticos empleados a la hora de definir el trastorno (Shusterman et al., 2009; Walsh y McDougale, 2001) o las diferencias metodológicas, son algunos de los motivos que están en la base de estas dificultades. Por lo que, a pesar del aumento de estudios sobre TTM, se hace necesario seguir investigando para dilucidar respuestas cada vez más clarificadoras.

Es en este marco donde cobra sentido el caso clínico que a continuación se describe, profundizar en el conocimiento de la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales.

En este caso se trata de una mujer con diagnóstico de Tricotilomanía. Los objetivos que se plantean son (a) disminuir el arrancamiento del vello y (b) disminuir la ansiedad. Se parte de la hipótesis de que la intervención cognitivo-conductual es eficaz para el tratamiento de la TTM.

## Método

### Descripción del sujeto

Mujer de 21 años de edad que acude a consulta por iniciativa propia. El primer contacto se tiene por teléfono.

El motivo por el que la joven acude a consulta se debe a las consecuencias negativas que viene sufriendo por arrancarse el vello de la ceja. Comenta, por ejemplo, que cuando tiene que ir con sus amistades a ciertos lugares está muy angustiada por el temor a que sus amigos se den cuenta de que le falta el pelo y para que esto no ocurra lleva la ceja pintada (la chica se pinta la ceja para que no se evidencie la alopecia que presenta en esta zona). Esta ansiedad se acrecienta si el lugar al que deciden ir es la piscina o la playa, ya que no quiere bañarse por temor a que se le puedan despintar las cejas. En estas situaciones suele buscar excusas para no acudir.

La mujer manifiesta que antes de arrancarse el vello siente una gran tensión y que necesita arrancárselo, una vez que lo hace se siente aliviada pero culpable.

Este comportamiento lo viene realizando desde que tenía 11 años. A pesar del tiempo no se lo ha contado a ninguna de sus amistades.

Cada vez lo pasa peor en actos sociales, incluso estudiar en la biblioteca o estar haciendo un examen le generan ansiedad anticipatoria por si no es capaz de reprimirse el impulso y se arranca el vello delante de la gente. Las consecuencias negativas van desde la falta de concentración en la tarea hasta la evitación de situaciones y sentimientos de culpa.

El motivo de no haber acudido antes a consulta lo justifica explicando que «al principio pensaba que sólo me pasaba a mí», después comenzó a sentirse culpable (e intentaba ocultarlo) porque su familia le decía que «si tú quieres te puedes quitar esa manía». Además, su propia familia se reía de las secuelas físicas y no entendía que ella no hiciera nada para evitarlo. A todo esto se le sumó un sentimiento de vergüenza por lo que intentó poner soluciones por ella misma como ponerse esparadrappo en los dedos o esconder las manos, pero no obtuvo los resultados que esperaba, seguía arrancándose el pelo. En estos momentos lleva una racha de quitarse, según ella, muchos pelos y se siente muy preocupada.

Los datos más relevantes en la historia clínica fueron:

- Mujer de 21 años.
- Estudios universitarios.
- Lleva presentando esta conducta desde hace años. Se arranca el vello de la ceja desde que tenía 11 años. No los ingiere aunque los muerde.
- Presenta onicofagia.
- No hay antecedentes familiares de interés.

## Procedimiento de evaluación

Para la recogida de datos se utilizó:

- *Entrevista no estructurada*. La evaluación de la TTM es dificultosa debido a que los individuos que la padecen tienen cierta tendencia a no querer revelarlo (Stein, Christenson y Hollander, 1999). Por este motivo la recogida de datos es fundamental si se quiere hacer un diagnóstico y tratamiento adecuados. La entrevista se convierte así en una herramienta imprescindible a la hora de obtener información necesaria sobre distintos aspectos de este trastorno. Tal y como proponen diversos autores (Mulinari-Brenner y Bergfeld, 2001; Simeon y Favazza, 2001; Stein et al., 1999), en este caso se formulan preguntas sobre la edad de inicio de la conducta problema, frecuencia del comportamiento, cantidad de vello arrancado, estado emocional (antes, durante y después de arrancarse el vello), estrategias empleadas para reducir o detener el comportamiento, intervenciones pasadas, modelo de familia, etc. También se exploran la respuesta física y la influencia de factores afectivos y cognitivos en dicho comportamiento (Stemberger, Stein y Mansueto, 2003).
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Esta escala está formada por 40 ítems que miden dos aspectos conceptualmente de la ansiedad pero que están relacionados: ansiedad estado y ansiedad rasgo. El primero evalúa la ansiedad como

un estado emocional transitorio. La valoración de la ansiedad rasgo indica una tendencia a valorar las situaciones de manera ansiosa, amenazadora. La prueba presenta una buena consistencia interna tanto para la escala que valora la ansiedad estado (entre .90 y .93) como para la de la ansiedad rasgo (entre .84 y .87) según los datos aportados en el análisis de la adaptación española (Seisdedos, 1988).

- *Autorregistro* (Tabla 1). «El autorregistro es una característica clave de todos los programas de autocontrol» (Herbert y Nelson, 1997, 344). En esta ocasión, el autorregistro se le plantea a la cliente con una doble finalidad: realizar el análisis funcional de la conducta y conocer la frecuencia con la que la misma ocurría. El objetivo es identificar las relaciones entre la conducta, los antecedentes, y las consecuencias (Olympia, Heatherfield, Jensen, y Clark, 2002) como requisito previo al tratamiento (Stemberger et al., 2003).

## Diagnóstico

La paciente presenta un diagnóstico de F63.3 Tricotilomanía (312.39) (APA, 2002)

## Intervención

Las cuatro primeras sesiones se realizan con un intervalo semanal y el resto con una periodicidad quincenal. Se realiza una llamada telefónica de seguimiento.

Las técnicas que se utilizan en la intervención se muestran en la siguiente tabla (Tabla 2).

A continuación se describe el proceso de la intervención terapéutica:

### Sesión 1 (1 hora 30 minutos):

Durante esta sesión se lleva a cabo la entrevista y se administra el STAI.

En la entrevista se recogen los datos relacionados con la anamnesis, datos relevantes familiares y relacionados con la historia del problema y manera en la que la conducta de arrancarse el vello se presenta.

### Sesión 2 (1 hora 30 minutos):

Se le explica qué le está ocurriendo y por qué le ocurre. En qué consiste la TTM, el papel de la ansiedad, el triple sistema de respuesta y cómo están actuando los reforzadores.

Tarea para casa: Registro de número de vellos arrancados a través del autorregistro.

### Sesión 3 (1 hora 30 minutos):

Se comienza hablando de cómo le ha ido la semana y se analiza el registro. Se ha arrancado 31 pelos/semana (Tabla 3). En lugar de utilizar la tabla de registro planteada hace una adaptación anotando el número de vellos arrancados y apuntando que los episodios le ocurren sobre todo cuando siente ansiedad o aburrimiento, y sin la presencia de gente alrededor, puntualizando que las situaciones suelen ser cuando está estudiando, viendo la tele o en la cama. Le precede una sensación de tensión. Si hay gente, cuando siente la tensión se va a un lugar donde esté sola. Las consecuencias son sentimientos de alivio y después de culpa.

Tabla 1

*Formato de autorregistro*

Fecha	Situación	Antecedentes	Respuesta (cognitiva; fisiológica; omportamental)	Consecuentes	Observaciones
-------	-----------	--------------	---	--------------	---------------

Tabla 2

*Técnicas cognitivo-conductuales usadas en la intervención*

OBJETIVO	TÉCNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir y controlar el nivel de activación fisiológica</li> <li>• Disminuir la intensidad y frecuencia de los pensamientos negativos</li> <li>• Modificar las distorsiones cognitivas</li> <li>• Aumentar la motivación para el abandono del hábito</li> <li>• Disminuir la frecuencia de arrancamiento</li> <li>• Disminuir la frecuencia de las conductas de evitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación a través de la respiración</li> <li>• Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> <li>• Detención del pensamiento</li> <li>• Autoinstrucciones</li> <li>• Autorrefuerzo</li> <li>• Tomar conciencia de cuándo y cómo ocurre</li> <li>• Exposiciones en imaginación y en vivo de las mejorías ante la ausencia de la conducta problema</li> <li>• Conducta incompatible</li> <li>• Explicación de la actuación del reforzamiento positivo y negativo en su conducta</li> <li>• Resolución de problemas</li> <li>• Entrenamiento en imaginación y en vivo</li> <li>• Autorrefuerzo</li> <li>• Refuerzo por parte de la terapeuta</li> </ul>

Tabla 3

*Autorregistro 1*

	DÍA						
	LUN	MART	MIÉR	JUEV	VIER	SÁB	DOM
	4	10	6	3	1	5	2
TOTAL: 31							

Se continúa con la explicación y práctica de la relajación a través de la respiración.

Posteriormente se sigue con el *entrenamiento en respuestas alternativas* y se acuerda en que cuando sienta el impulso agarrará algún objeto (almohadilla) durante tres minutos. Delante del espejo realiza la secuencia del movimiento del brazo para arrancarse el vello, tomando conciencia del mismo. A la altura de la barbilla baja el brazo y coge el objeto.

Tareas para casa: practicar respuesta alternativa y practicar relajación. Debido al registro

que ha realizado se le solicita en esta ocasión dos registros por separado: (1) situaciones y (2) número vello arrancado.

**Sesión 4** (1 hora 30 minutos):

Se comienza con el análisis de las dificultades encontradas en las tareas para casa.

En esta ocasión se ha arrancado 24 vellos/semana (Figura 1) observándose diferencias en el número de vellos arrancados según distintas situaciones (Tabla 4). Llega a anotar la expresión «puf!!!» en el registro por considerar que son demasiados.

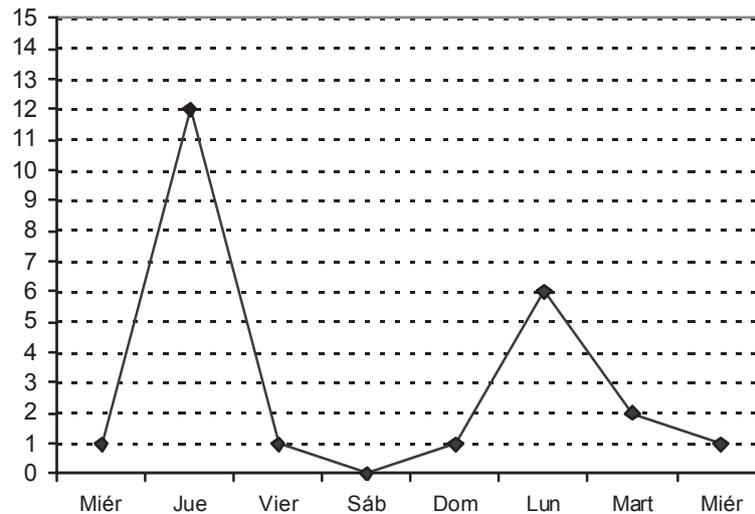


Figura 1. Autorregistro 2

Tabla 4

Autorregistro situaciones

	SITUACIONES/DÍA							
	MIÉR	JUEV	VIER	SÁB	DOM	LUN	MART	MIÉR
ORDENADOR	1							
ESTUDIANDO		12				1	2	1
EXAMEN			1					
EN LA CAMA					1			
VIENDO LA TELE						5		
TOTAL: 24								

En esta sesión se explica la técnica de *exposición en imaginación*, se identifican los pensamientos negativos para poner en práctica la *detención del pensamiento* y se realizan *autoinstrucciones positivas*.

Para la *exposición en imaginación* se realiza una secuenciación según plantea la *Desensibilización Sistemática* pero con modificaciones. Previamente se divide la acción completa del arrancamiento del pelo en pasos, considerando desde el momento en el que siente la necesidad de arrancarse el vello hasta que se lleva la mano a la ceja. En cada paso, al sentir ansiedad debe parar y realizar la relajación.

No se pasa al siguiente ítem hasta que no se ha superado el anterior sin sentir ansiedad.

Para la *detención del pensamiento* se le da la pauta de contar del 1000 al 1 de tres en tres para atrás. Esto es, 1000 – 997 – 994 ... 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.

Como *autoinstrucciones positivas* anota: «voy a dejar de tirarme del pelo»; «tengo suficientes conocimientos para conseguir vencer el

problema», y como autorrefuerzo, visionarse con el pelo y decirse «qué bien estoy».

Se practica la situación de ver la televisión en imaginación, utilizando todas las técnicas trabajadas hasta este momento. La secuencia quedaría del siguiente modo: imagina que está sintiendo la tensión para iniciar el movimiento del brazo para arrancarse el vello, detiene el pensamiento, se da la autoinstrucción positiva, se relaja, observa lo bien que se siente con el pelo, se autorrefuerza.

Actividades para casa: practicar la técnica de detención del pensamiento, las autoinstrucciones positivas, la exposición en imaginación y después en vivo, realizar el autorregistro y, para tomar más conciencia y motivarse al ver cómo va mejorando y alcanzando los objetivos:

- Contar lo que le ocurre a alguna amistad íntima.
- Hacerse fotos y ver el cambio.
- Mirarse al espejo.
- Presumir.

#### **Sesión 5** (1 hora):

Se ha quitado 8 vellos en las dos semanas.

Primero se comentan cómo han ido estas dos semanas y después se analiza el progreso alcanzado.

Ha sido capaz de autocontrolarse tanto en la biblioteca como en la situación de ver la televisión. Dice que la *detención del pensamiento* y la *conducta incompatible* le han funcionado de manera muy satisfactoria, sin embargo, que la relajación no le ha servido.

Se explica y practica el *entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson*.

Actividades para casa: poner en práctica todas las estrategias vistas hasta ahora.

#### **Sesión 6:**

Anula la cita porque tiene exámenes. Telefónicamente comenta que estas dos semanas no se ha quitado ningún vello. Se llega al acuerdo de que volverá a llamar para solicitar otra cita.

Al mes, al no ocurrir la llamada se le telefona para hacer el seguimiento. Comenta que se quita vello de muy tarde en tarde, tal vez uno o dos a la semana si es que se arranca alguno. Considera que ya no debe de asistir más a terapia porque piensa que su problema se ha resuelto, se le insiste en la necesidad del seguimiento. Hasta día de hoy no se ha vuelto a tener noticia.

## **Resultados**

Las puntuaciones que se obtienen tras cumplimentar la prueba STAI muestran un decatipo de 6, tanto para la ansiedad estado como para la ansiedad rasgo, lo que podrían considerarse niveles de ansiedad «moderados».

Con respecto a la conducta de arrancarse el vello, los resultados a lo largo de las 5 sesiones de intervención, mes y medio entre la primera y la quinta sesión, mostraron un descenso de 32 pelos a 8 y, según llega a manifestar la cliente por teléfono, a ninguno en las semanas posteriores.

Los resultados también indican un aumento en la capacidad de comunicación de su problemática, ya que después de 10 años de arrancarse el vello y no contarle consigue comunicárselo a una amiga y transmitirle a su familia que era lo que le estaba ocurriendo, logrando vencer así sus sentimientos de vergüenza.

Además, se podría considerar también como un resultado positivo el que consiguiera presentarse a los exámenes y ver la televisión sin excesiva ansiedad, según ella misma comenta.

Resultado negativo ha sido la falta de adhesión a la intervención para poder llevar las sesiones de seguimiento.

## **Discusión y Conclusiones**

En un primer momento se podría decir que durante el tiempo que duró la intervención ésta resultó ser efectiva. Con la aplicación de estrategias cognitivas-conductuales se

consiguió cumplir los dos los objetivos planteados, disminuir la ansiedad y disminuir la frecuencia de arrancarse el pelo. Sin embargo, no se puede llegar a esta afirmación de manera concluyente ya que no se consiguió la adhesión necesaria a la terapia para que ésta se finalizara.

Se podría especular sobre los motivos por los que la mujer no llegó a finalizar la terapia, ¿dejó de acudir porque realmente se autocontrolaba y no consideraba necesario tener que seguir asistiendo a la terapia, tal y como ella misma dijo, o lo dejó para no tener que reconocer que volvió a la conducta problema? Distintas posibilidades podrían barajarse para explicar el abandono. La recaída es una opción, ya que ésta se ha comprobado en otras investigaciones (por ejemplo, Diefenbach, Tolin, Hannan, Maltby y Crocetto, 2006) pero a más largo plazo. En este caso particular la recaída podría haberse debido al abandono del tratamiento por centrar todos sus esfuerzos en los exámenes, o porque eran muchas técnicas para practicar en casa y no tuvo tiempo suficiente, o porque el aumento en la ansiedad ante los exámenes incrementó la conducta problema... El hecho de una posible recaída podría haberle llevado a la aparición de sentimientos de vergüenza y a la evitación de la situación de la te-

rapia (Diefenbach et al., 2005; Shusterman et al., 2009), incluso por no querer defraudar al terapeuta (Miller y Rollnick, 2002).

Otra alternativa pudo ser un cambio en la motivación. Está comprobado que las personas pueden llegar a pasar por distintos momentos motivacionales a la hora de realizar un cambio comportamental (Prochaska y DiClemente, 1992; Roncero, Cortés, Perpiñá, 2012).

Otra posible opción es que realmente consiguiera controlar la conducta.

Fuera la opción que fuese, la no conclusión de la intervención ha supuesto una gran limitación. Por un lado no ha permitido saber hasta qué punto ha sido eficaz la misma, si es que lo ha sido, y por otro no ha permitido comprobar cuáles han sido las técnicas más influyentes en los cambios producidos. Con todo, hay que decir, que al menos hasta que dejó de asistir al tratamiento, la ansiedad y la TTM disminuyeron.

Como líneas futuras de investigación sería recomendable ahondar en los factores de adhesión al tratamiento en la TTM, profundizar en los aspectos que la potencian y la mantienen y la necesidad de realización de estudios empíricos que corroboren la eficacia de las estrategias empleadas en las intervenciones.

## Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR [Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-TR]*. Barcelona, España: Masson.
- Christenson, G. A., y Mansueto, C. S. (1999). Trichotillomania: descriptive characteristics and phenomenology. En D. J. Stein, G. A. Christenson y E. Hollander (Eds.), *Trichotillomania* (pp. 1-42). USA: Washington. American Psychiatric.
- Diefenbach, G. A., Mouton-Odum, S. y Stanley, M. A. (2002). Affective correlates of trichotillomania. *Behavioral Research Therapy*, 40(1), 305-315.
- Diefenbach, G. J., Reitman, D. y Williamson, D. A. (2000). Trichotillomania: A challenge to research and practice. *Clinical Psychology Review*, 20, 289-309.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Crocetto, J. y Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 869-884.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Maltby, N. y Crocetto, J. (2006). Group Treatment for Trichotillomania: Behavioral Therapy Versus Supportive Therapy. *Behavior Therapy*, 37(4), 353-363.
- Duke, D. C., Bodzin, D. K., Tavares, P., Geffken, G. R. y Storch, E. A. (2009). The phenomenology of hairpulling in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1118-1125.
- Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G. R. y Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: a current review. *Clinical Psychology Review*, 30, 181-193.
- Elliott, A. J. y Fuqua, R. W. (2000). Trichotillomania: Conceptualization, measurement, and treatment. *Behavior Therapy*, 31, 529-546.
- Enos, S., y Plante, T. (2001). Trichotillomania: An overview and guide to understanding. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39, 10-16.
- Herbert, J. D. y Nelson-Gray, R. O. (1997). La autoobservación, En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Dirs.), *Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones [Manual of Psychological Evaluation: Foundations, Technologies and Applications]* (pp. 343-367). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Himle, M. B, Flessner, C.A. y Woods, D.W. (2004). Advances in the Behavior Analytic Treatment of Trichotillomania and Tourette's Syndrome. *Journal of Early and Intensive Behavioral Interventions*. 1(1), 58-65.
- Icart, M. T., Pulpón, A. M. e Icart, M. C. (2006). Trastornos menores de salud en una muestra de estudiantes de la Universidad de Barcelona [Minor disorders of health in a students' sample of Barcelona University]. *Educación Médica*, 9 (3), 138-143.
- Kell, B. L. y Kress, V. E. (2006). Trichotillomania: Behavioral Assessment and Treatment Interventions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(1), 65-72.
- Kraemer, P. A. (1999). The application of habit reversal in treating trichotillomania. *Psychotherapy*, 36(3), 298-304.
- Lerner, J., Franklin, M., Meadows, E. A., Hembree, E. y Foa, E. B. (1998). Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for Trichotillomania: An uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*, 29, 381-395.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change addictive behavior*. New York: Guilford Press (traducción castellana en Barcelona: Paidós, 2005).
- Van Minnen, A., Hoogduin, K., Keijsers, P. D., Inge, M. A. y Gert-Jan, M. D. (2003). Treatment of Trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 517-522. doi:10.1001/archpsyc.60.5.517
- Moreno, K., Ponce R. M., Saúl, A., Narváez, V., Sanabria, J. A., Jurado, F. y Ubbelohde, T. (2007). Tricotilomanía [Trichotillomania]. *Dermatología Revista Mexicana*, 51(5), 280-286.
- Mulinari-Brenner, F. y Bergfeld, W. (2001). Hair loss: an overview. *Dermatology Nursing*, 13 (14), 269-272.
- Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Marsteller, F. A., Knight, B. T. y Eccard, M. B. (2000). A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 6(1), 47-50.
- O'Connor, K., Brisebois, H., Brault, M., Robilart, S. y Loiselle, J. (2003). Behavioral activity associated with onset in chronic tic and habit disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 41, 241-249.

- Olympia, D. E., Heathfield, L. T., Jenson, W. R. y Clark, E. (2002). Multifaceted functional behavior assessment for students with externalizing behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 139-155.
- Papadopoulos, A. J., Janniger, C. K., Chodynicky, M. P. y Schwartz, R. B. (2003). Trichotillomania. *International Journal of Dermatology*, 42(5), 330-334.
- Pérez, J. M. (2004). Tratamiento conductual de un caso crónico y recidivante de tricotilomanía [Behavioral treatment of a chronic and relapsing trichotillomania case]. *Revista Psicología Científica.com*, 6(1). Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/tricotilomania-tratamiento-conductual/>.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y Pycamore M. Nillar (eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Nueva York: Plenum Press.
- Roncero, M., Cortés, T. y Perpiñá, C. (2012). La función motivadora de la entrevista. En C. Perpiñá, (coord.), *Manual de la entrevista psicológica [Manual of the psychological interview]* (pp. 291-313). Madrid, España: Pirámide.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española [Questionnaire of Anxiety State - Trait. Spanish adjustment]*. Madrid, España: TEA.
- Shusterman, A., Feld, L., Baer, L. y Keuthen, N. (2009). Affective regulation in trichotillomania: evidence from a large-scale internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 637-644.
- Simeon, D. y Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. En D. Simeon y E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982): *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo [State - Trait Anxiety Inventory]*. Madrid, España: TEA.
- Stein, D. J., Christenson, G. A. y Hollander, E. (1999). *Trichotillomania*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Stemberger, R. M., Stein, D. J. y Mansueto, C. S. (2003) Behavioral and Pharmacological Treatment of Trichotillomania. *Brief Treatment and Crisis Prevention*, 3, 339-352.
- Stemberger, R. M., Thomas, A. M., Mansueto, C. S. y Carter, J. G. (2000). Personal toll of tricotilomania: Behavioral and interpersonal sequelae. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 97-104.
- Walsh, K. H. y McDougle, C. J. (2001). Trichotillomania. Presentation, etiology, diagnosis and therapy. *American Journal of Dermatology*, 2, 327-333.
- Woods, D. W., Flessner, C., Franklin, M. E., Wetterneck, C. T., Walther, M. R., Anderson, E. R. y Cardona, D. (2006). Comprender y tratar la tricotilomanía: lo que conocemos y lo que no conocemos [To understand and to treat the trichotillomania: what we know and what we do not know]. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 487-501.

# Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA

VOLUMEN 9, NÚMERO 2, DICIEMBRE 2012 - ISSN:1578-908X

*Acción Psicológica* es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

**Director /Editor:** José Luis Martorell Ypiéns

Universidad Nacional de Educación a Distancia

**Director Adjunto/ Associate Editor:** Miguel A. Carrasco

Universidad Nacional de Educación a Distancia

## CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lourdes Ezpeleta Ascaso	Universidad Autónoma de Barcelona
Francisco Pablo Holgado Tello	Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España
José Carlos Mingote Adán	Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática
José Félix Rodríguez Rego	Responsable Área de Psicoterapia del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Juan Francisco Rodríguez Testal	Universidad de Sevilla
Ángeles Sánchez-Elvira Paniagua	Profesora Titular. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

## CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

M <sup>a</sup> Teresa Anguera Argilaga (Universidad de Barcelona)	Araceli Maciá Antón (UNED)
Rubén Ardila (Univ. Nacional de Colombia)	Elena Martín Ortega (Universidad Autónoma Madrid)
M <sup>a</sup> Dolores Avia Aranda (UCM)	Jesús Martín Cordero (UNED)
Isabel Barbero García (UNED)	Maritza Montero (Universidad Central de Venezuela)
José Bermúdez Moreno (UNED)	José Muñoz Fernández (Universidad de Oviedo)
Eric J. de Bruyn (Universidad de Nijmegen, Holanda)	K. Paulick (Universidad Hamburgo. Alemania)
Gian Vittorio Caprara (Univ. La Sapienza, Italia)	José María Peiró Silla (Universidad de Valencia)
Helio Carpintero Capell (UCM, UDIMA)	Susan Pick (Universidad Central de México)
Jean Paul Caverni (Université d'AixMarseille, Francia)	Jose Luis Pinillos (UCM. Madrid)
Enrique Echeburúa Odriozola (Universidad País Vasco)	Jesús Rodríguez Martín (Universidad Miguel Hernández. Alicante)
Michael W. Eysenck (Universidad Londres, Reino Unido)	Donald K. Routh (Universidad Coral Gable. USA)
Rocío Fernández Ballesteros (Universidad Autónoma Madrid)	M. Norma Salas (Universidad Católica de Chile)
María Forns Santacana (Universidad de Barcelona)	N. Salgado (Universidad Central de México)
Antonio Godoy Ávila (Universidad de Málaga)	Encarnación Sarriá Sánchez (UNED)
David Jauregui Camasca (Univ. Nac. Mayor de San Marcos, Perú)	Luis Ángel Saúl Gutierrez (UNED)
Phillipe N. Johnson Laird (Princeton University, USA)	Danilo Silva (Universidad de Lisboa, Portugal)
M <sup>a</sup> de los Ángeles López González (UNED)	Charles Spielberger (Universidad Florida, USA)
M <sup>a</sup> Dolores Luna Blanco (UNED)	Richard E. Tremblay (Universidad de Montreal, USA)
Francisco Morales Domínguez (UNED)	Jaime Vila Castellar (Universidad de Granada)
Bernhard Wilpert (Universidad de Tecnología de Berlín, Alemania)	

## ASESOR TÉCNICO / TECHNICAL ADVISOR

Alexis Moreno Pulido

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

*Acción Psicológica* está indexada en las siguientes bases de datos:

**Bibliográficas:** COMPLUDOC, Dialnet, ISOC (CSIC-CINDOC), PSICODOC, PSYKE.

**De evaluación de la calidad de revistas:** CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, MIAR, RESH.

**Para la identificación de revistas:** ISSN, Ulrich's

**Catálogos de bibliotecas:** ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).

**Repositorios:** E-spacio, E-ciencia, Recolecta

© Copyright 2012 de todos los artículos: Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología (UNED). C/ Juan del Rosal n.º 10, 28040 Madrid, España. E-mail: [accionpsicologica@psi.uned.es](mailto:accionpsicologica@psi.uned.es)

Depósito legal. M. 3.363-2002

